

Deliberazione Direttore Generale n. 651 del 20/06/2024

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 2023 L' Estensore: 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. <p style="text-align: right;">Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente Andrea Storri</p>
Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 1371 Hash .pdf (SHA256): cb67a7996c09a9405ece89957fd123ed2edf0b31e00917c87a906fd1bb4bb8d3 Hash .p7m (SHA256): ab30fb827ff75d84f012d703101d0390d60accd1112a0b4b446b2c49ec58aa81 Firme digitali apposte sulla proposta: Scozzafava Angelo,STORRI ANDREA,ANTONIO BRAY Il Responsabile del Procedimento: Mariagrazia Marrapodi Il Dirigente: Andrea Storri Il Direttore del Dipartimento:

IL DIRIGENTE UOS CONTROLLO DI GESTIONE

- Vista** la Deliberazione n. 13 del 09.01.2020 relativa all'adozione dell'Atto Aziendale, approvato con DCA n. U00033 del 11.02.2020 e pubblicato sul BURL del 13.10.2017 n. 13;
- 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** del PIAO 2023/2025 approvato con deliberazione n. 364 del 30/03/2023;
- Viste** la Deliberazione n. 430 del 18/04/2023 avente ad oggetto "Approvazione del Documento di Budget aziendale per l'anno 2023";
- la Deliberazione n 804 del 21.07.2023 di Presa d'atto della DGR n. 197 del 22.05.2023 e Integrazione alla Delibera n. 430 del 18/04/2023 - ' Approvazione del Documento di Budget aziendale per l'anno 2023.
- la Deliberazione 1097 del 01.10.2023 di assegnazione degli obiettivi alla UOS Comunicazione;

Deliberazione

- Tenuto conto** che nella seduta del 11 giugno 2024, l'Organismo di Valutazione Indipendente ha effettuato la verifica di II° Istanza, nella quale sono stati analizzati a campione i vari punteggi assegnati ai negoziatori, e a chiusura ha espresso parere favorevole alla Relazione Finale della Performance 2023;
- Ritenuto** pertanto di procedere:
- all'approvazione della Relazione sulla Performance anno 2023 allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato n. 1);
 - 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, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, L.241/90;

PROPONE

Per le motivazioni espresse nelle premesse:

- di approvare la Relazione sulla Performance anno 2023, 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 "

**IL DIRIGENTE
UOS CONTROLLO DI GESTIONE
(Dott. ANDREA STORRI)**

Deliberazione

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTO** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T000201 del 29.10.2021; avente ad oggetto “nomina del Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3”, con il quale è stata nominata la Dott.ssa Francesca Milito quale Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3;
- VISTA** la deliberazione n. 1 del 02/11/2021 con la quale la dott.ssa Francesca Milito si insedia quale Direttore Generale Asl Roma con durata triennale, in esecuzione del Decreto sopra citato;
- LETTA** la proposta di delibera sopra riportata presentata dal responsabile in frontespizio indicata;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all’art.1, primo comma, L.241/90;
- VISTI** il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

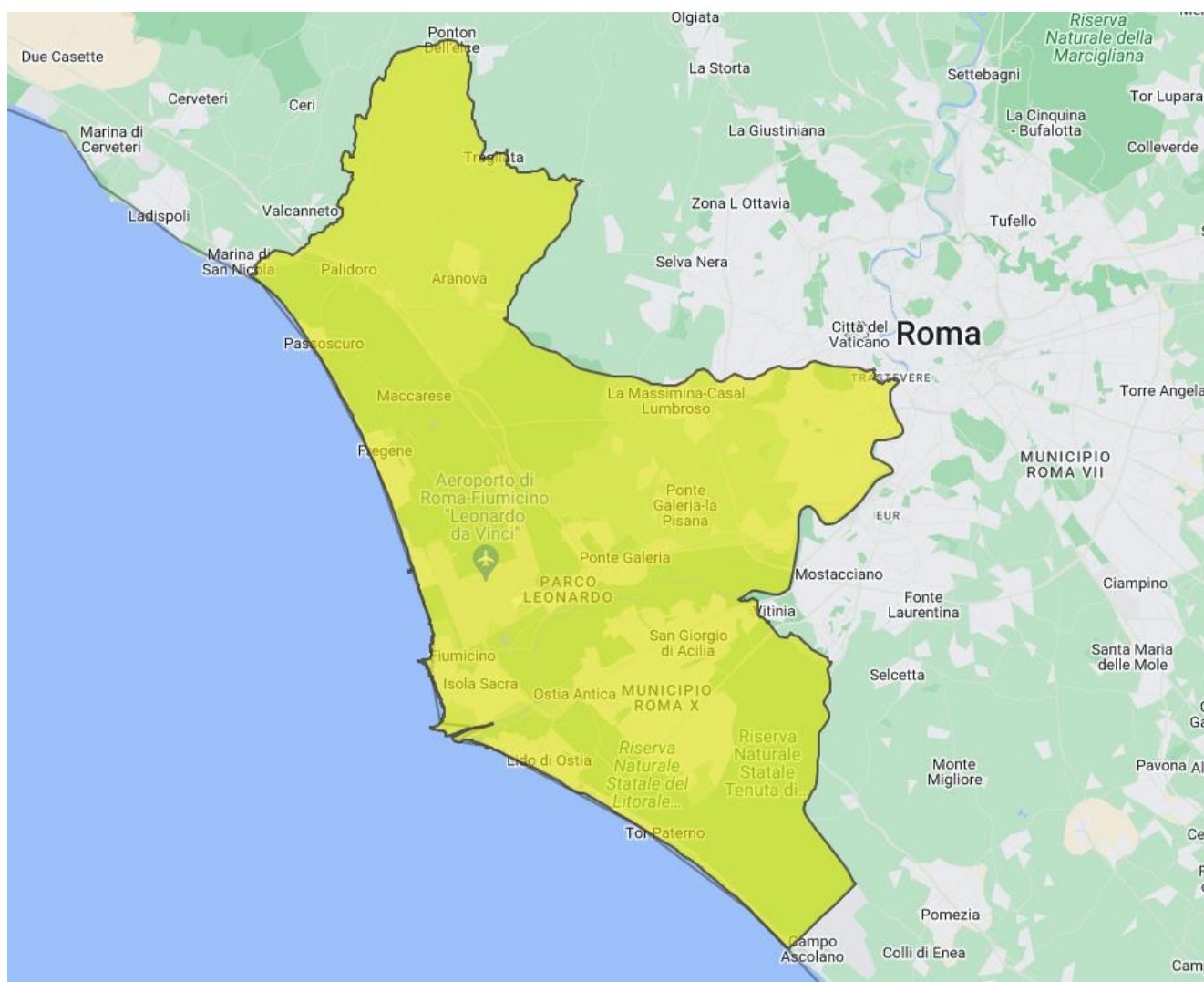
- di adottare la deliberazione con oggetto “Approvazione della Relazione sulla Performance anno 2023” composta di n. 5 pagine e n. 1 allegato, nei termini indicati;
- di pubblicare la presente deliberazione sul sito web dell’ASL Roma 3, ai sensi dell’art. 10 comma 1, lettera b) del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 74, nell’apposita sezione “Amministrazione Trasparente”.

Il presente atto, composto di pagine n. 4 e da n. 1 allegati sarà pubblicato all’Albo on line dell’Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della L.R. 31/10/1996 n.45.

**IL DIRETTORE GENERALE
DOTT.SSA FRANCESCA MILITO**

Allegato n. 1

*ASL ROMA 3
RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2023*



Sommario

INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO	3
L'AZIENDA ASL ROMA 3 IN CIFRE	4
L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	7
L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	8
ASSISTENZA OSPEDALIERA	9
L'ASSISTENZA TERRITORIALE	15
PREVENZIONE	21
RISORSE UMANE E DISTRIBUZIONE DI GENERE	24
RISULTATI ECONOMICI E GESTIONALI	26
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	27

<i>CICLO DELLA PERFORMANCE, PROCESSO DI BUDGET E RISULTATI</i>	33
<i>ALBERO DELLA PERFORMANCE 2023</i>	37
<i>RISULTATI DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA</i>	103
IL DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE E DELLA INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	103
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	105
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	108
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	109
DIPARTIMENTO DI MEDICINA	112
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	114
OBIETTIVI RELATIVI ALL'ANTICORRUZIONE E ALLA TRASPARENZA	115
COMITATO UNICO DI GARANZIA	116
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	117
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	121
STAFF DIREZIONE GENERALE	123
STAFF DIREZIONE SANITARIA	124
<i>RIEPILOGO DELLE PERCENTUALI DI RAGGIUNGIMENTO RAGGIUNTE</i>	126
<i>VALUTAZIONI DI II ISTANZA</i>	129
<i>RISULTATI DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE</i>	133
<i>OSSERVAZIONI CONCLUSIVE</i>	139

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.

L'attività di pianificazione per l'anno 2022 è iniziata con la definizione del Piano Triennale della Performance 2022 – 2024, approvato, entro i termini previsti, con delibera del Direttore Generale n. 522 del 31/05/2022 con

la quale sono stati individuati gli obiettivi generali che hanno dato avvio al Ciclo della Performance per l'anno 2022.

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 2023 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. 430 del 18/04/2023 e n. 804 del 21/07/2023.

Con la redazione e deliberazione di questa Relazione, il Ciclo della Performance per l'anno 2023 si potrà considerare concluso.

In chiusura dell'anno 2023, 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.

Data	Comparto	Dirigenza
Al 31/12/2022	1701	493
Al 31/12/2023	1662	484
Saldo	-39	-9

L'AZIENDA ASL ROMA 3 IN CIFRE

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 opera su un territorio che insiste nella provincia di Roma con una popolazione complessiva di 604.787 abitanti (Fonte comune di Roma al 31.12.2022), distribuiti in 2 comuni, Comune di Roma e Comune di Fiumicino, suddivisi in 4 distretti, Municipio X, Municipio XI, Municipio XII e Comune di Fiumicino.

ASL Roma 3 Distretti	Estensione in kmq	% sul totale	Popolazione residente	% sul totale	Densità al Kmq
MUNICIPIO X	150.6	29%	228.042	38%	1.523
MUNICIPIO XI	70.9	14%	152.569	25%	2.164

MUNICIPIO XII	73.1	14%	140.337	23%	1.912
COMUNE DI FIUMICINO	222.4	43%	83.839	13%	371
TOTALE	517	100 %	604.787	100%	1.492

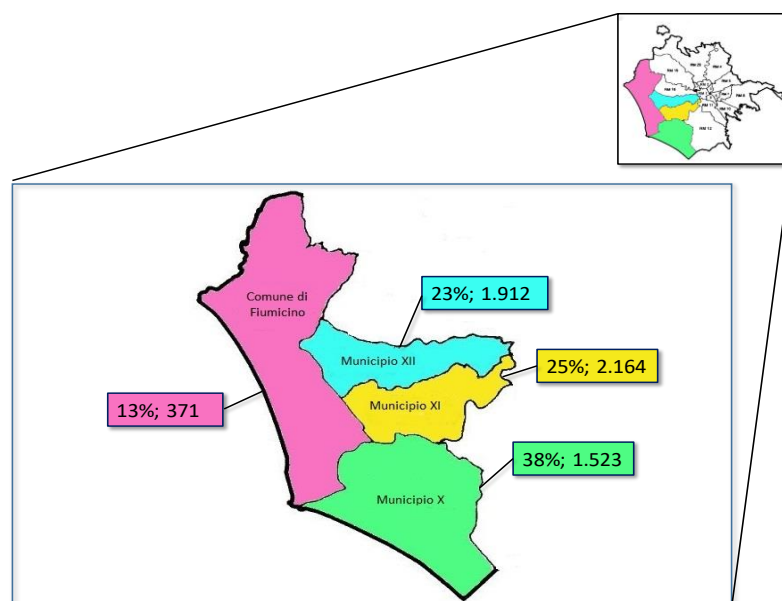
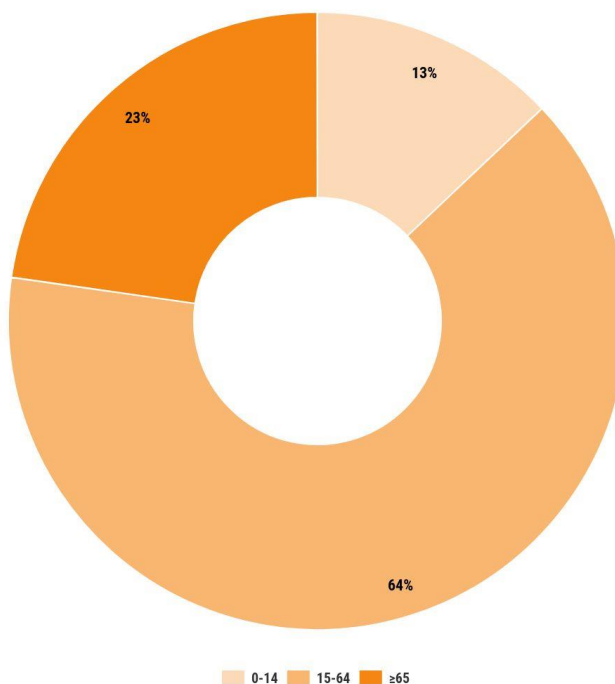


Figura 1

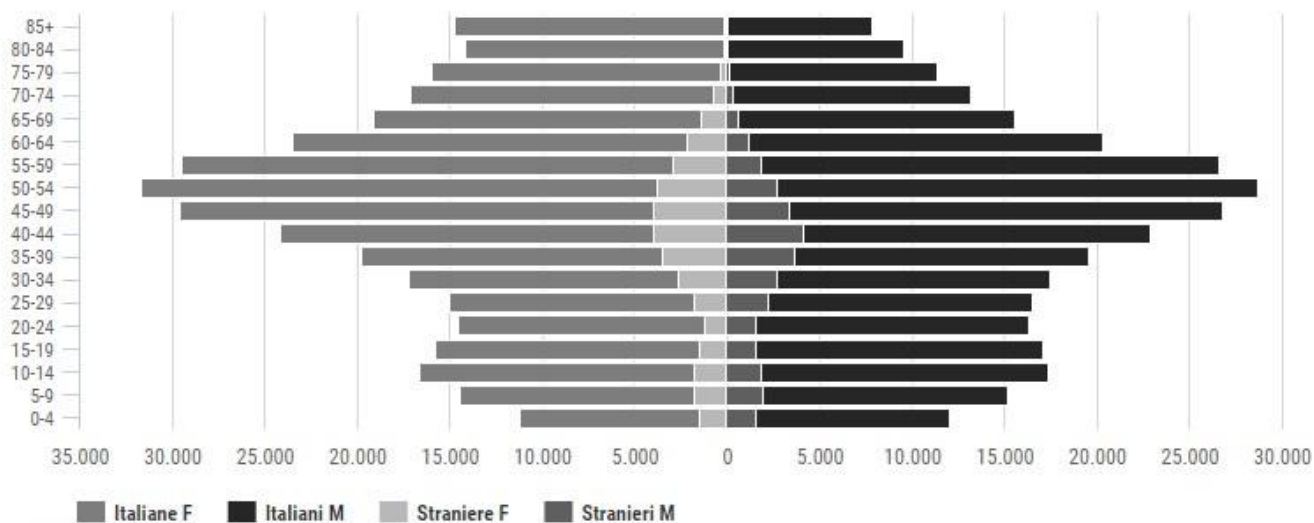
Illustrazione topografica dei distretti della ASL Roma 3 con indicata la percentuale di popolazione residente sul totale della popolazione Asl e la densità per Kmq.

Classi di età ASL Roma 3 - 2023

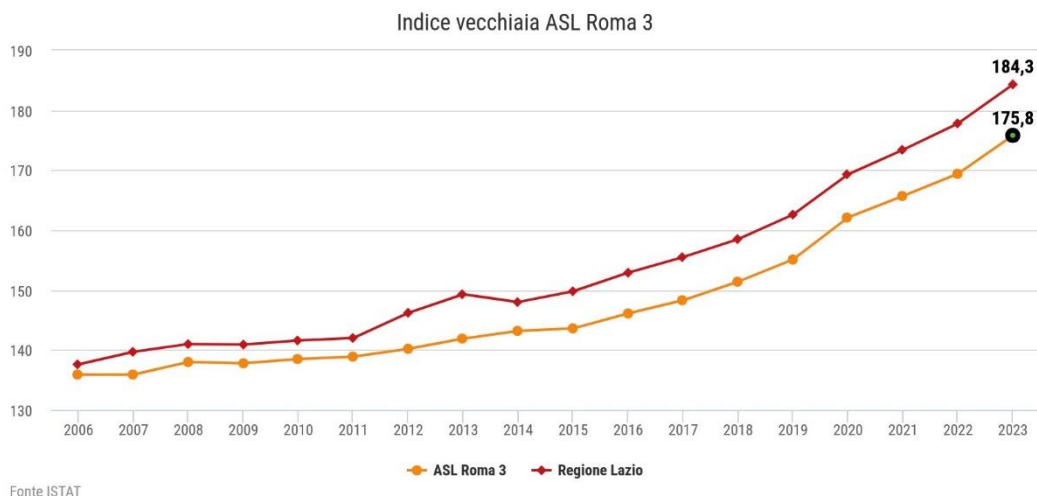


Fonte: www.opensalutelazio.it

DISTRIBUZIONE PER CLASSI DI ETÀ ASL ROMA 3 - 2023



Fonte ISTAT



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 Commissario Straordinario n. 13 del 09/01/2020 ha adottato il seguente modello organizzativo approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. U00033 dell'11/02/2020 e pubblicato sul BURL del 13/02/2020.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE
STAFF DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE
AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE
AREA FUNZIONALE INTERDIPARTIMENTALE PER LO SVILUPPO DELLE ATTIVITA' DI TELEMEDICINA AD INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO E PER LA MEDICINA SPECIALISTICA
AREA FUNZIONALE INTERDIPARTIMENTALE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO PER SCREENING E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Le ultime due AREE elencate ricomprendono strutture afferenti a più Dipartimenti.

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 14 Dipartimenti/Aree di Coordinamento, 47 Strutture Complesse, 17 Strutture semplici a valenza Dipartimentale e 64 Strutture Semplici (Delibera n. 13 del 9/01/2020).

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 direttamente assistenza ospedaliera articolando i posti letto nelle seguenti Strutture Sanitarie:

- **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 neurotrauma, 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;
- **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. 14+1 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, fisioterapia.

Secondo la DGR n. 869 del 7/12/2023 Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015, i posti letto sono riportati nella tabella che segue:

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 Casalpaleone	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	3.286

OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Assistenza ospedaliera:

RICOVERI DAY HOSPITAL-DAY SURGERY									
tipologia	istituto	Numeri dimessi				Valore Economico			
		2023	2022	Differenza assoluta	Diff. %	2023	2022	Differenza assoluta	Diff. %
Acuti	GB GRASSI	1.560	1.322	238	18,00	1.818.615,65	1.484.400,57	334.215	21,00
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	63	41	22	53,65	244.052,00	159.309,00	84.743	53,19
Subtotale		1.623	1.363	260	19,07	2.062.667,65	1.643.709,57	418.958	25,49

RICOVERI DAY HOSPITAL-DAY SURGERY									
tipologia	istituto	Numeri dimessi				Valore Economico			
		2023	2022	Differenza assoluta	Diff. %	2023	2022	Differenza assoluta	Diff. %
Acuti	GB GRASSI	1.560	1.322	238	18,00	1.818.615,65	1.484.400,57	334.215	21,00
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	63	41	22	53,65	244.052,00	159.309,00	84.743	53,19
Subtotale		1.623	1.363	260	19,07	2.062.667,65	1.643.709,57	418.958	25,49

RICOVERI TUTTI									
tipologia	istituto	Numeri dimessi				Valore Economico			
		2023	2022	Differenza assoluta	Diff. %	2023	2022	Differenza assoluta	Diff. %
Acuti	GB GRASSI	8.343	8.177	166	0,83	25.616.149,88	24.702.601,90	913.547,98	0,93
Riabilitazione + Unità Spinale	CPO	249	207	42	20,29	3.710.082,00	2.709.244,00	1.000.838,00	36,94
Subtotale		8.592	8.384	208	2,48	29.326.231,88	27.411.845,90	1.914.385,98	6,98

Fonte: flusso RAD-R e SIO validato da Regione

Le tabelle che seguono sintetizzano gli accessi al Pronto Soccorso del PO GB Grassi nell'anno 2023.

DESCRIZIONE	ARANCIONE	AZZURRO	BIANCO	NON ESEGUITO	ROSSO	VERDE	Totale anno 2023
A domicilio	2.768	10.614	496	24	515	15.139	29.556
Deceduto in P.S.	43	29			106	4	182
Dimissione a strutture ambulatoriali	27	107			3	124	261
Giunto cadavere					5		5
Non risponde a chiamata	66	908	239	33	4	1.917	3.167
Paziente si allontana spontaneamente	168	653	75	3	82	951	1.932
Ricoverato	1.485	1.861	6	17	936	654	4.959
Rifiuta ricovero	440	822	3	1	115	472	1.853
Trasferimento a struttura territoriale (COVID)	2	1	1		2		6
Trasferito altro Ist	944	1.152		1	478	160	2.735
Totali	5.943	16.147	820	79	2.246	19.421	44.656

DATI SIES

Andamento anni 2022 - 2023

Codice	Colore	Descrizione	accessi 2023	accessi 2022	accessi 2021	accessi 2020
5	Non eseguito	Non eseguito	78	117	109	80
A	Rosso	Emergenza	2.303	2.007	1.770	1.789
B	Arancione	Urgenza	6.364	4.865	4.110	4.039
C	Azzurro	Urgenza differibile	16.035	15.680	13.953	13.410
D	Verde	Urgenza minore	19.093	19.811	19.402	18.065
E	Bianco	Non urgenza	783	768	930	877
totale			44.656	43.248	40.274	38.260

Il trend 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).

Il Pronto Soccorso è stato sostenuto dallo sforzo organizzativo di tutte le strutture ospedaliere che hanno prodotto prestazioni per un valore complessivo di euro **2.301.000,00**. Di seguito si riepilogano le prestazioni erogate ai pazienti del Pronto Soccorso per reparto:

REPARTO	Consulenze	Esami	Rx	TAC	RMN	Ecografie
ANATOMIA PATOLOGICA		1.573				
ANGIOLOGIA						125
CARDIOLOGIA	3.102					1.216
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			7.798	5.725	63	1.069
GASTROENTEROLOGIA		117				
LABORATORIO ANALISI		342.289				
MEDICINA GENERALE	702					
NEFROLOGIA E DIALISI	160	26				
NEUROLOGIA	1.743	320				
OCULISTICA		16				
ONCOLOGIA	1					
PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE		164				
PEDIATRIA	315					
RIANIMAZIONE	768					
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE		2.589				
SPDC P.O. G. B. GRASSI	1.471					

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.

Nei Nuclei di cure primari di Fiumicino e Fregene, aperti h. 24, sono stati assistiti **15.405** cittadini:

Mese \ Sede	FIUMICINO			FREGENE		
	giorno	notte	totale	giorno	notte	totale
gennaio	554	183	737	289	65	354
febbraio	499	202	701	291	57	348
marzo	531	216	747	336	74	410
aprile	552	252	804	318	92	410
maggio	543	248	791	336	105	441
giugno	592	322	914	472	129	601
luglio	679	332	1.011	521	180	701
agosto	646	272	918	579	172	751
settembre	541	217	758	358	95	453
ottobre	592	224	816	257	80	337
novembre	571	178	749	293	36	329
dicembre	666	235	901	322	101	423
Totale	6.966	2.881	9.847	4.372	1.186	5.558

Negli **Ambufest**, aperti in orario diurno il sabato e la domenica le prestazioni erogate sono le seguenti:

DATI AMBUFEST 2023					
	Casal Bernocchi Medicina	Casa della Salute Ostia Medicina	Casa della Salute Ostia Pediatria	Ponte Galeria Medicina	TOTALI
totale accessi	2.488	10.364	7.097	2.722	22.671
TIPOLOGIA DI INTERVENTO:					
certificazioni	960	4.606	51	1.171	6.788
prescrizioni	968	4.438	5.160	2.330	12.896
continuità terapeutica	54			142	196
prestazioni infermieristiche	753	2.250	2.093	291	5.387
invio al Pronto Soccorso	121	52	60	23	256
chiamata 118	10			2	12
Visite	2.488				2.488

La sede di Casal Bernocchi è stata aperta il 22.04.2023.

Il progressivo aumento delle persone che accedono in modo non programmato al Pronto soccorso, con una domanda sempre crescente di prestazioni sanitarie, ha reso necessario, a livello nazionale, rivedere le modalità organizzative utili a identificare le priorità di accesso alla visita medica.

Nel ridefinire la funzione di triage le nuove Linee di indirizzo nazionali si sono poste, infatti, come principale obiettivo quello di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente, oltre a garantire un sistema di triage infermieristico uniforme su tutto il territorio nazionale.

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 2023 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 Fiumicino	Distretto Municipio X	Distretto Municipio XI	Distretto Municipio XII
Fiumicino Via Coni Zugna	Acilia	Ponte Galeria	Massimina
Fregene via Pineta	Ostia Antica	Corviale	Colle Massimo
Palidoro Via San Carlo	Ostia Paolini	Vaiano	Consolata
	Casa della Salute di Ostia		Ramazzini
	PO Grassi		
	PO CPO		

Di seguito la rappresentazione della produzione pubblica aziendale:

Tab . 1 - Volumi di attività e valorizzazione economica (compresa attività nei APA-PAC) - per presidio - Anno 2023							
Distretto	Presidio	2023	2022		2023	2022	
		N. Prestazioni		Var %	Valorizzazione teorica		Var %
1 - Comune di Fiumicino	Poliambulatorio Fregene	54.524	47.324	15,2	€ 209.279,61	184.706,88	13,3
	Poliambulatorio Palidoro	47.816	37.557	27,3	€ 200.269,57	151.064,27	32,6
	Poliambulatorio Fiumicino	221.021	194.273	13,8	€ 1.275.823,99	1.145.083,32	11,4
1 - Comune di Fiumicino		323.361	279.154	15,8	€ 1.685.373,17	1.480.854,47	13,8
2 - Municipio 10	Poliambulatorio Paolini	27.124	27.353	-0,8	€ 522.418,55	564.794,97	-7,5
	Casa della Salute di Ostia	221.843	182.349	21,7	€ 1.053.289,53	898.095,75	17,3
	Poliambulatorio Acilia	263.371	56.082	369,6	€ 1.362.109,95	667.651,15	104,0
	Poliambulatorio Ostia Antica	143.961	108.536	32,6	€ 661.884,62	552.779,55	19,7
2 - Municipio 10 Totale		656.299	374.320	75,3	€ 3.599.702,65	2.683.321,42	34,2
3 - Municipio 11	Poliambulatorio Di Ponte Galeria	48.637	47.490	2,4	€ 358.071,60	330.869,05	8,2
	Poliambulatorio Corviale	4.265	3.963	7,6	€ 76.227,17	69.990,17	8,9
	Poliambulatorio Vaiano	127.014	98.772	28,6	€ 824.025,88	718.899,54	14,6
3 - Municipio 11 Totale		179.916	150.225	19,8	€ 1.258.324,65	1.119.758,76	12,4
4 - Municipio 12	Poliambulatorio Ramazzini	98.892	75.463	31,0	€ 866.916,22	686.915,63	26,2
	Poliambulatorio Massimina	15.332	12.077	27,0	€ 51.120,88	40.134,33	27,4
	Poliambulatorio Consolata	48.989	42.879	14,2	€ 184.910,05	164.215,04	12,6
	Poliambulatorio Colle Massimo	49.076	39.888	23,0	€ 182.084,15	148.855,94	22,3
4 - Municipio 12 Totale		212.289	170.307	24,7	€ 1.285.031,30	1.040.120,94	23,5
PPOO	Poliambulatorio G.B. Grassi	312.220	421.050	-25,8	€ 5.464.884,30	5.528.822,21	-1,2
	Poliambulatorio Cpo	8.537	13.404	-36,3	€ 146.830,07	242.043,59	-39,3
PPOO Totale		320.757	434.454	-26,2	€ 5.611.714,37	5.770.865,80	-2,8
Totale complessivo		1.692.622	1.408.460	20,2	€ 13.440.146,14	12.094.921,39	11,1
Prestazioni dialisi		N. Prestazioni		Var %	Valorizzazione teorica		Var %
PPOO	Poliambulatorio G.B. Grassi	23.488	24.667	-4,8	€ 2.087.558,00	€ 2.201.157,23	-5,2
	Poliambulatorio Cpo	851	4.030	-78,9	€ 82.908,45	€ 402.043,46	-79,4
PPOO Totale		24.339	28.697	-15,2	€ 2.170.466,45	2.603.200,69	-16,6
Totale complessivo		1.716.961	1.437.157	19,5	15.610.613	14.698.122	6,2

Tab.2 -

Anno 2023 - prestazioni SIAS per branca specialistica e valorizzazione economica

		Prestazioni in regime SNN					
Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	dialisi	Totale 2023	Totale 2022	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	1.455.914			1.455.914	1.175.684	23,8
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	9.602	1		9.603	9.253	3,8
08	Cardiologia	27.166	201		27.367	29.596	-7,5
09	Chirurgia generale	2.801	144		2.945	2.426	21,4
12	Chirurgia Plastica	932	5		937	1.255	-25,3
15	Medicina dello Sport		1.926		1.926	1.403	37,3
19	Endocrinologia	17.266	260		17.526	20.458	-14,3
29	Nefrologia	2.121	16.290	24.339	42.750	51.429	-16,9
30	Neurochirurgia				0	2	-100,0
32	Neurologia	7.935			7.935	7.465	6,3
34	Oculistica	20.418	4.251		24.669	21.470	14,9
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	8.340			8.340	7.481	11,5
36	Ortopedia e Traumatologia	10.111	4		10.115	8.888	13,8
37	Ostetricia e Ginecologia	5.970			5.970	6.005	-0,6
38	Otorinolaringoiatria	11.888			11.888	10.704	11,1
40	Psichiatria	16.211			16.211	4.473	262,4
43	Urologia	3.155			3.155	3.184	-0,9
52	Dermosifilopatia	3.876	202		4.078	4.598	-11,3
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	4.739			4.739	4.768	-0,6
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	4.297			4.297	6.792	-36,7
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	16			16	38	-57,9
64	Oncologia	3.208			3.208	3.655	-12,2
68	Pneumologia	7.860	15		7.875	7.829	0,6
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	24.574			24.574	28.965	-15,2
79	Risonanza Magnetica	376			376	904	-58,4
82	Anestesia	1.894			1.894	2.372	-20,2
99	Altro	18.587	66		18.653	16.060	16,1
Totale		1.669.257	23.365	24.339	1.716.961	1.437.157	19,5

Fonte: UOC ESIS.

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 APA/PAC	Prestazioni in dialisi	2023	2022	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	€ 5.399.124,90			€ 5.399.124,90	€ 4.420.315,68	22,1
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	€ 414.294,73	€ 430,00		€ 414.724,73	€ 399.267,75	3,9
08	Cardiologia	€ 738.271,36	€ 6.943,95		€ 745.215,31	€ 753.410,89	-1,1
09	Chirurgia generale	€ 74.423,18	€ 113.953,00		€ 188.376,18	€ 151.357,41	24,5
12	Chirurgia Plastica	€ 23.265,56	€ 1.250,00		€ 24.515,56	€ 37.583,61	-34,8
15	Medicina dello Sport		€ 12.369,22		€ 12.369,22	€ 9.114,46	35,7
19	Endocrinologia	€ 270.890,06	€ 2.320,09		€ 273.210,15	€ 343.514,22	-20,5
29	Nefrologia	€ 30.727,80	€ 134.271,97	€ 2.170.466,45	€ 2.335.466,22	€ 2.809.922,50	-16,9
30	Neurochirurgia				€ 0,00	€ 206,58	-100,0
32	Neurologia	€ 123.721,47			€ 123.721,47	€ 118.975,20	4,0
34	Oculistica	€ 366.361,48	€ 2.840.190,00		€ 3.206.551,48	€ 2.418.270,00	32,6
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	€ 178.538,14			€ 178.538,14	€ 148.256,28	20,4
36	Ortopedia e Traumatologia	€ 207.659,91	€ 1.888,00		€ 209.547,91	€ 180.596,10	16,0
37	Ostetricia e Ginecologia	€ 139.760,07			€ 139.760,07	€ 140.259,39	-0,4
38	Otorinolaringoiatria	€ 206.392,74			€ 206.392,74	€ 177.967,29	16,0
40	Psichiatria	€ 248.150,00			€ 248.150,00	€ 72.758,31	241,1
43	Urologia	€ 57.078,75			€ 57.078,75	€ 61.309,15	-6,9
52	Dermosifilopatia	€ 74.188,21	€ 40.350,00		€ 114.538,21	€ 120.770,76	-5,2
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	€ 55.236,13			€ 55.236,13	€ 52.467,71	5,3
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	€ 264.404,21			€ 264.404,21	€ 383.875,34	-31,1
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	454,56				1079,58	
64	Oncologia	€ 42.013,57			€ 42.013,57	€ 48.938,78	-14,2
68	Pneumologia	€ 151.622,15	€ 147,18		€ 151.769,33	€ 158.309,69	-4,1
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	€ 954.168,25			€ 954.168,25	€ 1.378.193,07	-30,8
79	Risonanza Magnetica	€ 62.036,47			€ 62.036,47	€ 144.247,18	-57,0
82	Anestesia	€ 36.285,64			€ 36.285,64	€ 42.641,80	-14,9
99	Altro	€ 166.812,65	€ 150,74		€ 166.963,39	€ 124.513,35	34,1
Totale		10.285.882	3.154.264	2.170.466	15.610.613	14.698.122	6,21

Fonte: UOC ESIS.

Riepilogo per Distretto / Presidio

Distretto	2023	2022	Var. %	2023	2022	Var. %
	N. Prestazioni			Valorizzazione teorica		
1 Comune di Fiumicino	323.361	279.154,00	15,8	€ 1.685.373,17	1.480.854,47	13,8
2 - Municipio 10	656.299	374.320,00	75,3	€ 3.599.702,65	2.683.321,42	34,2
3 - Municipio 11	179.916	150.225,00	19,8	€ 1.258.324,65	1.119.758,76	12,4
4 - Municipio 12	212.289	170.307,00	24,7	€ 1.285.031,30	1.040.120,94	23,5
PPOO Totale	320.757	434.454,00	-26,2	€ 5.611.714,37	5.770.865,80	-2,8
Totale complessivo	1.692.622	1.408.460,00	20,2	€ 13.440.146,14	12.094.921,39	11,1

Tab. 1 - Volumi di attività e valorizzazione economica (compresa attività nei APA-PAC) - per presidio -

Distretto	2023	2022	Variazione %	2023		2022	
	N. Prestazioni			Valorizzazione teorica		Variazione %	
1 Comune di Fiumicino	323.361	279.154	15,8	€	1.685.373,17	1480854,47	13,8
2 - Municipio 10	656.299	374.320	75,3	€	3.599.702,65	2683321,42	34,2
3 - Municipio 11	179.916	150.225	19,8	€	1.258.324,65	1119758,76	12,4
4 - Municipio 12	212.289	170.307	24,7	€	1.285.031,30	1040120,94	23,5
PPOO Totale	320.757	434.454	-26,2	€	5.611.714,37	5770865,8	-2,8
Totale complessivo	1.692.622	1.408.460	20,2	€	13.440.146,14	12094921,39	11,1
Prestazioni dialisi	N. Prestazioni				Valorizzazione Economica		
PPOO Totale	24.339	28.697	-15,2	€	2.170.466,45	2603200,69	-16,6

Fonte: UOC ESIS

Di seguito sono elencate le strutture, a gestione diretta, afferenti al Dipartimento di Salute Mentale:

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"			
Attività Residenziale h/24 Dipartimentale			
	PP. LL.	2022	2023
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.	2022	2023
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

		2022	2023
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Adulti			
	Prestazioni	70.680	75.382
	Utenti Trattati	6.009	6.385
Attività Ambulatoriale SM Minori/Adulti DCA Casa di Alice			
	Prestazioni	0	2.374
	Utenti Trattati	0	128
Attività Semi-Residenziale SM Adulti			
	Accessi	10.289	9.347
	Utenti Inseriti	326	320
Attività Residenziale SM Adulti (Gestione Diretta)			
	Accessi	7.525	7.340
	Utenti Inseriti	28	32
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Età Evolutiva TSMREE			
	Prestazioni	36.031	38.332
	Utenti Trattati	5.516	6.391
Attività Ospedaliera			
	Ricoveri Ordinari SPDC Grassi	415	419
	Ricoveri DH SPDC Grassi	19	45
	Ricoveri Ordinari SPDC San Camillo	342	350
	Ricoveri DH SPDC San Camillo	7	38

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. Per i tutti gli ulteriori dati economici di dettaglio e quelli concernenti le attività gestionali del Dipartimento di Prevenzione, si rimanda alla Relazione sulla gestione e a quella economico-finanziaria che saranno allegate alla deliberazione di approvazione del bilancio di esercizio 2023.

Linee di attività	UOC SISP_UOS IMMUNOPROFILASSI										
Prestazione	Descrizione prestazione	Fiumicino		Municipio X		Municipio XI		Municipio XII		Totale	
Anno di riferimento		2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	Numero utenti vaccinati	8.128	9.365	19.633	20.933	10.248	14.078	7.822	6.947	45.831	51.323
	Numero dosi somministrate	18102	18987	35474	37324	18910	24763	15256	13327	87.742	94.401
	Di cui dosi di vaccino MPR-MPRV	1.521	1.648	2.959	3.199	1.602	2.158	1.468	1.073	7.550	8.078
	Di cui dosi vaccino HPV	1.873	2.193	4.509	4.967	2.370	3.964	2.372	1.597	11.124	12.721
Campagna antiinfluenzale	Numero dei vaccinati nei centri vaccinali	724	708	1.221	1.534	1.087	920	93	71	3.125	3.233
Campagna antipneumococcica	Vaccinazioni antipneumococco 13-15-20-23	872	2.491	1.113	4.296	699	2.851	585	1.812	3.269	11.450
Campagna anti Covid	Vaccinazioni Covid	0	100	0	632	0	228	0	0	0	960
Interventi sanitari su comunità chiuse	Numero dosi somministrate	0	0	0	0	0	0	0	0	1.115	0
Intradermoreazione di Mantoux	somministrati	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0
Registrazioni vaccinazioni da altre regioni	Numero vaccinazioni registrate	745	800	1.080	1.200	1.031	1.400	492	700	3.348	4.100

I dati non ancora consolidati, relativi alle coorti vaccinali, risultano rispettati. Si osserva un aumento rispetto al 2022 delle prestazioni relative alle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Nel corso dell'anno la riduzione di personale ha compreso gli slot di prenotazione disponibili

Si procede quindi ad osservare i dati sull'attività di screening oncologico.

SCREENING MAMMOGRAFICO

ANNO	2022	2023
Popolazione target annua	45.807	46.728
Donne invitate totali (inviate grezze + spontanee)	60.207	55.778
Donne coinvolte (al netto delle escluse)***	50.508	51.276
Estensione****	118%	101%
Donne rispondenti totali:	17.650	21.724
Adesione*****	39,8%	45,8%
Donne inviate al 2° livello	1.728	611

Screening Citologico

ANNO	2022	2023
popolazione target annua	39.811	34.481
Totale invitate (coinvolte)	58.011	50.891
Donne coinvolte (al netto delle escluse)***	48.783	48.701
Estensione ****	123%	123,5%
Donne rispondenti totali di cui:	11.675	11.091
Adesione *****	27,7%	26%
Pap test totali	11.675	11.091
Pap test inadeguati	18	67
Donne inviate al 2° livello	1.979	1.730

Screening del Colon retto

ANNO	2022	2023
Popolazione target annua	101.940	103.724
Popolazione maschile grezza	50.721	44.132
Popolazione femminile grezza	60.712	55.730
Totale invitati (coinvolti)	118.201	106.273
Coinvolti***	108.552	104.858
Estensione****	109%	102,4%
Rispondenti totali:	15.940	25.192
Adesione*****	15,7%	25,23%
Inviati al 2° livello	839	1.744

Al riguardo e a commento dei dati suesposti si sottolinea il vantaggio sui primi livelli ottenuto 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 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 a settembre u.s., ha incrementato l'adesione allo screening menzionato al primo livello e questo comporta, di conseguenza, anche un aumento dei secondi livelli.

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 31/12/2023. compresi i comandati in entrata ed esclusi quelli in uscita, suddiviso per ruolo e per genere:

Descrizione Dipendente	Personale	Totale complessivo
COMPARTO	Ruolo Amministrativo	236
	Ruolo Professionale	2
	Ruolo Sanitario	1.167
	Ruolo Tecnico	257
COMPARTO Totale		1.662
Descrizione Dipendente	Personale	Totale complessivo
DIRIGENZA	Ruolo Amministrativo	14
	Ruolo Professionale	5
	Ruolo Sanitario	462
	Ruolo Tecnico	3
Dirigenza Totale		484
Totale complessivo		2.146

Il personale convenzionato titolare di incarico ammonta (alla data del 31/12/2023) a n. 236 unità.

RISULTATI ECONOMICI E GESTIONALI

Di seguito si riportano i dati di produzione 2023 e il confronto con l'anno 2022. I dati consegnano una ripresa dell'attività assistenziale sia in ambito ospedaliero che territoriale. L'apertura di nuovi posti letto presso il CPO ha consentito un incremento della produzione relativa alla riabilitazione.

I principali obiettivi non raggiunti sono rappresentati dall'insufficiente adesione di medici dirigenti e medici specialisti a convenzione della ricetta dematerializzata. Anche l'obiettivo relativo alla percentuale di prestazioni ambulatoriali non eseguite è stato raggiunto da pochissime strutture e pertanto non riconosciuto. Deve però essere rappresentato che la percentuale di produzione non riconosciuta è diminuita, seppur in modo insoddisfacente rispetto agli obiettivi assegnati, rispetto all'anno 2021.

Non è stato raggiunto invece l'obiettivo regionale, relativo al recupero delle liste di attesa chirurgiche. La carenza di medici anestesisti non consentito lo svolgimento delle sedute operatorie necessarie al recupero delle prestazioni, considerata l'impossibilità oggettiva di raggiungere tale risultato, l'obiettivo è stato sterilizzato a tutta l'area chirurgica.

Si riportano di seguito i dati del IV Trimestre:

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	CE IV Trim 2023	Previsione 2024
A-Valore della produzione	1.089.225	1.142.895	1.149.132	1.190.849	1.151.128
B-Costi della produzione	1.078.051	1.140.543	1.144.961	1.140.952	1.199.854
Differenza tra valore e costi della produzione	11.173	2.351.667	-34.749	49.897	-48.726
C-Proventi e oneri finanziari	-4.699	-3.179	-3.829	-363	-3.610
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	-2.444	0
E-Proventi e oneri straordinari	2.426	10.191	9.286	11.421	0
X-Risultato prima delle imposte	8.901	9.363	9.627	58.510	-52.336
Y-Imposte e tasse	8.901	9.363	9.627	9.787	10.121
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	0	0	0	48.722	-62.457

Il Conto Economico si chiude con una perdita previsionale di euro 62.457.124,54; le motivazioni di tale risultato sono di seguito riportate.

La quota indistinta assegnata, rimane significativamente al di sotto dell'indice di spesa pro capite per l'erogazione dell'assistenza sanitaria riferita alla popolazione residente. A tal proposito si ritiene opportuno evidenziare che la "Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale indistinto 2022" di cui alla DGR 447 del 08/08/2023 ha previsto un taglio delle risorse assegnate alla ASL Roma 3 di € 154.281.375 (allineamento quota capitaria) pertanto al fine di ricondurre in equilibrio la proposta di Bilancio di Previsione 2024 si ritiene opportuno in sede di assegnazione delle risorse 2024 di riconsiderare il taglio previsto per la ASL Roma 3.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Con la deliberazione n. 13 del 09/01/2020 l'Azienda ha approvato l'Atto Aziendale in vigore, approvato con DCA Regione Lazio n. U00033 dell'11/02/2020 e pubblicato sul BURL del 13/02/2020.

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.

Le articolazioni, sulla base delle correlate responsabilità tecnico professionali e/o di organizzazione e di gestione delle risorse assegnate, possono essere:

- Strutture Complesse (UOC) alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. Le strutture complesse esercitano funzioni amministrative o assistenziali, chiaramente individuabili, e sono contrassegnate da un significativo valore economico sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane affidate e hanno la responsabilità del budget assegnato. La titolarità della struttura complessa implica l'assunzione di funzioni di Direzione e organizzazione delle risorse e della attività da attuarsi nel rispetto degli obiettivi economici, organizzativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, nonché l'adozione di decisioni volte al corretto espletamento delle attività in termini di appropriatezza.
- Strutture semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) che assicurano attività riconducibili ad una o più linee di attività, chiaramente individuabili, non ridondanti o riconducibili alle UOC e con responsabilità del budget assegnato. La titolarità della struttura semplice a valenza dipartimentale implica l'assunzione di funzioni di Responsabilità e organizzazione delle risorse assegnate e della attività da attuarsi nel rispetto degli obiettivi economici, organizzativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, nonché l'adozione di decisioni volte al corretto espletamento delle attività in termini di appropriatezza.

- Strutture semplici (UOS), articolazioni funzionali della struttura complessa. Le strutture semplici assicurano funzioni riconducibili a una o più linee di attività tra loro coerenti, chiaramente individuate nell'ambito della struttura complessa di riferimento. La relativa titolarità implica l'attribuzione di funzioni con responsabilità ed autonomia limitate agli obiettivi assegnati all'interno dei processi di produzione.

L'organizzazione aziendale si articola in:

- A. Dipartimenti
- B. Aree funzionali
- C. Staff della Direzione Strategica

A) Dipartimenti

Il Dipartimento è l'insieme organizzativo di unità operative complesse, semplici e unità operative semplici a valenza dipartimentale, il cui scopo è la gestione comune, efficace, efficiente e appropriata delle risorse per lo svolgimento delle rispettive attività istituzionali.

I dipartimenti hanno la responsabilità gestionale delle risorse loro assegnate e sono caratterizzati dalla omogeneità, affinità o complementarietà sotto il profilo delle attività delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate.

Al dipartimento competono, pertanto, le funzioni di governo clinico, di coordinamento, orientamento, consulenza e supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitari.

- Dipartimento di Prevenzione
 - UOC Igiene e Sanità Pubblica
 - UOS Prevenzione primaria nelle scuole
 - UOC Igiene degli Alimenti di Origine Animale
 - UOS Controlli e verifica adempimenti
 - UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di lavoro
 - UOS Prevenzione e formazione alla sicurezza negli ambienti di lavoro
 - UOC Sanità Animale e Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche
 - UOS Anagrafe degli animali e degli operatori zootecnici
 - UOC Amministrativa della Prevenzione e della Salute Mentale (afferente al Dipartimento e funzionalmente all'Area Amministrativa)
 - UOSD Screening, Promozione della Salute, Stili di Vita
 - UOSD Canile Sovrazonale e Controllo del Randagismo
 - UOSD Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria
 - UOC Distretto Comune di Fiumicino
 - UOS Assistenza primaria e Casa della Salute
 - UOS Fragilità e Cure domiciliari

- UOC Distretto X Municipio
 - UOS Assistenza primaria e Casa della Salute
 - UOS Fragilità e Cure domiciliari
- UOC Distretto XI Municipio
 - UOS Assistenza primaria e Casa della Salute
 - UOS Fragilità, Cure domiciliari e NAD
- UOC Distretto XII Municipio
 - UOS Assistenza primaria e Casa della Salute
 - UOS Fragilità e Cure domiciliari
- UOC Medicina Legale
- UOC Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia
 - UOS Coordinamento Consultori Aziendali
 - UOS Assistenza Specialistica, CUP, liste di attesa
 - UOS Governo Disagio giovanile
- UOC Amministrativa Cure Primarie (afferente al Dipartimento e funzionalmente all'Area Amministrativa)
- UOSD Riabilitazione Territoriale e Assistenza Protesica

- Dipartimento di Salute Mentale
 - UOC Salute Mentale X Municipio e Comune di Fiumicino
 - UOS Governo dei percorsi clinici
 - UOS Centro Salute mentale distretto X Municipio
 - UOC Salute Mentale XI Municipio e XII Municipio
 - UOS Governo dei percorsi clinici
 - UOS Centro Salute mentale distretto XI Municipio
 - UOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
 - UOS SPDC San Camillo
 - UOC Salute Dipendenze
 - UOS Governo percorsi dipendenze area litorale
 - UOC Salute Mentale in Età Evolutiva
 - UOS Governo percorsi patologie dell'adolescenza
 - UOC Amministrativa della Prevenzione e della Salute Mentale (afferente al Dipartimento e funzionalmente all'Area Amministrativa)
 - UOSD Residenzialità in Salute Mentale
 - UOSD Prevenzione ed Interventi Precoci in Salute Mentale

- Dipartimento dei Servizi
 - UOC Farmacia Ospedaliera
 - UOS Logistica
 - UOC Farmacia Territoriale
 - UOS Farmacoepidemiologia, Monitoraggio spesa farmaceutica e Vigilanza farmacie
 - UOS Distribuzione diretta

- UOC Servizio Immuno Trasfusionale (SIMT)
 - UOS Diagnostica Immunoematologica
- UOC Laboratorio Analisi
 - UOS Attività diagnostica di Laboratorio ambulatoriale interdistrettuale
- UOSD Anatomia e Istologia Patologica

- Dipartimento di Medicina
 - UOC Medicina
 - UOS Diagnostica ultrasonografica internistica
 - UOS Governo pazienti in holding area in attesa di posto letto
 - UOC Cardiologia
 - UOS UTIC
 - UOS TAO/NAO e governo piani terapeutici anche in telemedicina
 - UOS Cardiologia Interventistica (aritmie e emodinamica)
 - UOC Riabilitazione e Centro Spinale
 - UOS Percorso diagnosi cura e prevenzione Osteoporosi
 - UOC Pediatria
 - UOC Nefrologia e Dialisi
 - UOS Nefrologia-Trattamenti in area critica e Dialisi domiciliare
 - UOSD Neonatologia
 - UOSD Oncologia
 - UOSD Gastroenterologia

- Dipartimento di Chirurgia
 - UOC Chirurgia Generale
 - UOS Coordinamento sale operatorie
 - UOS Preospedalizzazione Chirurgica centralizzata
 - UOS Chirurgia d'Urgenza
 - UOS APA
 - UOC Ortopedia e Traumatologia
 - UOS Traumatologia ortopedica dell'anziano
 - UOC Oculistica
 - UOC Ostetricia e Ginecologia
 - UOS Blocco Parto e Pronto Soccorso
 - UOS Legge 194/78
 - UOC Odontoiatria Preventiva e Sociale
 - UOS Trattamento patologie del cavo orale e del tratto cervicale dei pazienti fragili
 - UOSD Anestesia (disciplina anestesia e rianimazione)
 - UOSD Patologie Otorinolaringoiatriche, del Cavo orale e Cervicofacciali (disciplina otorinolaringoiatria)
 - UOSD Chirurgia Mininvasiva

- Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA)
 - UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
 - UOS Pronto Soccorso
 - UOS Medicina d'Urgenza
 - UOS Governo codici a bassa priorità
 - UOC Diagnostica per Immagini
 - UOS Diagnostica per Immagini DEA
 - UOS Radiodiagnostica per Immagini Coordinamento attività territoriali
 - UOSD Rianimazione (disciplina anestesia e rianimazione)
 - IP Percorsi aziendali per la Terapia del Dolore

- Dipartimento delle Professioni Sanitarie
 - UOC Servizio Infermieristico ed Ostetrico Ospedaliero
 - UOS Integrazione ospedale territorio della gravidanza e del parto a basso rischio ostetrico e governo della casa del parto
 - UOC Servizio Infermieristico ed Ostetrico delle Cure Primarie
 - UOC delle Professioni Tecniche, Riabilitative e Sociali
 - UOS Coordinamento percorsi contrasto violenza di genere
 - UOSD delle Piattaforme Assistenziali di Degenza
 - UOSD Gestione Piattaforme Logistiche

- Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi
 - UOC Risorse Umane
 - UOS Trattamento economico Dipendenti e Convenzionato
 - UOC Risorse Economico Finanziarie
 - UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio
 - UOC Approvvigionamenti
 - UOC Sistemi ICT
 - UOSD Affari Generali

- UOC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico (Tale struttura si rapporta direttamente con la Direzione Sanitaria)
 - UOS Governo Cartelle cliniche e verifica SDO
 - UOS Igiene e Tecnica ospedaliera C.P.O.

B) Le Aree Funzionali

L'area funzionale è un aggregato di attività svolte da strutture diverse tra di loro, il cui scopo è il raggiungimento coordinato di un obiettivo trasversale e comune a tutte le strutture coinvolte (assistenziali o

tecnico-amministrative). L'area funzionale deve essere considerata una "forma organizzativa di coordinamento" in grado di sostenere processi aziendali complessi e flessibile rispetto alla dinamicità evolutiva delle realtà assistenziali.

- Area Funzionale Interdipartimentale per lo sviluppo delle attività di Telemedicina ad integrazione Ospedale Territorio e per la Medicina Specialistica:
 - UOC Nefrologia e Dialisi
 - UOC Cardiologia
 - UOC Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia
 - Casa della Salute

- Area Funzionale Interdipartimentale di integrazione Ospedale Territorio per Screening e Diagnostica per Immagini:
 - UOC Diagnostica per Immagini
 - UOC Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia
 - UUOCC 4 Distretti
 - UOSD Screening, Promozione della Salute, Stili di Vita
 - UOS Coordinamento consultori aziendali

- Area Funzionale delle Attività Amministrative Decentrate:
 - UOC Amministrativa Presidio Ospedaliero Unico
 - UOC Amministrativa Cure Primarie (incardinata nel Dipartimento Cure Primarie e ISS)
 - UOS ALPI
 - UOS Amministrativa Assistenza Integrativa, Assistenza all'estero, Assistenza STP/ENI e Rimborsi
 - UOC Amministrativa della Prevenzione e della Salute Mentale (incardinata nel Dipartimento DSM e Prevenzione)

C) Le Funzioni di Staff della Direzione Strategica

Le funzioni di staff della Direzione Strategica operano in dipendenza gerarchica diretta con la Direzione Strategica e sono organizzate in:

- Funzioni di Staff alla Direzione Generale:
 - UOC Sviluppo Organizzativo e della «Competence» Individuale
 - UOS Telemedicina e governo unitario dei PUA

- UOS Comunicazione
- UOS Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione
- UOS Controllo di Gestione
- UOS Medicina del Lavoro
- Funzioni di Staff alla Direzione Sanitaria:
 - UOC Accreditamento, Vigilanza e Controllo delle Strutture Sanitarie
 - UOS Controlli prestazioni rese e cartelle
 - UOC Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio.
 - UOC Epidemiologia e SIS
 - UOS Flussi sanitari istituzionali
 - UOS Formazione e aggiornamento del personale

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 i relativi indicatori di sistema:

- 1) Prevenzione;
- 2) Assistenza Territoriale;
- 3) Assistenza Ospedaliera;
- 4) Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo;
- 5) Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza.

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

I. 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.

II. Obiettivi generali strategici aziendali che concorrono alla valutazione dei professionisti e dei team:

- Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo;
- Appropriatelyzza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza;
- Economico finanziari;
- Governo clinico;
- Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza;
- Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR

Obiettivi generali:

Le infezioni sono state monitorate costantemente , con la collaborazione delle strutture insistenti nel Dipartimento dei servizi. In generale si è osservata una riduzione degli alert..

In alcune strutture la ricetta dematerializzata continua a trovare resistenze per un uso ordinario. Rispetto al precedente anno tuttavia si rileva un trend di crescita importante.

Le cartelle cliniche e il loro livello di completezza e qualità è stato monitorato dalla Direzione Medica di Presidio, anche nelle scadenze intermedie. Il risultato è più che soddisfacente.

I Negoziatori hanno cominciato a prendere visione del CE di reparto al 1° margine. Il monitoraggio delle prestazioni interne è considerevolmente migliorato.

Attività di ricovero:

Tutte le strutture hanno raggiunto l'obiettivo della riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza.

Gli esiti del P.Re.Val.E. non sono stata raggiunti per:

- Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (struttura di ricovero), a causa delle gravi carenze di organico della UOC.
- Volume di ricoveri con taglio cesareo, a causa del mancato raggiungimento della soglia di 1.000 parti che avrebbe consentito il pieno raggiungimento dell'obiettivo (tot. Parti 914).

Attività specialistica:

I volumi di specialistica ambulatoriale sono cresciuti del 20% e la produzione del 6% rispetto al 2022; migliora il tasso di occupazione degli slot, e la telemedicina si conferma un valore aggiunto che sta diventando strutturale,

Emergenza:

L'attività in emergenza ha continuato a rispondere alle richieste della popolazione; gli accessi sono in aumento e le difficoltà di reperire i posti letto in regime di ricovero sono una delle maggiori cause di sovraffollamento del reparto. Sono comunque aumentate le dimissioni a domicilio e si è ridotto il tempo di ricovero, soprattutto per i reparti aziendali, meno per quelli accreditati.

Servizi – Diagnostica:

I flussi gestiti dalla farmacia, sono stati trasmessi regolarmente, la struttura ha testimoniato una risposta agli obiettivi assegnati molto soddisfacente ha raggiunto tutti gli obiettivi.

La UOC Diagnostica per immagini a causa delle carenze di personale ha svolto il suo ruolo prevalentemente in funzione del Pronto Soccorso, dei reparti ospedalieri e dello screening mammografico. Nell'ultimo trimestre dell'anno, nuove assunzioni hanno consentito l'incremento dell'offerta.

Prevenzione:

Gli obiettivi assegnati sono stati raggiunti, permangono criticità in relazione all'adesione della popolazione agli screening oncologici e al rispetto dei tempi relativi allo screening di secondo livello.

Salute mentale:

Relativamente ai disturbi del comportamento alimentare è stata istituita l'unità valutativa multidisciplinare e successivamente aperta la "Casa di Alice", un ambulatorio dai 10 ai 45 anni d'età. E' stata avviata la procedura per i disturbi dello spettro autistico. Sono stati avviati i progetti finanziati: REDINE e Quality life I.

Dipartimento professioni sanitarie:

Il livello di raggiungimento degli obiettivi risulta più che soddisfacente;

UOS Formazione:

La stagione ha visto la ripresa di numerosi corsi di formazione.

UOC Direzione Medica di Presidio Ospedale Unico:

La struttura non ha raggiunto due obiettivi:

1. Aggiornamento procedura Gestione della Salma in Ospedale;
2. Sviluppo di una Istruzione Operativa come modalità di attivazione, verifica e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza in caso di Alert.

Percorso nascita:

Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti (Open Day)

Assistenza Specialistica:

Raggiunti gli obiettivi legati alla priorità "P" da tre Distretti su quattro.

L'incremento delle ricette dematerializzate, in ambito territoriale, è stato inferiore al livello minimo necessario a riconoscere l'obiettivo.

Assistenza Domiciliare:

Si è assistito ad un significativo miglioramento della popolazione presa in carico per tutti i quattro Distretti. Al contrario il tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura è stato raggiunto solo da due Distretti.

Equilibrio Economico finanziario:

Tutte le strutture hanno raggiunto gli obiettivi di tale aggregato.

Riabilitazione:

Sono stati raggiunti tutti gli obiettivi.

Gestione Risorse Umane

Al netto di alcuni obiettivi sterilizzati per la mancata conclusione di procedimenti che necessitavano per l'approvazione della contrattazione sindacale, gli altri sono stati raggiunti. L'obiettivo 3.4.1 "Corretta gestione della rilevazione contabile relative alle sopravvenienze attive e passive" non è stato raggiunto a causa del superamento della quota contrattata.

Buon andamento della gestione

Per quanto riguarda le tempistiche del piano gare e il rinnovo dei contratti dell'Area ICT la percentuale di raggiungimento non è stata soddisfatta.

In sede di rendicontazione degli obiettivi le strutture non hanno consentito un'analisi puntuale delle scadenze programmate e effettive.

In ambito di trasparenza, non sono stati raggiunti pienamente gli obblighi di pubblicazione relativi alle griglie ANAC.

Trasparenza e Anticorruzione

Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti

Obiettivi economici

Raggiunti gli obiettivi legati ai tempi di liquidazione, agli ordini, all'attuazione dei Piani Attuativi della Certificabilità. Svolti i monitoraggi sugli scostamenti del Budget.

Patrimonio Edilizio e sicurezza informatica

Raggiunti tutti gli obiettivi legati al patrimonio, alle manutenzioni, al cronoprogramma degli investimenti, anche PNRR.

In ambito di trasparenza, nonostante l'impegno fattivo della struttura per adeguarsi alle indicazioni, non sono stati raggiunti pienamente gli obblighi di pubblicazione relativi alle griglie ANAC.

ALBERO DELLA PERFORMANCE 2023

Si riporta comunque di seguito l'albero della performance 2023 con gli obiettivi assegnati, comprensivi di indicatori:

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
1.1.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: contrattualizzazione gare	Gestione dell'arretrato dei contratti relativi alle procedure sopra soglia	Monitoraggio mensile del n. dei contratti da sottoscrivere con le Società aggiudicatrici delle gare d'appalto. Raggiungimento del risultato: media % sottoscrizione n. contratti 2022 entro 30/09 + % sottoscrizione n. contratti 2023 aggiudicati entro il 30/06/2023.	Relazioni mensili a DA CdG		%	90	80
1.1.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: piano gare	Monitoraggio tempistiche piano gare	Predisposizione proposta di delibera di approvazione del piano gare 2024/25 con il cronoprogramma delle stesse entro il 31/10/2023	Ishare doc		gg	0	30
1.1.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: piano gare	Rispetto delle tempistiche piano gare	N. Gare svolte secondo cronoprogramma / gare non svolte	Trasmisione quadri mestral e report a DA e CdG		%	80	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
1.1.4	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: contratti	Rinnovo dei contratti dell' Area ICT 30 gg prima della scadenza	N. Contratti rinnovati dopo la scadenza / numero contratti rinnovati	Relazioni mensili a DA CdG		%	100	95
1.1.5	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: contrattualizzazione gare	Gestione dell'arretrato dei contratti relativi alle procedure sopra soglia	Approvazione , definizione contratti standard servizi e forniture. Definizione Accordo Quadro con proposta Delibera entro 30/06	Ishare doc		%	90	80
1.10.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: analisi dei dati di produzione	Implementazione/ripristino sistema di Reporting su sito intranet.	Pubblicazioni su sito intranet di reportistica trimestrale entro 15/05,15/09, 15/11/2023	Report al CDG e DS		N	3	3
1.11.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere	Flussi informativi: analisi dei dati di produzione	Predisporre pubblicazioni relative all'andamento della produzione	elaborare 4 relazioni entro 30/04/2023,31/07/2023 ,31/10/2023,31/01/2024	Trasmisione nota a DG,DS, DA,		N	4	4

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	re informativo								
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED		%	90	70
1.13.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi: Invio flusso Dispositivi Medici	Invio del flusso relativo ai contratti dei Dispositivi Medici	Corretto invio del flusso, scarti inferiori al 5%	SIGES		%	95	90
1.13.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi: Invio flusso Dispositivi Medici	Invio del flusso relativo ai contratti dei Dispositivi Medici	Collaborazione con la Uoc Approvvigionamenti, e con la Uosd Affari Generali alla corretta elaborazione dei flussi dei contratti. Scarti >5%	SIGES		%	95	90
1.14.1	Adempimenti amministrativi,	Negoziazione di secondo livello e performan	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli	Unica - Report Risorse Umane		gg	30	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	sanitari e di caratteristiche informative	ce individuale	e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg					
1.15.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di caratteristiche informative	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Approvazione e nuovo regolamento relativo alla concessione dei benefici per motivi di studio ai dipendenti del comparto	Approvazione delibera entro il 30/09/2023	Ishare doc		gg	0	30
1.15.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di caratteristiche informative	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Approvazione e nuovo regolamento relativo all'assegnazione degli incarichi, previsti dal nuovo CCCNL del comparto	Trasmissione alle OO.SS. entro il 31/03/2023	Ishare doc		gg	15	45
1.15.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di caratteristiche informative	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Elaborare il funzionigramma, alla luce del nuovo atto aziendale	Presentare alla Direzione Strategica nuovo funzionigramma 45 gg dopo l'approvazione regionale dell'Atto Aziendale	Relazione alla Direzione Strategica		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
1.15.4	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Elaborare i dati necessari all'elaborazione del Piano Azioni Positive	Fornire i dati necessari a costruire i PAP. Elaborazioni richieste / Elaborazioni trasmesse	Relazione Responsabile PAP		SI/NO	1	0
1.15.5	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Predisposizione Piano Azioni Positive	Predisposizione Piano Azioni Positive, in tempo utile per l'applicazione del PIAO	Trasmisione piano a CdG Direzione Strategica - CUG		SI/NO	1	0
1.15.6	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Stesura micro organizzazione e finalizzato al sistema degli incarichi del comparto (Diprosan - UOC Amm.va Cure Primarie - Dip. Fatt. Prod.)	Collazione della micro organizzazione entro 30/11/2023	Ishare doc		gg	0	30
1.15.7	Adempimenti amministrativi,	Politiche di sviluppo etico comportamentale	Aggiornamento del regolamento dei procedimenti	Approvazione delibera Regolamento procedimenti disciplinari entro 31/07/2023	Ishare doc		gg	0	30

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGIC O	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	sanitari e di caratte re inform ativo	del personale	disciplinari per il comparto e dirigenza						
1.15. 8	Ademp imenti amministrativi, sanitari e di caratte re inform ativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Azioni finalizzate alla piena applicazione degli istituti contrattuali vigenti	Presdisposizione cronoprogramma entro il 31/03/2023 degli istituti contrattuali e monitoraggio trimestrale della relativa attuazione	Relazio ne CdG, DG		N	4	4
1.15. 9	Ademp imenti amministrativi, sanitari e di caratte re inform ativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Ottimizzazion e della rilevazione presenze del personale, gestione turni e cedolini	Gestione delle Attività e messa a regime della gestione presenze, turni del Personale aziendale e cedolini del personale entro il 31.12.2023	Comple to avvio al 31.12.2 023		SI/ NO	1	0
1.16. 1	Ademp imenti amministrativi, sanitari e di caratte re inform ativo	Processi amministrativi di digitalizzazi one: formazione	Predisposizio ne corsi di formazione per il personale, compresi i direttori di UOC, finalizzati al corretto uso del protocollo aziendale.	Emanazione linee guida entro 30/04 - monitoraggio trimestrale delle abilitazioni - effettuazione corsi di formazione	Relazio ne quadri mestral e a DA e CdG in cui si rendico ntino i tre adempi menti		N	3	3

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			Monitoraggio delle abilitazioni attive. Emanazione di linee guida.						
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU		%	100	70
1.2.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Elaborare report trimestrali di completezza e tempestività di invio della cartella clinica	4 report trimestrali da trasmettere alle strutture al Direttore Sanitario e al CdG	UOC DME POU		N	4	4
1.2.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Trasmissione delle SDO nel rispetto delle scadenze previste dalla regione	il risultato è frutto della seguente formula: $1 - (\text{valore produzione non riconosciuta} * 25) / \text{valore della produzione riconosciuta} * 100$	UOC ESIS		%	100	50

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	re inform ativo								
1.3.1	Ademp imenti amministrativi, sanitari e di carattere inform ativo	Adempime nti informativi sanitari: processi di digitalizzazi one	Dematerializz azione e digitalizzazio ne degli archivi/censi mento e predisposizio ne fascicoli per la dematerializz azione e digitalizzazio ne degli archivi	adempimento si /no entro il 31/10/2023	Uoc Ammini strativa Dip.Pre v.		GG	0	60
1.3.2	Ademp imenti amministrativi, sanitari e di carattere inform ativo	Adempime nti informativi sanitari: processi di digitalizzazi one	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS		%	90	70
1.3.3	Ademp imenti amministrativi, sanitari e di carattere inform ativo	Adempime nti informativi sanitari: processi di digitalizzazi one	Utilizzo informatico del registro di sala operatoria	Implementazione registrazione informatica, tramite SOWEB delle attività di sala operatoria, dal 15/02/2023	Direttor e Medico POU		gg	0	15

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
1.4.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adozione budget	Determinazione Budget e Sottoscrizione e Accordo/Contratto ex art.8 quinquies D.lg. N.502/1992 e ss.mm.ii	Adozione trasmissione alla Regione Provvedimento Assegnazione Budget entro 30 gg successivi alla comunicazione del Provvedimento Regionale/sottoscrizione e 98% dei contratti entro 30gg successivi alla data di caricamento degli stessi	Relazione a DS CdG		GG	0	60
1.5.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Aggiornamento Procedure e Regolamenti: Utilizzo ADT/SIO	Corretta gestione del flusso SIO. Implementazione recupero SDO in abbattimento o ancora rettificabile.	Controllo relativo alle SDO con abbattimento tariffario e comunicazione alla DM POU per correzione e recupero	Relazione trimestrale DS e CdG		N	4	4
1.5.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Aggiornamento Procedure e Regolamenti: Utilizzo ADT/SIO	Corretta gestione dell'applicativo ADT in fase di accesso e movimentazione dal reparto.	Azioni richieste dalla Direzione Medica di Presidio per rimuovere le cause di scarto dei flussi / azioni correttive eseguite	Relazione trimestrale a DS e CdG da parte della Direzione Medica di presidio		N	100	80
1.6.1	Adempimenti amministrativi,	Analisi dei processi Amministrativi:	Analisi dei costi interni ed esterni dei patrocini legali,	Redigere due relazioni al 30/06 e al 31/12 relativamente all'efficacia dei patrocini esterni, rispetto ai costi	Relazione Ufficio Legale		N	2	2

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	sanitari e di caratte re inform ativo	contabilità analitica	nonché degli esiti	interni di funzionamento dell'Ufficio Legale					
1.7.1	Ademp imenti amministrativi, sanitari e di caratte re inform ativo	Appropriat ezza organizzati va: implement azione procedure e regolament i	Redazione di una procedura/is truzione operativa sulle attività di valutazione dei piani di lavoro per la rimozione dell'amianto	adempimento entro il 30/09/2023	Share Doc		gg	0	60
1.8.1	Ademp imenti amministrativi, sanitari e di caratte re inform ativo	Contabilità Analitica: flussi sanitari	Corretto invio flussi di rendicontazi one Ministeriale Flusso File F e Flusso File R (mens.) e Dispositivi Medici (trimestrale)	Invio dei flussi codificati e corretta gestione degli invii	farmaci a		N	28	24
1.8.2	Ademp imenti amministrativi, sanitari e di caratte re inform ativo	Contabilità Analitica: flussi sanitari	Mappatura di tutti i flussi aziendali con assegnazione delle relative responsabilit à	Approvazione delibera di ricognizione di tutti i flussi aziendali entro 30/05/2023	Ishare doc		gg	0	45

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PERCENTUALE	UNITA' DI MISURA	ATTUALE (100%)	MINIMO (0%)
1.8.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: flussi sanitari	Trasmissione flusso mensile regionale entro il 20 (Sistema Informativo Ospedaliero Sistema Informativo Assistenza Specialistica, Sistema Informativo Emergenza Sanitaria, Sistema Informativo Riabilitazione, Flusso Hospice)	N. flussi inviati / N. flussi da inviare (la somma dei giorni max. di ritardo per tutti gli adempimenti è pari a 20 e riduce percentualmente il risultato)	UOC ESIS		gg	0	10
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG		%	100	70

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
2.1.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media reparto di medicina	Garantire una degenza media non superiore a 11 gg	Degenza media annua non superiore a 11 gg	SIO		%	100	82
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022	risponde alla formula = $1 - ((dm23 - (dm23 * 5 / 100)) / dm2022) * 100$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sul secondo semestre dei due anni.	SIO		%	100	82
2.10.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: spesa farmaceutica e diagnostica	Ciascuna CAPI deve prevedere 10 sedute di cui il 40% deve essere dedicata alla diagnostica	Relazione al Direttore Sanitario e al Cdg	Presidenti Capi		N	10	9
2.10.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: spesa farmaceutica e diagnostica	Riduzione della spesa farmaceutica pro-capite convenzionata	Spesa distrettuale pro-capite 2022 / Spesa distrettuale pro-capite 2021 - Spesa media pro capite come da indicazioni Regione Lazio (circa 140 euro)	Relazioni trimestrali in ordine alle riunioni e alla corrispondenza con		N	4	3

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
					Direttori di Distretto e prescrittori				
2.11.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: trasfusionale	Appropriatezza trasfusionale e richieste Emocomponenti	N.° richieste gestite con valutazione o consulenza/ N.° totale richieste pervenute <= 60%, >60-80%, >= 80%	Dati Registrati su gestionale Emonet e valutazione richieste cartacee Report Trimestrali		N	4	3
2.12.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione dei servizi al cittadino: campagna vaccinale	Raggiungimento del target regionale di copertura antinfluenzale	N. residenti invitati alla vaccinazione / N. residenti totali fascia ≥ 65 anni (o residenti target individuati dal piano influenzale)	Dip. Prevenzione		%	85	50
2.13.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità	Implementazione servizi al cittadino : BRO	Percorso basso rischio ostetrico (Bro). Elaborazione protocollo di assistenza alla gravidanza	Elaborazione protocollo e evidenza della condivisione dello stesso con il personale interessato entro il 30/06	Relazione		GG	0	30

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	dell'ass istenza		fisiologica ad esclusiva responsabilit à dell'ostetrica, come raccomandato da Regione Lazio						
2.13.2	Approp riatezza organizza tiva, qualità ed equità dell'ass istenza	Implement azione servizi al cittadino : presa in carico del neonato sano.	Predisposizio ne percorso di presa in carico per il neonato sano.	Elaborazione documento del percorso entro il 30/06 - dimissioni entro 48 h dal parto fisiologico per almeno il 40% dei neonati nel II semestre 2023 (se il documento non è predisposto l'obiettivo non è raggiunto)	Approv azione docum nto entro 30 Giugno 2023 e dimissio ni entro le 48h > 40%		%	40	30
2.14.1	Approp riatezza organizza tiva, qualità ed equità dell'ass istenza	Implement azione servizi al cittadino : COT-A	Implementaz ione dei flussi di presa in carico dei pazienti presso la COT-A	80 pazienti presi in carico dalla COT-A	Relazio ne/Dati SIATESS		%	80	60
2.15.1	Approp riatezza organizza tiva, qualità ed equità	Implement azione servizi al cittadino : Disturbi alimentari	Accesso alle cure presso "La Casa di alice" centro per il trattamento per i disturbi del comportame	Valutazioni specialistiche per minori effettuate presso la "Casa di Alice" dal personale dedicato della UOC TSRMEE N prestazione erogate valutazione del dipartimento ottimo	Cartella Clinica in attesa di sistema informa tivo		%	100	70

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	dell'assistenza		nto alimentare (DCA) del DSM, di Minori a rischio per ,o affetti da DCA	100% discreto 90% sufficiente 70% insufficiente non raggiunge	dedicat o				
2.15.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Disturbi alimentari	Valutazione appropriatezza invii CSM al centro-Casa di Alice	N. Pazienti presi in trattamento / totale degli invii effettuati dai CSM	DISAM WEB		%	100	90
2.16.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : endoscopia e gastroenterologia	Apertura percorso interno per i medici degli ambulatori del Grassi per inserire pazienti che necessitano di esami endoscopici e visite gastroenterologici	Apertura del percorso interno entro il 30/06/2023	SIAS		gg	0	30
2.17.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità	Implementazione servizi al cittadino : Medicina Legale	Implementazione dell'accesso al cittadino per il rilascio dell'idoneità alla guida dei veicoli a motore	Incremento del rilascio delle certificazioni ambulatoriali (patente A e B, patente Nautica) rispetto al secondo semestre del 2019	Recup web - Uoc Medicina Legale		SI/NO	1	0

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	dell'assistenza		(patenti di guida categoria C-D-E9						
2.17.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Medicina Legale	presa in carico del soggetto con gravidanza a rischio ai sensi del D.lgs. 21.3.02 n.151	Istituzione della cartella infermieristica medico-legale e pianificazione degli appuntamenti successivi (entro 30/06/2023)	Uoc Medicina Legale		gg	0	90
2.18.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : PUA	Aggiornamento del percorso multidisciplinare e multidimensionale per la gestione dei bisogni delle persone con vulnerabilità socio-sanitaria che si rivolgono al PUA; definire le modalità per la presa in carico tempestiva in particolari casi complessi, che richiedono l'intervento di più	Predisposizione procedura aziendale sull'attività dei PUA Redazione del progetto entro il 30/11/2023	Diprosan Presentazione Progetto Al Ds Dg CdG		GG	0	60

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGIC O	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			professionali tà in ambito sociale sanitario in raccorto con le COT-A e COT-D						
2.19.1	Approp riatezza organ izativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Implement azione servizi al cittadino : puerperio e post partum	Aumento delle visite domiciliari nel puerperio e nel post-partum da parte dell'equipe multidisciplinare consultori	Aumento del 5% di visite domiciliari 2023/n. di visite domiciliari effettuate nel 2022	Dati Recup (non SIAS) e Report interni		SI/ NO	1	0
2.2.1	Approp riatezza organ izativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Appropriat ezza organizzati va: accesso ai servizi del TSRMEE	Definizione di una procedura per la creazione di una lista di attesa per l'accesso ai trattamenti riabilitativi presso il TSMREE	Adozione della determinazione di presa d'atto della procedura entro il 30.04.2023 - apertura agende di continuità entro il 31.07.2023	Validazi one proced ura		SI/ NO	2	1
2.20.1	Approp riatezza organ izativa, qualità ed equità	Implement azione servizi al cittadino : riabilitazio ne	Aumento del Turn-over delle degenze anche mediante l'incremento delle prestazioni	N. accessi in regime DH cod. 28 e cod. 56 > 80 al mese	Schede Rad-r		%	100	80

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGIC O	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	dell'ass istenza		riabilitative in DH						
2.21. 1	Approp riatezza organizzativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Implement azione servizi al cittadino : Salute Mentale	Formalizzazio ne di un percorso aziendale per la transizione e la presa in carico congiunta da parte dei servizi sanitari territoriali (Consultori familiari e Servizi DSM)	Definizione di un protocollo operativo per la composizione delle procedure di passaggio e la continuità assistenziale tra i servizi coinvolti. 1 protocollo entro 30/09/2023	Relazio ne del Direttore e Allegati		gg	0	30
2.22. 1	Approp riatezza organizzativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Implement azione servizi al cittadino : Screening	Implementaz ione del PAE equità Aziendale	Almeno 160 Pazienti CSM inviate allo Screening del Tumore Collo dell'utero	Registro Screeni ng/Sips o 2.0		%	80	70
2.22. 2	Approp riatezza organizzativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Implement azione servizi al cittadino : Screening	TRE CORSI DEDICATI ALL'UMANIZ ZAZIONE DELLA COMUNICAZI ONE	Effettuazione di tre corsi dedicati al personale interno, finalizzato al miglioramento dell'umanizzazione della comunicazione	UOS Formazi one		N	3	2
2.22. 3	Approp riatezza	Implement azione servizi al	Favorire momenti di informazione	Garantire la presenza in manifestazioni pubbliche organizzate	Relazio ne a DS e CDG		N	6	4

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	organiz zativa, qualità ed equità dell'ass istenza	cittadino : Screening	e sensibilizzazi one della cittadinanza sull'importan za delle campagne di screening	da altri o organizzare eventi formativi / informativi sulle campagne screening.					
2.23. 1	Approp riatezz a organiz zativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Implement azione servizi al cittadino : Telemedici na	Valutare il gradimento dell'utenza per le prestazioni in televisita	somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Due relazioni al 30/06 e al 30/09	Rilevazi one dati distrett uali		N	2	2
2.24. 1	Approp riatezz a organiz zativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Implement azione servizi al cittadino : Vata	Implementaz ione del Vascular Access Team Aziendale (VATA)	Posizionamento di n. 30 accessi vascolari anno 2023 (PICC/MIDILINE dal VATA)	Relazio ne del VATA		%	30	25
2.25. 1	Approp riatezz a organiz zativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Monitorag gio attività: ICA	Implementaz ione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmis sione Report a Risk Manage r		N	2	2
2.25. 3	Approp riatezz a	Monitorag gio attività: ICA	monitoraggio del consumo delle	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al	Trasmis sione Report		N	4	4

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza		soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	trimestre di competenza) riportanti gli ordini di soluzione per ogni U.O.	a Strutture e Risk Manager				
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmisione report		%	100	99
2.25.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	monitoraggio trimestrale delle infezioni correlate all'assistenza suddiviso per UU.OO. (alert)	Produzione di 4 report da inviare entro il 15 del mese successivo al trimestre monitorato	Powerlab - Lab Analisi - Direzione medica Di Presidio - ISRC		N	3	3
2.26.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: Lavaggio mani	verifica degli adempimenti delle U.O. Ospedaliere relativi all'implementazione del consumo di soluzioni idroalcoliche e del	4 sopralluoghi annuali a campione e produzione di relativi verbali; durante l'anno verranno controllate comunque tutte le U.O. Ospedaliere	Risk Management		N	4	4

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MISUR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			materiale informativo						
2.27.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: CSM	Miglioramento dell'individuazione dei percorsi di cura dei pazienti trattati nei CSM, differenziati per livelli di intensità assistenziale disamweb	Monitoraggio trimestrale della presa in carico/cura/consulenza in equipe o individuale secondo i parametri PANMS (DCA U00287/2014)	DISAM WEB		%	100	99
2.28.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: posti letto	Garantire Tasso di occupazione PL pari almeno al 35% nel primo semestre e al 50% nel secondo semestre	il risultato è pari a=(TOPL 1 SEM/35+TOPL 2SEM/50)/2	SIO		%	35 / 50	25 / 40
2.28.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: posti letto	Garantire Tasso di occupazione PL cod. 56 pari almeno al 75% nel primo semestre e all'85% nel secondo semestre	Media - Tasso occupazione PL 1 semestre >= 75% + Tasso occupazione PL 2 semestre >= 85%	Rad - R		%	75 - 85	70 - 80

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
2.29.1	Approp riatezza organizza tiva, qualità ed equità dell'ass istenza	Monitorag gio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022	Garantire al PS n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazio ne mensile Direttore e DEA con i dati per settimana a Cdg e Direzio ne Strategi ca		%	70	40
2.29.2	Approp riatezza organizza tiva, qualità ed equità dell'ass istenza	Monitorag gio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffolame nto del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamen to della	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed managment: il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitor aggio mensile Direzio ne Medica di Presidio		%	100	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT						
2.29.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Monitorare puntualmente il corretto adempimento dei reparti in ordine agli obiettivi 2.29.1 e 2.29.3	Segnalazioni tempestive ai reparti in ordine al mancato / ritardato adempimento.	Relazione mensile entro il 5 del mese successivo alla Direzione Strategica e al CDG		N	7	6
2.3.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: DPC Integrativa Diabete	Report segnalazione non appropriata prescrizione prodotti DPC INTEGRATIVA DIABETE da notificare alle CAPI per le successive attività di competenza	Report trimestrali di consumi ed eventuali criticità da superare	Uoc Farmacia Territoriale		N	4	3
2.30.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed	Qualità dell'assistenza: chimica clinica	Rispetto degli standard di qualità nell'ambito degli esami diagnostici	N.° report VEQ di Chimica Clinica prodotti / N.° Esercizi VEQ forniti	Lab. Analisi		%	100	80

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	equità dell'assistenza		dell'area Chimica Clinica						
2.31.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Qualità dell'assistenza: monitoraggio impiantabili cardiologici	Valutazioni HTA DM cardiologici impiantabili	Report semestrali di consumi /ricavi DRG ed evidenza eventuali criticità da superare	AREAS		N	2	2
2.32.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Qualità dell'assistenza: terapie anti-infettive	Test farmaco ceftazidime / avibactam per ogni batterio Gram-negativo MDR (Multi Drug Resistent) come ausilio nell'ambito della terapia anti-infettiva.	N.° Ceftazimide - avibactam testati/ N.° organismi MDR (enterobacterales + pseudomonas app.)	NOEMA LIFE (mercurio)		%	100	99
2.33.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Qualità ed equità dell'assistenza: omogeneità assistenza	Miglioramento dell'omogeneità dell'assistenza	Produzione di procedure, linee guida percorsi assistenziali entro il 30/06/2023	Relazione a DS CdG		gg	0	60
2.34.1	Appropriatezza organizzativa	Rispetto dei LEA in tema di	Lotta al randagismo e sterilizzazione dei cani	N. cani sterilizzati / N. totale cani presenti in canile sterilizzabili	Dip. Prevenzione		%	100	90

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	zativa, qualità ed equità dell'assistenza	Prevenzion e	ospitati sterilizzabili						
2.34. 2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Rispetto dei LEA in tema di Prevenzion e	Sorveglianza sanitaria sugli animali ricoverati con reportistica trimestrale dei controlli effettuati	N. controlli effettuati / N. totale animali ricoverati	Dip. Prevenz ione		%	100	90
2.35. 1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazion e esiti: monitoraggio Parti Cesarei	Valutazione esiti: Riduzione del parto con taglio cesareo primario per ridurre il rischio per la donna e per il bambino	N. parti con Taglio Cesareo Primario / N. parti totali >1000 = 25% ; <1000 = 15%	Direzio ne Medica POU - P.Re.Val .E.		%	100	85
2.36. 1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazion e esiti: percorsi nascita	Valutazione esiti: Processi organizzativi volti alla valorizzazioni delle attività consultoriali di accompagnamento alla nascita	Corsi trimestrali per le donne dalla 13 alla 22 settimana, finalizzati a conoscere il percorso nascita e i corretti stili di vita in gravidanza, organizzati in una visione integrata ospedale - territorio, area litorale.	Relazio ne UOC Ginecol ogia / UOC Cure Primarie		N	3	3

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGIC O	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
2.36. 2	Approp riatezz a organizzativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Valutazion e esiti: percorsi nascita	Valutazione esiti: Processi organizzativi volti all'incremento del numero dei parti	4 open day con mamme, dedicati a gravidanza, parto e gestione del neonato organizzati in una visione integrata ospedale - territorio - Municipio X e Fiumicino	Relazio ne UOC Ginecol ogia / UOC Cure Primari e		SI/ NO	1	0
2.36. 3	Approp riatezz a organizzativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Valutazion e esiti: percorsi nascita	Valutazione esiti: Processi organizzativi volti all'incremento del numero dei parti	2 open day con mamme, dedicati a gravidanza, parto e gestione del neonato organizzati in una visione integrata ospedale - territorio - Municipio XI e XII	UOC Cure Primari e		SI/ NO	1	0
2.37. 1	Approp riatezz a organizzativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Valutazion e esiti: frattura collo Femore	Intervento chirurgico per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal primo accesso nella struttura di ricovero	N. interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) / N. interventi totali di frattura collo femore; =>0,6 (60%)	P.Re.Val .E. SIO		%	65	55
2.38. 1	Approp riatezz a organizzativa, qualità ed equità dell'ass istenza	Appropriat ezza organizzati va: valutazione accredita mento	Rispetto degli adempimenti di verifica del riconoscimen to dell'accredita mento definitivo	N. istanze di accreditamento valutate / N. totale istanze di accreditamento presentate	Relazio ne quadri mestral e a Direzio ne Sanitari a e al CdG		%	100	85

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
2.39.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: controlli strutture accreditate	Incrementare le verifiche delle strutture accreditate rispetto al 2022	Effettuare la verifica di almeno 22 strutture accreditate	Relazioni trimestrali e a Direzione Sanitaria e al CdG		%	100	80
2.4.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Customer Satisfaction dedicate all'ascolto dei cittadini che hanno usufruito dei servizi aziendali per valutare la qualità percepita	1 indagine Territoriale (Vaccinazioni presidio S. Agostino di Ostia) entro 30/06/2023	Trasmisione al DG al DIP.PREV. E al CDG		gg	0	30
2.4.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Definizione e approvazione, previa delibera, di procedura di gestione delle azioni esecutive da parte dei fornitori per integrale monitoraggio dello stato del debito nonché della gestione delle azioni esecutive promosse nei	Approvazione procedura entro 30/06/2023	Ishare		GG	0	30

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			confronti di fornitori e/o personale dipendente e/o convenzionat o dell'azienda Sanitaria, con Azienda Sanitaria terzo pignorato						
2.4.3	Approp riatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriat ezza organizzati va: implement azione procedure e regolament i	Due procedure in vista del nuovo programma per il servizio di istopatologia	1 nuova procedura Istologica e 1 nuova procedura Citologica entro 31/05/2023	Share Doc		gg	0	30
2.4.4	Approp riatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriat ezza organizzati va: implement azione procedure e regolament i	Migliorament o della qualità organizzativa dei servizi/Revisi one procedura del percorso di valutazione diagnostica per pazienti D.U.S.	/Revisione procedura del percorso di valutazione diagnostica per pazienti con D.U.S. entro 30/06	Relazio ne alla Direzio ne DSM e del CDG		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU		SI/NO	1	0
2.4.6	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Razionalizzazione dell'attività consultiva e di assistenza agli uffici nella forma di redazione pareri, supporto a riunioni reportistica a monitoraggio	Predisposizione di linee guida entro 31/05/2023 che definiscano la tipologia di attività di supporto che può svolgere l'Ufficio Legale e le modalità di richiesta	Ishare		gg	0	60
2.4.7	Appropriatezza organizzativa, qualità ed	Predisposizione di piani individuali e buget di salute atti per	Predisposizione di un protocollo interistituzionale per la sperimentazione e	Predisposizione del protocollo d'intesa con i vertici istituzionali entro il 30/06/2023	Produzione della bozza di convenzione da inviare		gg	30	90

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	equità dell'assistenza	favorire interventi di integrazione/inclusione e delle persone	realizzazione del progetto individuale in base all'art.14 della L.328/00 integrato con la L.112/2016 e dal decreto ministeriale 34/2020 comma 4 BIS Budget di salute per i residenti di un distretto sanitario		a CdG, DS				
2.40.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricovero in Terapia Intensiva	Garantire il ricovero assicurato in Terapia Intensiva a seguito degli interventi chirurgici in urgenza	Massimo 5 trasferimenti l'anno per ricovero in terapia intensiva a seguito intervento chirurgico in urgenza	Monitoraggio Direzione Medica di Presidio		SI/NO	1	0
2.5.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti ICA	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza	predisposizione PARM e PAICA e successiva trasmissione all'URP per pubblicazione sul sito aziendale entro il 31/07/2023	UOC QSGR		gg	0	30

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			(PAICA) al Centro regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00164 e n. G00163 dell'11/01/2019. Pubblicazione sulla pagina dell'amministrazione trasparente di: 1) relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (art. 2 c. 5 della L. 24/2017); ; 2) dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4 c. 3 della L. 24/2017).						
2.5.2	Appropriatezza organizzativa, qualità	Appropriatezza organizzativa: implementazione	Procedura di implementazione linee guida legionellosi	Produzione di due report da inviare al CICA - RISK MANAGEMENT e CDG al 30/06 e 30/09	Lab. Analisi - Igiene Sicurezza e Rischio		N	2	2

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	ed equità dell'assistenza	procedure e regolamenti ICA			Clinico del Grassi				
2.5.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti ICA	Sviluppo di una Istruzione Operativa come modalità di attivazione, verifica e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza in caso di Alert	produzione ed invio al Risk Management e al CDG dell'istruzione operativa entro il 31/07/2023	Diffusione istruzione operativa		GG	0	30
2.6.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: prescrizioni	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	n. 4 incontri (di cui 3 in presenza a 1 su piattaforma web) con MMG/PLS	Rilevazione dati distrettuali (firme presenza, verbale incontri)		N	4	3
2.7.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: Radiologia	Definizione protocolli radiologici di emergenza: - Politrauma - Ictus- Dolore Toracico	Validazione entro il 30/06/2023 indicatori successivi	Controllo di gestione RIS-PACS e GIPSE		GG	0	60

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

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	Finanzi ari	tivi: contabilità analitica	trasmettere ai negozianti						
3.10.1	Econo mico finanzi ari	Piano Attuativo Certificabilità: controllo casse economali	Verifiche fisiche corretta tenuta della contabilità delle casse economali	Due verifiche annue presso la cassa del PUO e tre verifiche a campione sulle altre casse	Relazio ne trimestrale a DA e CdG		N	5	3
3.11.1	Econo mico finanzi ari	Piano Attuativo Certificabilità: gestione bolle	Predisposizio ne procedura atta a migliorare il processo di trasmissione delle bolle per linee di attività critiche;	Predisposizione procedura entro il 30/06/2023	Validazi one proced ura		gg	0	30
3.11.2	Econo mico finanzi ari	Piano Attuativo Certificabilità: gestione bolle	Rispetto della tempistica relativa al caricamento delle Bolle	Tempestivo caricamento in AREAS delle bolle pervenute. Bolle caricate entro 5 gg	Enginee ring		gg	85	70
3.12.1	Econo mico finanzi ari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempime nti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione , gestione ordini NSO , apposizione	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS		%	100	80

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGIC O	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione e in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.					
3.13.1	Economico Finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: monitoraggio attuazione	Predisposizione e aggiornamento del file del contenzioso e degli accantonamenti	Predisposizione e invio file a UOC REF 20/04; 10/07; 10/10; 31/12/2023	Relazione UOC REF		N	4	4
3.14.1	Economico finanziari	Semplificazione dei pagamenti	Migliorare le modalità di pagamento delle prestazioni relative alla vaccinazioni.	Consentire entro il 30/09/2023 il pagamento delle vaccinazioni tramite il sistema PAgOPA	Dip. Prevenzione		gg	0	90
3.14.2	Economico finanziari	Semplificazione dei pagamenti	Analisi delle modalità di gestione degli incassi delle prestazioni del Dipartimento	Monitoraggio delle modalità di pagamento e di registrazione delle prestazioni effettuate dal Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale.	Relazione al 31/05 e al 30/11 a DA e CdG		gg	0	30

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale	Predisposizione soluzioni innovative con gli strumenti di pagamento della Pubblica Amministrazione					
3.15.1	Economico finanziari	Tempistica approvazione documenti di bilancio	Rispetto della tempistica regionale legata all'approvazione dei CE Trimestrali, Bilancio Economico 2024, Concordamento 2023, Bilancio di Esercizio 2022	Trasmissione a CdG file estratto da SIGES, nei tempi previsti da regione. (la somma dei giorni max di ritardo per tutti gli adempimenti è pari a 30 e riduce in percentuale il risultato)	SIGES		GG	0	30
3.16.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: recupero crediti	Recupero dei crediti vantati dall'azienda: Relazione semestrale con specifica indicazione del numero di intimazioni, messe in mora, recuperi giudiziali e quantificazione del credito recuperato	4 report trimestrali	Trasmissione progetto a Direzione Strategica, CdG		N	4	4

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MISUR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
3.17.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: Stock di debito	Attualizzazione del debito/credito scaduto	L'indicatore misura il livello di stratificazione del debito/credito conferendo un punteggio inferiore ove sussistano debiti e crediti ultra-quinquennali - L'indicatore "i" è dato da: valore 1 – il rapporto tra il valore dei debiti/crediti (dc) con anzianità di formazione maggiore di 5 anni e il valore complessivo dei debiti/crediti (DCT). "i" = 1 – dc/DCT.	Stato patrimoniale anno 2023 al 31.03.2024		%	95	60
3.2.1	Economico Finanziari	Analisi dei processi Amministrativi: produzione strutture accreditate	Saldi produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture accreditate	Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate entro: 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione della remunerazione, in case di cura private e ai laboratori analisi/centri specialistici 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione dei saldi, in relazione agli Ospedali classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari privati	Relazione a DA CdG		GG	0	60

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGIC O	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
3.3.1	Econo mico finanzi ari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepiment o del Concordam ento.	Organizzazio ne dal parte UOC REF, UOS CdG riunioni trimestrali con negoziatori di budget	Organizzazione tre riunioni a seguito elaborazioni CE Trimestrali. Eventuali ulteriori approfondimenti in caso di scostamento del budget. Valutazione attività entro il 31.01.2024.	REF E CDG		N	3	2
3.3.2	Econo mico finanzi ari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepiment o del Concordam ento.	Partecipazion e alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazion e di proposte di riallineament o della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni)e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG		%	100	70
3.4.1	Econo mico Finanzi ari	Corretta contabilizz azione delle sopravveni enze	corretta gestione delle rilevazione contabili relative alle sopravvenien	Nel CE IV Trimestre sopravvenienze relative al personale dipendente e specialista a convenzione < 0,4	Report mensile UOC REF		SI/ NO	1	0

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MISUR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			ze attive e passive						
3.4.2	Economico Finanziari	Corretta contabilizzazione delle sopravvenienze	Elaborare mensilmente l'elenco delle sopravvenienze presenti in bilancio e trasmetterle ai relativi responsabili di Budget per la verifica di congruità	Trasmissione report mensili ai negoziatori di budget con sopravvenienze contabilizzate; ricezione delle indicazioni per le scritture di utilizzo degli accantonamenti e verifica del corretto riscontro da parte delle strutture interessate.	Note UOC Ref ai negoziatori (10); e riepilogo a DA e CdG nelle relazioni trimestrali		N	4	4
3.5.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: blocchi fatturazioni	Corretta e tempestiva apposizione blocchi, giusta la DCA 97/2017. Inserimento della documentazione a supporto dei blocchi B6 C6	Segnalazioni mensili UOC REF su fatture non bloccate - blocchi non corretti - assenza documentazione a supporto Blocchi B6 - C6. (dopo la prima segnalazione ogni segnalazione successiva riduce del 10% il raggiungimento dell'obiettivo)	UOC REF		%	100	60
3.6.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: esecuzione ordini	Gestione degli ordini dei beni e/o servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini (NSO)	n° ordini nso / n° ordini totali	ENGINE ERING		%	100	90

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS U R A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione e fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazioni dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF		%	100	95
3.7.2	Economico Finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione e fatture	Monitoraggio dei DEC per quanto riguarda il rispetto dei tempi di trasmissione della congruità di competenza	Verifica della presenza delle certificazioni dei DEC con sollecito formale ai diretti interessati	Report trimestrale al DA e Cdg		N	4	4

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGIC O	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
3.7.3	Econo mico Finanzi ari	Monitorag gio stato pagamenti: tempi di liquidazion e fatture	Procedura iter liquidatorio protesica	Predisposizione procedura entro 31.05.2023	Share Doc		gg	0	60
3.7.4	Econo mico finanzi ari	Monitorag gio stato pagamenti: tempi di liquidazion e fatture	Monitorare, supportare, sollecitare la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzio ne del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate tempestivamente dal competente ufficio liquidatore	Relazio ni Mensili a DA e CDG da parte degli uffici liquidat ori		%	100	60
3.8.1	Econo mico finanzi ari	Piani attuativi certificabili tà: Riconciliazi one Inventario fisico e contabile	Coordinare e gestire le linee di attività finalizzate alla riconciliazion e dei cespiti con la contabilità	3 Relazioni trimestrali relative agli adempimenti richiesti alle strutture	Relazio ni al 30/06 30/09 e 31/12		N	3	3
3.8.2	Econo mico finanzi ari	Piani attuativi certificabili tà: Riconciliazi one	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazio ni svolte dai coordin atori		%	100	80

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
		Inventario fisico e contabile	alla riconciliazione e dei cespiti con la contabilità						
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione e dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolti dai coordinatori		%	100	80
3.9.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: certificazione crediti	L'indicatore di gestione della PCC ha l'obiettivo di verificare la corretta e tempestiva alimentazione e della piattaforma PCC da parte delle Aziende Sanitarie	L'indicatore "i" verifica l'allineamento contabile ed è calcolato come la media delle rilevazioni trimestrali del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC /stock di debito risultante dal bilancio di verifica trimestrale. (i=PCC/STOCK); Per i >= 1 la valutazione è pari a "i" percentuale Per i > 1 la valutazione è uguale al valore percentuale della seguente formula: "i"%= (1+(1-i))/100	PCC		%	95	70
3.9.2	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: certificazione crediti	Predisposizione progetto allineamento contabilità generale PCC / stock debito	Predisposizione da parte UOC Ref, di concerto con engineering entro 30/04/2023	Trasmisione progetto a Direzione		gg	0	60

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
					Strategi ca, Cdg				
4.1.1	Govern o clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente liste d'attesa	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità B- Urgenza Breve	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea		%	100	90
4.1.2	Govern o clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente: liste d'attesa	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità P- Programmata	% di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea		%	100	90
4.1.3	Govern o clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente liste d'attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Entro 30 giorni	ADT		%	90	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			attesa per Classe di prioritA						
4.10.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: trasfusionali	Incremento del 15 % dell'attività di raccolta sangue rispetto all'anno 2022	Superare la raccolta di 3.500 sacche	emonet		%	100	90
4.11.1	Governo clinico	Implementazione dei processi per l'erogazione e delle prestazioni sanitarie: corsi pre parto	Predisposizione cronoprogramma da pubblicare su sito internet corsi pre parto	Predisposizione entro 28/02/23 cronoprogramma e percentuale rispetto dello stesso	Relazione UOC Cure Primarie		gg	0	30
4.12.1	Governo clinico	Implementazione dei processi per l'erogazione e delle prestazioni sanitarie: psichiatria	Riattivare la collaborazione tra day hospital psichiatrici e CSM territoriali per la creazione di un protocollo operativo condiviso	Attivazione gruppo di lavoro congiunto per la formulazione di un protocollo e/o linee guida entro il 30.09.2023	DISAM WEB		gg	0	30
4.13.1	Governo clinico	Implementazione dei processi per l'erogazione e delle prestazioni sanitarie:	Corsi di formazione su processo trasfusionale	N.° corsi espletati	UOS Formazione		N	3	2

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MISUR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
		trasfusio le							
4.14.1	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Raggiungere il 6,92 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES		%	3	2,5
4.14.2	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)- Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2023 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): >4,00 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,50 = 2 punti Livello III (CIA 3): >=2,00 = 3 punti (3 punti = 40% - 4 punti = 60% - 5 punti = 80% - 6 punti = 100%)	SIATES		%	100	40

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MISUR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
4.15.1	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Incremento degli Screening del Tumore della Mammella in orario istituzionale	Monitoraggio mensile delle prestazioni di screening effettuate dai tecnici di radiologia e delle ore dedicate alla linea di attività entro 30 gg fine mese.	Relazione a CdG, UOSD Screening, DS		N	10	10
4.15.10	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Garantire screening istologico di 2° livello	Campioni chirurgici entro 8 gg lavorativi	Dipartimento dei servizi	20	gg	0	2
4.15.11	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Garantire risposte istologiche per ricoverati e pz in carico	esami istologici post chirurgici entro 8 gg lavorativi	Dipartimento dei servizi	20	gg	0	2
4.15.12	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Offerta del test di screening HCV	n. persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte all'anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR) - (inclusi STP) contattate per l'offerta del test di screening con reflex testing / totale persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte nel 2023 all'anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR) (inclusi STP) * 100	sipso		%	80	60
4.15.13	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Esecuzione del test di screening HCV	Esecuzione del Test screening HCV ai pazienti fragili in carico ai SERD / pazienti fragili in carico ai SERD (il SERD entro il 15/07 deve trasmettere, previa validazione della	sipso		%	70	50

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
				UOSD Screening, al CDG il numero dei pazienti fragili in carico)					
4.15. 14	Govern o clinico	Implement azione servizi al cittadino : Screening	Migliorament o del tempo di attesa per approfondim ento diagnostico screening del colon retto con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 25 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello- osservati nel 2° semestre 2023	sipso		%	90	70
4.15. 15	Govern o clinico	Implement azione servizi al cittadino : Screening	Migliorament o del tempo di attesa per approfondim ento diagnostico screening del tumore della mammella con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici ento 28 gg dallo screening di primo livello. Osservato nel periodo dal 01.09 al 31.12.2023	sipso				
4.15. 2	Govern o clinico	Implement azione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore della mammella	% di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni)	sipso		%	60	35
4.15. 3	Govern o clinico	Implement azione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore del colon retto	N. di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target/ n. test previsti (50-74 anni)	sipso		%	50	25

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
4.15.4	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del tumore della mammella con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dallo screening	sipso		%	90	50
4.15.5	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del colon retto con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 30 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello	sipso		%	90	50
4.15.6	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening della cervice	% di test (pap test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni)	sipso		%	40	25
4.15.7	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Garantire risposte istologiche per ricoverati e pz in carico	esami istologici e citologici entro 5 gg lavorativi	Dipartimento dei servizi	20	gg	0	2
4.15.8	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore del colon retto	Garantire 1.100 prestazioni, di pazienti inviati dalla competente UOSD Screening	sipso		%	100	80
4.15.9	Governo clinico	Implementazione servizi al	Garantire screening istologico di 2° livello	Biopsie entro 5 gg lavorativi	Dipartimento dei servizi	20	gg	0	2

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
		cittadino : Screening							
4.16.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: chirurgia a ciclo breve	Riattivazione Chirurgia a ciclo breve	Predisposizione, entro 31/03/2023, proposta di riorganizzazione del servizio finalizzata all'apertura entro il 30/06/2023. Individuazione delle maggiori risorse necessarie e dei benefici attesi in termini di ricavi e di appropriatezza delle cure.	Nota Direttore e UOC Chirurgia, validata dal Direttore e di Dipartimento		gg	0	30
4.17.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: dipendenze	Miglioramento della ritenzione al trattamento al fine di portare sotto la soglia del 55,8% (dato nel 2019) rispetto alla percentuale drop out del 63,5% del 2021 dei pazienti con problematiche legate al consumo di alcol e/o cocaina	Completamento del percorso valutativo degli accessi per disturbi da uso di cocaina e/o alcol compresi tra il 01/01 ed il 30/06/2023	Analisi delle Cartelle cliniche		%	55,8	63,5
4.18.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: gestione cronicità	Incremento prestazioni ambulatoriali a pazienti Diabetici	Apertura ambulatori pomeridiani entro 30/06/2023	SIAS		gg	0	90

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

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			pazienti con tumori neuroendocri ni e del tratto epatobiliopa ncreatico						
4.21.1	Govern o clinico	Migliorame nto dell'assiste nza: pazienti chirurgici complessi	Pres a in carico/percor so agevolato del paziente chirurgico "comples so" dal territorio(M MG) agli ambulatori di Chirurgia	Numero di paziente presi in carico / numero di richieste >80%	Relazio ne a DS CdG		%	80	60
4.22.1	Govern o clinico	Migliorame nto dell'assiste nza: percezione utenza e personale	Migliorament o della qualità percepita dall'utenza e del grado di soddisfazione e professionale degli operatori	3 incontri entro 31/03 30/06 e 30/09	Relazio ne a DS CdG		N	3	2
4.23.1	Govern o clinico	Monitorag gio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Censimento dell'occupazi one oraria e settimanale di ogni spazio dedicato all'attività ambulatoriale	Adempimento secondo le modalità e la tempistica disciplinate dal Controllo di Gestione	Note Cdg		%	100	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
4.23.2	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Predisporre le indicazioni operative per il monitoraggio del tempo utilizzo ambulatori/sale operatorie/macchinari alta complessità	Monitorare il corretto adempimento delle strutture. 30/06 30/09 31/12	Relazioni a DG DS		n	3	3
4.23.3	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Predisposizione della programmazione mensile di utilizzabilità delle sale operatorie e verifica dell'attività svolta a fine mese	Trasmissione a DS, UOS SIS, a CdG e della programmazione mensile e relazione a fine mese relativa all'attuazione della programmazione	soweb		N	12	10
4.23.4	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Predisposizione di planimetria con numerazione degli ambulatori per il monitoraggio dell'occupabilità oraria con indicati macchinari presenti	Predisposizione planimetria entro il 31/03/2023, con evidenza dell'attività intramoenia	Trasmissione planimetria a CdG		gg	0	30
4.24.1	Governo clinico	Rispetto dei LEA in tema di	Effettuazione dei controlli previsti da	Raggiungimento degli obiettivi relativi ai	Dip. Prevenzione		gg	0	30

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
		Prevenzion e	Regione Lazio	controlli programmati entro il 30/11					
4.25.1	Governo clinico	Adozione del Piano Pandemico aziendale per l'anno 2023	Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2023 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022	Trasmissione a Regione Lazio entro il 31.10.23 della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale per l'anno 2023, con evidenza della nomina del coordinatore aziendale	share doc		gg	0	30
4.3.1	Governo Clinico	Appropriat ezza organizzati va: implement azione procedure e regolament i ICA	verifica, controllo e monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) anche attraverso l'utilizzo della specifica piattaforma in corso di acquisizione	produzione di due report da inviare al CICA - RISK MANAGEMENT E CDG messa a regime del software	Lab. Analisi - Igiene Sicurezza e Rischio Clinico del Grassi		N	2	1
4.4.1	Governo Clinico	Appropriat ezza organizzati va: implement azione procedure e regolament i lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager		N	2	2

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
4.4.2	Governo Clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti accesso pronto soccorso	Elaborare una procedura per regolamentare l'accesso dei soggetti fragili con accompagnatore	Redazione della procedura entro il 31/03/2023	Relazione a DG, DS, DMP e CdG		gg	0	30
4.5.1	Governo clinico	Erogazione farmaci: controllo e monitoraggio	Antibiotico terapia - Monitoraggio del consumo e dell'appropriatezza delle prescrizioni territoriali e ospedaliere (popolazione generale e pediatrica)	N. 3 Report quadrimestrali da inviare al Dipartimento dei Servizi e p.c. Direzione Sanitaria e Uos Controllo di Gestione	TS MEF		N	3	2
4.6.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: comunità residenziali	Favorire la piena occupazione dei posti disponibili nella comunità Residenziale SRSR H24 Mazzacurati	Indice di occupazione posti letto > 2022 Mazzacurati dal 98% nell'anno 2022 al 99% teorico nel 2023)	DISAM WEB-SIPIC		%	100	90
4.6.2	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: comunità residenziali	Favorire la piena occupazione dei posti disponibili nella	Indice di occupazione posti letto > 2022 (Catacombe di Generosa dall'81% del 2022 al 90% nel 2023)	DISAM WEB-SIPIC		%	90	85

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			comunità Residenziale SRTR Catacombe di Generosa						
4.7.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Aumento della qualità dell'assistenza ed appropriatezza organizzativa attraverso la formazione degli operatori sanitari finalizzati al diminuzione degli atti aggressivi	Decremento degli atti aggressivi del 10% rispetto al 2022	Risk Management		%	100	99
4.7.2	Governo clinico	Implementazione dei servizi al cittadino: Day Hospital	Aumento della qualità dell'assistenza ed appropriatezza organizzativa del numero di prestazioni in DH SPDC P.O. GRASSI e DH SPDC San Camillo	Incremento delle prestazioni di DH del 10%	Disamm web		%	100	90
4.7.3	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Istituire periodici incontri tra personale medico e infermieristico al fine di	3 incontri entro 31/03 30/06 e 30/09	Relazione a DS CdG		N	3	2

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			garantire la qualità dell'assistenza						
4.7.4	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Predisporre il Piano Formativo 2023-2024 entro il 31/10/2023	Proposta Delibera entro il 31/10/23	Ishare doc		gg	0	30
4.7.5	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Formazione dei tecnici sanitari di radiologia medica (Tsrn) PER LO SCREENING DELLA MAMMELLA	N°TSRM formati/N° Totale TSRM Minimo >/=80%/Certificazione ECM	Certificati ECM		%	80	60
4.7.6	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Ricognizione del rispetto delle attività formative previste	2 relazioni entro il 31/05/23 - 30/09/2023	UOS Formazione		N	2	2
4.7.7	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione Link nurse	Implementazione del progetto link nurse per la prevenzione delle ICA	Svolgimento della formazione entro il 30/11/2023 di infermieri esperti sulle tematiche di gestione controllo e prevenzione ICA	Servizio Igiene Ospedali		N	60	45
4.7.8	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione elaborazione DRG	Organizzare due momenti formativi / informativi per il personale dei reparti nei quali	Svolgimento due momenti formativi / informativi (entro il 30/06 ed il 30/11) con consegna di materiale utile	Relazione UOSD Rianimazione		N	2	1

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGIC O	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			vengono trasferiti i pazienti dalla rianimazione al fine di valorizzare in modo corretto le prestazioni effettuate						
4.8.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: procedure e protocolli	Percorso basso rischio ostetrico	Elaborazione protocollo di assistenza alla gravidanza fisiologica ad esclusiva responsabilità dell'ostetrica, come raccomandato da Regione Lazio. Scadenza 31/03/2023	Relazione a DS CdG		gg	0	60
4.8.8	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: procedure e protocolli	Nuove modalità induzione travaglio	Elaborazione di protocollo su revisione delle indicazioni al travaglio / parto e nuove modalità organizzative. Scadenza 31/05/2023	Relazione a DS CdG		gg	0	30
4.9.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Analisi trimestrale dell'efficienza delle agende e del relativo tasso di occupazione degli slot.	piena occupabilità degli slot e occupazione superiore al 95%	Relazione UOC Cure Primarie		%	95	80
4.9.2	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica	Azioni correttive relative alle criticità riscontrate dai Direttori di struttura e	azioni correttive / criticità riscontrate	Relazione UOC Cure Primarie		%	100	85

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
		ambulatori ale	dalla UOC Cure Primarie (a quest'ultima compete il monitoraggio delle azioni correttive)						
5.1.1	Obietti vi di trasparenza, anticor ruzione e accessi bilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Accessibilit à ai servizi: processi di digitalizzazi one	Educazione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, cardiopatia ischemica post infartuale o alterazioni del ritmo cardiaco con device impiantabili seguiti attraverso il telemonitora ggio all'utilizzo dei sistemi di sanità digitale	Somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Esito positivo superiore al 50%	Relazio ne a DS CdG		%	50	40
5.2.1	Obietti vi di trasparenza, anticor ruzione e accessi bilità ai servizi,	ottimizzazi one offerte servizi di front office	Ottimizzazion e dell'offerta del servizio del front office per le esigenze aziendali/real izzazione di un progetto di revisione	Realizzazione di un progetto di revisione dell'offerta da sottoporre alla direzione strategica entro il 30/06/2023	UOC Ammini strativa Cure Primari e		GG	0	60

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	raccord o con Stakeholder e utenza		dell'offerta da sottoporre alla direzione strategica						
5.3.1	Obietti vi di trasparen za, anticor ruzione e accessi bilità ai servizi, raccord o con Stakeholder e utenza	Raccordo Stakeholder-utenza: carta dei servizi	Redazione della Carta dei Servizi della UOC di Cardiologia	Elaborazione della carta dei servizi entro il 30/06/2023	Trasmis sione a DS CdG e UOS Comuni cazione		gg	0	90
5.3.2	Obietti vi di trasparen za, anticor ruzione e accessi bilità ai servizi, raccord o con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempime nti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmis sione dei fogli firma al CdG		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.v a POU		1) % 2) Si / No	95	70
5.4.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	Pubblicazioni sul sito aziendale della documentazione proveniente dai vari servizi Ospedalieri	Rispetto delle tempistiche di pubblicazione entro 5 gg dalla richiesta. Assenza di segnalazioni di non pubblicazione pervenute al CdG o alla Direzione Strategica	Uos Rendicontazione Sociale		SI/ NO	1	0

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
5.4.3	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni ai dipendenti	Avvio / messa a regime del nuovo sito intranet	Avviare a regime entro il 30/06/2023 il sito intranet	UOSD AFFARI GENERALI		gg	0	30
5.5.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: servizio disabili e adulti	Migliorare la fruibilità delle informazioni tramite l'informatizzazione dell'archivio del servizio adulti disabili Report relativo alla predisposizione dell'un archivio informatizzato distrettuale, con dati della presa in carico delle persone afferenti al servizio disabili e adulti.	Report sullo stato di avanzamento della predisposizione dell'archivio informatizzato entro il 30/06/2023 - conclusione del lavoro entro 31/12/2023	UOSD Protesica		SI/NO	1	0

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT		%	100	60
5.6.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e e trasparenza	Monitoraggio delle segnalazioni di non / parziale adempimento e del grado di attuazione da parte delle strutture - Relazioni trimestrali	Report segnalazioni a DG CdG		N	4	4
5.7.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo	Trasparenza e anticorruzione: implementazione procedure e regolamenti	Aggiornamento procedura "Gestione della salma in Ospedale"	adempimento entro il 31/05/2023	Share Doc		GG	0	60

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
	o con Stakeholder e utenza								
5.7.2	Obietti vi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: implementazione procedure e regolamenti	Ottimizzare gli interventi interdisciplinari in caso di non conformità rilevate a seguito di controlli ufficiali/Elaborazione di una procedura per la gestione delle non conformità rilevate a seguito di controlli ufficiali	adempimento si /no entro il 31/05/2023	Share Doc		GG	0	60
5.8.1	Obietti vi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: liste d'attesa assistenza protesica	Riduzione lista di attesa relativa al processo autorizzativo per l'assistenza protesica	Monitoraggio trimestrale al 31/03 30/06 30/09 e 31/12. Il risultato si valuta sulle pratiche in attesa al 31/12 inferiori al 10% delle autorizzazioni totali 2022	Relazione UOSD Protesica a DS e CdG		N	15	20

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
5.8.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: liste d'attesa riabilitazione strutture accreditate	Lista di attesa per la presa in carico nei centri accreditati di riabilitazione (Ex Art.26) del Territorio della AslRoma3 in collaborazione e con la UOSD Disabili Adulti	Realizzazione della procedura per l'inserimento delle richieste nella lista d'attesa per l'accesso ai trattamenti - Relazione trimestrale UOC 30/11	Share Doc		N	1	1
5.8.3	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: verifica adempimenti di pubblicazione	Verifica degli adempimenti di aggiornamento delle pubblicazioni sul sito internet	Monitoraggio trimestrale per aggiornametro della sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"	Invio report di validazione della griglia a DA, OIV e CDG				
6.1.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Attuazione Piano Investimenti da risorse con rettifica contributi in conto esercizio	Utilizzo delle risorse finanziate con rettifica contributi in conto esercizio	percentuale di utilizzo rispetto alle risorse assegnate	UOC REF		%	65	50

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS URA	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
6.2.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Attuazione Piano Investimenti da risorse finanziate	Attuazione degli investimenti finanziati	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	Direzione Strategica		%	100	80
6.3.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione organizzativa del PNRR	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento. Relazione trimestrale	Direzione Sanitaria		%	100	85
6.3.2	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Attivazione delle COT - Centrale Operative Territoriali	Predisporre gli atti di competenza, secondo le linee guida aziendali, finalizzate ad aprire entro il 31.12.2023 almeno il 60% delle COT previste	Direzione Sanitaria		%	100	80
6.4.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: Processo edilizio e informatico	Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione infrastrutturale	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento. Relazione trimestrale	RUP PNRR		%	100	85
6.5.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Monitoraggio degli spazi di produzione	Produzione di una planimetria in formato editabile e non pubblicata nell'intranet aziendale per tutti i beni immobili della asl con	produzione di una planimetria entro il 31/03/2023	Trasmisione a CdG		gg	0	30

CODICE OBIE TTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PE S O %	UNI TA' DI MIS UR A	ATT ES O (10 0%)	MI NI MO (0%)
			segnate i numeri delle stanze con allegata tabella per cdr dei metri quadri e metri cubi						

RISULTATI DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Di seguito le valutazioni con una breve sintesi suddivisa per Dipartimenti

IL DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE E DELLA INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Struttura	% Raggiungimento
Uoc Distretto Comune Di Fiumicino	86,43
Uoc Distretto X Municipio	73,61
Uoc Distretto XI Municipio	77,43
Uoc Distretto XII Municipio	84,54
Uoc Medicina Legale	100
Uoc Cure Primarie E Tutela Salute Della Coppia	90,66
Uoc Amministrativa Cure Primarie	100
Uosd Riabilitazione Territoriale E Assistenza Protesica	100

Il Dipartimento per le Cure Primarie e dell'integrazione socio – sanitaria 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 2023 hanno riguardato:

- il rispetto dei tempi di attesa previsti dal PNGLA – classi di priorità B e P;
- l'incremento dell'assistenza domiciliare, nell'ambito delle linee guida nazionali;
- l'implementazione delle agende di telemedicina;
- un diffuso e pressoché totale utilizzo della ricetta dematerializzata;
- il pieno riconoscimento della produzione effettuata, mediante l'inserimento degli "eseguiti" sulle prenotazioni;
- Il monitoraggio delle prescrizioni di farmaceutica e di diagnostica;
- la tempestiva lavorazione delle prescrizioni di protesica e la riduzione dei reclami pervenuti dai cittadini;
- la corretta gestione delle attività di committenza (RSA, Hospice, Centri di Riabilitazione, Assistenza Domiciliare Integrata);
- Il rispetto dei tempi di liquidazione e certificazione delle fatture;
- Predisposizione progetto allineamento contabilità generale PCC/Stock debito
- Il potenziamento delle attività consultoriali con i corsi di accompagnamento alla nascita in presenza;
- Azioni preventive di monitoraggio di possibili rischi corruttivi;
- Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del tumore alla mammella e del colon retto con esito positivo;
- Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza;
- Adempimenti finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità;
- Attivazione COT;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Le valutazioni finali, che tengono conto, di quelle intermedie, consegnano un quadro di raggiungimento degli obiettivi in linea con l'anno 2022, anche se nessuna delle strutture sanitarie ha raggiunto un risultato pieno.

Gli obiettivi più impegnativi, quelli della ripresa di produzione così come l'incremento della assistenza domiciliare sono stati raggiunti, anche se in modo non omogeneo nei quattro distretti.

Raggiunto l'obiettivo sul rispetto delle prestazioni con priorità P da tre Distretti su 4, relativamente alle prestazioni con priorità B, l'Azienda ha ritenuto sterilizzarlo a tutti e quattro i Distretti tenuto conto della modifica, disposta da Regione, relativo alle modalità di prenotazione (la B può essere prenotata anche oltre i 10 gg) si è stabilito di riconoscere agli altri distretti il risultato raggiunto.

Due Distretti su quattro hanno raggiunto l'obiettivo relativo al tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1; CIA2; CIA3).

Si è assistito a un netto miglioramento per quanto concerne la riduzione della lista di attesa relativa al processo autorizzativo per l'assistenza protesica che merita essere evidenziato attraverso i seguenti dati:

Utenza anno 2022 = 44,166
Lista d'attesa al 31.12.2022 = 2.393
Autorizzazioni anno 2022= 41.773

Utenza anno 2023 = 47.510
Lista d'attesa al 31.12.2023 = 315
Autorizzazioni anno 2023 = 47.195

Raggiunti tutti gli obiettivi in tema di governo della spesa, tempi di liquidazione e certificazione. Raggiunto anche l'obiettivo di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e di governo della spesa farmaceutica.

L'obiettivo non raggiunto da nessuno riguarda l'utilizzo della ricetta dematerializzata; si registra un miglioramento del trend rispetto all'anno 2022, insufficiente però a riconoscere un punteggio seppur parziale.

Si continua a registrare una difficoltà all'utilizzo della cartella Sismed per la validazione della prestazione in tempo reale, con la conseguenza che parte della produzione non è ancora riconoscibile.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	94,44
UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	83,33
UOC SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	85
UOC PREVENZIONE E SICUREZZA SULL'AMBIENTE DI LAVORO	100
UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	85
UOSD SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE	89,74
UOSD CANILE SOVRAZIONALE	100
UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	85
UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	77

Il Dipartimento di Prevenzione rappresenta la principale articolazione di riferimento per il macro livello del Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" ed è, quindi, la struttura operativa aziendale che garantisce detta assistenza, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, anche attraverso azioni coordinate con le altre strutture.

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2023 hanno riguardato:

- il contrasto al diffondersi di focolai epidemici
- l'effettuazione dei controlli richiesti per la salute e sicurezza dei lavoratori
- l'effettuazione dei controlli richiesti per la sicurezza alimentare
- la lotta al randagismo
- rispetto dei LEA in tema di prevenzione
- Il raggiungimento del Target Regionale di copertura antinfluenzale

- Introduzione di una modalità informatica di prenotazione delle vaccinazioni previste dai LEA;
- Il rispetto dei tassi di copertura dei programmi screening tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto nonché del rispetto dei tempi di attesa per il II livello;
- L'avvio del programma nazionale relativo all'epatite C;
- Il rispetto dei tempi di liquidazione e certificazione delle fatture;
- Azioni preventive di monitoraggio di possibili rischi corruttivi;
- Promozione attiva della vaccinazione antinfluenzale;
- effettuazione del numero dei controlli programmati, secondo le indicazioni regionali;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Le valutazioni finali consegnano un quadro di raggiungimento degli obiettivi anche in questo caso positivo

Sono stati raggiunti totalmente gli obiettivi nazionali e regionali inerenti al rispetto della normativa in materia di Prevenzione che ha visto coinvolte tutte le strutture competenti afferenti al Dipartimento:

È stato dato particolare rilievo all'umanizzazione della comunicazione, favorendo momenti di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza sull'importanza dello screening attraverso open day, interventi televisivi (su Canale 10) ed incontri con associazioni territoriali.

È stata ideata e promossa, per tutto il territorio aziendale, nel mese di luglio una campagna per lo screening dell'epatite C.

Nel 2023 sono state erogate 21.724 mammografie, a fronte delle 17.650 mammografie eseguite nel 2022, con una crescita pari al 23 % dei test realizzati.

Nel 2023 si registra una copertura del 46,5 % della popolazione ISTAT 2023, ed una estensione degli inviti pari al 111,07 %.

In riferimento allo screening del tumore del colon retto è stata raggiunta una adesione al test pari al 25,2 % valore fino ad ora mai raggiunto ed è stata raggiunta una estensione degli inviti pari al 96,3 %.

Giova rilevare, in relazione al rispetto degli obiettivi LEA in tema di Controlli previsti, il risultato dello SPRESAL che ha effettuato 869 controlli nel 2023 11 in più di quanti previsti. Particolarmente significativa risulta la procedura per la gestione dei piani di lavoro per la rimozione, demolizione o manutenzione del materiale contenente amianto in: [U \(aslroma3.it\)](http://aslroma3.it)

Sono stati raggiunti a pieno tutti gli obiettivi relativi ai tempi di liquidazione contenimento del Budget e rischio corruttivo.

Permangono delle criticità sul raggiungimento dell'obiettivo relativo al pagamento mediante PAGOPA per il pagamento dei vaccini.

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	99,8
UOC FARMACIA OSPEDALIERA	100
UOC FARMACIA TERRITORIALE	100
UOC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	100
UOC LABORATORIO ANALISI	100
UOSD ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	100

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 assegnati nell'anno 2023 hanno riguardato:

- effettuazione dell'invio flussi di rendicontazione Ministeriali File F e File R;
- standardizzazione della Spesa Farmaceutica ospedaliera e territoriale;
- Monitoraggio della spesa aziendale per farmaci e dispositivi medici;
- incremento attività di raccolta di sangue;
- Monitoraggio degli alert;
- garantire nei tempi stabiliti risposte istologiche e citologiche per ricoverati e pz in carico;
- garantire nei tempi stabiliti risposte istologiche post ricovero per ricoverati e pz in carico;
- azioni di contenimento del Budget;
- azioni preventive di monitoraggio di possibili rischi corruttivi;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Le valutazioni finali consegnano un quadro di raggiungimento degli obiettivi ottimo.

L'adempimento LEA, relativo tutti i flussi monitorati è stato pienamente raggiunto. Allo stesso tempo sono state corrette tutte le anagrafiche che presentavano un disallineamento tra CND, codice ATC, sottoconto e fattore produttivo.

Sono stati puntualmente raggiunti anche gli obiettivi di rendicontazione dei Flussi al Ministero della Salute. Si sottolinea che è stata realizzato un contenimento della spesa farmaceutica con un risultato finale di una spesa media pro capite pari a 133,01 euro al di sotto della media regionale di 138, 22 euro.

In merito alla raccolta di sangue si evidenzia che le donazioni, di sangue registrano una tendenza nazionale di riduzione negli ultimi 10 anni, dato peggiorato dalla pandemia SARSCOV2. Gli obiettivi aziendali prevedevano un superamento della raccolta 2022. Vi è stato un incremento pari al 12,5 % sangue intero più plasmaferesi con

3516 sacche di sangue raccolte su 3126 sacche raccolte nel 2022. Per quanto riguarda le risposte istologiche e citologiche ai pazienti presi in carico e ricoverati, nel corso dell'anno 2023, i tempi di refertazione sono stati migliorati e l'obiettivo è stato raggiunto.

Anche in questo caso sono stati raggiunti a pieno tutti gli obiettivi relativi ai tempi di liquidazione contenimento del Budget e rischio corruttivo.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	93,45
UOC SALUTE MENTALE X MUNICIPIO E FIUMICINO	99,68
UOC SALUTE MENTALE XI-XII MUNICIPIO	100
UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA S. CAMILLO	95,44
UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA G.B. GRASSI	95,44
UOC SALUTE DIPENDENZE	98,32
UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	93,75
UOSD RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE	100
UOSD PREVENZIONE ED INTERVENTI PRECOCI IN SALUTE MENTALE	NV

Il Dipartimento di Salute Mentale rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale. Pertanto, opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo prioritariamente sul territorio. Il DSM coordina sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private accreditate dell'assistenza per la salute mentale.

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2023 hanno riguardato:

- miglioramento dei percorsi di cura dei pazienti trattati nei CSM;
- avvio di un percorso di implementazione dei servizi ai cittadini;
- miglioramento della qualità del percorso di accoglienza finalizzata alla diminuzione del Drop-out dei pazienti con problematiche legate al consumo di droghe ed alcool;
- avviare un progetto di presa in carico dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare;
- Il rispetto dei tempi di liquidazione e certificazione delle fatture ed azioni di contenimento del Budget;
- azioni preventive di monitoraggio di possibili rischi corruttivi;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La valutazione finale del Dipartimento risulta nel complesso più che soddisfacente.

Per quanto riguarda il miglioramento della presa in carico e transizione congiunta dei pazienti da parte dei servizi sanitari territoriali (Consultori sanitari e Servizi DSM) è stato definito un protocollo per garantire la continuità assistenziale. Il Dipartimento si è impegnato ad effettuare degli incontri su tutti i CSM aziendali per implementare e migliorare i percorsi di presa in carico dei pazienti ad alta complessità.

In linea con, il piano nazionale e regionale e con i processi aziendali di miglioramento organizzativo nei confronti dell'utenza e delle necessità assistenziali emergenti, il Dipartimento di Salute Mentale di Asl Roma 3 ha attivato il centro "La Casa di Alice", uno spazio dedicato ai "Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione" rivolto a minori e adulti.

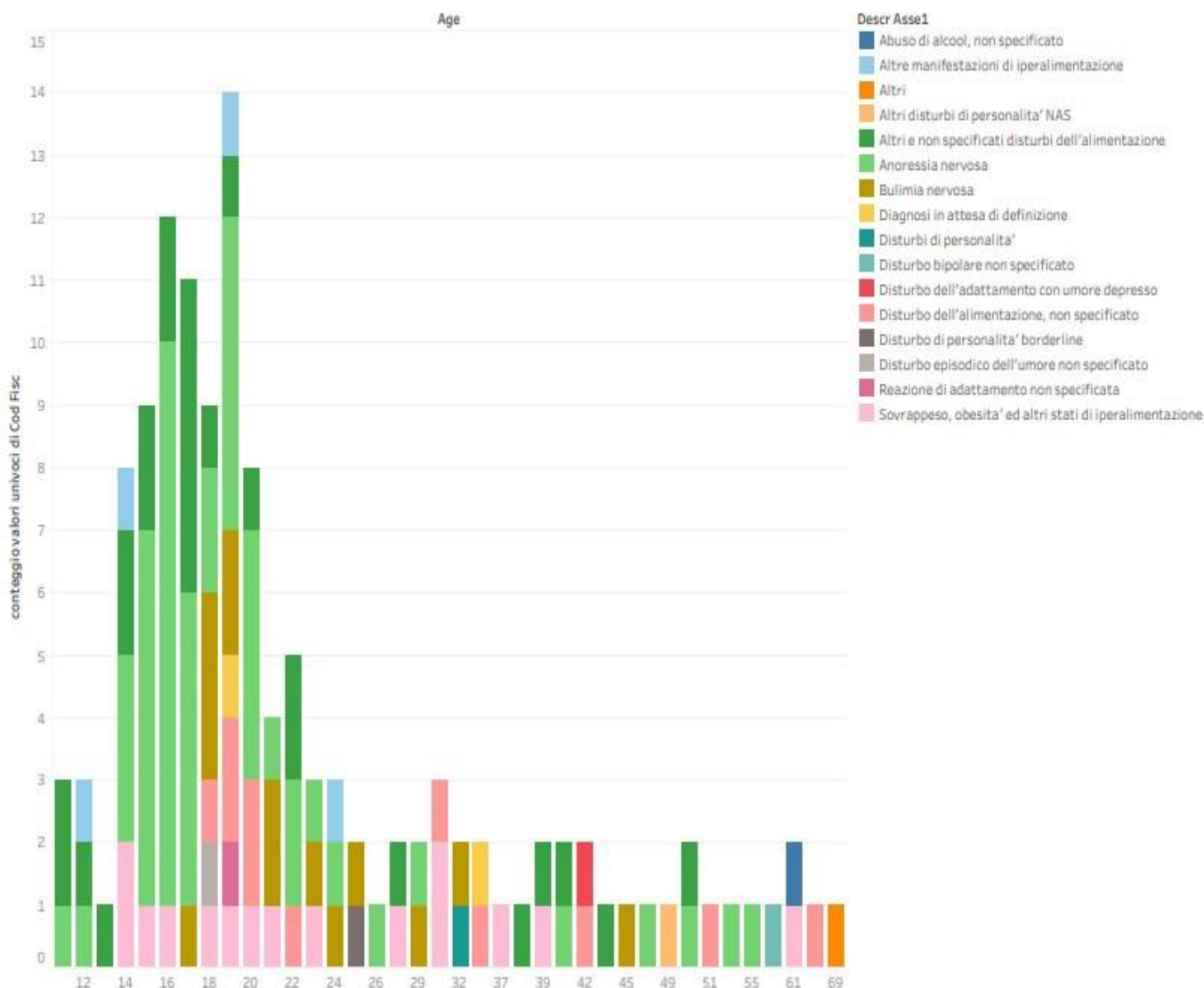
"La Casa di Alice" inaugurata a novembre 2022 comprende le attività cliniche già realizzate presso gli ambulatori dei servizi di salute mentali per gli adulti e per l'età evolutiva, e diventerà punto di riferimento per la complessa rete assistenziale necessaria alla presa in carico diagnostica e terapeutica delle persone che presentano questo tipo di disturbi.

Di seguito i dati relativi alla Casa di Alice:

Distribuzione N. Assistenti per Età all'Ammissione e Orientamento Diagnostico

Anno 2023

Servizio **AMBULATORIO DCA**



Il SERD ha implementato i servizi di screening al cittadino con particolare riferimento alle categorie fragili.

Non sono stati raggiunti a pieno tutti gli obiettivi relativi alla trasparenza mentre sono stati raggiunti quelli di contenimento del Budget.

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DI MEDICINA	87,33
UOC NEFROLOGIA E DIALISI	90,4
UOC CARDIOLOGIA	94,79
UOC MEDICINA	97,52
UOC RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	87,5
UOC PEDIATRIA	77,72
UOSD NEONATOLOGIA	86,24
UOSD ONCOLOGIA	99,67
UOSD GASTROENTEROLOGIA	90,96

Il Dipartimento di Medicina ha quale funzione l'integrazione delle competenze, le professionalità e le risorse tecnologiche delle diverse UU.OO. che lo compongono, al fine di garantire un approccio interdisciplinare internistico ai problemi clinici ed assistenziali dei pazienti afferenti al Dipartimento in regime sia di ricovero che ambulatoriale; di assicurare al paziente un processo clinico ed assistenziale omogeneo, fondato sulle migliori evidenze disponibili; di differenziare e caratterizzare l'offerta di prestazioni sanitarie in ambito internistico; di garantire la continuità clinico ed assistenziale con le strutture del territorio.

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2023 hanno riguardato:

- Diminuire il tempo medio di degenza;
- Riduzione dell'utilizzo delle ricette cartacee;
- diffuso e pressoché totale utilizzo della ricetta dematerializzata;
- Garantire la correttezza della tenuta delle cartelle cliniche;
- il pieno riconoscimento della produzione effettuata, mediante l'inserimento degli "eseguiti" sulle prenotazioni;
- Equilibrare le dimissioni nei giorni feriali e festivi;
- implementazione delle agende di telemedicina;
- azioni preventive di monitoraggio di possibili rischi corruttivi;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

A differenza della precedente relazione il Dipartimento evidenzia un netto miglioramento, sia nelle ricette dematerializzate sia negli eseguiti. Solo la Uosd Neonatologia e la UOC Pediatria non raggiungono l'obiettivo della riduzione delle ricette cartacee.

In riferimento alla riduzione dei tempi di degenza media la UOC Medicina ha conseguito il risultato con una durata della degenza media pari a 10,2 giorni.

Tutte le strutture hanno raggiunto l'obiettivo di equilibrare il numero di dimissioni tra i giorni feriali e quelli festivi.

Per quanto riguarda le ICA è stata avviata una massiva mappatura degli Alert nei reparti di ricovero; si sta consolidando una pianificazione del contrasto delle ICA. Sono state implementate le agende di telemedicina che vedono la UOC Cardiologia capofila per tutta l'Azienda.

E' stato pienamente raggiunto l'obiettivo Pre.Va.le sugli Stemi: proporzione di trattati con ptca entro 90'.

Il Centro di Riabilitazione ha implementato i servizi al cittadino aumentando il turn-over delle degenze anche mediante l'incremento di prestazioni riabilitative in DH.

Tutte le UOC e UOSD hanno garantito la correttezza e la tenuta delle cartelle cliniche ai sensi della normativa vigente.

Sono stati raggiunti a pieno tutti gli obiettivi relativi il rischio corruttivo.

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DEI FATTORI PRODUTTIVI	76,47
UOC APPROVIGIONAMENTI	76
UOC RISORSE UMANE	94,11
UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	92,11
UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	99,57
RPCT	100
UOSD AFFARI GENERALI	87,9
UOC SISTEMI ICT	72
UOC AMMINISTRATIVA PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	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 2023 hanno riguardato:

- Gestione dell'arretrato dei contratti relativi alle procedure sopra soglia;
- Monitoraggio e verifica tempistiche piano gare;
- Rinnovo dei contratti dell'Area ICT 30gg prima della scadenza;
- Prosecuzione delle azioni previste dai PAC (Piani Attuativi della Certificabilità);
- Azioni finalizzate alla piena applicazione degli istituti contrattuali;
- Gestione dei tempi di liquidazione;
- Analisi e riduzione dello stock di debito;
- Monitoraggio degli scostamenti di bilancio;
- Predisposizioni progetto allineamento contabilità generale PCC/stock debito;
- Ottimizzazione della rilevazione presenze del personale, gestione turni e cedolini
- Attuazione degli investimenti finanziati;
- Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione infrastrutture;
- Verifiche fisiche corretta tenuta della contabilità delle casse economali;
- Utilizzo delle risorse finanziate con rettifica contributi in conto esercizio;
- Assestment del patrimonio immobiliare;

- Predisposizione di planimetrie in formato editabile per il ribaltamento dei costi generali.
- Gestione dell'arretrato dei contratti relativi alle procedure sopra soglie;
- Avvio del nuovo sito intranet;
- Attuazione degli investimenti finanziati;
- Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione infrastrutturale del PNRR;
- Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali è stato soddisfacente;

È stato azzerato l'arretrato relativo all'anno 2023 (gestione dell'arretrato dei contratti relativi alle procedure sopra soglie).

Non è stato raggiunto l'obiettivo relativo al rispetto delle tempistiche piano gare.

In ambito economico è stato pienamente raggiunto l'obiettivo degli ordini NSO che è ormai diventato attività ordinaria nella gestione dei rapporti con i fornitori, così come quello relativo all'attuazione dei PAC, alla riduzione dello stock di debito e al monitoraggio degli scostamenti di bilancio.

Permangono ancora criticità nei tempi di liquidazione delle fatture per UOC ICT, tali criticità sono però in fase di superamento; l'indice relativo ai tempi di pagamento dell'azienda è comunque ottimo in quanto nel 2023 l'Azienda ha pagato 28 gg prima del tempo stabilito.

Non è stato possibile ancora attuare la messa a regime della gestione presenze in quanto non è stato possibile ottenere i dati necessari alla progettualità né dal MEF né dalla Regione Lazio;

Sono stati rispettati tutti gli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati.

Non è stato pienamente raggiunto l'obiettivo finalizzato all'analisi dei mq per cdc e alla predisposizione di planimetria editabile, anche se la struttura tecnica sta predisponendo un file analitico di assegnazione del cdc ad ogni stanza in virtù dell'obiettivo aziendali di monitoraggio dei cespiti;

Non è invece stato raggiunto l'obiettivo di avviare il nuovo sito intranet.

OBIETTIVI RELATIVI ALL'ANTICORRUZIONE E ALLA TRASPARENZA

Il sito Amministrazione Trasparente è costantemente monitorato. È stato integrato l'albero delle pubblicazioni e sono state invitate tutte le strutture ad aggiornare il sito con le pubblicazioni di propria competenza secondo le indicazioni ANAC. In particolare nel periodo ottobre – novembre si è costante monitorato l'adempimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture che curano le pubblicazioni che avevano ricevuto una

valutazione della griglia insufficiente. Le strutture che non hanno soddisfatto pienamente gli adempimenti relativi alle pubblicazioni hanno avuto una decurtazione della performance organizzativa.

Il Responsabile RPCT ha anche rilevato alcune difficoltà di ordine operativo relativo al caricamento dei dati sul sito della trasparenza e ha formulato proposte di miglioramento informatico al Direttore ICT e al Direttore Amministrativo.

Si è proceduto al costante monitoraggio delle segnalazioni di non/parziale adempimento e del grado di attuazione da parte delle strutture.

Sono stati monitorati i corretti riscontri delle strutture in tema di accesso civico generalizzato, contestando a due strutture un mancato e un non tempestivo riscontro che ha inciso sul raggiungimento dello specifico obiettivo.

Si è verificato il richiamo del divieto di pantuflage nel momento della predisposizione degli atti relativi al conferimento di incarichi di lavoro e di cessazioni.

Si è chiesto alle strutture che predispongono i bandi di gara di prevedere il rispetto del divieto di pantuflage da parte dei fornitori.

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.

Nel corso dell'anno è stata effettuato uno studio sulla consistenza e la stratificazione del personale (sesso, ruolo, qualifica, età, tipo rapporto, ruoli di responsabilità per sesso, retribuzione media per sesso e qualifica). Sono state altresì analizzate le misure di conciliazione tra vita e lavoro e l'utilizzo, distinto per genere dei permessi relativi alla legge 104/92.

Si è proceduto all'analisi della formazione svolta dai dipendenti, distinta per genere e tipologia di corso di formazione. È stata data particolare attenzione ai corsi legati alla violenza di genere.

Nel mese di agosto l'Azienda ha stato istituito un centro di ascolto per il personale del PO Grassi a cura del Centro Clinico per la Valutazione del disagio lavorativo a seguito anche della Determina Dirigenziale n. 910 del 06/09/2022 con la quale era stato elaborato un modello di miglioramento organizzativo.

In alcuni reparti sono state attivate indagini sul benessere organizzativo.

Si è espresso sulla proposta aziendale relativa al Piano Azioni Positive.

Sulla pagina di apertura del sito aziendale è presente un link che rinvia alla documentazione relativa al CUG.

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	60,23
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	63,62
UOSD PATOLOGIE DEL CAVO ORALE	87,51
UOC CHIRURGIA GENERALE	90,02
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	78,19
UOC OCULISTICA	90,78
UOSD ANESTESIA	67,74
UOC ODONTOIATRIA	NV

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 complicità 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.

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2023 hanno riguardato:

- Riduzione del rapporto tra ricoveri in elezione attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri in elezione attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario;
- Valutazione esiti: intervento chirurgico per frattura del collo del femore;
- valutazione esiti: riduzione del parto con taglio cesareo primario per ridurre il rischio per la donna e per il bambino;
- l'implementazione delle ricette dematerializzate;
- Rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa sulla trasparenza e sull'anticorruzione;
- completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, etc);
- Riduzione della degenza media;
- Proporzioni degli interventi chirurgici in classe A eseguiti nei tempi previsti;
- Riapertura della chirurgia a ciclo breve;
- Garantire nei giorni festivi e prefestivi le dimissioni in eguale percentuale;
- Dare attuazione al piano di sovraffollamento del Pronto Soccorso, garantendo un numero di ricoveri stabilito.

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

L'obiettivo relativo alla riduzione del rapporto tra ricoveri in elezione attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri in elezione attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatazza risulta raggiunto da tutte le UU.OO.CC anche se non tutte al 100%.

Tutte le strutture hanno mantenuto una particolare attenzione al monitoraggio delle infezioni ICA, dimostrando di seguire le procedure e i protocolli previsti.

Emergono significative criticità sulla valutazione esiti relativi ai tempi dell'intervento chirurgico per frattura del collo del femore, questa situazione è dovuta dalla grave carenza di ortopedici.

La UOC Ginecologia, di concerto con la UOC Cure Primarie e salute della coppia, ha realizzato numerosi Open day ed avviato una importante fase di apertura e di comunicazione con le neo-madri e i neo-padri. Significativo è stato l'utilizzo di video e social per far conoscere il reparto e le sue professionalità.

Non risulta purtroppo raggiunto l'obiettivo valutazione esiti: riduzione del parto con taglio cesareo primario. Il dato che non ha consentito un pieno raggiungimento dell'obiettivo è dato sostanzialmente dal fatto che i parti sono stati inferiori a mille (914). Tale riduzione è frutto della generale diminuzione del tasso di natalità osservato, peraltro in tutto il territorio nazionale.

Non risulta raggiunto da quasi tutte le strutture l'obiettivo concernente l'utilizzo della ricetta dematerializzata si osservano significativi miglioramenti tra il primo e il secondo semestre dalla UOC Ginecologia; la Uoc Oculistica ha raggiunto il target di ridurre le ricette cartacee.

Quasi tutti i reparti hanno raggiunto l'obiettivo concernente l'utilizzo del sistema informatico relativo al registro di sala operatoria ad eccezione della UOSD Anestesia.

Tutti i reparti hanno raggiunto l'obiettivo di garantire la completezza della cartella clinica.

Sono state rispettate le disposizioni in materia di trasparenza ed anticorruzione.

Il livello di produzione del reparto di Oculistica continua ad essere significativo.

Solo a fine anno si è riusciti ad aprire la chirurgia a ciclo breve.

Relativamente alle dimissioni del fine settimana, il numero dei dimessi è aumentato e l'obiettivo è stato percentualmente raggiunto da tutti i reparti ad eccezione della Ortopedia che lamenta l'indisponibilità delle strutture di riabilitazione e lungodegenza al ricovero nei giorni festivi.

L'obiettivo relativo al rispetto dei tempi degli interventi in classe A non è stato raggiunto.

L'obiettivo relativo ai ricoveri da Pronto soccorso è stato raggiunto pienamente dalla Ginecologia e percentualmente da Chirurgia e Ortopedia.

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	85,84
UOC PRONTO SOCCORSO	93
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	85,5
UOSD RIANIMAZIONE	98,94

Il Dipartimento Emergenza e Accettazione è un DEA di I livello inserito quale risposta ospedaliera nell'articolazione della rete dell'emergenza e urgenza attualmente operativa nella Regione Lazio. L'organizzazione funzionale del DEA garantisce il soccorso immediato nelle emergenze e urgenze cliniche, assicura il monitoraggio sistemico delle capacità di risposta del sistema dell'emergenza sanitaria e consente l'attuazione delle eventuali misure di aggiornamento di strutture tecniche, organizzative e professionali. Il DEA condivide con gli altri Dipartimenti del Presidio Ospedaliero Unico percorsi di integrazione della risposta assistenziale volta alla gestione di pazienti in emergenza e urgenza; integra l'attività di emergenza urgenza extra territoriale con quella ospedaliera; individua accessi ospedalieri diversificati in relazione alle specificità dei singoli casi, ai codici di gravità di accesso al Pronto Soccorso, alle competenze specialistiche e ai posti letto disponibili.

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2023 hanno riguardato:

- riduzione delle ricette cartacee;
- completezza e qualità della cartella clinica;
- riduzione del tempo di valutazione del paziente in DEA/PS escluso OBI (dall'accesso del paziente allo stato di destinazione);
- Implementazione dei servizi di screening al cittadino;
- Monitoraggio delle ICA;
- Miglioramento e monitoraggio dei servizi ambulatoriali;
- Garantire a seguito di interventi in emergenza il ricovero in rianimazione;
- Ottemperare alle disposizioni legislative in materia di trasparenza ed anticorruzione;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Le valutazioni finali, che anche in questo caso, tengono conto, di quelle intermedie, consegnano un quadro di miglioramento del Dipartimento, nonostante le gravi carenze del personale che affliggono il PS ci sono segnali di un miglioramento della performance. Le difficoltà di ricovero dei pazienti in destinazione, sia nei reparti aziendali che nelle strutture accreditate, hanno rappresentato un problema aggiuntivo che non ha reso semplice il lavoro del personale operante nelle strutture dell'emergenza.

Gli accessi al Pronto Soccorso, dopo la riduzione del periodo pandemico stanno crescendo di anno di anno in anno. Sono migliorati i tempi di ricovero e sono aumentate le dimissioni a domicilio.

L'obiettivo della completezza della cartella clinica risulta, pienamente, raggiunto assieme a quello della trasparenza e dell'anticorruzione. Al netto della UOSD Rianimazione che ha raggiunto l'obiettivo, permangono delle criticità per l'utilizzo delle ricette dematerializzate nel PS nella UOC Diagnostica per Immagini, si osserva comunque un trend in deciso miglioramento sia rispetto al primo semestre 2023 che soprattutto al 2022.

La UOC Diagnostica per immagini ha migliorato il tempo di attesa dello screening mammografico di secondo livello, il tutto in un contesto di forte mobilità in uscita del personale attuando un monitoraggio dell'occupazione oraria e settimanale di ogni spazio relativo all'attività ambulatoriale, realizzando corsi di formazione avanzati sulle mammografie. La struttura non ha dimostrato alcuna criticità sui processi gestionali seppur sottoposta a stringente monitoraggio.

Il Dipartimento ha garantito il rispetto delle disposizioni sulla trasparenza e sull'anticorruzione.

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	100
UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE RIABILITATIVE E SOCIALI	80
UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO DELLE CURE PRIMARIE	100
UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO OSPEDALIERE	95

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 2023 hanno riguardato:

- Aggiornamento del percorso multidisciplinare e multidimensionale per la gestione dei bisogni delle persone con vulnerabilità socio-sanitaria che si rivolgono al PUA;
- Attivazione delle COT;
- Implementazione dei flussi di presa in carico dei pazienti presso la COT-A;
- Utilizzo informatico del registro di sala operatoria;
- Corretta gestione dell'applicativo ADT in fase di accesso e movimentazione di reparto;
- Percorso basso rischio ostetrico (BRO). Elaborazione protocollo di assistenza alla gravidanza fisiologica ed esclusiva responsabilità dell'ostetrica;
- Percorso presa in carico per il neonato sano
- Implementazione del progetto link nurse per la prevenzione delle ICA
- Attuazione del Percorso Attuativo della certificabilità (PAC): trasmissione delle certificazioni dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5 gg consegna bene o entro 7 gg dall'esecuzione del servizio;
- Aumento delle visite domiciliari nel puerperio e nel post-partum da parte dell'equipe multidisciplinare consultori

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

In linea generale si può rilevare un raggiungimento più che soddisfacente degli obiettivi assegnati al Dipartimento e alle UU.OO. afferenti, in linea anche con il monitoraggio intermedio.

È stata approvata la procedura Operativa dei Percorsi di Presa in carico (PIC) Territoriale dove emerge la nuova organizzazione del PUA.

Sono stati presi incarico circa 440 pazienti tra quelli provenienti da altre ASL, dal POU e procedure programmate.

Si è assistito ad un aumento del circa 5% delle visite domiciliari nel puerperio e post partum da parte dell'equipe multidisciplinare.

È stata effettuata la formazione sulle tematiche di gestione, controllo e prevenzione delle ICA.

Sono state attivate n. 3 COT-D, rispettivamente al Distretto di Sanitario Fiumicino Via degli Orti, Distretto Sanitario X Municipio Via Lungomare Toscanelli, e Distretto Sanitario X Municipio Via Casal Bernocchi.

Sono stati registrati nel sistema SOWEB tutti gli interventi di elezione e di urgenza.

È stato elaborato il Protocollo denominato "Percorso di assistenza al travaglio e parto a basso rischio, è stato attivato l'ambulatorio neonatale per i controlli a 48h.

Relativamente all'obiettivo sui PAC, salve alcune variabili, (come ad esempio le certificazioni relative alle lavorazioni extracanone, dove è necessario procedere a verifiche che richiedono maggiore tempo) le certificazioni sono state trasmesse nei tempi.

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	100
UOC CONTROLLO DI GESTIONE	100
UFFICIO LEGALE	100
UOS COMUNICAZIONE	100

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2023 hanno riguardato:

- Analisi dei costi interni ed esterni dei patrocini legali, nonché degli esiti;
- Razionalizzazione dell'attività consultiva e di assistenza agli uffici nella forma di redazione pareri, supporto a riunioni reportistica e monitoraggio;
- Definizione e approvazione, previa delibera, di procedura di gestione delle azioni esecutive da parte dei fornitori per integrale monitoraggio dello stato del debito nonché della gestione delle azioni esecutive promosse nei confronti di fornitori e/o personale dipendente e/o convenzionato dell'Azienda Sanitaria, con Azienda Sanitaria terzo pignorato;
- Razionalizzazione dell'attività consultiva e di assistenza agli uffici nella forma di redazione pareri, supporto a riunioni reportistica a monitoraggio;
- Recupero dei crediti vantati dall'azienda;
- Predisposizione pubblicazioni relative all'andamento della produzione;
- Mappatura di tutti i flussi aziendali con assegnazione delle relative responsabilità;
- Elaborazione 3 CE di reparto da trasmettere ai negoziatori;
- Predisposizione Piano Azioni Positive;
- Customer Satisfaction dedicate all'ascolto dei cittadini che hanno usufruito dei servizi aziendali per valutare la qualità percepita;
- Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy);
- Verifica degli adempimenti di aggiornamento delle pubblicazioni sul sito internet

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Gli obiettivi assegnati alle Strutture in Staff alla Direzione Generale sono stati raggiunti quasi nel loro complesso.

Sono state predisposte le linee guida inerenti alle attività di supporto dell'Ufficio Legale ai singoli uffici.

È stata predisposta e approvata la procedura per la gestione delle azioni esecutive con Azienda Sanitaria – Debitore esecutato e con Azienda Sanitaria – Terzo Pignorato.

Sono stati predisposti report nei quali sono stati esaminati la produzione di ricovero, ambulatoriale, i volumi di screening, gli accessi, gli esiti e i tempi di ricovero da Pronto Soccorso. Sono state fatte analisi sullo stato delle assunzioni e delle cessazioni. È stato analizzato il flusso di produzione interno, da accreditati e da strutture pubbliche ricadenti nel territorio aziendale dei prelievi per analisi del sangue. Sono stati altresì analizzati i dati più significativi provenienti dal Programma Nazionale Esiti di Agenas.

È stata ulteriormente implementata la CO.AN. con un generale miglioramento della qualità dei dati, dovuto all'ottimizzazione dei flussi di input e all'implementazione di alcuni nuovi dati. Al fine di rendere le strutture più consapevoli in termini di gestione dei costi e delle risorse disponibili, ed in generale del contributo sull'andamento della gestione, è stato organizzato un corso di cinque edizioni sulla CO.AN con l'obiettivo di illustrare i principi della medesima, lettura e alimentazione dei dati forniti nei conti economici, rappresentati per CDR e CDC.

È stato predisposto e approvato il Piano delle Azioni Positive e successivamente sono state avviate le attività previste.

È stato attuato il fascicolo sanitario elettronico.

Il sito Amministrazione Trasparenza è costantemente monitorato. È stato integrato l'albero delle pubblicazioni e sono state invitate tutte le strutture ad aggiornare il sito secondo le indicazioni ANAC.

STAFF DIREZIONE SANITARIA

Struttura	% Raggiungimento
UOC QSGR	100
UOC ACCREDITAMENTO	100
UOC ESIS	100
UOS FORMAZIONE	70
UOC DIREZIONE SANITARIA POU	79,95

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2023 hanno riguardato:

- Attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a : tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Area sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento bolle – adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC;
- Predisporre il piano formativo 2023-2024;
- Verifica degli adempimenti delle U.O. Ospedaliere relativi all'implementazione del consumo di soluzioni idroalcoliche e del materiale informativo;
- Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e Piano Annuale per le ICA (PAICA) al Centro regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00164 e n. G00163 dell'11/01/2029. Pubblicazione sulla pagina dell'amministrazione trasparente di: 1) relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi art. 2 c.5 della L.24/2017); 2) dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4 c. 3 della L.24/2017);
- Sviluppo di una istruzione operativa come modalità di attivazione, verifica e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza in caso di Alert;
- Implementazione/ripristino sistema di reporting su sito sito intranet;
- Corretta gestione del flusso SIO, implementazione recupero SDO in abbattimento ancora rettificabile;
- Determinazione Budget e sottoscrizione accordo/contratto ex art. 8 quinquies D.Lgs 502/92 e s.m.i.;
- Rispetto degli adempimenti di verifica del riconoscimento dell'accREDITAMENTO definitivo;
- Incremento delle verifiche delle strutture accreditate rispetto al 2022;
- Saldo produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture accreditate;
- Trasmissione delle SDO nel rispetto delle scadenze previste dalla regione;
- Implementazione procedure e regolamenti ICA;
- Ricoveri ad alto rischio inappropriatezza.

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Gli obiettivi risultano raggiunti in maniera più che soddisfacente.

Sono stati incrementati i controlli sulle strutture accreditate e gestite nei tempi le richieste di nuovi accreditamenti nonché liquidate le fatture nei tempi previsti.

Nella valutazione della Direzione Medica di presidio hanno pesato le difficoltà di dare seguito pienamente agli obiettivi legati al monitoraggio informatico degli alert.

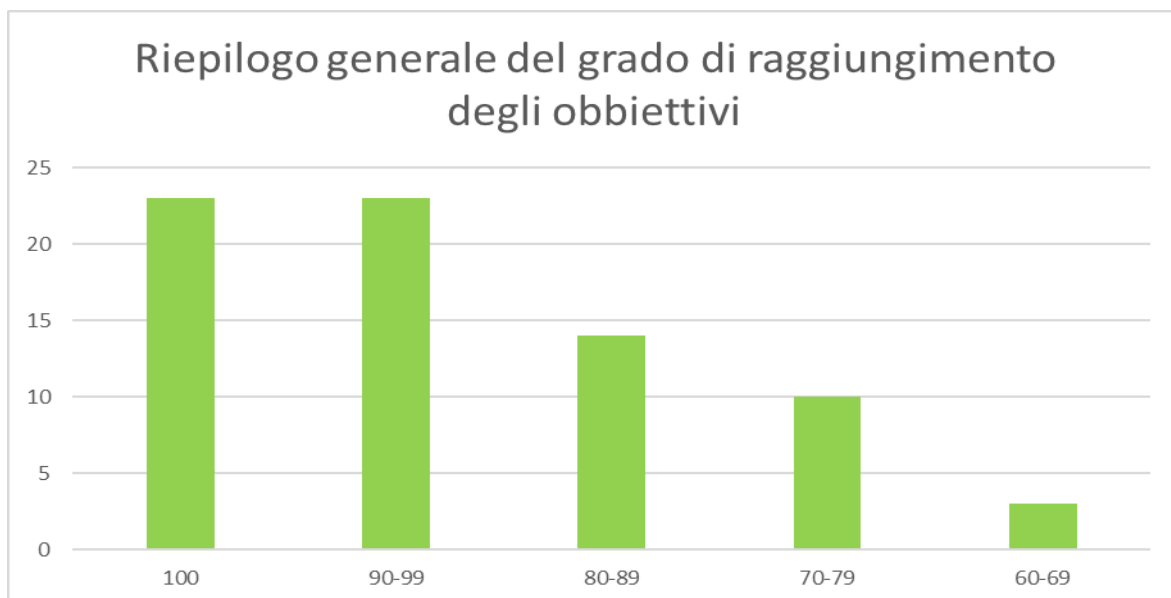
I flussi di produzione sono stati trasmessi nei tempi previsti.

Importante sottolineare la sinergia rilevata tra l'UOS Controllo di Gestione e l'UOC ESIS che ha continuato anche nel 2023 per implementare, all'interno dell'Azienda, una ottimale e performante analisi, lettura e comprensione dei dati di produzione da parte di tutti i negoziatori.

RIEPILOGO DELLE PERCENTUALI DI RAGGIUNGIMENTO RAGGIUNTE

Per una maggiore e completa sintesi di quanto dettagliato di seguito il prospetto riassuntivo con i singoli punteggi attribuiti ai negoziatori di budget per l'anno 2023 – Negoziatori Del. 430 del 18.04.2023, 804 del 21/07/2023 e 1097 del 04.10.2023

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



Valutazione di I istanza

La valutazione di I istanza ha prodotto il seguente risultato:

Valutazione Performance Organizzativa Anno 2023		Percentuale di Raggiungimento
FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE		
	UOC SVILUPPO ORG. E DELLA COMPETECE INDIVIDUALE	100
	UOS CONTROLLO DI GESTIONE	100
	UFFICIO LEGALE	100
	UOS COMUNICAZIONE	100
FUNZIONI DI STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA		
	UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	70
	UOC QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	100
	UOC EPIDEMIOLOGIA E SIS	100
	UOC ACCREDITAMENTO VIGILANZA E CONTR. STRUTT. SAN.	100
	UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	79,95
DIPARTIMENTO DI MEDICINA		87,33
	UOC NEFROLOGIA E DIALISI	90,4
	UOC CARDIOLOGIA	94,79
	UOC MEDICINA	97,52
	UOC RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	87,5
	UOC PEDIATRIA	77,72
	UOSD NEONATOLOGIA	86,24
	UOSD ONCOLOGIA	99,67
	UOSD GASTROENTEROLOGIA	90,96
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA		60,23
	UOC OCULISTICA	90,78
	UOC OSTETRICA E GINECOLOGIA	78,19
	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	63,32
	UOC CHIRURGIA GENERALE	90,02
	UOC ODONTOIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE	NV
	UOSD ANESTESIA	67,74
	UOSD PATOLOGIE DEL CAVO ORALE	87,51
	UOSD CHIRURGIA MINIINVASIVA	NV
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI		99,8
	UOC FARMACIA OSPEDALIERA	100
	UOC FARMACIA TERRITORIALE	100
	UOC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	100
	UOC LABORATORIO ANALISI	100
	UOSD ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	100

Valutazione Performance Organizzativa Anno 2023		Percentuale di Raggiungimento
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		85,84
	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'EMERGENZA	93
	UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	85,5
	UOSD RIANIMAZIONE	98,94
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE		100
	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	100
	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	95
	UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	80
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA		
	UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	86,43
	UOC DISTRETTO X MUNICIPIO	73,61
	UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO	77,43
	UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO	84,54
	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	90,66
	UOC MEDICINA LEGALE	100
	UOSD RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	100
	UOC AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	100
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		93,45
	UOC SALUTE MENTALE X MUN. E FIUMICINO	99,68
	UOC SALUTE MENTALE XI-XII MUNICIPIO	100
	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA G.B.GRASSI	95,44
	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA S.CAMILLO	95,44
	UOC SALUTE DIPENDENZE	98,32
	UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	93,75
	UOSD RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE	100
	UOSD PREVENZIONE ED INT. PRECOCI IN SALUTE MENTALE	NV
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		94,44
	UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	83,33
	UOC SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	85
	UOC PREVENZIONE E SICUREZZA SULL'AMBIENTE DI LAVORO	100
	UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	85
	UOSD SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE	89,74
	UOSD CANILE SOVRAZIONALE	100
	UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	85
	UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	77

Valutazione Performance Organizzativa Anno 2023		Percentuale di Raggiungimento
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI		76,47
	UOC APPROVIGIONAMENTI	76
	UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	92,11
	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	99,57
	RPCT	100
	UOC SISTEMI ICT	72
	UOC RISORSE UMANE	94,11
	UOSD AFFARI GENERALI	87,9
	UOC AMMINISTRATIVA POU	100

VALUTAZIONI DI II ISTANZA

Sono pervenute all'OIV richieste di riesame da:

- Dott.sa Cristina Vio, Dirigente UOSD Affari Generali
- Dott. Antonio Vivencio, Direttore ff Distretto Municipio XI
- Dott.ssa Maria Letizia Eleuteri oggi Direttore Distretto Municipio XII, con osservazioni relative al Distretto di Fiumicino di cui nel 2023 ricopriva il ruolo di Direttore ff.

A seguito dell'esame dell'istruttoria eseguita, l'OIV ha ritenuto rivalutare il punteggio della UOSD AFFARI Generali da 87,9 a 93,59

Il Risultato finale è dunque il seguente:

Valutazione Performance Organizzativa Anno 2023		Percentuale di Raggiungimento
FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE		
A00DAZ0000102	UOC SVILUPPO ORG. E DELLA COMPETECE INDIVIDUALE	100
A00DAZ000010101	UOS MEDICINA DEL LAVORO	0
A00DAZ000010102	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	0
A00DAZ000010105	UOS CONTROLLO DI GESTIONE	100
A00DAZ000010104	UFFICIO LEGALE	100
A00DAZ000010106	UOS COMUNICAZIONE	100

Valutazione Performance Organizzativa Anno 2023		Percentuale di Raggiungimento
FUNZIONI DI STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA		
A00DAZ000020107	UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	70
A00DAZ0000202	UOC QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	100
A00DAZ0000203	UOC EPIDEMIOLOGIA E SIS	100
A00DAZ0000204	UOC ACCREDITAMENTO VIGILANZA E CONTR. STRUTT. SAN.	100
AAODPU0010101	UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	79,95
DIPARTIMENTO DI MEDICINA		
		87,33
AAOPOGDME09	UOC NEFROLOGIA E DIALISI	90,4
AAOPOGDME05	UOC CARDIOLOGIA	94,79
AAOPOGDME01	UOC MEDICINA	97,52
AAOPOCDME08	UOC RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	87,5
AAOPOGDME10	UOC PEDIATRIA	77,72
AAOPOGDME15	UOSD NEONATOLOGIA	86,24
AAOPOGDME16	UOSD ONCOLOGIA	99,67
AAOPOGDME17	UOSD GASTROENTEROLOGIA	90,96
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA		
		60,23
AAOPOGDCH05	UOC OCULISTICA	90,78
AAOPOGDCH09	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	78,19
AAOPOGDCH07	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	63,62
AAOPOGDCH01	UOC CHIRURGIA GENERALE	90,02
AAOPOGDCH21	UOC ODONTOIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE	NV
AAOPOGDCH02	UOSD ANESTESIA	67,74
AAOPOGDCH20	UOSD PATOLOGIE DEL CAVO ORALE	87,51
AAOPOGDCH03	UOSD CHIRURGIA MINIINVASIVA	NV
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI		
		99,8
AAOPOGDSE10	UOC FARMACIA OSPEDALIERA	100
AAOPOGDSE11	UOC FARMACIA TERRITORIALE	100
AAOPOGDSE07	UOC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	100
AAOPOGDSE03	UOC LABORATORIO ANALISI	100
AAOPOGDSE05	UOSD ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	100
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE		
		85,84
AAOPOGDEA02	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'EMERGENZA	93
AAOPOGDEA04	UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	85,5
AAOPOGDEA03	UOSD RIANIMAZIONE	98,94

Valutazione Performance Organizzativa Anno 2023		Percentuale di Raggiungimento
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE		100
A00DAZPRS03	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	100
A00DAZPRS01	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	95
A00DAZPRS05	UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	80
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA		
AATDS1DCP01	UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	86,43
AATDS2DCP02	UOC DISTRETTO X MUNICIPIO	73,61
AATDS3DCP03	UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO	77,43
AATDS4DCP01	UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO	84,54
AATDS0DCP09	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	90,66
AATDS0DCP10	UOC MEDICINA LEGALE	100
AATDS0DCP07	UOSD RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	100
A00DAZAF02	UOC AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	100
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		93,45
AATDSMDSM05	UOC SALUTE MENTALE X MUN. E FIUMICINO	99,68
AATDSMDSM09	UOC SALUTE MENTALE XI-XII MUNICIPIO	100
AATDSMDSM07	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA G.B.GRASSI	95,44
AATDSMDSM07	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA S.CAMILLO	95,44
AATDSMDSM23	UOC SALUTE DIPENDENZE	98,32
AATDSMDSM10	UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	93,75
AATDSMDSM22	UOSD RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE	100
AATDSMDSM20	UOSD PREVENZIONE ED INT. PRECOCI IN SALUTE MENTALE	NV
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		94,44
AAPPREPRE01	UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	83,33
AAPPREPRE07	UOC SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	85
AAPPREPRE03	UOC PREVENZIONE E SICUREZZA SULL'AMBIENTE DI LAVORO	100
AAPPREPRE05	UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	85
AAPPREPRE21	UOSD SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE	89,74
AAPPREPRE20	UOSD CANILE SOVRAZIONALE	100
AAPPREPRE19	UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	85
A00DAZAF03	UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	77

Valutazione Performance Organizzativa Anno 2023		Percentuale di Raggiungimento
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI		76,47
A00DAZDFP01	UOC APPROVIGIONAMENTI	76
A00DAZDFP05	UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	92,11
A00DAZDFP03	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	99,57
A00DAZDFP05	RPCT	100
A00DAZDFP08	UOC SISTEMI ICT	72
A00DAZDFP07	UOC RISORSE UMANE	94,11
A00DAZDFP09	UOSD AFFARI GENERALI	93,59
A00DAZAF01	UOC AMMINISTRATIVA POU	100

RISULTATI DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Per la valutazione della performance individuale è stato implementato ed utilizzato un software dedicato. I negoziatori della performance organizzativa non sono soggetti a valutazione di performance individuale.

L'Applicazione "Schede di Valutazione", messa a disposizione dei dipendenti dell'Azienda Asl Roma 3, permette la compilazione e la gestione delle schede e del processo di valutazione.

La digitalizzazione di tale processo rientra nel percorso di dematerializzazione in atto presso la pubblica amministrazione. La dematerializzazione assume un ruolo centrale nei temi principali del Codice dell'Amministrazione Digitale.

L'Applicazione permette che la scheda di Valutazione venga processata dal soggetto valutatore e valutato in tempi brevi, facilitando l'interazione tra i vari attori dell'attuale procedura.

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	0,50 - 1,29	1,30 - 1,39	1,40 - 1,44	1,45 - 1,49	1,5	Totale
COMPARTO	58	95	202	481	959	1.795
Tecnico	17	26	39	40	160	282
Amm.vo	13	15	19	87	122	256
Sanitario	28	54	144	354	677	1.257
DIRIGENZA	41	60	48	122	186	457
PTA	1				12	13
Sanitario	40	60	48	122	174	444
Totale	99	155	250	603	1.145	2.252

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

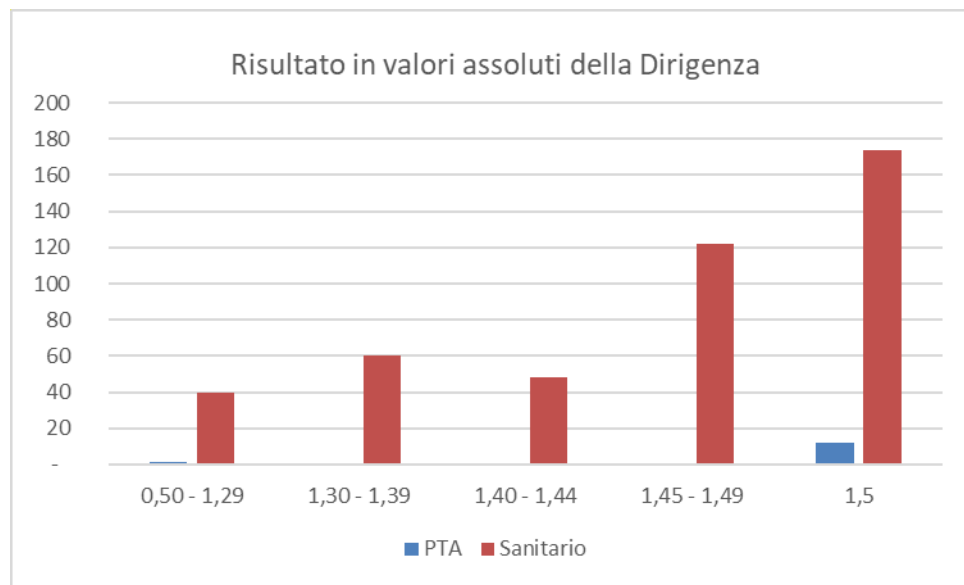
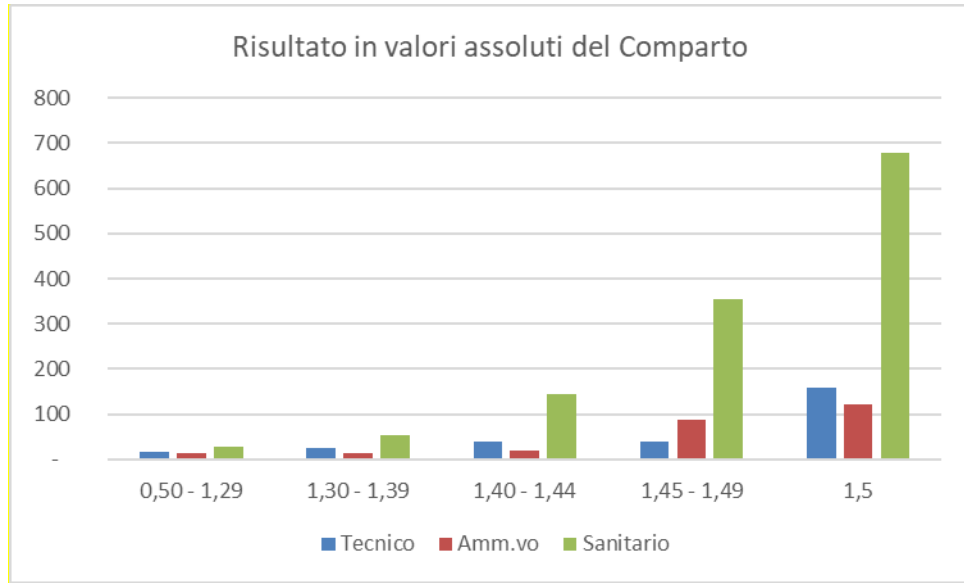
Classe di punteggio	0,50 - 1,29	1,30 - 1,39	1,40 - 1,44	1,45 - 1,49	1,5	Totale
COMPARTO	3,23	5,29	11,25	26,80	53,43	1.795
Tecnico	6,03	9,22	13,83	14,18	56,74	282
Amm.vo	5,08	5,86	7,42	33,98	47,66	256
Sanitario	2,23	4,30	11,46	28,16	53,86	1.257
DIRIGENZA	8,97	13,13	10,50	26,70	40,70	457
PTA	7,69	-	-	-	92,31	13
Sanitario	9,01	13,51	10,81	27,48	39,19	444
Totale	4,40	6,88	11,10	26,78	50,84	2.252

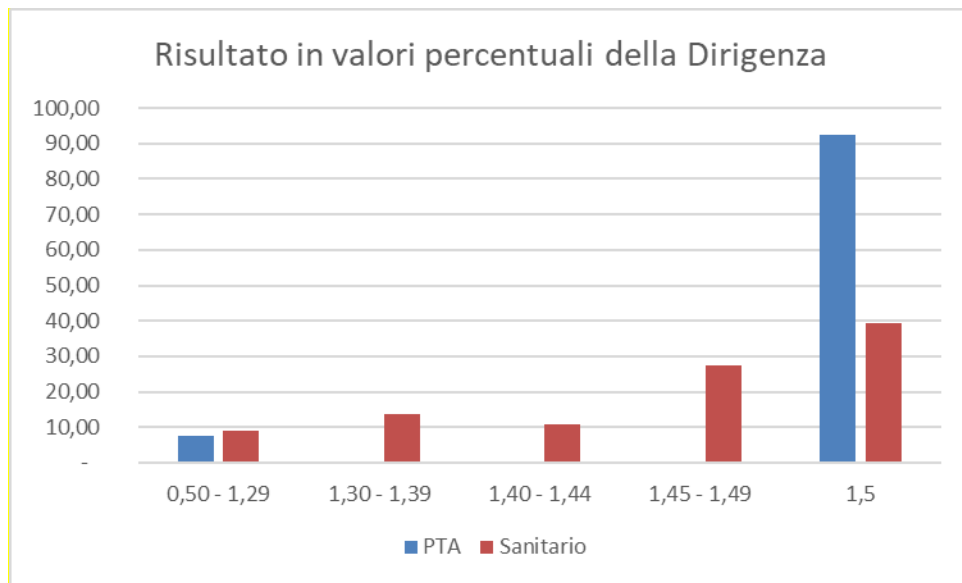
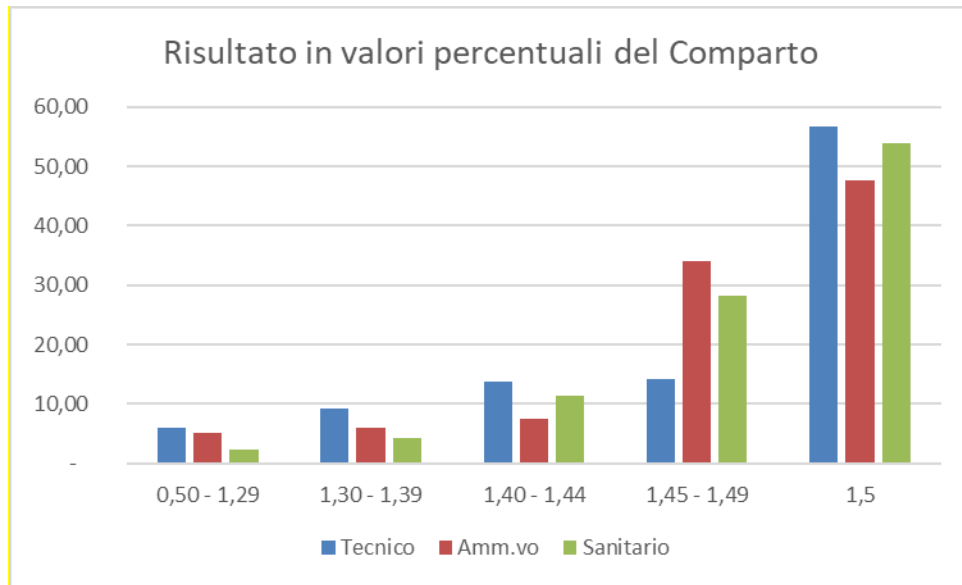
Risultati della Performance individuale per Macrostruttura in termini assoluti:

Classe di punteggio	0,50 - 1,29	1,30 - 1,39	1,40 - 1,44	1,45 - 1,49	1,5	Totale
Dip. Chirurgia	8	23	36	45	166	278
Dip. Cure Primarie	16	23	33	89	253	414
Dip. Emergenza e Acc.	13	12	33	68	103	229
Dip. Fattori Produttivi	2	4	12	46	49	113
Dip. Medicina	13	24	24	107	222	390
Dip. Prevenzione	11	17	29	67	44	168
Dip. Sal. Mentale	12	14	36	112	86	260
Dip. Servizi	17	22	20	24	46	129
Diprosan		2	7	2	44	55
Strutture in Staff	7	11	18	15	98	149
Area Attività Amm.ve Dec.		3	2	28	34	67
Totale	99	155	250	603	1.145	2.252

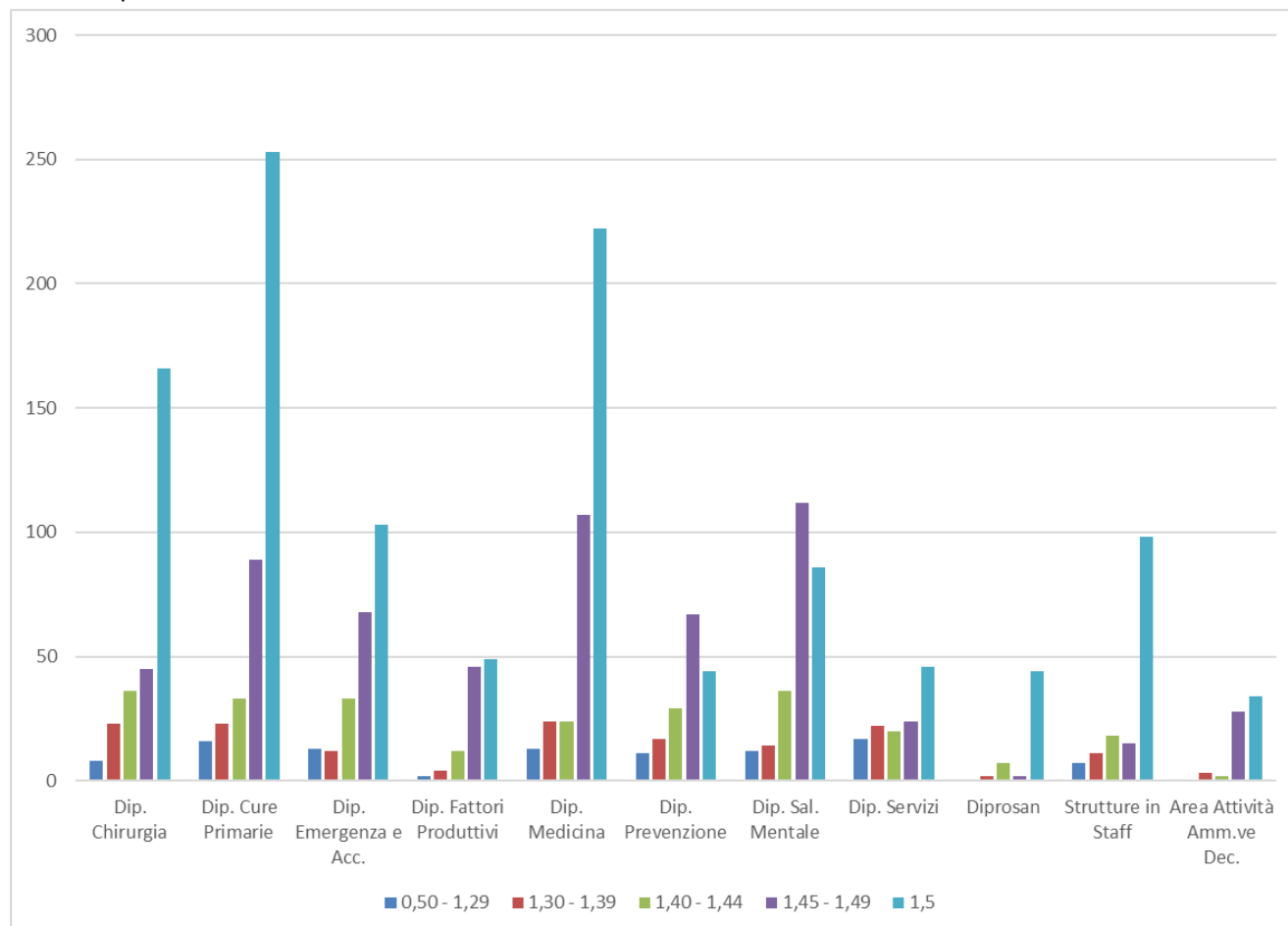
Risultati della Performance individuale per Macrostruttura in termini percentuali:

Classe di punteggio	0,50 - 1,29	1,30 - 1,39	1,40 - 1,44	1,45 - 1,49	1,5	Totale
Dip. Chirurgia	2,88	8,27	12,95	16,19	59,71	278
Dip. Cure Primarie	3,86	5,56	7,97	21,50	61,11	414
Dip. Emergenza e Acc.	5,68	5,24	14,41	29,69	44,98	229
Dip. Fattori Produttivi	1,77	3,54	10,62	40,71	43,36	113
Dip. Medicina	3,33	6,15	6,15	27,44	56,92	390
Dip. Prevenzione	6,55	10,12	17,26	39,88	26,19	168
Dip. Sal. Mentale	4,62	5,38	13,85	43,08	33,08	260
Dip. Servizi	13,18	17,05	15,50	18,60	35,66	129
Diprosan	-	3,64	12,73	3,64	80,00	55
Strutture in Staff	4,70	7,38	12,08	10,07	65,77	149
Area Attività Amm.ve Dec.	-	4,48	2,99	41,79	50,75	67
Totale	4,40	6,88	11,10	26,78	50,84	2.252

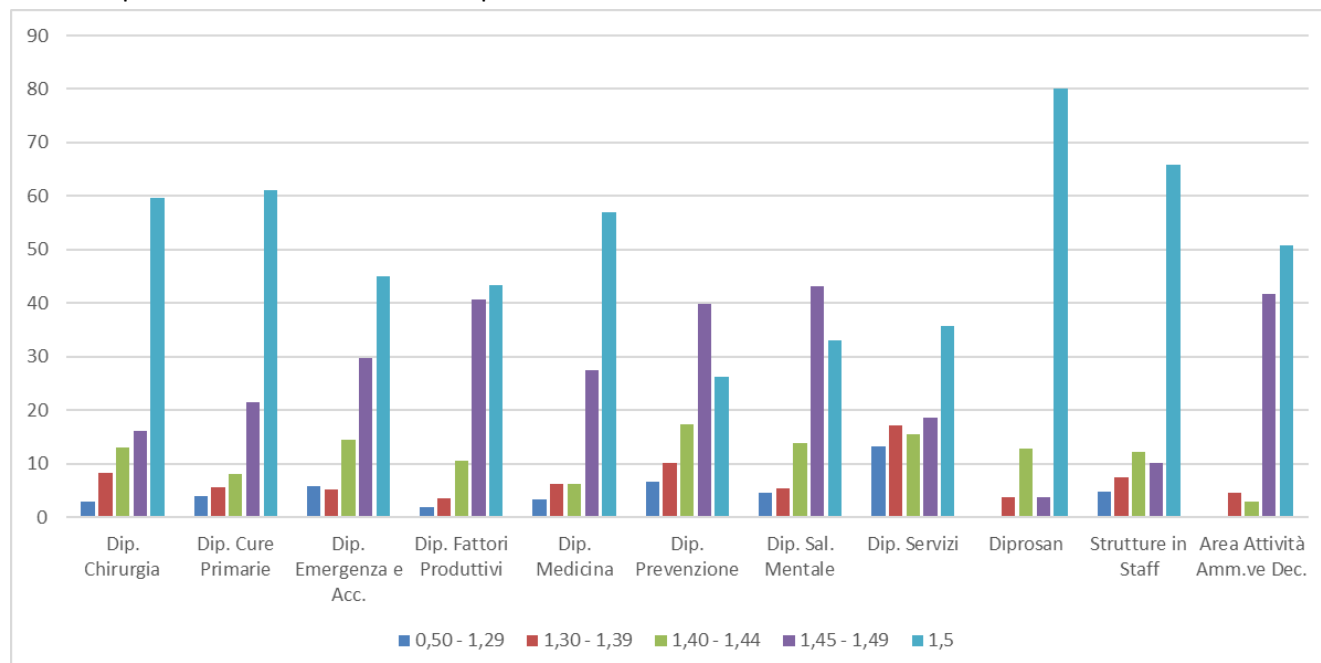




Risultato per macrostruttura in termini assoluti:



Risultato per macrostruttura in termini percentuali



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.

Dall'osservazione delle tabelle si nota che i punteggi attribuiti nelle due classi maggiori rappresentano il 40% per la dirigenza e il 53% per il comparto, nell'anno 2022 le percentuali erano rispettivamente del 59% del 79%; tale dato non significa un peggioramento della performance ma un **indicatore della qualità del Sistema** rappresentato appunto dalla differenziazione delle valutazioni individuali.

Si rappresenta inoltre che, in base a quanto stabilito dai regolamenti in materia di produttività e retribuzione di risultato vigenti, 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 che è definito nell'intervallo di variabilità 0,5 - 1,5.

L'esclusione totale dall'attribuzione del salario accessorio, che corrisponde 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;
- rapporto non esclusivo;
- personale religioso;
- comandati in uscita.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Il venir meno dell'emergenza pandemica ha permesso di attuare politiche di riorganizzazione dell'offerta e di coinvolgere i professionisti nel raggiungimento degli obiettivi declinati nel mese di maggio da Regione Lazio.

A seguito della DGR 193/2023 si è provveduto ad aprire una nuova finestra di negoziazione e a rideterminare gli obiettivi alle strutture negoziatrici.

In particolare in ambito ospedaliero l'Azienda ha chiesto un particolare impegno nella omogeneità giornaliera delle dimissioni, nella riduzione dei tempi di ricovero da Pronto Soccorso, nell'incremento dei posti letto da garantire settimanalmente al Pronto Soccorso, nella presa in carico del paziente in Holding da parte dei reparti di destinazione, nella riduzione della degenza media, al rispetto dei tempi di attesa per gli interventi in classe A.

Nel corso dell'anno sono state avviate numerose procedure per il reclutamento del personale finalizzato a garantire l'apertura di posti letto al termine dei lavori di ristrutturazione, e il funzionamento dei servizi a supporto dei reparti.

Sono stati inoltre programmati investimenti tecnologici per il governo del ciclo di ricovero.

In ambito territoriale l'attenzione alla piena occupazione degli slot della specialistica ambulatoriale, il rispetto dei tempi di attesa e soprattutto l'incremento dei pazienti in ADI sono stati gli impegni seguiti principalmente.

In ambito della Prevenzione, l'adesione allo screening, il rispetto degli indicatori regionali relativi ai controlli sulla sicurezza alimentare e nei luoghi di lavoro, nonché il rispetto delle coorti vaccinali sono stati obiettivi particolarmente impegnativi.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha continuato ad operare negli ambiti di competenza sia attraverso il governo dei servizi a gestione diretta che quelli acquistati da privato. A conclusione del primo anno di funzionamento della Casa di Alice, finalizzata al contrasto ai disturbi del comportamento alimentare è stato organizzato un convegno che ha fatto un primo, positivo bilancio dell'attività.

La tecnostruttura amministrativa è stata particolarmente impegnata sia nel processo di adesione agli investimenti del PNRR, che nel piano di reclutamento di personale attraverso l'avvio di nuovi concorsi cui hanno partecipato migliaia di candidati, che di utilizzo degli strumenti di condivisione regionale delle procedure assunzionali. Rimane altro il valore relativo agli adempimenti economici finalizzati a rapporti trasparenti con i fornitori in relazione al sistema di validazione delle prestazioni, dell'effettuazione degli ordini, della liquidazione delle fatture abbondantemente prima del tempo previsto.

Punti di forza della gestione straordinaria dell'anno 2023 sono stati rappresentati da:

- Un incremento della produzione ospedaliera del 7% pari a circa 1,9 mln.
- Un incremento della produzione specialistica ambulatoriale del 6% per circa 1 mln di euro.

- Un incremento sia dei volumi dello screening di I livello che dei tempi di esecuzione dello screening di II livello rispetto al 2022; tale attività è stata svolta prevalentemente con risorse aziendali.
- È stata avviata la campagna per lo screening HCV, sono stati invitati 169.000 cittadini pari al 91% della popolazione target; hanno risposto agli inviti 7.000 cittadini. La campagna è stata anche rivolta ai cittadini fragili in carico ai Serd.
- Si è dato seguito ai progetti relativi agli interventi di cui alla DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020 relativi a quanto indicato nel PNRR. Inoltre nel corso del 2023 sono state evase tutte le richieste di aggiornamento delle anagrafiche pervenute dalla regione Lazio. In particolare nell'ambito della Mission M6-Salute, è stato dato tempestivo riscontro alle richieste di aggiornamento dei prospetti periodici (mensili, trimestrali, etc...) di monitoraggio dei processi riferiti ai finanziamenti nell'ambito del PNRR individuati con DGR n. 1005/2021, n. 1006/2021 e n. 75/2012;
- In relazione agli interventi previsti nell'ambito del PNRR relativi alle Centrali Operative Territoriali, sono stati predisposti gli atti deliberati per l'affidamento della progettazione esecutiva e dell'esecuzione dei lavori relativi agli interventi; a fine anno sono state aperte le COT-D di Casal Bernocchi, Sant'Agostino e Fiumicino
- Sono state messe in atto le misure regionali per la riduzione dei tempi di ricovero dal Pronto Soccorso, per l'incremento delle dimissioni nei giorni festivi e di sabato. Sono state attuati comportamenti organizzativi per la presa in carico del paziente in PS dai medici di reparto, in attesa di posto letto.
- L'attività di televisita è stata incrementata significativamente, soprattutto nella seconda metà dell'anno.
- Sono state attuate le disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali; sono stati monitorati gli slot dell'assistenza specialistica e il tasso di occupazione delle agende. Si è avviato il monitoraggio per il rispetto delle liste di attesa operatorie in classe A.
- Le ricette dematerializzate sono cresciute percentualmente rispetto al 2022, anche se alcune strutture ancora non raggiungono il target previsto.
- L'Assistenza domiciliare è aumentata significativamente sia in termini di numero di cittadini presi in carico sia di adeguatezza dei coefficienti di intensità.

- Miglioramento della qualità del dato e della completezza della contabilità analitica, al riguardo si è infatti provveduto a caricare il flusso SIPSO relativo allo screening anni 2022-2023, ulteriormente migliorati i caricamenti degli stipendi, includendo anche il personale convenzionato. Con la UOC Diagnostica per Immagini sono stati aggiornati i reparti ordinanti le prestazioni per interni, il blocco operatorio è stato dotato di centri di costo per singola UOC utilizzatrice. Si è proceduto al riparto dei costi della preospedalizzazione per reparto ordinante. È stato avviato il lavoro finalizzato alla costruzione di driver di ribaltamento per ridurre gli scarichi sui costi comuni.

Inoltre con riferimento sempre al PNRR, nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale sostiene gli investimenti volti a realizzare la capacità di erogazione dei servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali, l'estensione dell'assistenza domiciliare, il coordinamento tra setting di cura al fine di garantire la continuità dell'assistenza, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari.

In tale direzione le Centrali Operative Territoriali hanno la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, socio-sanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure

Con riferimento, invece, alla programmazione ordinaria, La Asl ROMA 3, in coerenza con i propri punti di forza intende continuare a:

- incrementare le attività di integrazione ospedale territorio;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva e incrementare l'utilizzazione della ricetta dematerializzata;
- reingegnerizzare le attività territoriali;
- garantire i tempi delle liste di attesa per le prestazioni di cui al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa e il recupero della capacità produttiva antecedente il periodo pandemico.
- rispettare gli standard dell'assistenza ospedaliera e territoriale con mantenimento e miglioramento degli standard di qualità e appropriatezza clinica e organizzativa per diverse aree cliniche, quali l'area cardiovascolare, osteomuscolare, ginecologica e oncologica;
- Proseguire le attività finalizzate alla riduzione delle infezioni correlate all'assistenza.

- Valutare gli esiti: Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni;
- valutazione degli esiti: Proporzione di Parti con Taglio Cesareo Primario e Episiotomie;
- sostenere il Piano regionale cronicità: conseguire un miglioramento degli indicatori ricompresi nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, con particolare riferimento agli indicatori dell'ambito distrettuale e dell'ambito finalizzato al monitoraggio di processo dei PDTA di malattie croniche nonché stili di vita associati;
- rispettare i tassi copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto e del I e del II Livello;
- verifica ed analisi di scostamenti rispetto alle risorse assegnate in sede di proposta di Bilancio Preventivo e successivamente in sede di concordamento.
- proseguire nel processo finalizzato alla riduzione dei tempi di liquidazione e di riduzione dello stock di debito.
- Attuare in modo significativo il piano aziendale della prevenzione, alla cui riuscita l'azienda ha declinato numerosi obiettivi.
- Ottimizzare il Sistema di Contabilità Analitica e della cultura, anche in ambito sanitario della consapevolezza dell'uso delle risorse e degli outcome prodotti.
- proseguire il Percorso attuativo della Certificabilità (PAC);
- rispettare i tempi delle richieste di adeguamento dei sistemi e delle anagrafiche a quelle regionali (piano dei conti, piano dei fattori produttivi, anagrafica regionale farmaci e dispositivi)
- rispettare i tempi della programmazione acquisti, e di progettazione delle gare.
- attuare il processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento di cui alla DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020 PNRR in riferimento all'Ob. 4.1 della Delibera Regionale 762/2021
- adeguare le indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica. Invio progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici.