

# ALLEGATO 1

## Schede di Performance Organizzativa 2022

*a cura della Struttura Tecnica Permanente*

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**01000010 UOC CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITA' ANALITICA**

Responsabile: **DOTT.SSA MARIA BUTTINELLI**  
 1 gen 2022 TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CDG_01	Redazione di una contabilità separata Covid-19 per il monitoraggio e la rendicontazione dei costi Covid	Realizzazione CDC Covid e presenza di reportistica legata alla rendicontazione dei costi Covid	Report settimanale e mensile alla Direzione Strategica, al Collegio Sindacale e alla Regione	30
CDG_02	Predisposizione reportica per la Direzione	Redazione reportistica	Report mensili	40
CDG_03	Progetto Sanpacrls	Corretto adempimento regionale	Report adempimenti Direzione Strategica	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01000020 UOC INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E WELFARE DI COMUNITA'**

Responsabile: **DOTT. PAOLA CAPOLEVA**

1 gen 2022

ART 22 c.2

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
EME_04	Violenza di Genere: miglioramento valutazione e presa in carico in P.S.e nella rete	Aggiornamento della Procedura Aziendale alla luce degli aggiornamenti informativi e delle linee di indirizzo regionali	Formalizzazione della procedura entro settembre	30
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	30
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata nei 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10
PROC_06	Monitoraggio Piani di zona	Monitoraggio di attività relative a progetti di disabilità adulta	Relazione	30

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01000030 UOC SISTEMI INFORMATIVI SANITARI**

Responsabile: **DOSS. FABRIZIO ANTONELLI**

1 gen 2022

ART 18 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da piú di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10
SIS_01	Monitoraggio mensile degli abbattimenti tariffari dovuti a ritardo nell'invio delle Schede di Dimissione Ospedaliera e relativo report per presidio ospedaliero	Evidenza del monitoraggio mensile e report per presidio ospedaliero		25
SIS_02	Monitoraggio mensile delle Schede di Dimissione Ospedaliera non consegnate dai reparti agli uffici SIO ospedalieri e relativo report per presidio ospedaliero	Evidenza del monitoraggio mensile e report per presidio ospedaliero		25
SIS_03	Trasmissione dei flussi informativi di competenza nei tempi e secondo le modalità previste dalla disposizioni regionali/ministeriali vigenti			30

#### **Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**01000040 UOC FORMAZIONE E COMUNICAZIONE**

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO OTTAVIANI**

1 gen 2022

ART 18 c.5

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_02	Incremento dei corsi di formazione	Relazione	n°giornate formative procapite >2021	50
FOR_03	Revisione del Regolamento Aziendale della formazione ECM e non ECM	Deliberazione aziendale di revisione del Regolamento entro il 31/12/2022	Proposta Deliberazione	30
FOR_05	Coordinamento percorsi formativi per upgrade di competenze specifiche dell'Azienda	Relazione		10
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	10

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**0100060 UOC INNOVAZIONE E QUALITA'**

Responsabile: **ING. GIUSEPPE SERGIO SAJEVA**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
IQ_01	Prosecuzione ed attuazione dei percorsi formativi a favore dei dipendenti assegnati per il progressivo avvio delle attività della UOC di nuova istituzione.	Proposte operative	Relazione	10
IQ_02	Rilevazione, raccolta e mappatura dei processi di qualità attivati nei Distretti, nei Dipartimenti e nelle Strutture Amministrative.	Stato dell'arte dei progressi Qualità	Relazione annuale	20
IQ_03	Implementazione sito aziendale	Stato dell'arte Sito Aziendale	Relazione	20
IQ_04	Diffusione della cultura della qualità attraverso incontri formativi ed informativi a partire dal personale aziendale di livello apicale dei Poli Ospedalieri e dei Distretti	Stato dell'arte Diffusione cultura Qualità	Attivazione incontri a piccoli gruppi individuati dalle Direzioni dei Poli Ospedalieri e dei Distretti: relazione	20
IQ_05	Progettazione del Sistema di Gestione della Qualità Aziendale: predisposizione del Manuale della Qualità	Documento formale	Predisposizione prima edizione del Manuale della Qualità Aziendale	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **010100001 Servizio Prevenzione e Protezione**

Responsabile: **DOTT. PIERGIORGIO MOSCA**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
SPP_01	PPV - Piano Prevenzione atti di Violenza operatori sanitari	Schede di segnalazione aggressioni	Elaborazione procedura di coordinamento con forze di polizia entro il 30/9/2022	20
SPP_02	Aggiornamento DVR MAPO	Cronoprogramma	Documento aggiornato su 2 presidi entro il 31/12/2022	20
SPP_03	Aggiornamento DVR Aggressioni	Cronoprogramma	Documento aggiornato su 2 presidi entro il 31/8/2022	20
SPP_04	Banca dati infortuni	Report	Relazione finale art.35 Dlgs 81-08 e presentazione alla Direzione Strategica	20
SPP_05	Servizio Antincendio	Relazione	Documento aggiornato su 2 presidi entro il 31/12/2022	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 01010010 UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RISCHIO CLINICO

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO FERRANTE**

1 gen 2022

ART 22 c.8

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_3.2.1	Piano Annuale di Risk Management (PARM/PARS)	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM/PARS) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n.G00164 dell'11/01/2019. Pubblicazione sulla pagina dell'amministrazione trasparente di: 1) relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (art.2 c5 della L.24/2017); 2) dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art.4 c.3 della L.24/2017).	La succitata Determinazione stabilisce che entro il 15 febbraio di ogni anno le strutture del SSR adottino il PARM/PARS e lo trasmettano entro il 28 febbraio al CRRC.	10
DGR762_3.2.2	Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n.G00163 dell'11/01/2019.	La succitata Determinazione stabilisce che entro il 15 febbraio di ogni anno le strutture del SSR adottino il PAICA.	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriately entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
PROC_01	revisione delle procedure aziendali derivanti da raccomandazioni ministeriali e documenti del CRRC (Centro regionale rischio Clinico) con ultima revisione effettuata da tre anni	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10
RSK_01	Implementazione del Piano territoriale di preparazione e risposta all'emergenza Covid-19	Aggiornamento del Piano con tutti i documenti prodotti dalle Unità operative/servizi dell'Azienda e della nostra UOC riferito a Covid-19	2 aggiornamenti anno	20
RSK_02	Realizzazione di Audit proattivi organizzativi sul trattamento delle fratture di femore entro 48ore	Realizzazione di un Audit in ogni presidio ospedaliero	Realizzazione di 4 Audit anno	10
RSK_03	Progettazione e realizzazione in collaborazione con la UOC Formazione e Comunicazione di un video tutorial sulla prevenzione e gestione delle cadute nelle strutture sanitarie della Asl RM6	Realizzazione del video	Diffusione del video a tutte le Unità Operative e servizi entro il 31/12/2022	20

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**01010030 UOC INGEGNERIA OSPEDALIERA**

Responsabile: **ING. ALESSANDRA CANDREVA**

1 gen 2022

SOST. art.73 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	25
ORD_01	Rispetto delle procedure regionali relative all'utilizzo del CDC Covid-19 per le maggiori spese dovute all'emergenza, nonché gli adempimenti previsti relativi ai finanziamenti.	Utilizzo del programma JSIAC con inserimento dei finanziamenti utilizzati	Verifica del corretto utilizzo del programma	25
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	30
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01020010 UOC UFFICIO TECNICO E PATRIMONIO**

Responsabile: **ING. ALDO CELLA**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_4.1	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento	Invio progetti e avvio degli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018; Interventi DL 34/2020 - PNRR	DGR 861/2017 e DGR 180/2018 : invio pregetti entro il 31/12 -DL 34/2020: attuazione del piano e interventi previsti dal PNRR inviati, entro i tempi richiesti. Se uno dei interventi non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	40
ORD_01	Rispetto delle procedure regionali relative all'utilizzo del CDC Covid-19 per le maggiori spese dovute all'emergenza, nonché gli adempimenti previsti relativi ai finanziamenti.	Utilizzo del programma JSIAC con inserimento dei finanziamenti utilizzati	Verifica del corretto utilizzo del programma	10
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	10
UTP_03	Riorganizzazione Stabili aziendali	Proposta di riorganizzazione degli stabili aziendali contenente un piano di azioni per la razionalizzazione delle spese per gli affitti	Predisposizione e adozione del Piano per la valorizzazione del Patrimonio	40

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01020020 UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI**

Responsabile: **DOTT.SSA DANIELA NUNZI**

1 gen 2022

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ABS_01	Contenimento spesa per beni e servizi	Rispetto delle tempistiche previste dal "piano di gare 2021-2022"	80%	20
ABS_02	Ordini in economia	Riduzione del costo per acquisti in economia rispetto al 2021	30% in meno rispetto al 2021	20
ABS_03	Riduzione delle proroghe contrattuali di fatto	Riduzione del numero di proroghe di fatto rispetto al 2021	50% in meno rispetto al 2021	20
ABS_04	Completamento dell'inventario aziendale	Relazione		20
ORD_01	Rispetto delle procedure regionali relative all'utilizzo del CDC Covid-19 per le maggiori spese dovute all'emergenza, nonché gli adempimenti previsti relativi ai finanziamenti.	Utilizzo del programma JSIAC con inserimento dei finanziamenti utilizzati	Verifica del corretto utilizzo del programma	10
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01020030 UOC AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI**

Responsabile: **DOTT.SSA LORETTA GIORGIANTONI**

1 gen 2022

ART 18 c.5

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AAGG_01	Trasparenza	Rivisitazione dei documenti aziendali di competenza dell'anno in corso per piena completezza	Relazione	10
AAGG_03	Piena implementazione del sistema Easylex	Relazione		20
AAGG_04	Completamento della valutazione del Rischio Aziendale e della revisione del sistema autoassicurativo	Relazione		20
AAGG_05	Funzionamento del sistema data privacy nei suoi elementi essenziali per quanto di competenza	Relazione		20
AAGG_06	Completamento delle procedure di Deliberazione e Determinazione	Deliberazione e Determinazione digitalizzata	Relazione	20
ORD_01	Rispetto delle procedure regionali relative all'utilizzo del CDC Covid-19 per le maggiori spese dovute all'emergenza, nonché gli adempimenti previsti relativi ai finanziamenti e utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Utilizzo del programma JSIAC con inserimento dei finanziamenti utilizzati e controllo da parte del responsabile degli ordini	Verifica del corretto utilizzo del programma e della procedura	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01020040 UOC GESTIONE RISORSE UMANE**

Responsabile: **DOTT. ROSSANO LENCI**

1 gen 2022

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
GRU_01	Predisposizione di determinazioni mensili di rendicontazione delle spese di cui all'aggregato B1	12 determinazioni in parola	Evidenza Determinazioni	30
GRU_03	Completamento della trasformazione digitale dei processi labour intensive delle risorse umane	Relazione		30
GRU_04	Monitoraggio del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Monitoraggio	Report alla Direzione Strategica	20
ORD_01	Rispetto delle procedure regionali relative all'utilizzo del CDC Covid-19 per le maggiori spese dovute all'emergenza, nonché gli adempimenti previsti relativi ai finanziamenti.	Utilizzo del programma JSIAC con inserimento dei finanziamenti utilizzati	Verifica del corretto utilizzo del programma	10
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01020050 UOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA**

Responsabile: **DOTT.SSA LORELLA MENGARELLI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_1.1	Budget 2021	Concordamento 2021	Monitoraggio trimestrale (Valore costi consuntivi 2021 - Valore costi concordati 2021 / Valore costi concordati 2021)	30
DGR762_1.2	Tempi di pagamento	Monitoraggio della riduzione del tempo medio di pagamento rispetto all'anno precedente, ovvero mantenimento del tempo medio di pagamento qualora i tempi siano compresi tra 1 e 10 giorni.	Monitoraggio trimestrale attraverso l'indicatore che è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data scadenza e la data di pagamento.	30
GEF_01	Budget 2022	Proposta di provvedimento Deliberativo di assegnazione Budget 2022 agli ordinatori di spesa	Proposta di provvedimento	20
GEF_03	Nuova valutazione del Fondo di Dotazione	Relazione		10
GEF_04	Monitoraggio dei pignoramenti su tesoreria	Report trimestrale		10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 01020060 *UOSD Sistemi Informatici*

Responsabile: **ING. GIOVANNI SCOPONI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_4.2	Adeguamento alle 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	Raggiunto se: designate le figure previste al punto 3.1.1; costituito il team dedicato alla gestione delle tematiche cyber; organizzata formazione specifica per il personale operante all'interno dell'Azienda; redatto il regolamento per il rilascio delle VPN; redatto l'inventario degli asset aziendali, che ne riporta caratteristiche tecniche e livello di criticità con relativa mappatura dei rischi. Se uno dei interventi non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	20
ORD_01	Rispetto delle procedure regionali relative all'utilizzo del CDC Covid-19 per le maggiori spese dovute all'emergenza, nonché gli adempimenti previsti relativi ai finanziamenti.	Utilizzo del programma JSIAC con inserimento dei finanziamenti utilizzati	Verifica del corretto utilizzo del programma	10
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	10
SITI_01	Sicurezza Informatica	Attivazione del Security Operations Center	Proposta di affidamento del servizio	10
SITI_02	Sviluppo percorso di Digitalizzazione	Proposta di attivazione Gruppo di lavoro per la piena transizione Digitale e progettazione del Piano transizione Digitale	Proposta Deliberazione attivazione Gruppo di lavoro e piano transizione digitale	15
SITI_05	Completamento della implementazione del gestionale del personale sanitario	Affidamento del servizio	Proposta Deliberazione	10
SITI_06	Rete Aziendale	Completamento degli interventi di adeguamento rete WAN e LAN sulle sedi aziendali	Relazione	15
SITI_08	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Verifica della corretta implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Relazione	10

#### **Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**01020070 UOC SUPPORTO E GESTIONE AMMINISTRATIVA DSM, PREVENZIONE, TERRITORIO**

Responsabile: **DOTT.SSA DANIELA PACIONI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ORD_01	Rispetto delle procedure regionali relative all'utilizzo del CDC Covid-19 per le maggiori spese dovute all'emergenza, nonché gli adempimenti previsti relativi ai finanziamenti.	Utilizzo del programma JSIAC con inserimento dei finanziamenti utilizzati	Verifica del corretto utilizzo del programma	10
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	10
SADT_01	Presenza in carico delle procedure amministrative per la gestione dei pignoramenti presso terzi di cui ai MMG	Regolamento	Proposta di regolamento	40
SADT_02	Liquidazione fatture Territorio	Procedure per la riduzione dei tempi di liquidazione fatture afferenti alla UOC Supporto Amministrativo Dipartimenti Territoriali	Proposta di procedure in parola	40

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**010300001** *Coordinamento Trapianti*

Responsabile: **DOSS. LUIGI ZURLO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_01	N° donazioni / N° accertamenti morte cerebrale in Terapia intensiva	Report trimestrale	>=30%	10
CT_02	Donazione organi e tessuti	Audit sull'applicazione del protocollo per percorso donazione organi e tessuti	Verbale audit	10
CT_03	N° delle segnalazioni di potenziali donatori rispetto al n° dei decessi con lesioni cerebrali acute verificate nei reparti di rianimazione	Report trimestrale	50%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	70

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01030010 UOC AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO E CONTROLLI**

Responsabile: **DOTT.FRANCESCO BEATO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	20
ORD_01	Rispetto delle procedure regionali relative all'utilizzo del CDC Covid-19 per le maggiori spese dovute all'emergenza, nonché gli adempimenti previsti relativi ai finanziamenti.	Utilizzo del programma JSIAC con inserimento dei finanziamenti utilizzati	Verifica del corretto utilizzo del programma	5
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	50
PROC_01	Aggiornamento relativo alla mappatura delle strutture accreditate autorizzate	Aggiornamento delle strutture convenzionate in relazione alle attività per le quali risultano autorizzate e accreditate	Relazione finale ed aggiornamento dati sul portale aziendale	25

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01030292 UOC DIREZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO OdC**

Responsabile: **DOTT. SSA LUCILLA TOPPI**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_2.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito al recupero delle prestazioni specialistiche non erogate nella fase di lockdown attraverso l'invio di specifici Progetti aziendali di ripresa dell'attività specialistica ambulatoriale ed il recupero delle prestazioni specialistiche entro i tempi individuati.	Prestazioni specialistiche recuperate/prestazioni specialistiche totali da recuperare	Monitoraggio trimestrale	10
DGR762_3.1.1	Valutazione adesione al piano regionale gestione emergenza COVID-19	In base al Piano di risposta all'evoluzione dell'epidemia da SARS-COV2, le Aziende pubbliche (e private) adeguano l'offerta di posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/terapia semintensiva e terapia intensiva. L'adempimento ha cadenza settimanale.	L'indicatore misura la tempestività e la completezza dell'adeguamento alla programmazione dei posti letto dedicati ai pazienti COVID da parte delle strutture ospedaliere pubbliche (e private).	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo delle cartelle cliniche emesse nell'anno	30%	10
DS_04	Miglioramento organizzativo Frattura Femore	Realizzazione di 4 Audit proattivi organizzativi sul trattamento delle fratture di femore entro 48 ore	Realizzazione del 100% degli audit programmati	20
DS_05	Invio delle SDO attraverso il SIOXL entro i termini temporali previsti dalle direttive regionali (direttiva ASP n.2/2010)	n. SDO inviate attraverso il SIOXL entro i termini temporali previsti / Totale C.C. Consegnate al SIO entro 4 gg. dalla consegna al SIO	100%	10
DS_06	Unità Valutative Ospedaliere nei 4 presidi aziendali per invio RSA estensive e presa in carico UU.OO Cure Intermedie distrettuali (Procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello estensivo -Regione Lazio prot. U 000738005 del 05.01.2022).	Individuazione e attivazione delle Unità Valutative Ospedaliere in ciascun presidio ospedaliero. Presa in carico da parte delle UU.OO Cure intermedie distrettuali, entro 60 gg. dei pazienti segnalati dal COA ASL Roma 1 e invio alla DSA di report a cadenza trimestrale regionale	Monitoraggio delle valutazioni effettuate dalle UVA e successivo invio all'interno del presidio e della Direzione Sanitaria	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione (Cartella Clinica, Procedura Sio)	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**01030547 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H1**

Responsabile: **DOTT.SSA BARBARA BAGNATO**

2 feb 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_2.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito al recupero delle prestazioni specialistiche non erogate nella fase di lockdown attraverso l'invio di specifici Progetti aziendali di ripresa dell'attività specialistica ambulatoriale ed il recupero delle prestazioni specialistiche entro i tempi individuati.	Prestazioni specialistiche recuperate/prestazioni specialistiche totali da recuperare	Monitoraggio trimestrale	10
DGR762_3.1.1	Valutazione adesione al piano regionale gestione emergenza COVID-19	In base al Piano di risposta all'evoluzione dell'epidemia da SARS-COV2, le Aziende pubbliche (e private) adeguano l'offerta di posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/terapia semintensiva e terapia intensiva. L'adempimento ha cadenza settimanale.	L'indicatore misura la tempestività e la completezza dell'adeguamento alla programmazione dei posti letto dedicati ai pazienti COVID da parte delle strutture ospedaliere pubbliche (e private).	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo delle cartelle cliniche emesse nell'anno	30%	10
DS_04	Miglioramento organizzativo Frattura Femore	Realizzazione di 4 Audit proattivi organizzativi sul trattamento delle fratture di femore entro 48 ore	Realizzazione del 100% degli audit programmati	20
DS_05	Invio delle SDO attraverso il SIOXL entro i termini temporali previsti dalle direttive regionali (direttiva ASP n.2/2010)	n. SDO inviate attraverso il SIOXL entro i termini temporali previsti / Totale C.C. Consegnate al SIO entro 4 gg. dalla consegna al SIO	100%	10
DS_06	Unità Valutative Ospedaliere nei 4 presidi aziendali per invio RSA estensive e presa in carico UU.OO Cure Intermedie distrettuali (Procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello estensivo -Regione Lazio prot. U 000738005 del 05.01.2022).	Individuazione e attivazione delle Unità Valutative Ospedaliere in ciascun presidio ospedaliero. Presa in carico da parte delle UU.OO Cure intermedie distrettuali, entro 60 gg. dei pazienti segnalati dal COA ASL Roma 1 e invio alla DSA di report a cadenza trimestrale regionale	Monitoraggio delle valutazioni effettuate dalle UVA e successivo invio all'interno del presidio e della Direzione Sanitaria	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**01030754 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H3**

Responsabile: **DOTT.MAURIZIO FERRANTE**

1 gen 2022

art.22 c.8

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_2.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito al recupero delle prestazioni specialistiche non erogate nella fase di lockdown attraverso l'invio di specifici Progetti aziendali di ripresa dell'attività specialistica ambulatoriale ed il recupero delle prestazioni specialistiche entro i tempi individuati.	Prestazioni specialistiche recuperate/prestazioni specialistiche totali da recuperare	Monitoraggio trimestrale	10
DGR762_3.1.1	Valutazione adesione al piano regionale gestione emergenza COVID-19	In base al Piano di risposta all'evoluzione dell'epidemia da SARS-COV2, le Aziende pubbliche (e private) adeguano l'offerta di posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/terapia semintensiva e terapia intensiva. L'adempimento ha cadenza settimanale.	L'indicatore misura la tempestività e la completezza dell'adeguamento alla programmazione dei posti letto dedicati ai pazienti COVID da parte delle strutture ospedaliere pubbliche (e private).	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo delle cartelle cliniche emesse nell'anno	30%	10
DS_04	Miglioramento organizzativo Frattura Femore	Realizzazione di 4 Audit proattivi organizzativi sul trattamento delle fratture di femore entro 48 ore	Realizzazione del 100% degli audit programmati	20
DS_05	Invio delle SDO attraverso il SIOXL entro i termini temporali previsti dalle direttive regionali (direttiva ASP n.2/2010)	n. SDO inviate attraverso il SIOXL entro i termini temporali previsti / Totale C.C. Consegnate al SIO entro 4 gg. dalla consegna al SIO	100%	10
DS_06	Unità Valutative Ospedaliere nei 4 presidi aziendali per invio RSA estensive e presa in carico UU.OO Cure Intermedie distrettuali (Procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello estensivo -Regione Lazio prot. U 000738005 del 05.01.2022).	Individuazione e attivazione delle Unità Valutative Ospedaliere in ciascun presidio ospedaliero. Presa in carico da parte delle UU.OO Cure intermedie distrettuali, entro 60 gg. dei pazienti segnalati dal COA ASL Roma 1 e invio alla DSA di report a cadenza trimestrale regionale	Monitoraggio delle valutazioni effettuate dalle UVA e successivo invio all'interno del presidio e della Direzione Sanitaria	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatazza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

#### Note/Osservazioni

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**01030843 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H4**

Responsabile: **DOTT. CIRIACO CONSOLANTE**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_2.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito al recupero delle prestazioni specialistiche non erogate nella fase di lockdown attraverso l'invio di specifici Progetti aziendali di ripresa dell'attività specialistica ambulatoriale ed il recupero delle prestazioni specialistiche entro i tempi individuati.	Prestazioni specialistiche recuperate/prestazioni specialistiche totali da recuperare	Monitoraggio trimestrale	10
DGR762_3.1.1	Valutazione adesione al piano regionale gestione emergenza COVID-19	In base al Piano di risposta all'evoluzione dell'epidemia da SARS-COV2, le Aziende pubbliche (e private) adeguano l'offerta di posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/terapia semintensiva e terapia intensiva. L'adempimento ha cadenza settimanale.	L'indicatore misura la tempestività e la completezza dell'adeguamento alla programmazione dei posti letto dedicati ai pazienti COVID da parte delle strutture ospedaliere pubbliche (e private).	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo delle cartelle cliniche emesse nell'anno	30%	10
DS_04	Miglioramento organizzativo Frattura Femore	Realizzazione di 4 Audit proattivi organizzativi sul trattamento delle fratture di femore entro 48 ore	Realizzazione del 100% degli audit programmati	20
DS_05	Invio delle SDO attraverso il SIOXL entro i termini temporali previsti dalle direttive regionali (direttiva ASP n.2/2010)	n. SDO inviate attraverso il SIOXL entro i termini temporali previsti / Totale C.C. Consegnate al SIO entro 4 gg. dalla consegna al SIO	100% (condivisione con Ufficio Infermieristico e Sistema Informativo Sanitario)	10
DS_06	Unità Valutative Ospedaliere nei 4 presidi aziendali per invio RSA estensive e presa in carico UU.OO Cure Intermedie distrettuali (Procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello estensivo -Regione Lazio prot. U 000738005 del 05.01.2022).	Individuazione e attivazione delle Unità Valutative Ospedaliere in ciascun presidio ospedaliero. Presa in carico da parte delle UU.OO Cure intermedie distrettuali, entro 60 gg. dei pazienti segnalati dal COA ASL Roma 1 e invio alla DSA di report a cadenza trimestrale regionale	Monitoraggio delle valutazioni effettuate dalle UVA e successivo invio all'interno del presidio e della Direzione Sanitaria	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51% (condizionato da verifiche hardware e implementazione software)	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 0401 **DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO**

Responsabile: **DOTT. MARCO MATTEI**

1 gen 2022

TITOLARE

**DOTT. PIERLUIGI VASSALLO**

21 gen 2022

ART 22 c.1-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_2.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito al recupero delle prestazioni specialistiche non erogate nella fase di lockdown attraverso l'invio di specifici Progetti aziendali di ripresa dell'attività specialistica ambulatoriale ed il recupero delle prestazioni specialistiche entro i tempi individuati.	Prestazioni specialistiche recuperate/prestazioni specialistiche totali da recuperare	100%	10
DGR762_5.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente.	Dati flusso SIAT	Monitoraggio sul raggiungimento dell'obiettivo nel territorio	20
DGR762_5.2	Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	Dati flusso SIAT	Monitoraggio sul raggiungimento dell'obiettivo nel territorio	20
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza sui bisogni riscontrati dall'organizzazione	5
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Mappatura delle procedure del Dipartimento comprese quelle che necessitano di revisione	Relazione finale	5
TERR_02	Miglioramento presa in carico pazienti diabetici e implementazione rete diabetologica aziendale	Redazione Piano Aziendale Diabete	Deliberazione entro il 30 giugno	5
TERR_04	Avvio COT Centrale Operativa Territoriale Aziendale e Telemedicina	Implementazioni Centrali Operative Territoriali Aziendali	Verifica e rendicontazione attività	10
TERR_05	Raggiungimento del target spesa convenzionata	Rispetto delle disposizioni DCA 155/2019	Verifica e rendicontazione attività	20

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04010020 UOC GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA, MEDICINA CONVENZIONATA, ALPI**

Responsabile: **DOTT. MARCO MATTEI**

1 gen 2022

TITOLARE

**DOTT. ETTORE POMPILI**

21 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ALPI_1	Informatizzazione dei processi relativi all'attività istruttoria ALPI	Verifica	100%	10
DGR762_2.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito al recupero delle prestazioni specialistiche non erogate nella fase di lockdown attraverso l'invio di specifici Progetti aziendali di ripresa dell'attività specialistica ambulatoriale ed il recupero delle prestazioni specialistiche entro i tempi individuati.	Prestazioni specialistiche recuperate/prestazioni specialistiche totali da recuperare	100%	10
DS_02	Recupero prestazioni	Produzione reportistica trimestrale delle attività da recuperare per Dipartimento	Produzione reportistica trimestrale delle attività da recuperare per Dipartimento	10
DS_03	Abbattimento liste di attesa	Redazione di un documento di riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni specialistiche degli accreditati-convenzionati	Attivazione del progetto e report semestrale	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
MC_01	Adeguamento contrattuale ex art.45 Accordo Collettivo Nazionale della specialistica ambulatoriale convenzionata del 31/03/2020 in esito all'istituzione fondo dedicato da Regione Lazio	Verifica		20
RECUP_1	Passaggio al nuovo Recup Regionale	Implementazione dei processi e delle procedure attuative		30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010330 UOC DIREZIONE DISTRETTO H1**

Responsabile: **DOTT.SSA GIOVANNA LOREDANA RUSSO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_5.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente.	Dati flusso SIAT	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: - Il valore relativo alle prese incarico individuali con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) uguale o superiore a 0,14 sia almeno pari al 2,3% della popolazione ultra sessantacinquenne [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	10
DGR762_5.2	Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	Dati flusso SIAT	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2021 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): >2,93 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,18 = 2 punti Livello III (CIA 3>0,50): >0,40 = 3 punti	10
DS_06	Attivazione Unità Valutative Ospedaliere nei 4 presidi aziendali per invio RSA estensive e presa in carico UU.OO Cure Intermedie distrettuali (Procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello estensivo -Regione Lazio prot. U 000738005 del 05.01.2022).	Presa in carico da parte delle UU.OO Cure intermedie distrettuali, entro 60 gg. dei pazienti segnalati dal COA ASL Roma 1 e invio alla DSA di report a cadenza trimestrale	Presa in carico >95% dei pazienti nei tempi previsti dalla procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello ostensivo Regione Lazio prot. U738005 del 05/01/2022	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata subordinato alla dotazione di strumenti informatici e messa a disposizione di software dedicati alla gestione delle ricette dematerializzate	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriately entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	15
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010330 UOC DIREZIONE DISTRETTO H1**

Responsabile: **DOTT.SSA GIOVANNA LOREDANA RUSSO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
TERR_05	Raggiungimento del target spesa convenzionata	Rispetto delle disposizioni DCA 155/2019	Report trimestrali ai MMG ed evidenza partecipazione a CAPI	10
TERR_07	Vaccinazione MPR (Morbillo - Parotite - Rosolia).	Tasso di copertura (tdc) a 24 mesi per la prima dose di vaccino MPR	> 92%	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010335 UOC DIREZIONE DISTRETTO H2**

Responsabile: **DOTT. PIERLUIGI VASSALLO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_5.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente.	Dati flusso SIAT	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: - Il valore relativo alle prese incarico individuali con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) uguale o superiore a 0,14 sia almeno pari al 2,3% della popolazione ultra sessantacinquenne [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	15
DGR762_5.2	Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	Dati flusso SIAT	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2021 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): >2,93 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,18 = 2 punti Livello III (CIA 3>0,50): >0,40 = 3 punti	15
DS_06	Attivazione Unità Valutative Ospedaliere nei 4 presidi aziendali per invio RSA estensive e presa in carico UU.OO Cure Intermedie distrettuali (Procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello estensivo -Regione Lazio prot. U 000738005 del 05.01.2022).	Presa in carico da parte delle UU.OO Cure intermedie distrettuali, entro 60 gg. dei pazienti segnalati dal COA ASL Roma 1 e invio alla DSA di report a cadenza trimestrale	Presa in carico >95% dei pazienti nei tempi previsti dalla procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello ostensivo Regione Lazio prot. U738005 del 05/01/2022	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata subordinato alla dotazione di strumenti informatici e messa a disposizione di software dedicati alla gestione delle ricette dematerializzate	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriately entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	15
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010335 UOC DIREZIONE DISTRETTO H2**

Responsabile: **DOTT. PIERLUIGI VASSALLO**  
 1 gen 2022 TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
TERR_05	Raggiungimento del target spesa convenzionata	Rispetto delle disposizioni DCA 155/2019	Report trimestrali ai MMG ed evidenza partecipazione a CAPI	10
TERR_07	Vaccinazione MPR (Morbillo - Parotite - Rosolia).	Tasso di copertura (tdc) a 24 mesi per la prima dose di vaccino MPR	> 92%	10

***Note/Osservazioni***

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010340 UOC DIREZIONE DISTRETTO H3**

Responsabile: **DOTT. RAFFAELE GALLI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_5.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente.	Dati flusso SIAT	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: - Il valore relativo alle prese incarico individuali con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) uguale o superiore a 0,14 sia almeno pari al 2,3% della popolazione ultra sessantacinquenne [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	10
DGR762_5.2	Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	Dati flusso SIAT	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2021 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): >2,93 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,18 = 2 punti Livello III (CIA 3>0,50): >0,40 = 3 punti	10
DS_06	Attivazione Unità Valutative Ospedaliere nei 4 presidi aziendali per invio RSA estensive e presa in carico UU.OO Cure Intermedie distrettuali (Procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello estensivo -Regione Lazio prot. U 000738005 del 05.01.2022).	Presa in carico da parte delle UU.OO Cure intermedie distrettuali, entro 60 gg. dei pazienti segnalati dal COA ASL Roma 1 e invio alla DSA di report a cadenza trimestrale	Presa in carico >95% dei pazienti nei tempi previsti dalla procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello ostensivo Regione Lazio prot. U738005 del 05/01/2022	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata subordinato alla dotazione di strumenti informatici e messa a disposizione di software dedicati alla gestione delle ricette dematerializzate	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51% (subordinato a software adeguato)	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriately entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010340 UOC DIREZIONE DISTRETTO H3**

Responsabile: **DOTT. RAFFAELE GALLI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
TERR_05	Raggiungimento del target spesa convenzionata	Rispetto delle disposizioni DCA 155/2019	Report trimestrali ai MMG ed evidenza partecipazione a CAPI	10
TERR_07	Vaccinazione MPR (Morillo - Parotite - Rosolia).	Tasso di copertura (tdc) a 24 mesi per la prima dose di vaccino MPR	> 92%	10

***Note/Osservazioni***

DGR762\_5.1 e DGR762\_5.2 = La PIC è affidata agli operatori accreditati essendo il servizio AD e ADIAI un servizio di committenza. Le UOC Cure Intermedie registreranno la mancata/tardiva risposta per i provvedimenti da adottarsi. Gli stessi non potranno essere ritenuti responsabili della mancata PIC. L'UOC ACC controllerà gli obblighi contattuali.

DS\_06 = Situazione analoga spostata su PIC da parte di RSA, UOC Cure Intermedie assolvono al loro compito attraverso la valutazione tempestiva dei casi e successiva committenza

GRU\_04 = Richiede la presenza di personale adeguato per garantire servizi essenziali per l'Azienda

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010345 UOC DIREZIONE DISTRETTO H4**

Responsabile: **DOTT. ANGELO FRANCESCATO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_5.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente.	Dati flusso SIAT	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: - Il valore relativo alle prese incarico individuali con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) uguale o superiore a 0,14 sia almeno pari al 2,3% della popolazione ultra sessantacinquenne [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	5
DGR762_5.2	Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	Dati flusso SIAT	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2021 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): >2,93 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,18 = 2 punti Livello III (CIA 3>0,50): >0,40 = 3 punti	5
DS_06	Attivazione Unità Valutative Ospedaliere nei 4 presidi aziendali per invio RSA estensive e presa in carico UU.OO Cure Intermedie distrettuali (Procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello estensivo -Regione Lazio prot. U 000738005 del 05.01.2022).	Presa in carico da parte delle UU.OO Cure intermedie distrettuali, entro 60 gg. dei pazienti segnalati dal COA ASL Roma 1 e invio alla DSA di report a cadenza trimestrale	Presa in carico >95% dei pazienti nei tempi previsti dalla procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello ostensivo Regione Lazio prot. U738005 del 05/01/2022	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata subordinato alla dotazione di strumenti informatici e messa a disposizione di software dedicati alla gestione delle ricette dematerializzate	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51% (subordinato a software adeguato)	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriately entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	15
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	20

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010345 UOC DIREZIONE DISTRETTO H4**

Responsabile: **DOTT. ANGELO FRANCESCATO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
TERR_05	Raggiungimento del target spesa convenzionata	Rispetto delle disposizioni DCA 155/2019	Report trimestrali ai MMG ed evidenza partecipazione a CAPI	10
TERR_07	Vaccinazione MPR (Morillo - Parotite - Rosolia).	Tasso di copertura (tdc) a 24 mesi per la prima dose di vaccino MPR	> 92%	5

#### **Note/Osservazioni**

DGR762\_5.1 e DGR762\_5.2 = La PIC è affidata agli operatori accreditati essendo il servizio AD e ADIAI un servizio di committenza. Le UOC Cure Intermedie registreranno la mancata/tardiva risposta per i provvedimenti da adottarsi. Gli stessi non potranno essere ritenuti responsabili della mancata PIC. L'UOC ACC controllerà gli obblighi contattuali.

DS\_06 = Situazione analoga spostata su PIC da parte di RSA, UOC Cure Intermedie assolvono al loro compito attraverso la valutazione tempestiva dei casi e successiva committenza

GRU\_04 = Richiede la presenza di personale adeguato per garantire servizi essenziali per l'Azienda

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010350 UOC DIREZIONE DISTRETTO H5**

Responsabile: **DOTT.GIACOMO MENGHINI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_5.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente.	Dati flusso SIAT	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: - Il valore relativo alle prese incarico individuali con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) uguale o superiore a 0,14 sia almeno pari al 2,3% della popolazione ultra sessantacinquenne [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	15
DGR762_5.2	Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	Dati flusso SIAT	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2021 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): >2,93 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,18 = 2 punti Livello III (CIA 3>0,50): >0,40 = 3 punti	15
DS_06	Attivazione Unità Valutative Ospedaliere nei 4 presidi aziendali per invio RSA estensive e presa in carico UU.OO Cure Intermedie distrettuali (Procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello estensivo -Regione Lazio prot. U 000738005 del 05.01.2022).	Presa in carico da parte delle UU.OO Cure intermedie distrettuali, entro 60 gg. dei pazienti segnalati dal COA ASL Roma 1 e invio alla DSA di report a cadenza trimestrale	Presa in carico >95% dei pazienti nei tempi previsti dalla procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello ostensivo Regione Lazio prot. U738005 del 05/01/2022	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata subordinato alla dotazione di strumenti informatici e messa a disposizione di software dedicati alla gestione delle ricette dematerializzate	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriately entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	15
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

## PERFORMANCE 2022 SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010350 UOC DIREZIONE DISTRETTO H5**

Responsabile: **DOTT.GIACOMO MENGHINI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
TERR_05	Raggiungimento del target spesa convenzionata	Rispetto delle disposizioni DCA 155/2019	Report trimestrali ai MMG ed evidenza partecipazione a CAPI	10
TERR_07	Vaccinazione MPR (Morbillo - Parotite - Rosolia).	Tasso di copertura (tdc) a 24 mesi per la prima dose di vaccino MPR	> 92%	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010355 UOC DIREZIONE DISTRETTO H6**

Responsabile: **DOTT.SSA LUCREZIA VERA**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DGR762_5.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente.	Dati flusso SIAT	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: - Il valore relativo alle prese incarico individuali con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) uguale o superiore a 0,14 sia almeno pari al 2,3% della popolazione ultra sessantacinquenne [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	15
DGR762_5.2	Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	Dati flusso SIAT	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2021 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): >2,93 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,18 = 2 punti Livello III (CIA 3>0,50): >0,40 = 3 punti	15
DS_06	Attivazione Unità Valutative Ospedaliere nei 4 presidi aziendali per invio RSA estensive e presa in carico UU.OO Cure Intermedie distrettuali (Procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello estensivo -Regione Lazio prot. U 000738005 del 05.01.2022).	Presa in carico da parte delle UU.OO Cure intermedie distrettuali, entro 60 gg. dei pazienti segnalati dal COA ASL Roma 1 e invio alla DSA di report a cadenza trimestrale	Presa in carico >95% dei pazienti nei tempi previsti dalla procedura ad interim autorizzazione ospitalità RSA livello ostensivo Regione Lazio prot. U738005 del 05/01/2022	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata subordinato alla dotazione di strumenti informatici e messa a disposizione di software dedicati alla gestione delle ricette dematerializzate	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriately entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	15
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010355 UOC DIREZIONE DISTRETTO H6**

Responsabile: **DOTT.SSA LUCREZIA VERA**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
TERR_05	Raggiungimento del target spesa convenzionata	Rispetto delle disposizioni DCA 155/2019	Report trimestrali ai MMG ed evidenza partecipazione a CAPI	10
TERR_07	Vaccinazione MPR (Morbillo - Parotite - Rosolia).	Tasso di copertura (tdc) a 24 mesi per la prima dose di vaccino MPR	> 92%	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04010360 UOC PROCREAZIONE COSCIENTE E RESPONSABILE**

Responsabile: **DOTT.SSA PAOLA SCAMPATI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	20
PCR_01	Promozione ed interventi di sensibilizzazione e contrasto alla violenza di genere in integrazione con Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri; servizi Sociali dei Comuni insistenti sul territorio della ASL Roma 6; Forze dell'ordine.	Organizzazione eventi rivolti alla cittadinanza ed agli operatori, divulgazione materiale informativo.	Svolgimento di eventi, realizzazione di materiale informativo-divulgativo	20
PCR_02	Applicazione protocollo operativo per l'interruzione volontaria della gravidanza del 1° trimestre con mifepristone e prostaglandine in regime ambulatoriale consultoriale, in integrazione con presidio/presidi ospedaliera di riferimento.	Espletamento delle procedure che attengono alla IVG con metodo farmacologico in Consultorio, con particolare attenzione e umanizzazione alla presa in carico multidisciplinare, alla cura ed al sostegno della donna	Adozione del regime ambulatoriale per la IVG farmacologica con apertura del secondo ambulatorio c/o Consultorio DS1 Grottaferrata	30
PCR_03	Corsi di accompagnamento alla nascita	Organizzazione dei corsi con almeno tre lezioni c/o il presidio ospedaliero di appartenenza progettati e realizzati con il personale della UOC Procreazione Cosciente e responsabile e le UOC Ostericia e ginecologia.	Progettazione ed attuazione Corsi: documento, comunicazione, attivazione del percorso e relazione semestrale	20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04010370 UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE**

Responsabile: **DOTT.SSA STEFANIA DELL'ORCO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FAR_01	Flussi informativi Farmaceutica	Rispetto delle tempistiche normative per l'invio dei dati del file F, nonché della completezza e qualità degli stessi, desumibile dalla congruenza del suddetto flusso dal CE e dal flusso Traccia	Invio mensile del flusso F su piattaforma Siges (100%)	20
FAR_06	Raggiungimento target Spesa convenzionata	Alimentazione Area documentale MMG/PLS con elaborazione trimestrale di report "Indicatori Clinici - Partecipazione alle attività di Audit in seno ai gruppi di lavoro che verranno attivati dalle CAPI	Report indicatori clinici	10
FAR_07	Monitoraggio trimestrale dei tempi di consegna dei microinfusori	Fornitura di un report relativo ai tempi di evasione delle richieste di microinfusori	Report tempi di consegna. L'obiettivo è correlato alla riduzione delle tempistiche dipendenti dalle attività di altre UOC (Commissione Microinfusori, Abs, Gef)	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento del corso	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITÀ e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto di valenza Dipartimentale entro il 2022	10
ORD_01	Rispetto delle procedure regionali relative all'utilizzo del CDC Covid-19 per le maggiori spese dovute all'emergenza	Utilizzo del programma JSIAC	Verifica del corretto utilizzo del programma	10
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010375 UOSD Sanità Penitenziaria**

Responsabile: **DOTT.SSA EMANUELA FALCONI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata subordinato alla dotazione di strumenti informatici e messa a disposizione di software dedicati alla gestione delle ricette dematerializzate	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	50
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010380 UOSD Medicina Legale**

Responsabile: **DOSS. MARCO SGARBAZZINI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata subordinato alla dotazione di strumenti informatici e messa a disposizione di software dedicati alla gestione delle ricette dematerializzate	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	20
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	20
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatazza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	20
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04010385 UOSD Processi Assistenziali e Domiciliari**

Responsabile: **DOSS. STEFANO VILLANI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata subordinato alla dotazione di strumenti informatici e messa a disposizione di software dedicati alla gestione delle ricette dematerializzate	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	15
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatazza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	15
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	15
PAD_01	Implementazione della Telemedicina in ambito ambulatoriale specialistico	Predisposizione e avvio progetto Telemedicina	Report trimestrale	30
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	15

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **0415 DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Responsabile: **DOTT.SSA DIANA DI PIETRO**

1 gen 2022

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AMB_01	Telemedicina/teleconsulto	Attivazione ambulatorio virtuale mediante Piattaforma 2 CARE	Relazione semestrale	10
DSM_01	Tasso di ospedalizzazione (Patologie Psichiatriche) per residenti >18 anni	Raccolta dati ospedalizzazione in rapporto alla popolazione residente	50% = da 200 a 300	10
DSM_02	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Raccolta dati e analisi con la rete di servizi	50% = da 4 a 6	10
DSM_03	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSM per garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSM	PDTA spettro autistico -Implementazione del percorso età adulta - PDTA esordi psicotici - Percorsi di integrazione ospedale territorio e ospedale-carcere	Formazione e utilizzazione protocolli di screening per lo spettro autistico nei 6 CSM - Realizzazione di un PDTA per gli esordi - Realizzazione di almeno 2 percorsi	10
DSM_05	Progetto Gioco d'Azzardo patologico	Stesura della progettazione e apporto tecnico alla Deliberazione	Avvio delle attività in almeno uno dei tre Serd individuati	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Realizzazione operativa dei progetti già presentati e Analisi dei dati	Realizzazione operativa del 50% dei progetti	10
PROC_01	Revisione procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni: 1. Procedure UVM dipartimentali 2. Avviso PTRP secondo linee indirizzo codice Terzo Settore e Budget di Salute	1. Coordinamento per la stesura del documento organizzativo e definizione criteri di priorità in relazione ai livelli di complessità nell'offerta assistenziale 2. Stesura del nuovo avviso per i PTRP	Almeno il 50% delle procedure che necessitano di revisione	10
PROC_02	La Co-progettazione per l'avvio delle attività dei Centri diurni	Realizzazione dei tavoli di co-programmazione, co-progettazione e convenzione con gli Enti del Terzo Settore (ETS)	Avvio delle attività di 6 centri diurni dei CSM e 2 CDT del TSMREE del DSM-DP con la nuova organizzazione (100%)	10
PROC_03	Procedure integrazione con il Dipartimento del Territorio	Procedure DGR 149/2018 per UVMD di percorsi integrati	Avvio della partecipazione integrata UVMD in tutti i 6 distretti	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04150001 UOSD Psicoterapia e Psicodiagnosi**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE INNEO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_03	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSM per garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSM	Percorsi di integrazione e collaborazione ospedale territorio	Attivazione di interventi di Defusing e discussioni di gruppo moderati da uno psicologo tra operatori sanitari all'interno di almeno un servizio della Asl	20
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	20
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Realizzazione operativa del progetto per l'ascolto e la presa in carico psicologica degli operatori sanitari impegnati nell'assistenza Covid-19 - Analisi dati	Realizzazione operativa di almeno il 50% del progetto	40
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Partecipazione al gruppo di coordinamento tra servizi del DSM-DP per la stesura del documento di definizione e aggiornamento privacy e consenso informato	Produzione di una nuova modellistica aggiornata da adottare nei servizi al 100%	20

#### **Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04150002 UOSD Riabilitazione e Progetti di Reinserimento Sociale**

Responsabile: **DOTT.SSA MARIA TERESA MATTIOLI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Partecipazione al gruppo di lavoro per la stesura del documento organizzativo per la definizione dei criteri di appropriatezza e priorità percorsi nelle strutture residenziali e semiresidenziali	Elaborazione del documento e verifica	15
PROC_02	La Co-progettazione per l'avvio delle attività dei Centri diurni	Realizzazione dei tavoli di co-programmazione, co-progettazione e convenzione con gli Enti del Terzo Settore (ETS)	Avvio delle attività di 6 centri diurni dei CSM e 2 CDT del TSMREE del DSM-DP con la nuova organizzazione (100%)	70
PROC_04	Organizzazione procedure di accesso Centro Diurno adulti-minori e costruzione gruppo di lavoro	Costituzione Gruppo di lavoro	Incontri con tutti i servizi per la stesura e la condivisione delle procedure	15

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04150003 UOSD Diagnosi e Riabilitazione Età Evolutiva**

Responsabile: **DOTT.SSA DIANA DI PIETRO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AMB_01	Telemedicina/teleconsulto	Attivazione ambulatorio virtuale mediante Piattaforma 2 CARE	Coinvolgimento del 30% degli operatori	20
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto "Individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo nell'ambito del progetto di RETE per i Disturbi del Neurosviluppo tra NPI, pediatri, Neonatologi (RE.DI.NE.)" su proposta Regione Lazio e ISS.	Realizzazione di ambulatorio dedicato in collaborazione con la pediatria ospedaliera di Velletri per la valutazione dei bambini prematuri, a basso peso, e dei fratellini di bambini con ASD in raccordo con i servizi TSMREE aziendali - Partecipazione servizi: Valore >60%	30
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Implementazione del PDTA con progetto spettro autistico età adulta - Formazione e diffusione di abilità pratiche nell'attuazione del protocollo di screening per autismo adolescenti e giovani adulti	Realizzazione operativa del progetto nel 70% dei servizi	30
PROC_03	Procedure integrazione con il Dipartimento del Territorio	Procedure DGR 149/2018 per UVMD di percorsi integrati	Avvio della partecipazione integrata dei TSMREE alle UVM in tutti i 6 distretti per la stesura dei PAI ai sensi del DCA 242, Disabilità gravissima, contributo Autismo	20

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154001 UOC SPDC H1**

Responsabile: *In attesa di assegnazione*

1 gen 2022

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_01	Tasso di ospedalizzazione (Patologie Psichiatriche) per residenti >18 anni	Raccolta dati ospedalizzazione in rapporto alla popolazione residente	50% = da 200 a 300	10
DSM_02	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Raccolta dati e analisi con la rete di servizi	50% = da 4 a 6	10
DSM_04	interventi riabilitativi in SPDC:acuzie psichiatrica e percorsi psicoeducazionali e riabilitativi	Realizzazione di interventi riabilitativi in SPDC in collaborazione con gli enti del terzo settore	Coinvolgimento di almeno il 30% dei degenti nei percorsi riabilitativi - relazione finale	20
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	70%	20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione procedura PS ODC - Ospedale San Sebastiano - Revisione procedura prevenzione suicidio in Ospedale	Realizzazione e condivisione delle revisioni	20
PROC_03	Procedure integrazione con il Dipartimento del Territorio	Elaborazione Percorso di cura SPDC e CSM	Realizzazione e condivisione percorso	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154003 UOC CSM H1- H3**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE INNEO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AMB_01	Telemedicina	Diffusione utilizzazione ambulatorio virtuale piattaforma 2 CARE nei CMS H1-H3	Utilizzazione da parte del 30% degli operatori - Raccolta dati con report trimestrali	10
DSM_03	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSM per garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSM	PDTA Spettro autistico - Implementazione percorso età adulta - promozione e partecipazione a equipe trasversale aziendale per disturbi spettro autistico età evolutiva - PDTA esordi psicotici	Promozione e utilizzazione dei protocolli di screening per lo spettro autistico nei 6 CSM (50%) - Partecipazione alla realizzazione di un PDTA esordi	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Realizzazione operativa del progetto per l'identificazione dei percorsi diagnostici trasversali nell'individuazione dell'autismo nei giovani adulti - Analisi dei dati	Realizzazione operativa del 50% del progetto	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Predisposizione gruppo di lavoro per la stesura del documento di definizione e aggiornamento privacy e consenso informatico per i servizi del DSM-DP	Produzione di una nuova modulistica aggiornata da diffondere nei servizi al 100%	10
PROC_02	La Co-progettazione per l'avvio delle attività dei Centri diurni	Realizzazione dei tavoli di co-programmazione per i CSM H1-H3	Avvio attività dei centri diurni CSM H1-H3 con la nuova organizzazione al 100%	30
PROC_03	Procedure integrazione con il Dipartimento del Territorio	Procedure DGR 149/2018 per UVMD di percorsi integrati	Partecipazione integrata UVMD nei distretti H1 e H3 con la nuova organizzazione al 100%	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154005 UOC CSM H2- H5**

Responsabile: **DOTT. ANTONIO D'AURIA**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_03	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSM per garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSM	Protocollo comune per riorganizzazione invio CSM-SPDC-CSM	Stesura di un progetto	15
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Disturbi emotivi comuni DH2	Attivazione percorso di presa in carico - 5 schede utenti inseriti	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto Psichiatria perinatale H5	Attivazione percorso di presa in carico - 3 utenti inseriti	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Protocollo comune per la riorganizzazione dell'attività DSM-DP in carcere	Stesura di un progetto/procedura	15
PROC_02	La Co-progettazione per l'avvio delle attività dei Centri diurni	Realizzazione dei tavoli di co-programmazione, co-progettazione e convenzione con gli enti del terzo settore (ETS)	Avvio delle attività presso i centri diurni H2 di Albano e H5 di Velletri (100%)	30
PROC_05	Progetto ISY	Possibilità di verifica assunzione terapia	N°10 utenti	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04154007 UOC SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE ETA' EVOLUTIVA**

Responsabile: **DOTT.SSA DIANA DI PIETRO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AMB_01	Telemedicina/teleconsulto	Attivazione ambulatorio virtuale mediante Piattaforma 2 CARE	Attivazione nei 6 TSMREE con coinvolgimento del 40% degli operatori	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	1.Coordinamento progetti già avviati:DCA adolescenti, spettro autistico età adulta 2.individuazione di altre tematiche trasversali per percorsi clinici strutturati, valutazione risorse e strumenti.	1.Realizzazione operativa dei progetti nel 70% dei servizi 2.Proposta progetti $\geq$ almeno 1 nuovo progetto	20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	1. procedure UVM dipartimentali - 2. avviso PTRP secondo linee indirizzo codice Terzo Settore e Budget di Salute	1. Coordinamento per la stesura del documento organizzativo e definizione criteri di priorità in relazione ai livelli di complessità nell'offerta assistenziale per adolescenti 2. partecipazione alla stesura del nuovo avviso per i PTRP nei TSMREE	20
PROC_02	La Co-progettazione per l'avvio delle attività dei Centri diurni	Realizzazione dei tavoli di co-programmazione, co-progettazione e convenzione con gli Enti del Terzo Settore (ETS) per i CDT prescolari e i CDT adolescenti	Avvio delle attività dei CDT del TSMREE del DSM-DP con la nuova organizzazione 100%	20
PROC_03	Integrazione con il Dipartimento del Territorio	Procedure DGR 149/2018 per UVMD di percorsi integrati	Avvio della partecipazione integrata dei TSMREE alle UVMD in tutti i 6 distretti	20

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 04154008 UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE

Responsabile: **DOTT.SSA SILVIA GALLOZZI**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AMB_01	Telemedicina/teleconsulto	Attivazione ambulatorio virtuale mediante Piattaforma 2 CARE per colloqui psicologici e/o sociali da remoto - consulenze tossicologiche - attività di rete, monitoraggio programmi terapeutici e riabilitativi	Relazione trimestrale - utilizzo 40% degli operatori	10
DSM_03	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSM per garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSM	PDTA spettro autistico -Implementazione del percorso età adulta - partecipazione alla costruzione PDTA esordi psicotici soggetti abusatori di sostanze - Percorsi di integrazione SERD-carcere e medicina penitenziaria	Formazione e utilizzo protocolli di screening spettro autistico nei SERD - partecipazione alla costruzione PDTA esordi psicotico - Realizzazione almeno 2 percorsi	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Stesura Progetto Gioco d'azzardo patologico	Avvio delle attività in uno dei SERD individuati	20
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Realizzazione operativa dei progetti già presentati: 1.Percorso unico per la doppia diagnosi 2.Centro per il tabagismo 3.Screening diagnosi e cura da HCV nei Serd	Realizzazione operativa del 50% dei progetti	40
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	1.Procedure UVM dipartimentali:contributo alla stesura documento organizzativo e definizione criteri di priorità - 2.Avviso PTRP secondo linee indirizzo terzo settore e budget salute:collaborazione alla stesura del PTRP paziente con dipendenza e doppia diagnosi	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

#### Note/Osservazioni

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154009 UOC CSM H4 - H6**

Responsabile: **DOSS. GIANUARIO BUONO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_03	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSM per garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSM	-Elaborazione di un modello di protocollo di collaborazione-integrazione tra SPDC e CSM - Elaborazione di un modello di protocollo per il consenso informato e il consenso al trattamento dei dati personali	-Stesura protocollo di collaborazione integrazione tra SPDC e CSM ed avvio nuove procedure - Partecipazione gruppo di lavoro dipartimentale per la stesura di un modello di protocollo per il consenso informato e il consenso al trattamento dei dati personali	20
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Valutazione in itinere del progetto per il Governo Clinico Spazio Giovani - Ambulatorio per fascia di utenza 18-25 anni.	Prosecuzione dell'attività con verifica della presa in carico di almeno 40 casi nei CSM H4 e H6	20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	1. procedure UVM dipartimentali: Coordinamento stesura documento organizzativo e definizione criteri di priorità nell'offerta assistenziale - 2. avviso PTRP secondo linee di indirizzo codice Terzo Settore e Budget di Salute: Stesura del nuovo avviso per i PTRP	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10
PROC_02	La Co-progettazione per l'avvio delle attività dei Centri diurni	Realizzazione dei tavoli di co-programmazione, co-progettazione e convenzione con gli Enti del Terzo Settore (ETS)	Avvio delle attività presso i Centri Diurni H4 di Pomezia ed H6 di Anzio 100%	20
PROC_03	Procedure integrazione con il Dipartimento del Territorio	Procedure DGR 149/2018 per UVMD di percorsi integrati	Avvio della partecipazione integrata UVMD nei Distretti H4 e H6. Partecipazione al 100% delle UVMD programmate	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154092 UOC SPDC OdC**

Responsabile: **DOTT.SSA CLAUDIA BATTISTA**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_01	Tasso di ospedalizzazione (Patologie Psichiatriche) per residenti >18 anni	Raccolta dati ospedalizzazione in rapporto alla popolazione residente	50% = da 200 a 300	5
DSM_02	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Raccolta dati e analisi con la rete di servizi	50% = da 4 a 6	5
DSM_03	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSM per garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSM	Elaborazione Percorso di cura Casa Circondariale di Velletri, P.S.ODC e SPDC ODC	Realizzazione e condivisione percorso	20
DSM_04	interventi riabilitativi in SPDC:acuzie psichiatrica e percorsi psicoeducazionali e riabilitativi	Realizzazione di interventi riabilitativi in SPDC in collaborazione con gli enti del terzo settore	Coinvolgimento di almeno il 30% dei degenti nei percorsi riabilitativi - relazione finale	15
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	70%	15
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Ampliamento ambulatorio dei disturbi alimentari alla popolazione adolescente (14/18 anni) in collaborazione con i servizi di neuropsichiatria infantile	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	1.Procedura P.S-SPDC - 2.Procedura prevenzione suicidio in Ospedale	Realizzazione e condivisione delle revisioni	15
PROC_03	Procedure integrazione con il Dipartimento del Territorio	Elaborazione Percorso di cura SPDC e CSM	Realizzazione e condivisione percorso	15

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 0420 **DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE**

Responsabile: **DOTT. MARIANO SIGISMONDI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Monitoraggio andamento risorse umane	10
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	15
PREV_01	Revisione procedure operative e Regolamento del Dipartimento	Stesura dei documenti di revisione nei tempi	100%	15
PREV_23	Rilevazione dati epidemiologici - malattie infettive	Procedura di attivazione presso le Direzioni Sanitarie Asl Roma 6 della rilevazione del dato epidemiologico	Provvedimento amministrativo - primo report settembre 2022	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Mappatura delle procedure del Dipartimento comprese quelle che necessitano di revisione	Relazione finale	10
SCR_01	Screening oncologici per tumore della mammella	Tassi di Copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella.	Adesioni: >60 = 100% 25-60= 50% <35=0	10
SCR_02	Screening oncologici per tumore della cervice uterina	Tassi di Copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della cervice uterina.	Adesioni: >60 = 100% 25-60= 50% <35=0	10
SCR_03	Screening oncologici per tumore del colon retto	Tassi di Copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori del colon retto.	Adesioni: >60 = 100% 25-60= 50% <35=0	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04201701 UOC SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA (SISP)**

Responsabile: **DOTT.SSA DONATELLA VARRENTI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	40
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	50

#### ***Note/Osservazioni***

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04201702 UOC SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL)**

Responsabile: **DOTT. MASSIMO BARBATO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PREV_12	Attività ordinaria Lea su Servizio Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro	Corrispondenza con l'obiettivo regionale	100%	20
PREV_13	Predisposizione e partecipazione ai Piani Regionali di Prevenzione	Completamento secondo il programma Regionale dei Piani. Piano Mirato di Prevenzione degli infortuni e malattie professionali nel settore della silvicoltura e prima lavorazione del legno - del comparto vinicolo - la sicurezza nei cantieri temporanei o mobili	100%	30
PREV_14	Utilizzo del Programma SIP per la predisposizione e registrazione dell'attività di istituto	Verifica dell'utilizzo da parte di tutti gli operatori SPRESAL	100% degli operatori e per operatore	20
PREV_19	N.aziende ispezionate/n.personale Uffici di Polizia Giudiziaria SPRESAL	100% = >50 50% = tra 40 e 50 0% = <50		10

#### **Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04201703 UOSD Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)**

Responsabile: **DOTT.SSA ANGELA DE CAROLIS**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PREV_15	Rispetto del Piano di Campionamento alimenti e bevande (PRIC regionale) con effettuazione della totalità dei campioni previsti (compreso il piano inerente il programma di ricerca di residui fitosanitari degli alimenti vegetali)	N° campioni effettuati/N° campioni previsti	100%	40
PREV_16	Rendicontazione dei dati relativi alle attività dei Controlli Ufficiali effettuati secondo la reportistica prevista dalla Regione Lazio	N° schede controlli ufficiali compilate/n°schede inserite	100%	30
PREV_17	Rispetto del Piano di campionamento delle acque destinate al consumo umano ai fini della determinazione dei livelli di radioattività	N° campioni effettuati/N° campioni previsti	100%	30

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04201704 UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA A**

Responsabile: **DOTT. ROMEO MONTECCHI**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PREV_06	Piani profilassi di Stato:Tbc, brucellosi e leucosi bovina-bufalina, brucellosi ovi-caprina	Inserimento controlli in SIEV e Upload SANAN	100%	40
PREV_07	Anagrafica zootecnica: gestione, aggiornamento, rilascio certificati in modalità elettronica	Operazioni registrate in BDN	100%	40
PREV_08	Profilassi antirabbica	Registrazione, verifica delle segnalazioni e controlli effettuati	100%	20

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04201705 UOSD Servizio Veterinario - AREA C**

Responsabile: **DOTT. NATALINO CERINI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PREV_09	Piano Prevenzione filiera latte (Lea)	N°controlli e campionamenti effettuati sui programmati	100%	30
PREV_10	Piano Regionale Residui (Lea)	N°controlli e campionamenti effettuati sui programmati	100%	30
PREV_11	Piano Nazionale Benessere Animale (PNBA)	N° controlli effettuati sui programmati	100%	40

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04201706 UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA B**

Responsabile: **DOTT. MARIANO SIGISMONDI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	25
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	20
PREV_02	Studio per la realizzazione di un sistema di gestione di prevenzione nell'ambito della sicurezza alimentare	Realizzazione dell'elaborato	100%	30
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	25

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04201707 UOSD Strutture Sanitarie**

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO BEATO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PREV_03	Completamento verifiche strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali ai fini della prevazione della diffusione del virus Covid-19	Controllo almeno del 70%		60
PREV_04	Verifica dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio, previsti dalla normativa, per le strutture sanitarie e sociosanitarie autorizzate e accreditate per quanto di competenza al Dipartimento	Controllo di almeno il 50% di quelle pervenute nell'anno		30
PREV_05	Implementazione archivio digitale delle pratiche relative alle Strutture Sanitarie pervenute nel 2021 e database esiti verifiche Covid-19 strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali	Verifica implementazione archivio e database verifiche Covid-19	100%	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04201708 UOSD Anagrafe Canina**

Responsabile: **DOTT. GAETANO CALOGERO SAPORITO**

1 gen 2022    1 feb 2022    TITOLARE

**DOTT. FRANCESCO CITRINITI**

2 feb 2022    ART 22 c.3-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	20
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	20
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	20
PREV_18	Azzeramento pregresso esposti	Verifica dell'effettivo azzeramento		20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 0432 **DIPARTIMENTO EMERGENZA**

Responsabile: **DOTT. ANDREA PINTO**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
EME_01	Creazione percorsi post pronto soccorso ambulatoriali dedicati ai pazienti dimessi da tutti i PS in condivisione con il Dipartimento di Area Medica e Chirurgica	Redazione procedura operativa entro Settembre	Creazione 4 percorsi ambulatoriali per la gestione di patologie ricorrenti in PS entro il 31/12/2022	10
EME_03	Riduzione tempi di attesa codici verdi e bianchi	Monitoraggio dei percorsi fast track già esistenti e attivazione di nuovi percorsi in virtù dell'incremento delle specialistiche disponibili	Verbale di audit semestrale attestante l'arruolamento di N° e tipologia di pazienti suddivisi per fast track nei 4 PPOO	10
EME_04	Violenza di Genere: miglioramento valutazione e presa in carico in P.S.	Aggiornamento della Procedura Aziendale alla luce degli aggiornamenti informativi e delle linee di indirizzo regionali	Formalizzazione della procedura entro il 31/12/2022	10
EME_05	Revisione PEIMAF Aziendale	Trasmissione formale revisione	Entro il 30/6/2022	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
POLI_01	Creazione percorso Politrauma in collaborazione con UOC Ortopedia, UOC Pronto Soccorso e Chirurgia Vascolare e Medicina d'urgenza	Presentazione formale percorso	Entro il 30/11/2022	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Mappatura delle procedure del Dipartimento comprese quelle che necessitano di revisione	Relazione finale	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 04328101 UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H1

Responsabile: **DOTT.SSA PAOLA LAPICCIRELLA**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_04	Incremento donazione organi e tessuti	N° segnalazioni al Coordinamento Trapianti / N° decessi nella UO	>= 95%	10
EME_03b	Riduzione tempi di attesa codici verdi e bianchi	Attivazione dei percorsi fast track e audit	Relazione e verbali audit	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
POLI_01	Creazione percorso Politrauma in collaborazione con UOC Ortopedia, UOC Pronto Soccorso e Chirurgia Vascolare e Medicina d'urgenza	Presentazione formale percorso	Entro il 30/11/2022	10
PS_01	Accessi al P.S. con esito ricovero o trasferimento e tempo di permanenza >24 h (escluso OBI)	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore sul totale pazienti con esito ricovero/trasferimento	<= 10%	10
PS_05	Triage Codice 2	% pazienti Codice 2 ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato il codice di emergenza (Codice 02)	50%	10
PS_06	Triage Codice 4 o 5	% pazienti codice 4 o 5 deceduti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato il codice urgenza minore o non urgenza (codice 4,5)	< 1%	10
PS_08	Aumento del n° di pazienti di PS con esito "a domicilio"	(n°pazienti di PS con esito "a domicilio") / (n°totale accessi di PS)	>=60%	10
PS_09	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie incidente stradale ove previsto	N° RAG su totale pazienti con incidente stradale	95%	10
PS_10	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie per aggressioni ove previsto	N° RAG su totale pazienti con riferite aggressioni	95%	10

#### Note/Osservazioni

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04328103 UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H3**

Responsabile: **DOSS. ANTONIO FILIPPO ROMANELLI**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
EME_03b	Riduzione tempi di attesa codici verdi e bianchi	Attivazione dei percorsi fast track e audit	Relazione e verbali audit	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
POLI_01	Creazione percorso Politrauma in collaborazione con UOC Ortopedia, UOC Pronto Soccorso e Chirurgia Vascolare e Medicina d'urgenza	Presentazione formale percorso	Entro il 30/11/2022	10
PS_01	Accessi al P.S. con esito ricovero o trasferimento e tempo di permanenza >24 h (escluso OBI)	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore sul totale pazienti con esito ricovero/trasferimento	<= 10%	10
PS_02	N°accessi con tempo di permanenza in PS / DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi	(n°accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore) / (n°totale degli accessi)	50%	10
PS_05	Triage Codice 2	% pazienti Codice 2 ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato il codice di emergenza (Codice 02)	50%	10
PS_06	Triage Codice 4 o 5	% pazienti codice 4 o 5 deceduti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato il codice urgenza minore o non urgenza (codice 4,5)	< 1%	10
PS_07	Efficientamento dell'utilizzo dei posti letto disponibili nelle CDCA	Intervallo di tempo intercorrente tra la ricevuta disponibilità di posto letto e la conferma invio paziente entro 60 minuti	>95% dei trasferimenti	10
PS_09	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie incidente stradale ove previsto	N° RAG su totale pazienti con incidente stradale	95%	10
PS_10	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie per aggressioni ove previsto	N° RAG su totale pazienti con riferite aggressioni	95%	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04328104 UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H4**

Responsabile: **DOSS. EUGENIO DI PALMA**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_04	Incremento donazione organi e tessuti	N° segnalazioni al Coordinamento Trapianti / N° decessi nella UO	>= 95%	10
EME_03b	Riduzione tempi di attesa codici verdi e bianchi	Attivazione dei percorsi fast track e audit	Relazione e verbali audit	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
POLI_01	Creazione percorso Politrauma in collaborazione con UOC Ortopedia, UOC Pronto Soccorso e Chirurgia Vascolare e Medicina d'urgenza	Presentazione formale percorso	Entro il 30/11/2022	10
PS_01	Accessi al P.S. con esito ricovero o trasferimento e tempo di permanenza >24 h (escluso OBI)	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore sul totale pazienti con esito ricovero/trasferimento	<= 10%	10
PS_05	Triage Codice 2	% pazienti Codice 2 ricoverati, deceduti o trasferiti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato il codice di emergenza (Codice 02)	>50%	10
PS_06	Triage Codice 4 o 5	% pazienti codice 4 o 5 deceduti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato il codice urgenza minore o non urgenza (codice 4,5)	< 1%	10
PS_08	Aumento del n° di pazienti di PS con esito "a domicilio"	(n°pazienti di PS con esito "a domicilio") / (n°totale accessi di PS)	>=60%	10
PS_09	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie incidente stradale ove previsto	N° RAG su totale pazienti con incidente stradale	95%	10
PS_10	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie per aggressioni ove previsto	N° RAG su totale pazienti con riferite aggressioni	95%	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04328105 UOSD Anestesia e Rianimazione - Polo H1**

Responsabile: **DOSS. BENEDETTO ALFONSI**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ANE_02	Corretta chiusura mensile di pertinenza anestesiologicala nel SoweB degli interventi chirurgici	Verifica corretta chiusura	95%	30
ANE_03	Programmazione settimanale delle sedute operatorie e loro espletamento	Verifica della programmazione	80%	20
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	30
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04328107 UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. PIERMARIA ORTIS**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ANE_01	Chiusura e invio al SIO delle cartelle cliniche entro 5 giorni dalla dimissione	% di cartelle chiuse su totale delle dimissioni	95%	30
ANE_02	Corretta chiusura mensile di pertinenza anestesiologicala nel Soweb degli interventi chirurgici	Verifica corretta chiusura	95%	20
ANE_03	Programmazione settimanale delle sedute operatorie e loro espletamento	Verifica della programmazione	80%	10
ANE_05	Utilizzo e implementazione delle cartelle cliniche ambulatoriali del dolore	Verifica utilizzo e implementazione	100%	20
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04328108 UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. ANDREA PINTO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ANE_01	Chiusura e invio al SIO delle cartelle cliniche entro 5 giorni dalla dimissione	% di cartelle chiuse su totale delle dimissioni	95%	10
ANE_02	Corretta chiusura mensile di pertinenza anestesiologicala nel Soweb degli interventi chirurgici	Verifica corretta chiusura	95%	20
ANE_03	Programmazione settimanale delle sedute operatorie e loro espletamento	Verifica della programmazione	80%	30
ANE_05	Utilizzo e implementazione delle cartelle cliniche ambulatoriali del dolore	Verifica utilizzo e implementazione	100%	20
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04328111 UOSD Servizio di Anestesia e Blocco Operatorio Ospedale Marino**

Responsabile: **DOSS. ANDREA PINTO**

1 gen 2022

Sostituto in attesa di incarico ufficiale

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ANE_02	Corretta chiusura mensile di pertinenza anestesiologicala nel Sowe degli interventi chirurgici	Verifica corretta chiusura	95%	20
ANE_03	Programmazione settimanale delle sedute operatorie e loro espletamento	Verifica della programmazione	80%	20
ANE_05	Utilizzo e implementazione delle cartelle cliniche ambulatoriali del dolore	Verifica utilizzo e implementazione	100%	30
ANE_06	Attivazione e implementazione PAC P338 per la diagnosi e il trattamento del dolore cronico	Verifica attivazione e mplementazione	100%	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04328112 UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - OdC**

Responsabile: **DOTT.SSA CARLA GIANCOTTI**  
 1 gen 2022 TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ANE_01	Chiusura e invio al SIO delle cartelle cliniche entro 5 giorni dalla dimissione	% di cartelle chiuse su totale delle dimissioni	95%	20
ANE_02	Corretta chiusura mensile di pertinenza anestesiologicala nel SoweB degli interventi chirurgici	Verifica corretta chiusura	95%	30
ANE_03	Programmazione settimanale delle sedute operatorie e loro espletamento	Verifica della programmazione	80%	20
ANE_04	Percorso Clinico Assistenziale nel Blocco Operatorio per specialità chirurgiche:Chirurgia, Ortopedia e Ginecologia	Attivazione Percorso: Chirurgia Generale e Ginecologia	Attivazione	20
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04328113 UOSD Terapia del Dolore**

Responsabile: **DOTT.SSA MARIA ADDOLORATA BERNARDO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ANE_05	Utilizzo e implementazione delle cartelle cliniche ambulatoriali del dolore	Verifica utilizzo e implementazione	100%	40
ANE_06	Attivazione e implementazione PAC P338 per la diagnosi e il trattamento del dolore cronico	Verifica attivazione e mplementazione	100%	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	30
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04328192 UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - OdC**

Responsabile: **DOTT.SSA SIMONA CURTI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_04	Incremento donazione organi e tessuti	N° segnalazioni al Coordinamento Trapianti / N° decessi nella UO	>= 95%	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
EME_03b	Riduzione tempi di attesa codici verdi e bianchi	Attivazione dei percorsi fast track e audit	Relazione e verbali audit	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
POLI_01	Creazione percorso Politrauma in collaborazione con UOC Ortopedia, UOC Pronto Soccorso e Chirurgia Vascolare e Medicina d'urgenza	Presentazione formale percorso	Entro il 30/11/2022	10
PS_01	Accessi al P.S. con esito ricovero o trasferimento e tempo di permanenza >24 h (escluso OBI)	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore sul totale pazienti con esito ricovero/trasferimento	<= 10%	10
PS_06	Triage Codice 4 o 5	% pazienti codice 4 o 5 deceduti rispetto al totale dei pazienti cui è stato assegnato il codice urgenza minore o non urgenza (codice 4,5)	< 1%	10
PS_07	Efficientamento dell'utilizzo dei posti letto disponibili nelle CDCA	Intervallo di tempo intercorrente tra la ricevuta disponibilità di posto letto e la conferma invio paziente entro 60 minuti	>95% dei trasferimenti	10
PS_09	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie incidente stradale ove previsto	N° RAG su totale pazienti con incidente stradale	95%	10
PS_10	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie per aggressioni ove previsto	N° RAG su totale pazienti con riferite aggressioni	95%	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **0435**      **DIPARTIMENTO AREA MEDICA**

Responsabile: **DOSS. GIUSEPPE PAJES**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Supporto alle UOC Dipartimentale nell'implementazione della Cartella Clinica elettronica	Relazione finale	15
EME_01	Creazione percorsi post pronto soccorso ambulatoriali dedicati ai pazienti dimessi da tutti i PS in condivisione con il Dipartimento di Emergenza e Area Chirurgica	Redazione procedura operativa entro Settembre	Creazione 4 percorsi ambulatoriali per la gestione di patologie ricorrenti in PS entro il 31/12/2022	20
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	20
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Monitoraggio e supporto alle UOC Dipartimentali sull'espletamento dei Progetti	Relazione finale	20
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Mappatura delle procedure del Dipartimento comprese quelle che necessitano di revisione	Relazione finale	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04350801 UOC CARDIOLOGIA - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI SARLI**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_04	Compilazione della scheda alert "STEP1" entro 2 ore dal decesso	Inserimento della scheda nella documentazione sanitaria e nel GIPSE e invio al Coordinamento trapianti	95% (% decessi nei pazienti di età compresa 3-80)	15
DIM_01	Riduzione del sovraffollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 15%	10
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	20
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	15

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04350803 UOC CARDIOLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOTT.SSA ALESSANDRA REMIDI**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_04	Compilazione della scheda alert "STEP1" entro 2 ore dal decesso	Inserimento della scheda nella documentazione sanitaria e nel GIPSE e invio al Coordinamento trapianti	95%	5
DIM_01	Riduzione del sovraffollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 15%	10
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata (subordinato a stanza dimissioni e disponibilità Sats per trasferimenti paziente verso altri reparti/strutture)	10
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95% (subordinato alla presenza di un supporto amministrativo)	20
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	15
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	5

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04350804 UOC CARDIOLOGIA - POLO H4**

Responsabile: **DOSS. NATALE DI BELARDINO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_04	Compilazione della scheda alert "STEP1" entro 2 ore dal decesso	Inserimento della scheda nella documentazione sanitaria e nel GIPSE e invio al Coordinamento trapianti	95%	10
DIM_01	Riduzione del sovraffollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 15%	10
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata (subordinato ad attivazione Stanza Dimissioni e disponibilità Sats per trasferimenti pazienti verso altri reparti/strutture)	10
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95% (subordinato alla presenza di un supporto amministrativo)	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	30
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	5
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriately entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	5

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04350892 UOC CARDIOLOGIA - OdC**

Responsabile: **DOSS. GIUSEPPE PAJES**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AMB_01	Telemedicina/teleconsulto	Attivazione ambulatorio virtuale mediante Piattaforma e-Health:Arruolamento pazienti	Relazione semestrale	20
CT_04	Compilazione della scheda alert "STEP1" entro 2 ore dal decesso	Inserimento della scheda nella documentazione sanitaria e nel GIPSE e invio al Coordinamento trapianti	95%	10
DIM_01	Riduzione del sovraccollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 15%	5
DIM_02	Riduzione del sovraccollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata (subordinato all'attivazione della Stanza Dimissioni e alla disponibilità del Sats per trasferimenti di pazienti verso altri reparti/strutture)	5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95% (subordinato alla presenza di un supporto amministrativo)	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Implementazione Progetti di Governo Clinico 2021 in particolare PDTA Scopenso Cardiaco	Relazione sull'attuazione dei progetti	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	15

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 04351600 UOC ENDOSCOPIA DIGESTIVA AZIENDALE

Responsabile: **DOTT. FEDERICO IACOPINI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DIM_01	Riduzione del sovraffollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 7% (applicabile solo per sabato o o per sabato+lunedì)	10
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	10
DIM_03	Aumento delle dimissioni concordate SIAT per colmare il gap tra l'ospedalizzazione per evento acuto e il domicilio del paziente e assicurare la continuità delle cure	Aumento di almeno il 5% di dimissioni concordate rispetto al 2021 e monitoraggio della continuità assistenziale		10
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	15
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	10

#### Note/Osservazioni

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04352601 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H1**

Responsabile: **DOTT.SSA SABRINA CERCI**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_04	Compilazione della scheda alert "STEP1" entro 2 ore dal decesso	Inserimento della scheda nella documentazione sanitaria e nel GIPSE e invio al Coordinamento trapianti	95%	20
DIM_01	Riduzione del sovraffollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 15%	5
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata (subordinato all'attivazione stanza dimissioni, alle disponibilità del Sats e dei familiari)	5
DIM_03	Aumento delle dimissioni concordate SIAT per colmare il gap tra l'ospedalizzazione per evento acuto e il domicilio del paziente e assicurare la continuità delle cure	Aumento di almeno il 5% di dimissioni concordate rispetto al 2021 e monitoraggio della continuità assistenziale		5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95% (subordinato alla presenza di supporto amministrativo e adeguamento dirigenti medici)	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51% (subordinato alla disponibilità di apparecchiature e pc funzionanti)	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	15
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	15
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04352603 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT.SSA LUCIANA DORIGO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_04	Compilazione della scheda alert "STEP1" entro 2 ore dal decesso	Inserimento della scheda nella documentazione sanitaria e nel GIPSE e invio al Coordinamento trapianti	95%	25
DIM_01	Riduzione del sovraffollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 15% (subordinato alla presenza di un supporto amministrativo)	10
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata (subordinato all'attivazione stanza dimissioni)	10
DIM_03	Aumento delle dimissioni concordate SIAT per colmare il gap tra l'ospedalizzazione per evento acuto e il domicilio del paziente e assicurare la continuità delle cure	Aumento di almeno il 5% di dimissioni concordate rispetto al 2021 e monitoraggio della continuità assistenziale		5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95% (subordinato all'adeguamento tecnologico)	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	5
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	5
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	5

#### Note/Osservazioni

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04352604 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H4**

Responsabile: **DOTT.SSA STEFANIA CASALDI**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_04	Compilazione della scheda alert "STEP1" entro 2 ore dal decesso	Inserimento della scheda nella documentazione sanitaria e nel GIPSE e invio al Coordinamento trapianti	95%	15
DIM_01	Riduzione del sovraccollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 15%	10
DIM_02	Riduzione del sovraccollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	5
DIM_03	Aumento delle dimissioni concordate SIAT per colmare il gap tra l'ospedalizzazione per evento acuto e il domicilio del paziente e assicurare la continuità delle cure	Aumento di almeno il 5% di dimissioni concordate rispetto al 2021 e monitoraggio della continuità assistenziale		5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	15
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	5
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	15
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	10

#### Note/Osservazioni

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04352692 UOC MEDICINA GENERALE - OdC**

Responsabile: **DOTT.SSA FILOMENA PIETRANTONIO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AMB_01	Telemedicina/teleconsulto	Attivazione ambulatorio virtuale mediante Piattaforma e-Health:Arruolamento pazienti	Relazione semestrale	15
CT_04	Compilazione della scheda alert "STEP1" entro 2 ore dal decesso	Inserimento della scheda nella documentazione sanitaria e nel GIPSE e invio al Coordinamento trapianti	95%	5
DIM_01	Riduzione del sovraccollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 15%	5
DIM_02	Riduzione del sovraccollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata (subordinato alla attivazione della STANZA DELLE DIMISSIONI, alla disponibilità del SATS per trasferimenti dei pazienti verso altri reparti/strutture (Riabilitazioni/Post Acuzie/LD) e disponibilità dei familiari per affidamento pazienti)	5
DIM_03	Aumento delle dimissioni concordate SIAT per colmare il gap tra l'ospedalizzazione per evento acuto e il domicilio del paziente e assicurare la continuità delle cure	Aumento di almeno il 5% di dimissioni concordate rispetto al 2021 e monitoraggio della continuità assistenziale		5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95% (subordinato alla presenza di un supporto amministrativo e adeguato numero di dirigenti medici)	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	20
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	10

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04352900 UOC NEFROLOGIA E DIALISI AZIENDALE OdC - Polo H4**

Responsabile: **DOTT.SSA MARIA TERESA FERRAZZANO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CT_04	Incremento donazione organi e tessuti	N° segnalazioni al Coordinamento Trapianti / N° decessi nella UO	>= 95%	5
DIM_01	Riduzione del sovraffollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 15%	5
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	10
DIM_03	Aumento delle dimissioni concordate SIAT per colmare il gap tra l'ospedalizzazione per evento acuto e il domicilio del paziente e assicurare la continuità delle cure	Aumento di almeno il 5% di dimissioni concordate rispetto al 2021 e monitoraggio della continuità assistenziale		5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	15
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	15
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	5
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	20

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04353903 UOSD Pediatria Polo H3**

Responsabile: **DOSS. PATRIZIO PULICATI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	20
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PED_01	Supporto pediatrico al Pronto Soccorso	Flussi pazienti pediatrici al Pronto Soccorso	100%	30
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04353904 UOC PEDIATRIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. OSVALDO MILITA**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	30
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PED_01	Supporto pediatrico al Pronto Soccorso	Flussi pazienti pediatrici al Pronto Soccorso	100%	30
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04353992 UOC NEONATOLOGIA E PEDIATRIA OdC**

Responsabile: **DOTT.SSA GIOVANNA MARAGLIANO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DIM_01	Riduzione del sovraffollamento in PS	(N° dimissioni sabato e domenica 2022) / (Totale pazienti dimessi 2022)	>= 15%	15
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	10
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	15
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	15
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni (richiesti 5 dirigenti medici Neonatologi e 2 dirigenti pediatrici a seguito perdita di 3 unità mediche h.24)	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04355200 UOC DERMATOLOGIA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT.SSA CINZIA MASINI**

1 gen 2022

Sostituto in attesa di incarico ufficiale

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DERM_01	Riduzione n° pazienti con forme medio-gravi di psoriasi che non ricevono terapia adeguata o che per farlo devono emigrare fuori ASL	Incremento del n° di pazienti seguiti presso il Centro Psocare in trattamento con terapia sistemica.	Incremento del 10%	20
DERM_02	Diagnosi precoce del Melanoma con miglioramento della prognosi e riduzione dei costi assistenziali connessi con le forme avanzate	Incremento del numero di esami in epiluminescenza digitale per lo screening del melanoma sottile	Incremento del 10%	20
DERM_03	Apertura dell'ambulatorio di Dermatologia pediatrica presso OdC: verifica di fattibilità per il trattamento degli angiomi in età pediatrica in collaborazione multidisciplinare con la pediatria e la chirurgia vascolare	Verifica dell'apertura dell'ambulatorio	Relazione sull'attività	20
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04355600 UOC RIABILITAZIONE AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT.SSA MARIA PAOLA MANINI**

1 gen 2022

ART 22 c.4

**DOTT.SSA LORENA GRANTALIANO**

1 feb 2022

F.F.

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	30
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51% (subordinato alla messa a disposizione di stampante e rete internet)	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	20
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	20

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 04356400 UOC ONCOLOGIA AZIENDALE

Responsabile: **DOSS. MARIO BARDUAGNI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95% - Realizzabile se implementato supporto tecnologico	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51% - Realizzabile se implementato supporto tecnologico	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo anche non proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	15
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	15
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Revisione di almeno 2 procedure	Relazione sulla revisione delle procedure	35

#### Note/Osservazioni

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 0440 **DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA**

Responsabile: **DOSS. ANGELO SERAO**

1 gen 2022

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_01	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiori a 135 annui	Protocollo Operativo Piano Nazionale Esiti/Programma Regionale Esiti (PReValE). Per le Aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi.		10
CHIR_02	Colecistomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	N. ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / n. ricoveri totali	>= 80%	20
DGR762_3.3.1	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.	L'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PReValE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. - Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro due giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero o di accesso al PS della struttura di ricovero =<2 giorni). - Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	L'obiettivo si intende raggiunto se l'indicatore è => 60%. Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.	20
DGR762_3.3.2	Proporzione di Parti con Taglio Cesareo Primario	L'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PReValE ed è costruito sui parti cesarei primari, definiti come tagli cesarei effettuati su donne con nessun progresso cesareo. - Numeratore: numero di parti cesarei. - Denominatore: numero totale di parti.	L'obiettivo si intende raggiunto, per le strutture con >=1000 parti/anno, se l'indicatore è =< 25%; L'obiettivo si intende raggiunto, per le strutture con <1000 parti/anno, se l'indicatore è =<15%. Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.	15
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
EME_01	Creazione percorsi post pronto soccorso ambulatoriali dedicati ai pazienti dimessi da tutti i PS in condivisione con il Dipartimento di Emergenza e di Area Medica	Redazione procedura operativa entro Settembre	Creazione 4 percorsi ambulatoriali per la gestione di patologie ricorrenti in PS entro il 31/12/2022	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	5
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza nei 4 Poli Ospedalieri	5
POLI_01	Creazione percorso Politrauma in collaborazione con UOC Ortopedia, UOC Pronto Soccorso, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Medicina d'urgenza, Radiologia interventistica e	Presentazione formale percorso	Entro il 30/6/2022	10

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**0440** **DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA**

Responsabile: **DOTT. ANGELO SERAO**  
1 gen 2022

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
	Diagnostica per immagini			
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Mappatura delle procedure del Dipartimento comprese quelle che necessitano di revisione	Relazione finale	5

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04400005 UOSD Breast Unit**

Responsabile: **DOTT. MARCELLO SANTONI**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
BU_01	Interventi per tumore mammella	% interventi conservativi e nipple-skin sparing ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	>= 70 %	60
CHIR_03	Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informativo per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza	Implementazione INFORMATIZZATA nei 4 PPOO ASL Roma 6	5
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	20
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 04400901 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H1

Responsabile: **DOSS. MASSIMILIANO BOCCUZZI**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_04	Degenza media preoperatoria	1 gg		5
CHIR_06	Migliorare l'appropriatezza	% ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	<= 3%	5
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	15
CT_04	Incremento donazione organi e tessuti	N° segnalazioni al Coordinamento Trapianti / N° decessi nella UO	>= 95%	20
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	20
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza nei 4 Poli Ospedalieri	5
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	5

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04400903 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT.ALESSANDRO CEFARO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_04	Degenza media preoperatoria	1 gg		5
CHIR_06	Migliorare l'appropriatezza	% ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	<= 3%	5
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	35
CT_04	Incremento donazione organi e tessuti	N° segnalazioni al Coordinamento Trapianti / N° decessi nella UO	>= 95%	20
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza nei 4 Poli Ospedalieri	5

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04400904 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. ALBERTO ROMAGNOLI**  
 1 gen 2022 ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_04	Degenza media preoperatoria	1 gg		10
CHIR_06	Migliorare l'appropriatezza	% ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	<= 3%	5
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	10
CT_04	Incremento donazione organi e tessuti	N° segnalazioni al Coordinamento Trapianti / N° decessi nella UO	>= 95%	10
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	10
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza nei 4 Poli Ospedalieri	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	5

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04400992 UOC CHIRURGIA GENERALE - OdC**

Responsabile: **DOTT. ANGELO SERAO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	10
CHIR_08	Interventi per tumore colon	% di resezione del colon in ricovero ordinario in laparoscopia sul totale degli interventi di resezione del colon	>= 45%	30
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	20
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza nei 4 Poli Ospedalieri	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04401403 UOC CHIRURGIA VASCOLARE - POLO H3**

Responsabile: **DOSS. GABRIELE MARITATI**  
 1 gen 2022 TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_04	Degenza media preoperatoria	1 gg		5
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	20
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	10
DIM_03	Aumento delle dimissioni concordate SIAT per colmare il gap tra l'ospedalizzazione per evento acuto e il domicilio del paziente e assicurare la continuità delle cure	Aumento di almeno il 5% di dimissioni concordate rispetto al 2021 e monitoraggio della continuità assistenziale		5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	20
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	20
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	5
PCA_01	Creazione PCA condiviso tra la UOC Chirurgia Vascolare/radiologia interventistica per gli specifici quadri patologici	Trasmissione formale proposta PCA	Entro il 30/6/2022	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	5

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403400 UOSD Oculistica**

Responsabile: **DOTT. LORENZO MESSINA**

1 gen 2022

Sostituto in attesa di incarico ufficiale

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_03	Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza	Implementazione INFORMATIZZATA nei 4 PPOO ASL Roma 6	10
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	40
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	40
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 04403601 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H1

Responsabile: **DOTT. SERGIO SIMONE**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_05	Appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non ad alto rischio di inappropriatezza	<= 0,29	10
CHIR_06	Migliorare l'appropriatezza	% ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	<= 3%	10
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	5
DGR762_3.3.1	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.	L'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PReValE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. - Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro due giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero o di accesso al PS della struttura di ricovero =<2 giorni). - Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	L'obiettivo si intende raggiunto se l'indicatore è => 60%. Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.	70
DIM_03	Aumento delle dimissioni concordate SIAT per colmare il gap tra l'ospedalizzazione per evento acuto e il domicilio del paziente e assicurare la continuità delle cure	Aumento di almeno il 5% di dimissioni concordate rispetto al 2021 e monitoraggio della continuità assistenziale		5

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04403603 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOSS. ROBERTO PASCALE**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	15
CT_04	Incremento donazione organi e tessuti	N° segnalazioni al Coordinamento Trapianti / N° decessi nella UO	>= 95%	15
DGR762_3.3.1	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.	L'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PReValE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. - Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro due giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero o di accesso al PS della struttura di ricovero =<2 giorni). - Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	L'obiettivo si intende raggiunto se l'indicatore è => 60%. Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.	60
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 04403604 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H4

Responsabile: **DOSS. FABIO SORRENTINO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	10
CT_04	Incremento donazione organi e tessuti	N° segnalazioni al Coordinamento Trapianti / N° decessi nella UO	>= 95%	10
DGR762_3.3.1	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.	L'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PReValE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. - Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro due giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero o di accesso al PS della struttura di ricovero =<2 giorni). - Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	L'obiettivo si intende raggiunto se l'indicatore è => 60%. Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.	50
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	5

#### Note/Osservazioni

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403692 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - OdC**

Responsabile: **DOCT. FABIO CERZA**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_03	Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza	Implementazione INFORMATIZZATA nei 4 PPOO ASL Roma 6	5
CHIR_06	Migliorare l'appropriatezza	% ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	<= 3%	5
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	5
CT_04	Incremento donazione organi e tessuti	N° segnalazioni al Coordinamento Trapianti / N° decessi nella UO	>= 95%	10
DGR762_3.3.1	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.	L'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PReValE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. - Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro due giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero o di accesso al PS della struttura di ricovero =<2 giorni). - Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	L'obiettivo si intende raggiunto se l'indicatore è => 60%. Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.	50
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10

#### Note/Osservazioni

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403703 UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. MASSIMO PETRIGLIA**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_04	Degenza media preoperatoria	1 gg		30
CHIR_06	Migliorare l'appropriatezza	% ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	<= 3%	10
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	30
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	10
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04403704 UOSD Ostetricia e Ginecologia Polo H 4**

Responsabile: **DOTT. PAOLO RENATO MORO**

1 gen 2022

ART 22 c.3-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_04	Degenza media preoperatoria	1 gg		25
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	25
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza nei 4 Poli Ospedalieri	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	20

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403792 UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - OdC**

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO BARLETTA**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_04	Degenza media preoperatoria	1 gg		5
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	10
DGR762_3.3.2	Proporzione di Parti con Taglio Cesareo Primario	L'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PReValE ed è costruito sui parti cesarei primari, definiti come tagli cesarei effettuati su donne con nessun progresso cesareo. - Numeratore: numero di parti cesarei. - Denominatore: numero totale di parti.	L'obiettivo si intende raggiunto, per le strutture con >=1000 parti/anno, se l'indicatore è <= 25%; L'obiettivo si intende raggiunto, per le strutture con <1000 parti/anno, se l'indicatore è <=15%. Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.	10
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	5
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	5
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	5
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	5
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	15
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza nei 4 Poli Ospedalieri	5
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PCR_03	Corsi di accompagnamento alla nascita	Organizzazione dei corsi con almeno tre lezioni c/o il presidio ospedaliero di appartenenza progettati e realizzati con il personale della UOC Procreazione Cosciente e responsabile e le UOC Osterica e ginecologia.	Attuazione corsi	10

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403792** **UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - OdC**

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO BARLETTA**  
1 gen 2022 TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	15

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403801 UOSD Otorinolaringoiatria Polo H1-H3**

Responsabile: **DOTT.SSA TIZIANA CIARLA**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_03	Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza	Implementazione INFORMATIZZATA nei 4 PPOO ASL Roma 6	10
CHIR_04	Degenza media preoperatoria	1 gg		30
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	10
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	10
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	10
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403804 UOC OTORINOLARINGOIATRIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. RICCARDO LOMBARDI**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_04	Degenza media preoperatoria	1 gg		20
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	10
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	20
DS_01	Implementazione della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli ospedali della ASL Roma6	Controllo sul 100% delle cartelle cliniche emesse nell'anno	95%	40
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04404301 UOSD Urologia Polo H1**

Responsabile: **DOSS. FABRIZIO CARBONARO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_04	Degenza media preoperatoria	1 gg		10
CHIR_06	Migliorare l'appropriatezza	% ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	<= 3%	5
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	35
DIM_02	Riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento del N° di dimissioni da UO entro le ore 14.00	N.di dimessi entro le ore 14.00 >= 50% dei dimessi nella giornata	15
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	30
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04404304 UOC UROLOGIA OdC**

Responsabile: **DOTT. CARLO MOLINARI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CHIR_06	Migliorare l'appropriatezza	% ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS	<= 3%	20
CHIR_07	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	>= 95%	30
DIM_04	Consegna della Cartella Clinica al SIO ospedaliero entro 4 gg. dalla data di dimissione del paziente (escluse dimissioni protette e per completamento iter diagnostico)	n. C.C. consegnate al SIO entro 4 gg dalla dimissione / Totale C.C. Consegnate al SIO	Almeno >=95%	15
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	15
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Implementazione del Percorso Chirurgico Aziendale e Gestione di una Lista Unica di Attesa	Implementazione Applicativo Informatico per la gestione dell'attività chirurgica aziendale ordinaria ed in urgenza nei 4 Poli Ospedalieri	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04460001 UOC PATOLOGIA CLINICA POLO H1 - H3 - OC**

Responsabile: **DOTT.SSA PATRIZIA MASSARELLI**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	5
LAB_01	Tempo esecuzione esami di laboratorio su richiesta da PS da accettazione check-in e refertazione	Sistema informatico gestionale dei laboratori	TAT medio=50m.dal check-in	40
LAB_02	Efficientamento utilizzo apparecchiature Area Medicina di Laboratorio	Presentazione progetto per ottimizzazione utilizzo apparecchiature disponibili: analisi e stato dell'arte	Presentazione progetto entro il 31/12/2022	10
LAB_03	Riduzione campioni non pervenuti, mancanti o insufficienti	N° campioni non pervenuti, mancanti o insufficienti su totale campioni prelevati da interni	3%	5
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04460004 UOC PATOLOGIA CLINICA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. LUIGI AVANZOLINI**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	25
LAB_01	Tempo esecuzione esami di laboratorio su richiesta da PS da accettazione check-in e refertazione	Sistema informatico gestionale dei laboratori	TAT medio=50m.dal check-in	40
LAB_02	Efficientamento utilizzo apparecchiature Area Medicina di Laboratorio	Presentazione progetto per ottimizzazione utilizzo apparecchiature disponibili: analisi e stato dell'arte	Presentazione progetto entro il 30/6/2022	20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	15

***Note/Osservazioni***

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04460010 UOSD Senologia**

Responsabile: **DOTT.SSA LINDA MARIA FABI**  
 1 gen 2022 TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DS_08	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni	>= 51%	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
SEN_01	Implementazione follow-up oncologici (escluso esame Rm mammella)	Implementazione prestazioni a settimana	Almeno 3 prestazioni a settimana	30
SEN_02	Diagnostica senologica	Consegna referto completo in tempo reale	100%	40

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2022**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04460300 UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT.ANTONIO MASTRACCHIO**

1 gen 2022

ART 22 c.4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
PAT_01	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione)	Referti consegnati nel rispetto del tempo di refertazione sul totale dei referti	Report semestrale - >=90%	30
PAT_02	Diminuzione tempi di refertazione degli esami istologici dei pazienti interni di medicina Generale	Esecuzione referti istologici entro 72 ore lavorative dall'accettazione nella UOC Anatomia e istologia Patologica	>=90% (report semestrale)	30
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04461800 UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE**

Responsabile: **DOTT.SSA ANNA MARIA COSTA**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	25
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	25
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	50

***Note/Osservazioni***

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04466101 UOSD Medicina Nucleare**

Responsabile: **DOTT. NICOLA SAMUELE TIBERIO**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	40
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	30
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	30

***Note/Osservazioni***

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04466901 UOSD Radiodiagnostica Polo H1**

Responsabile: **DOTT.SSA ANNA MARIA SPEZIALE**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DIAGN_01	Diminuzione Degenza media in Medicina Generale	Esecuzione di esami diagnostici per interni (TC/ECO/RX) entro 72 ore dall'arrivo della richiesta	>=85%	25
DIAGN_03	Implementazione radiologia del territorio con servizio innovativo di Radiologia Domiciliare per pazienti assistiti dal C.A.D. aziendale e per le R.S.A. aziendali	Sviluppo procedura dedicata secondo linee guida nazionali; individuazione e Formazione del personale Tecnico; incremento volume attività	Procedura entro giugno e verifica incremento dell'attività	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
GRU_04	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive per il Comparto e per la Dirigenza in relazione all'acquisizione di personale	Riduzione dell'utilizzo rispetto al consuntivo di spesa del 2021 in proporzione al reclutamento e al volume di attività	Valore complessivo utilizzato nel 2021 e evidenza delle Determinazioni	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10
RAD_01	Refertazione esami urgenti da PS	Refertazione esami urgenti da PS entro 60 minuti dall'esecuzione dell'esame	85%	25

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04466903 UOSD Radiodiagnostica POLO H3**

Responsabile: **DOTT. DANILO IANNELLI**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DIAGN_01	Diminuzione Degenza media in Medicina Generale	Esecuzione di esami diagnostici per interni (TC/RMN/ECO/RX) entro 72 ore dall'arrivo della richiesta	>=85%	30
DIAGN_03	Implementazione radiologia del territorio con servizio innovativo di Radiologia Domiciliare per pazienti assistiti dal C.A.D. aziendale e per le R.S.A. aziendali	Sviluppo procedura dedicata secondo linee guida nazionali; individuazione e Formazione del personale Tecnico; incremento volume attività	Procedura entro giugno e verifica incremento dell'attività	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10
RAD_01	Refertazione esami urgenti da PS	Refertazione esami urgenti da PS entro 60 minuti	85%	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04466904 UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H4**

Responsabile: **DOTT.SSA NICOLETTA GUATELLI**

1 gen 2022

ART 22 c.2-4

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DIAGN_01	Diminuzione Degenza media in Medicina Generale	Esecuzione di esami diagnostici per interni (TC/RX/ECO) entro 72 ore dall'arrivo della richiesta (esclusi i festivi dal conteggio)	>=85%	30
DIAGN_03	Implementazione radiologia del territorio con servizio innovativo di Radiologia Domiciliare per pazienti assistiti dal C.A.D. aziendale e per le R.S.A. aziendali	Sviluppo procedura dedicata secondo linee guida nazionali; individuazione e Formazione del personale Tecnico; incremento volume attività	Procedura entro giugno e verifica incremento dell'attività	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022: Progetto per procedure radiologiche standardizzate	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10
RAD_01	Refertazione esami urgenti da PS	Refertazione esami urgenti da PS entro 60 minuti dall'esecuzione dell'esame	85%	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04466992 UOC RADIOLOGIA INTERVENTISTICA OdC**

Responsabile: **DOTT. CARLO CAPOTONDI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DIAGN_01	Diminuzione Degenza media in Medicina Generale	Refertazione vidimata con firma digitale di esami RM entro le 24 ore dall'esecuzione	85%	25
DIAGN_03	Implementazione radiologia del territorio con servizio innovativo di Radiologia Domiciliare per pazienti assistiti dal C.A.D. aziendale e per le R.S.A. aziendali	Sviluppo procedura dedicata secondo linee guida nazionali; individuazione e Formazione del personale Tecnico; incremento volume attività	Procedura entro giugno e verifica incremento dell'attività	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
PCA_01	Creazione PCA condiviso tra la UOC Chirurgia Vascolare/radiologia interventistica per gli specifici quadri patologici	Trasmissione formale proposta PCA	Entro il 30/6/2022	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10
RAD_01	Refertazione esami urgenti da PS	Refertazione esami urgenti da PS entro 60 minuti dall'effettivo arrivo in Radiologia	85%	25

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2022

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04469392 UOC FARMACEUTICA OSPEDALIERA**

Responsabile: **DOTT. ANGELO PECERE**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FAR_01	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza del File F, File R, DM consumi e contratti in collaborazione con il servizio di anagrafica aziendale	Rispetto delle tempistiche normative per l'invio dei dati, nonché della completezza e qualità degli stessi, desumibile dalla congruenza dai suddetti flussi dal CE e dal flusso Traccia	100%	10
FAR_04	Incremento delle prescrizioni biosimilari	Incremento del 15% rispetto al 2021		10
FAR_08	Attivazione di un cronoprogramma per ispezioni (farmaci, stupefacenti e dispositivi medici) ed audit con i coordinatori infermieristici, Primari presso le UU. OO. di degenza, Sale Operatorie ed Aree di emergenza dei 4 Poli Ospedalieri	Numero verbali di ispezioni e di audit inviati in Direzione Sanitaria Aziendale durante il 2022	80% delle UU. OO., Sale Operatorie ed Aree di emergenza sul totale dei 4 Poli Ospedalieri	10
FAR_09	Implementazione prescrizione medicinali controllata e monitorata dalla farmacia all'interno del progetto cartella clinica elettronica OdC ed Anzio ed attivazione n.2 armadi farmaceutici di Reparto su gestionale JSIAC	Report trimestrali con monitoraggio sull'andamento della prescrizione elettronica e rilevazione UU. OO. coinvolte (2022 solo OdC e Anzio)	20% delle UU. OO. di degenza che prescrivono su cartella clinica informatizzata i medicinali + n.2 armadi farmaceutici creati su JSIAC sul totale delle UU.OO. di degenza alle quali il SITI ha attivato e ha reso operativa la cartella clinica elettronica	10
FAR_10	Implementazione e monitoraggio armadio di Reparto dispositivi medici specialistici con software dedicato per il Servizio di Emodinamica OdC al fine di estendere il progetto anche ad altre Aree Chirurgiche/Interventistiche (inizialmente solo OdC)	Presentazione progetto ed avanzamento lavori, entro giugno 2022, alle Direzioni strategiche, Coordinatori infermieristici, Capi Dipartimento, Responsabili UOC	100% dei dispositivi specialistici utilizzati in Emodinamica OdC gestiti con l'armadio di Reparto informatizzato-estensione progetto ad almeno un'altra UO (OdC) individuata durante la presentazione	10
FAR_11	Diminuzione al ricorso delle spese in economica su commessa generica 0000000	Invio report mensili	20% di meno rispetto al 2021	10
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	10
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatelyzza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	10
ORD_02	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa a ordine/riscontro/liquidazione	Controllo da parte del responsabile degli ordini	100%	10
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure aziendali che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione	10

## PERFORMANCE 2022

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04500100 UOC PROFESSIONE INFERMIERISTICA**

Responsabile: **DOTT.SSA CINZIA SANDRONI**

1 gen 2022

TITOLARE

Cod Obiettivo	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FOR_04	Proposta e realizzazione di un percorso formativo per upgrade di competenze specifiche dell'area di afferenza	Espletamento di almeno 1 edizione del percorso formativo proposto e incluso nel PFA 2022	Evidenza dell'espletamento con formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza	20
GC_22	Governo Clinico: dimensione della qualità EQUITA' e/o SICUREZZA e/o APPROPRIATEZZA	Progetto di Governo Clinico. Le dimensioni della qualità: Sicurezza delle Cure - Equità nelle Cure - Appropriatezza entro il 2022	Presentazione di un progetto entro il 2022	20
INF_01	Flussi in Pronto Soccorso	Introduzione figura dell'infermiere di processo in PS per facilitare il funzionamento dei flussi in P.S.	Redazione procedura operativa entro il 30/09/2022	20
INF_02	Dotazione organica personale infermieristico	Predisposizione a livello centrale di un format che rappresenti la dotazione organica ideale, la dotazione organica attuale, le criticità rilevate e le proposte	Report ogni 4 mesi alla Direzione Sanitaria e Amministrativa	20
PROC_01	Revisione delle procedure aziendali con ultima revisione effettuata da più di 2 anni o nuova proposta	Rilevazione del N° totale di procedure della UOC Professione Infermieristica che necessitano di revisione	Almeno 2 procedure che necessitano di revisione entro 31/12/2022	20

#### **Note/Osservazioni**