

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Incarico DG

Appropriatezza e qualità - DG

DG4.1	Rispetto degli standard di qualità e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale: Frattura collo Femore
VERIFICA	<i>Intervento chirurgico entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore in anziano - struttura di ricovero</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>>= 60%</i>

DG4.2	Rispetto degli standard di qualità e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale: Taglio Cesareo
VERIFICA	<i>Percentuale di parti con Taglio Cesareo primario</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i><= 15%</i>

DG4.3	Rispetto degli standard di qualità e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale: Colectomia laparoscopica 1
VERIFICA	<i>Volume di interventi di colectomia laparoscopica in elezione</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>>= 90%</i>

DG4.4	Rispetto degli standard di qualità e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale: Colectomia laparoscopica 2 in elezione
VERIFICA	<i>Percentuale di colectomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>>= 70%</i>

DG4.5	Rispetto degli standard di qualità e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale: Tumore mammella 1
VERIFICA	<i>Percentuale di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>< 12%</i>

DG4.6	Rispetto degli standard di qualità e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale: Tumore mammella 2
VERIFICA	<i>(Proporzione di) interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui (reparto di dimissione)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>135</i>

DG4.7	Rispetto degli standard di qualità e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale: scompenso cardiaco congestizio
VERIFICA	<i>Proporzione di riammissioni ospedaliere entro trenta giorni dalla data di dimissione per scompenso cardiaco congestizio</i>
STANDARD DI VERIFICA	

Efficienza organizzativa e Iniziative sovraziendali - DG

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Incarico DG

Efficienza organizzativa e Iniziative sovraziendali - DG

DG6.2	Rispetto dei tempi a fronte delle richieste di adeguamento dei sistemi e delle anagrafiche a quelle regionali
VERIFICA	Adeguamento dei sistemi e delle anagrafiche a quelle regionali: Piano dei fattori produttivi
STANDARD DI VERIFICA	Verifica allineamento

DG6.4	Rispetto dei tempi, efficacia e partecipazione dei delegati alle commissioni di gara istituite dalla Centrale Acquisti Regionale.
VERIFICA	Gara Centrale Acquisti Regionale
STANDARD DI VERIFICA	1.compilazione di uno schema contenente le indicazioni dei nomi appartenenti alla Asl Roma 6 che parteciperanno alle Commissioni di Gara: la Centrale Acquisti predispose un format contenente NOME e COGNOME, GARA REGIONALE e RIUNIONI. 2.compilazione di un report trimestrale sulla partecipazione del personale alla Commissione Regionale

Gestione amministrativo contabile - DG

DG1.2	Rispetto dei tempi di pagamento
VERIFICA	Rispetto delle tempistiche di liquidazione delle fatture passive previste dalla normativa vigente
STANDARD DI VERIFICA	Report trimestrale alla Direzione Strategica e alla UOC Controllo di Gestione con indicazione del tempo medio di pagamento

Governo Liste Attesa - DG

DG2.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale
VERIFICA	Rispetto del redigendo Piano regionale liste d'attesa con alert alla Direzione Strategica
STANDARD DI VERIFICA	Monitoraggio trimestrale in funzione del documento estratto dal Piano Regionale liste d'attesa.

Prevenzione - DG

DG3.1	Screening oncologici per tumore della mammella
VERIFICA	Rispetto dei Tassi di Copertura (TdC) dei programmi di screening
STANDARD DI VERIFICA	25-49= 100%

DG3.2	Screening oncologici per tumore della cervice uterina
VERIFICA	Rispetto dei Tassi di Copertura (TdC) dei programmi di screening
STANDARD DI VERIFICA	25-49= 100%

DG3.3	Screening oncologici per tumore del colon retto
VERIFICA	Rispetto dei Tassi di Copertura (TdC) dei programmi di screening
STANDARD DI VERIFICA	25-49= 100%

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Appropriatezza e qualità - Area Chirurgica

AQ_01	Appropriatezza prescrittiva antibiotici
VERIFICA	Compilazione scheda informativa AIFA / Regione Lazio / ASL richiesta antibiotici
STANDARD DI VERIFICA	100%

AQ_02	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata
VERIFICA	Prescrizioni dematerializzate sul totale delle prescrizioni
STANDARD DI VERIFICA	>= 90%

AQ_27	Istituzione di un ambulatorio dedicato ai pazienti con disturbi della deglutizione di II livello
VERIFICA	Assegnazione di codice ambulatoriale
STANDARD DI VERIFICA	Prenotabilità al Recup

Appropriatezza e qualità - Area Medica

AQ_16	Presenza in carico del paziente con SCA candidato a procedura emodinamica
VERIFICA	Emissione ed attivazione procedura Cardiologie aziendali
STANDARD DI VERIFICA	Coordinamento per la stesura della procedura

AQ_17	Incremento delle prescrizioni biosimilari
VERIFICA	Incremento rispetto al 2021 del farmaco Eritropoietina per prescrizioni pazienti in emodialisi
STANDARD DI VERIFICA	Incremento del 5%

AQ_18	Ricoveri DH Nefrologico OdC
VERIFICA	Incremento ricoveri in DH Nefrologico OdC
STANDARD DI VERIFICA	Incremento del 5% rispetto al 2022

AQ_19	Applicazione procedura "la valutazione e la presa in carico dei pazienti in Uoc Riabilitazione Aziendale Asl Rm6 (cod. 56)"
VERIFICA	Consulenze fisiatriche entro i termini previsti dalla procedura
STANDARD DI VERIFICA	80%

AQ_35	Percorso patologia ulcerativa cutanea
VERIFICA	Implementazione del percorso
STANDARD DI VERIFICA	Valutazione dermatologica di almeno il 60% dei pazienti che accedono all'ambulatorio

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Appropriatezza e qualità - Area Medica

AQ_36	Ricoveri pazienti provenienti da ODC
VERIFICA	<i>Incremento del 15% rispetto al 2022</i>
STANDARD DI VERIFICA	

Appropriatezza e qualità - GC

CG_04	Attuazione Progetto Appropriatezza del Governo Clinico
VERIFICA	<i>Accreditamento professionale (SIED-ANOTE-ANIGEA) del Centro Endoscopia Hub Ospedale dei Castelli</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Raggiungimento percorso a 80-100= 100% 70-79,9= 90% 60-69,9= 60%</i>

GC_01	Governo Clinico: dimensione della qualità, sicurezza e appropriatezza
VERIFICA	<i>Predisposizione Procedura per l'accoglienza sanitaria del nuovo giunto in Istituto</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Presentazione della procedura entro giugno 2023</i>

GC_02	Attuazione Progetto Appropriatezza del Governo Clinico 2022 (disformismi del rachide in età evolutiva)
VERIFICA	<i>Attivazione agenda ambulatoriale e presa in carico dei pazienti</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Relazione finale</i>

GC_03	Attuazione Progetto Appropriatezza del Governo Clinico 2022 (Spazio Giovani CSM Anzio e Pomezia)
VERIFICA	<i>Avvio di interventi a carattere psicoeducativo e preventivo nelle scuole dei territori dei Distretti H4 e H6 per giovani di 18 anni</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Almeno 2 incontri con docenti di almeno una scuola superiore per territorio (H4 e H6)</i>

Appropriatezza e qualità - Salute Mentale

AQ_03	Verifica e il controllo delle prestazioni erogate nelle strutture accreditate
VERIFICA	<i>Definizione, produzione e diffusione delle modalità di verifica e controllo dei PTRP nelle strutture accreditate</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Almeno N°2 incontri effettuati a campione sulle strutture accreditate</i>

AQ_04	Assicurare la Presa in carico dei pazienti psichiatrici in dimissione dai SPDC, REMS e altri percorsi residenziali
VERIFICA	<i>Condivisione, fin dall'ingresso, del ricovero e della successiva presa in carico al CSM H1-H3</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Condivisione del ricovero, all'ingresso in SPDC per almeno 80% sul totale</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Appropriatezza e qualità - Salute Mentale

AQ_05	Presenza in carico dei pazienti psichiatrici in dimissione dai SPDC, REMS e altri percorsi residenziali
VERIFICA	Condivisione del ricovero con i servizi territoriali fin dall'ingresso (invio scheda ricovero) e partecipazione alla definizione del percorso successivo di presa in carico (contatti con CSM successivi al ricovero e invio scheda dimissione)
STANDARD DI VERIFICA	Num. Schede ricovero inviate/num. Ricoveri annui = 75% Num. Schede dimissione inviate/num. Ricoveri annui

AQ_06	Umanizzazione del ricovero in SPDC e riduzione della contenzione (Obiettivo Piano Salute Mentale regionale e nazionale)
VERIFICA	1. Informazioni erogate al ricovero con scheda informativa (al paziente e ai familiari). 2. Attivazione percorsi riabilitativi 3. Monitoraggio contenzione: riunioni di servizio debriefing post-contenzione
STANDARD DI VERIFICA	1. Num. schede informat. consegnate/num. ricoveri annui = 60% 2. Num. Pazienti inseriti in percorsi riabilitativi/num. ricoveri annui = 60% 3. Num. riunioni debriefing/num. contenzioni annue = 70%

AQ_07	Presenza in carico dei pazienti di NPI nei percorsi assistenziali strutturati
VERIFICA	Rapporto fra accessi e presa in carico per i percorsi indicati (Disturbi neurosviluppo, PDDA autismo, disturbi psichiatrici in adolescenza, disturbi alimentari)
STANDARD DI VERIFICA	Almeno il 50% presa in carico TSMREE e accreditati

AQ_23	Tavolo Coordinamento
VERIFICA	Partecipazione al Gruppo di coordinamento dei dirigenti psicologi responsabile e/o referente di psicologia delle varie UU.OO. del DSM
STANDARD DI VERIFICA	Convocazione di almeno 4 riunioni del tavolo di Coordinamento

AQ_24	Presenza in carico del paziente che afferisce ai CDT del Dipartimento
VERIFICA	Condivisione nei CDT del percorso assistenziale riabilitativo
STANDARD DI VERIFICA	Diffusione procedure accesso ai percorsi strutturati riabilitativi

AQ_25	Assicurare attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche
VERIFICA	Attivare interventi di prevenzione (evidence based) sulla popolazione giovanile secondo gli obiettivi stabiliti nel PAP Interventi di contrasto per le disuguaglianze di salute nei percorsi di prevenzione e cura. Equità dell'assistenza: favorire l'accesso alle cure della popolazione target del PAE
STANDARD DI VERIFICA	PP1 A5: almeno 300 alunni popolazione scolastica sps PP4: incremento del 30% della popolazione giovanile contattata sul territorio da UPP PAE: Creazione di almeno un percorso dedicato

AQ_26	Assicurare modalità comuni nella presa in carico dei pazienti con DGA nei SER.D. secondo le indicazioni regionali (assessment, trattamento, valutazione esiti)
VERIFICA	Formazione di un gruppo di lavoro per l'elaborazione di un percorso condiviso (1° e 2° livello)
STANDARD DI VERIFICA	Partecipazione di almeno 4 incontri Elaborazione almeno del protocollo di 1° livello

Appropriatezza e qualità - Servizi Diagnostici

AQ_08	Tempo esecuzione esami di laboratorio su richiesta da PS da accettazione check-in e refertazione
VERIFICA	Sistema informatico gestionale dei laboratori
STANDARD DI VERIFICA	TAT medio=50m. dal check-in

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Appropriatezza e qualità - Servizi Diagnostici

AQ_09	Efficientamento utilizzo apparecchiature Area Medicina di Laboratorio
VERIFICA	<i>Presentazione progetto per ottimizzazione utilizzo apparecchiature disponibili: analisi e stato dell'arte</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Presentazione progetto entro il 30/6/2023</i>
AQ_10	Revisione esami richiedibili in urgenza dai Pronto Soccorso
VERIFICA	<i>Presentazione Lista esami richiedibili</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Adozione revisione</i>
AQ_12	Diminuzione tempi di refertazione degli esami istologici dei pazienti interni di medicina Generale
VERIFICA	<i>Esacuzione referti istologici entro 72 ore lavorative dall'accettazione nella UOC Anatomia e istologia Patologica</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>>=90% (report semestrale)</i>
AQ_13	Autosufficienza sangue e suoi derivati
VERIFICA	<i>Incremento dell'attività di raccolta nell'anno indice rispetto a quello dell'anno precedente</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Incremento del 5%</i>
AQ_21	Trattamento con anticorpo monoclonale dei pazienti affetti da emicrania cronica, refrattaria ad altre terapie
VERIFICA	<i>N.di pazienti trattati con anticorpo monoclonale secondo i criteri di eleggibilità AIFA</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100% dei pazienti eleggibili</i>
AQ_22	Implementazione percorso parallelo integrato Ospedale-Territorio tra ambulatorio di Terapia del Dolore e Ambulatorio di Fisiatria
VERIFICA	<i>N.di richieste di visite fisiatriche con codice RECUP riservato all'ambulatorio di Terapia del Dolore rispetto agli slot offerti</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>N.di pazienti inviati/n. slot programmati</i>
AQ_28	Implementazione esami diagnostici follow up pazienti oncologici
VERIFICA	<i>3 prestazioni a settimana per l'alto rischio (escluso esame MM Mammella)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100%</i>
AQ_29	Diminuzione tempi di refertazione degli esami istologici su agobiopsie screening senologico
VERIFICA	<i>Esecuzione referti istologici entro 10 giorni lavorativi dall'accettazione nella UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Report semestrale >= 90%</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Appropriatezza e qualità - Servizi Diagnostici

AQ_30	Determinazione IHC stato dei microsatelliti sec. PDTA colon-retto e screening endoscopico
VERIFICA	<i>Esecuzione referti identificazione stato MMR e probabile sindrome di Lynch</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Report semestrale</i>

AQ_31	Attività di verifica delle attività svolte nelle Unità di Raccolta delle Associazioni Donatori convenzionate con il SIMT
VERIFICA	<i>Incremento numero di audit realizzati dal team di verificatori del Servizio Trasfusionale</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Incremento del 5% rispetto all'anno precedente</i>

AQ_32	Attività di verifica sulle procedure sul Buon Uso del sangue nelle Case di Cura Convenzionate
VERIFICA	<i>Incremento numero di audit realizzati dal team di verificatori del Servizio Trasfusionale</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Incremento del 5% rispetto all'anno precedente</i>

AQ_33	Reclutamento Donatori Midollo in collaborazione con l'ADMO
VERIFICA	<i>Incremento del numero dei donatori</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Incremento del 5%</i>

AQ_34	Esami scintigrafici e cardiologici
VERIFICA	<i>Incremento del 10% al 31/12/2023</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100% = incremento del 10% 50% = incremento del 5%</i>

Appropriatezza e qualità - Trapianti

CT_01	N° donazioni / N° accertamenti morte cerebrale in Terapia intensiva
VERIFICA	<i>Invio dati trimestralmente</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>>=30%</i>

CT_02	Donazione organi e tessuti
VERIFICA	<i>Audit sull'applicazione del protocollo per percorso donazione organi e tessuti</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Verbale audit</i>

CT_03	Donazione muscoloscheletrico da vivente
VERIFICA	<i>Report trimestrale</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>4 report</i>

Attività Distrettuale

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Attività Distrettuale

DH_01	Monitoraggio dei Programmi inseriti nei Piani di zona
VERIFICA	<i>Monitoraggio di attività relative ai progetti disabilità</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Relazione</i>

DH_02	Vaccinazione MPR (Morillo - Parotite - Rosolia)
VERIFICA	<i>Vaccinati a 24 mesi di età con prima dose/assistiti PLS (Totale)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>>= 93%</i>

DH_03	Divulgazione PDTA Cirrosi Epatica
VERIFICA	<i>Incontri formativi</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>3 incontri entro dicembre 2023</i>

DH_04	Telemonitoraggio pz con patologia respiratoria, acuta e cronica (BPCO)
VERIFICA	<i>Evasione 90% delle richieste di presa in carico</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Entro dicembre 2023</i>

DH_05	Visite collegiali richieste a favore delle "vittime del dovere" ex l. 466/80, l. 266/05 e Dpr 243/06
VERIFICA	<i>Effettuazione delle visite entro 30 giorni dalla richiesta</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100%</i>

DH_06	Visite collegiali richieste dagli assistiti da parte della commissione costituita con Determinazione dirigenziale N.56 del 14/01/22 del Dipartimento del Territorio Asl Roma 6
VERIFICA	<i>Effettuazione delle visite entro 10 giorni dalla richiesta</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100%</i>

DH_07	Servizio Rilascio Patenti "speciali"
VERIFICA	<i>Attivazione del servizio</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Entro il 31/12</i>

DH_08	Corsi di accompagnamento alla nascita
VERIFICA	<i>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 Osteria e ginecologia.</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Attuazione Corsi in tutte le sedi competenti aziendali</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Attività Distrettuale

DH_09	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.
VERIFICA	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
STANDARD DI VERIFICA	Apertura di un nuovo ambulatorio per IVG farmacologico

DH_10	ADI - Implementazione inserimento PAI e relative prestazioni sul SIAT
VERIFICA	Inserimento regolare dei PAI e delle relative prestazioni sul SIAT da parte dei CAD e vigilanza della registrazione puntuale delle prestazioni effettuate dagli Enti erogatori
STANDARD DI VERIFICA	Relazione Trimestrale: il 95% interventi programmati deve essere registrata sul SIAT come 'effettuata' (Percentuale calcolata sul totale degli interventi 'assegnati' ed 'effettuati', esclusi gli interventi 'cancellati')

DH_11	ADI - Riduzione pratiche con prolungato periodo di inattività
VERIFICA	Rilevazione Trimestrale: verifica delle pratiche chiuse con un prolungato periodo di inattività, desumibile dal confronto tra la data di chiusura della pratica e la data di registrazione dell'ultimo accesso eseguito.
STANDARD DI VERIFICA	Le pratiche devono essere chiuse alla data dell'ultimo accesso registrato se l'intervallo di tempo tra la data di chiusura della pratica e la data di registrazione dell'ultimo accesso eseguito raggiunge i 90 giorni

Efficienza organizzativa e Iniziative sovraziendali - Accredimento

ORG_16	Aggiornamento della mappatura delle strutture private accreditate insistenti nel territorio della Asl
VERIFICA	Provvedimento (delibera)
STANDARD DI VERIFICA	Proposta di delibera caricata a sistema

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - Area Chirurgica

ORG_32	Infertilità
VERIFICA	Attivazione Ambulatorio di primo livello (Convenzione Asl ROMA 3)
STANDARD DI VERIFICA	Attivazione entro giugno 2023

ORG_33	Soggetti fragili: Attivazione procedure presso il B.O. Marino
VERIFICA	Attivazione entro giugno 2023
STANDARD DI VERIFICA	

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - Area Medica

ORG_26	Dermatologia chirurgica: disponibilità della procedura di crioterapia presso l'OdC
VERIFICA	Predisposizione della logistica necessaria ed esecuzione delle procedure per i pazienti dell'ambulatorio dermatologico OdC
STANDARD DI VERIFICA	Attivazione

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - Area Medica

ORG_27	Condivisione dei percorsi dermatologici aziendali con i MMG e gli specialisti ambulatoriali territoriali (formazione, costituzione in rete)
VERIFICA	<i>Organizzazione di evento formativo con coinvolgimento dei MMG e degli specialisti ambulatoriali</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Effettuazione dell'evento</i>

ORG_30	Rete elettrofisiologia/elettrostimolazione Cardiologie aziendali
VERIFICA	<i>Progettazione dei percorsi e risorse necessarie</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Coordinamento con le Cardiologie Aziendali per la stesura del progetto</i>

ORG_31	Revisione delle procedure aziendali con ultime revisione effettuata da oltre 2 anni
VERIFICA	<i>Revisione di almeno n.1 procedura</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Invio Procedura revisionata al Risk Management Aziendale</i>

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - Beni Servizi

ORG_17	Procedura unica richieste di acquisto (tecnologie;dispositivi medici con focus sui processi di HTA (costituzione GOI (n.2 HTA e Telemedicina) e Commissione HTA)
VERIFICA	<i>Sviluppo di una procedura/regolamento/modulo di richiesta/ format online che regoli le richieste di acquisto in collaborazione con la UOC ABS</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Procedura entro il 31/12</i>

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - Diagnostica

ORG_28	Attivazione Medicina Nucleare presso ODC
VERIFICA	<i>Verifica dell'attivazione in collaborazione con la UOC Ingegneria ospedaliera, UOC Ufficio Tecnico e Patrimonio e Direzione Sanitaria ODC</i>
STANDARD DI VERIFICA	

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - DSM

ORG_02	Procedura operativa per monitoraggio utenti DSM/SERD
VERIFICA	<i>Predisposizione deliberazione di adozione della procedura</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Entro settembre 2023</i>

ORG_03	Procedure e modulistica dei TSO per tutti i 21 Comuni del territorio con i CSM e i SPDC
VERIFICA	<i>Creazione gruppo di lavoro ed incontri interservizi e con i Comuni per uniformare e diffondere le procedure</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>1.Verifica ed aggiornamento delle procedure per i TSO 2.Almeno 1 incontro per ogni Comune e coinvolgimento dei servizi al 90%</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - DSM

ORG_04	Transizione età evolutiva età adulta
VERIFICA	1. Condivisione in tutti i distretti delle procedure di passaggio in UVMD 2. N° progetti individuali
STANDARD DI VERIFICA	1. Attivazione delle procedure in almeno 4 dei 6 distretti 2. Realizzazione di almeno 3 progetti individuali in ogni distretto secondo le procedure condivise
ORG_05	Procedure e modulistica per inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali accreditate (per disturbi alimentari e dipendenze patologiche)
VERIFICA	Attivazione di due gruppi di lavoro trasversali per la definizione dei criteri di appropriatezza all'invio dei pazienti nei percorsi residenziali e semiresidenziali in strutture accreditate e per la produzione e diffusione delle procedure e della modulistica dedicata
STANDARD DI VERIFICA	Utilizzo al 90% delle procedure e della modulistica come da procedura condivisa
ORG_07	Integrazione con il Dipartimento del Territorio
VERIFICA	Procedure DGR 149/2018 per UVMD di percorsi integrati
STANDARD DI VERIFICA	Partecipazione integrata UVMD nei distretti H1 e H3 almeno n° 5 incontri effettuati
ORG_08	Definizione dei criteri di appropriatezza per i percorsi residenziali e semiresidenziali per i disturbi alimentari
VERIFICA	Partecipazione al gruppo di lavoro trasversale per la definizione e condivisione dei criteri di appropriatezza per percorsi residenziali e semiresidenziali in strutture accreditate
STANDARD DI VERIFICA	Almeno 3 incontri con Gruppo di Lavoro per elaborazione modulistica condivisa e relativa diffusione
ORG_09	Prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio aziendale
VERIFICA	Verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia dei piani terapeutici residenziali
STANDARD DI VERIFICA	1. Produzione e diffusione delle attività di verifica e controllo 2. Protocollo di condivisione della lista d'attesa per i bambini con disabilità complessa e disturbi dello spettro autistico
ORG_23	Percorsi riabilitativi
VERIFICA	Creazione di 3 gruppi di supervisione delle procedure e modulistica
STANDARD DI VERIFICA	Avvio delle attività secondo percorsi strutturati
ORG_24	Lavoro integrato multidisciplinare in tema di coprogettazione
VERIFICA	Verifica, rendicontazione e monitoraggio dell'attività riabilitativa
STANDARD DI VERIFICA	Diffusione procedure e verifiche tramite incontri con operatori in almeno 2 CD
ORG_25	Realizzazione di una scheda valutazione qualitativa e quantitativa per verifica e monitoraggio progetti riabilitativi nei CDT
VERIFICA	Condivisione schema tra gli operatori del CDT
STANDARD DI VERIFICA	Sperimentazione schema per tutti i progetti

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - Formazione

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Efficienza organizzativa e Iniziative sovraziendali - Formazione

ORG_01	Proposta e realizzazione di un percorso formativo
VERIFICA	<i>Espletamento di almeno 1 del Percorso formativo proposto e incluso nel PAF 2023</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Evidenza dell'espletamento della formazione degli operatori appartenenti all'area di afferenza</i>

ORG_11	Diffusione cultura della qualità
VERIFICA	<i>Predisposizione di una prima edizione del piano formativo qualità e attivazione corsi</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Piano formativo e organizzazione n°3 corsi</i>

ORG_14	Formazione personale interno
VERIFICA	<i>Proposta e realizzazione di almeno 1 percorso formativo</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Espletamento entro dicembre 2023</i>

ORG_15	Organizzazione corsi di formazione per personale Sisp e dipartimentale
VERIFICA	<i>Realizzazione eventi formativi aziendali in merito a temi rilevanti emergenti e/o legati a condizioni di criticità consolidate che richiedano aggiornamento.</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Organizzazione di 2 eventi formativi a livello dipartimentale</i>

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - Formazione

ORG_13	Condivisione per percorsi internistici aziendali con i MMG
VERIFICA	<i>Stesura di un progetto formativo/informatico condiviso con il Dipartimento del Territorio</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Presentazione del progetto formativo entro il 30/04/2023</i>

ORG_14	Formazione personale interno
VERIFICA	<i>Realizzazione eventi formativi a tutto il personale dell'Azienda (Piano Triennale)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Realizzazione del 20% degli eventi nel 2013 entro il 31/03</i>

ORG_22	Progetto di formazione di percorso formativo per detenuti che dovranno operare come Care Giver
VERIFICA	<i>Sottoscrizione del progetto in collaborazione con PO DSMDP e PO Dip. Prof. Sanitarie in coordinamento con Amm. Penit.</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Formazione di un primo gruppo di detenuti (almeno 8) entro dicembre 2023</i>

Efficienza organizzativa e Iniziative sovraziendali - Gef

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Efficienza organizzativa e Iniziative sovraziendali - Gef

ORG_19	Nuova valutazione del Fondo di Dotazione al 31/12/2022
VERIFICA	<i>Proposta provvedimento DCA 521</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Atto adottato entro l'adozione del Bilancio di Esercizio 2022</i>

ORG_20	Monitoraggio dei pignoramenti su Tesoreria
VERIFICA	<i>predisposizione di un monitoraggio trimestrale della situazione dei pignoramenti anche rispetto alle attività di svincolo poste in essere dalla ASL, da presentare alla Direzione Strategica e alla UOC Affari generali e Istituzionali</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Monitoraggio trimestrale</i>

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - Qualità

ORG_10	Implementazione digitalizzata Sistema Gestione Qualità Aziendale
VERIFICA	<i>Predisposizione procedure e relativa modulistica previste dal Manuale della Qualità</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>n°4 procedure e modulistica</i>

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - SGA

ORG_01	Procedura operativa per il rimborso dei ratei ex legge 210/92
VERIFICA	<i>Predisposizione deliberazione di adozione della procedura</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Entro settembre 2023</i>

Efficienza organizzativa e iniziative sovraziendali - SPP

ORG_21	Casi infortuni definiti
VERIFICA	<i>Chiusura delle pratiche degli infortuni definiti aperti nel 2022</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Chiusura pratiche entro il 31/12</i>

ORG_29	Aggiornamento DVR
VERIFICA	<i>Verifica aggiornamento</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Entro il 31/12/2023</i>

Gestione Amministrativo Contabile - Budget

GAC_01	Mantenimento dei limiti di budget
VERIFICA	<i>Spesa entro i limiti</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>95%</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Gestione Amministrativo Contabile - Budget

GAC_02	Piano del Fabbisogno del Personale
VERIFICA	<i>Monitoraggio trimestrale del budget del personale con alert alla Direzione Strategica</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Almeno 4 report di monitoraggio</i>

Patrimonio, tecnologia e sicurezza

PTS_01	Contratto Altea
VERIFICA	<i>Attività di monitoraggio del servizio di manutenzione delle tecnologie</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Report semestrale alla Direzione Strategica</i>

Performance, Trasparenza e Innovazione

PTI_01	Gestione del Ciclo della Performance
VERIFICA	<i>Modifica al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Novazione (Protocolli Operativi, definizione regole Area Sanitaria omogenea comparto)</i>

PTI_02	Cartella Clinica Digitale: 1. predisposizione e diffusione dell'utilizzo in prova per CSM e TSMREE 2.Predisposizione della digitalizzazione dei Volumi e tipologia di prestazioni
VERIFICA	<i>1a. Completamento della fase di prova per CSM e TSMREE- relazione finale 1b. Formazione degli operatori 2. Utilizzazione uniforme della piattaforma per l'inserimento delle prestazioni codificate per CSM e TSMREE</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>1a. Utilizzazione al 30% della cartella digitale 1b. formazione degli operatori al 90% 2. dati forniti correttamente almeno per il 70%</i>

PTI_03	Informatizzazione processo corsi ECM e non ECM
VERIFICA	<i>Realizzazione informatizzazione processo</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Avvio della procedura, realizzazione di comunicazione interna e presentazione alla Direzione</i>

PTI_04	Codice di Comportamento
VERIFICA	<i>Monitoraggio attuazione Codice di comportamento da parte di tutti i dipendenti dell'Azienda</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Numero di dichiarazioni di astensione per presenza conflitto di interessi presentate dai dipendenti della struttura= 100%</i>

PTI_05	Attuazione delle disposizioni in materia di Trasparenza Amministrativa ai sensi del D.lgs. n. 33/2013
VERIFICA	<i>Puntuale pubblicazione sul sito aziendale delle informazioni di competenza della Struttura</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100% (Indice di trasparenza calcolato sulla base dell'attestazione annuale dell'OIV)</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Performance, Trasparenza e Innovazione

PTI_05	Attuazione delle disposizioni in materia di Trasparenza Amministrativa ai sensi del D.lgs. n. 33/2013
VERIFICA	<i>Puntuale pubblicazione sul sito aziendale delle informazioni di competenza della Struttura</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100% (Indice di trasparenza calcolato sulla base dell'attestazione annuale dell'OIV)</i>

PTI_06	GDPR - Rispetto normativa Privacy
VERIFICA	<i>Tenuta del "registro dei trattamenti privacy"</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Aggiornamento effettuato sul Data Privacy, presente nella piattaforma intranet, con almeno 2 accessi annuali</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Performance, Trasparenza e Innovazione

PTI_07	Sistema digitale Deliberazioni e Determinazioni
VERIFICA	<i>Avvio e messa a regime</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Entro il 31/12</i>

PTI_08	Piano di rinnovo tecnologico
VERIFICA	<i>Chiusura progetti di cui DGR 473 e 695 e 50% DGR 1059</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Verifica della chiusura dei progetti</i>

PTI_09	Consenso Informato
VERIFICA	<i>Revisione consenso informato anestesiologicalo del paziente sottoposto ad anestesia in DH</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Revisione ed implementazione entro Ottobre 2023</i>

PTI_10	Cartella Clinica Digitale: diffusione utilizzo cartella digitale tra i dirigenti psicologi del DSM-DP
VERIFICA	<i>Istituzione Gruppo di lavoro per: 1.verifica corretto inizio fase formazione dirigenti 2.verifica corretto utilizzo della Cartella Clinica Digitale</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>1.formazione dirigenti al 50% 2.utilizzo della Cartella Clinica Digitale almeno al 30%</i>

PTI_11	Pagine web Sito aziendale
VERIFICA	<i>Inserimento in formato scaricabile di opuscoli informativi degli esami erogabili della struttura</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Realizzazione della Pagina web completa in collaborazione con l'ufficio dedicato al Sito aziendale</i>

PTI_12	Cartella Clinica Elettronica
VERIFICA	<i>Piena integrazione tra gestionale CC Anatomia Patologica e cartella clinica elettronica</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100%</i>

PTI_13	Dematerializzazione degli atti (comunicazioni, note, ecc.)
VERIFICA	<i>Fase di progettazione (implementazione e avvio/messa a regime condizionati a espletamento gare servizio esterno)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Entro il 31/12</i>

Piano Aziendale Attività Chirurgica

PSAAC_01	Saturazione Slot Sala Operatoria: completamento del tasso di occupazione delle Sale operatorie rispetto all'assegnazione settimanale
VERIFICA	<i>(RAW UTILIZATION-indicatore M9 della tabella 3) Ore totali di ogni sala operatoria effettive registrate su SOWEB/ ore assegnate alla singola sala operatoria</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>>=85%</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Piano Aziendale Attività Chirurgica

PSAAC_01	Saturazione Slot Sala Operatoria: completamento del tasso di occupazione delle Sale operatorie rispetto all'assegnazione settimanale
VERIFICA	(RAW UTILIZATION-indicatore M9 della tabella 3) Ore totali di ogni sala operatoria effettive registrate su SOWEB/ ore assegnate alla singola sala operatoria
STANDARD DI VERIFICA	>=85%

PSAAC_02	Fase clinico-assistenziale peri-operatoria: a) Creazione di un progetto di governo clinico condiviso riguardante la preparazione del paziente all'atto chirurgico-
VERIFICA	a) Elaborazione del progetto entro giugno 2023- implementazione entro settembre 2023 b) Tasso di utilizzo della CHECK preoperatoria >=90% c) Individuazione del case manager per setting clinico-assistenziale
STANDARD DI VERIFICA	a) 100% b) >=90% c) Individuazione del CM in almeno 1 setting clinico-assistenziale

PSAAC_03	Attivazione del GOPAC: programmazione settimanale dell'attività chirurgica nel Polo Ospedaliero di afferenza - organizzazione del reporting
VERIFICA	Verbali delle riunioni settimanali di programmazione dell'attività chirurgica con firma
STANDARD DI VERIFICA	N° di riunioni espletate >= 90% delle riunioni programmate

PSAAC_04	Procedura di identificazione dei percorsi, definiti e separati, dei pazienti da e per l'unità di degenza e dai Blocchi Operatori nel rispetto dei criteri di RISK MANAGEMENT contestualizzati al Polo Ospedaliero di afferenza
VERIFICA	Elaborazione e approvazione della procedura aziendale con contestualizzazione ai PPOO della ASL Roma 6
STANDARD DI VERIFICA	Implementazione della procedura entro giugno 2023

PSAAC_05	Consulenze oncologiche nei reparti di Area Medica e Chirurgica
VERIFICA	Predisposizione di una procedura di consulenze oncologiche
STANDARD DI VERIFICA	Procedura entro il 31/12/2023

Piano Aziendale Equità

PAE_01	Violenza di genere: Approvazione con atto deliberativo del Vademecum prodotto a seguito di percorso formativo effettuato nell'anno 2022 e revisione nel secondo semestre
VERIFICA	Approvazione del documento elaborato congiuntamente con tutti gli attori della Rete CON TE: in rete contro la violenza e attuazione di un percorso di revisione nel secondo semestre dell'anno
STANDARD DI VERIFICA	Revisione del Vademecum entro novembre 2023

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Piano Aziendale Equità

PAE_02	PAE - Coordinamento e monitoraggio delle attività inserite nel Piano aziendale per l'equità nella salute e nei percorsi assistenziali
VERIFICA	<i>Individuazione e verifica degli strumenti di rilevazione degli ambiti di fragilità e rimodulazione del PAE</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Rimodulazione della Delibera PAE</i>
PAE_03	PAE - Implementazione dell'organizzazione finalizzata al miglioramento dell'offerta di servizi di odontoiatria sociale
VERIFICA	<i>Formalizzazione di una procedura Aziendale che regolamenti i rapporti tra i diversi Ambulatori Territoriali di Odontoiatria attraverso la creazione di una struttura basata su un modello Hub-Spoke</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Presentazione procedura entro il 31/10/2023</i>
PAE_04	PAE - Implementazione dell'organizzazione finalizzata al miglioramento dell'offerta di servizi di odontoiatria sociale
VERIFICA	<i>Numero prime visite dedicate ai pazienti vulnerabili</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>>= 15%</i>
PAE_05	PAE - PP13A4 - Prevenzione e gestione del disagio psichico materno nei primi 1000giorni e in epoca perinatale
VERIFICA	<i>Somministrazione in epoca perinatale di strumenti per lo screening della salute psichica materna ed eventuale presa in carico del singolo e/o coppia genitoriale in collaborazione con i Servizi Specialistici per la salute mentale.</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Progettazione ed attuazione di un corso Interdipartimentale (Dipartimento del Territorio e Dipartimento di Salute Mentale), sulla Salute Mentale in epoca perinatale e procedura integrazione con DSM</i>
PAE_07	PAE - Promozione ed interventi di sensibilizzazione e contrasto alla violenza di genere
VERIFICA	<i>Organizzazione di eventi collaborazione con la Procura della Repubblica di Velletri per l'apertura di uno sportello di orientamento</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Eventi attivati e tenuta dello Sportello</i>

Piano Gestione Ricovero e Sovraffollamento P.S.

PSPS_01	Dichiarazioni di Sovraffollamento Pronto Soccorso
VERIFICA	<i>Riduzione dichiarazioni Sovraffollamento PS rispetto all'anno precedente</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Riduzione del 25% delle dichiarazioni di sovraffollamento Pronto Soccorso</i>
PSPS_02	Identificazione Frequent Users e pazienti fragili, finalizzata alla riduzione dei relativi accessi incongrui presso il Pronto Soccorso e loro precoce presa in carico
VERIFICA	<i>Elaborazione procedura operativa in condivisione con i PS aziendali per identificazione dei Frequent Users e pazienti fragili.</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Elaborazione procedura operativa entro il 30 giugno</i>
PSPS_03	Consulenza specialistica di Pronto Soccorso effettuata entro i 60' dalla richiesta
VERIFICA	<i>Tempo registrato dalla richiesta di consulenza e la relativa esecuzione da parte dello specialista</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Consulenze con tempo di esecuzione entro i 60 minuti dalla richiesta per almeno 80% dei casi identificati</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Piano Gestione Ricovero e Sovraffollamento P.S.

PSPS_03	Consulenza specialistica di Pronto Soccorso effettuata entro i 60' dalla richiesta
VERIFICA	<i>Tempo registrato dalla richiesta di consulenza e la relativa esecuzione da parte dello specialista</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Consulenze con tempo di esecuzione entro i 60 minuti dalla richiesta per almeno 80% dei casi identificati</i>

PSPS_04	Ricovero pazienti che presentano disturbi comportamentali che accedono in PS
VERIFICA	<i>Ricovero presso SPDC entro le 12 ore dall'ingresso in PS per i pazienti affetti da disturbi comportamentali</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Ricovero entro 12 ore dall'ingresso in PS per almeno il 60% dei casi identificati</i>

PSPS_05	Formazione pratica PEIMAF e sovraffollamento
VERIFICA	<i>Esecuzione di almeno 1 simulazione PEIMAF per ciascun polo ospedaliero</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Verifica avvenuta simulazione</i>

PSPS_06	Colloquio con i parenti dei pazienti in osservazione PS da oltre 8 ore
VERIFICA	<i>Colloquio con i parenti (registrato su apposita casella GIPSE) 1 volta al giorno per i pazienti in attesa di ricovero da oltre 8 ore</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Registrazione del colloquio presso casella GIPSE per almeno 95% dei pazienti in PS da oltre 8 ore</i>

PSPS_07	Centri di accoglienza per i cittadini che accedono al PS/DEA
VERIFICA	<i>Realizzazione di almeno 2 centri di accoglienza</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Attivazione entro il 31/12</i>

PSPS_08	Rivalutazione del paziente in Pronto Soccorso entro 6 ore dalla prima consulenza specialistica
VERIFICA	<i>Consulenza di rivalutazione</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Consulenza di rivalutazione in almeno il 90% dei casi identificati</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Piano Gestione Ricovero e Sovraffollamento P.S.

PSPS_08	Rivalutazione del paziente in Pronto Soccorso entro 6 ore dalla prima consulenza specialistica (dalle ore 8:00 alle 20:00 dal lunedì al sabato)
VERIFICA	Consulenza di rivalutazione, se necessario
STANDARD DI VERIFICA	Consulenza di rivalutazione in almeno il 90% dei casi identificati

PSPS_10	Pazienti dimessi da Pronto Soccorso a struttura ambulatoriale
VERIFICA	Aumento rispetto al precedente anno delle dimissioni a struttura ambulatoriale (percorsi prioritari post accesso PS)
STANDARD DI VERIFICA	Aumento del 20%

PSPS_11	Refertazione esami diagnostici di II livello di Pronto Soccorso
VERIFICA	Refertazione entro 60' (Tempo registrato dalla richiesta di esame e la relativa refertazione dal momento che il paziente arriva presso la Struttura di Radiologia)
STANDARD DI VERIFICA	Tempo di refertazione esami di II livello richiesti da PS inferiore ai 60 minuti dalla richiesta per almeno il 90% dei casi identificati

PSPS_12	Rivalutazione del paziente in Pronto Soccorso
VERIFICA	Visita di controllo prenotabile direttamente su percorso di presa in carico ambulatoriale dopo dimissione da PS
STANDARD DI VERIFICA	Apertura del percorso

PS_01	Accessi e permanenza nei PS
VERIFICA	Accessi con triage rosso, esito ric./trasf e tempo di permanenza >24 h (escluso OBI)
STANDARD DI VERIFICA	≤ 10%

PS_02	Accessi e permanenza nei PS
VERIFICA	Accessi con esito ricovero o trasferimento e tempo di permanenza >24 h (escluso OBI)
STANDARD DI VERIFICA	≤ 10%

Prevenzione

PREV_01	Avvio in fase sperimentale e definitiva gestione della prevenzione con approccio 'One Health'
VERIFICA	Avvio modalità operativa su temi di sanità pubblica e costituzione gruppo di lavoro
STANDARD DI VERIFICA	100%

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Prevenzione

PREV_02	Attuazione PRP + Sorveglianza P.A.S.S.I.. Svolgimento attività previste nell'ambito del piano regionale della prevenzione e dei piani di sorveglianza P.A.S.S.I. e P.A.S.S.I d'argento
VERIFICA	<i>N° azioni effettuate relative al PAP2023. N° interviste PASSI e PASSI d'argento effettuate e caricate sul portale nazionale ISS</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Realizzazione di almeno 70% delle azioni previste nel PAP; effettuazione di almeno il 90% delle interviste PASSI e PASSI d'argento</i>
PREV_03	Vigilanza strutture sanitarie e studi medici realizzazione interventi di vigilanza nelle strutture sociosanitarie del territorio e presso gli studi medici non soggetti ad autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, ai sensi della DGR Lazio n° 447 del 09.09.2015.
VERIFICA	<i>Acquisizione verbali di verifica documentale/sopralluogo relativi al 20% delle strutture/studi censiti</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Verifica documentale ed ispettiva sul 20% delle strutture sanitarie e studi medici del territorio</i>
PREV_04	Revisione procedure aziendali afferenti al Sisp. Revisione procedure aziendali per le diverse linee di attività Sisp o definizione di nuovi percorsi di gestione in base all'individuazione di nuove esigenze operative.
VERIFICA	<i>Divulgazione ed applicazione operativa di almeno 2 nuove procedure aziendali</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Revisione di 2 procedure aziendali non aggiornate negli ultimi due anni</i>
PREV_05	Attività ordinaria LEA come da obiettivo regionale
VERIFICA	<i>Corrispondenza con obiettivo Regionale</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100%</i>
PREV_06	Partecipazione ai piani regionali di prevenzione pp6 ed in particolare: piano mirato di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nel settore della silvicoltura e prima lavorazione del legno- piano mirato di prevenzione degli infortuni nei lavori in quota nel settore delle
VERIFICA	<i>Completamento piani secondo programma regionale</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100%</i>
PREV_07	Utilizzo del programma SIP per la predisposizione e la registrazione dell'attività di istituto
VERIFICA	<i>Verifica dell'utilizzo da parte di tutti gli operatori Spresal</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100% degli operatori e per operatore</i>
PREV_08	Partecipazione ai piani regionali di prevenzione (pp1-pp3) ed in particolare: promozione della salute e stili di vita nei luoghi di lavoro e nelle scuole.
VERIFICA	<i>Completamento piani secondo programma regionale</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100%</i>
PREV_09	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).
VERIFICA	<i>N. campioni effettuati/N. campioni previsti</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100%</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Prevenzione

PREV_10	Rispetto del piano di campionamento delle acque destinate al consumo umano, ai fini della determinazione dei livelli di radioattività secondo quanto previsto dal dl.gs 28/2016 e dm 2/8/2017- applicazione secondo programma di controllo della Regione Lazio.
VERIFICA	<i>N. campioni effettuati/N. campioni previsti</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%
PREV_11	Sistema di registrazione delle scia
VERIFICA	<i>Attività reportistica e di supporto amministrativo con inserimento nella piattaforma regionale - sistema SIP</i>
STANDARD DI VERIFICA	70%
PREV_12	Rendicontazione dei dati relativi alle attività dei controlli ufficiali effettuati secondo la reportistica prevista dalla Regione Lazio, al fine di migliorare il computo dei risultati delle attività di controllo ufficiale in termini di omogeneità ed univocità (flusso della rendicontazione verso la
VERIFICA	<i>N. schede controlli ufficiali compilate /n. schede inserite</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%
PREV_13	Applicazione del D.lgs. 32/2021
VERIFICA	<i>Attività di supporto amministrativo, attività legate ad azioni di specifica competenza SIAN correlate al piano di prevenzione aziendale, relativi ad obiettivi e azioni dei programmi del PAP</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Report di monitoraggio delle azioni contenute nel PAP alla Direzione Strategica</i>
PREV_14	Sistemi di sorveglianza assegnati al SIAN (Sano chi sa - Okkio alla salute anno 2023)
VERIFICA	<i>Adempimenti amministrativi sul totale della anagrafica esistente</i>
STANDARD DI VERIFICA	
PREV_15	Piani profilassi di stato: tbc, brucellosi e leucosi bovina-bufalina, brucellosi ovi-caprina
VERIFICA	<i>Inserimento controlli in SIEV e Upload in SANAN</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%
PREV_16	Anagrafe zootecnica:gestione, aggiornamento, rilascio certificati in modalità elettronica
VERIFICA	<i>Operazioni registrate in DDN</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%
PREV_17	O.m. 06/08/2013 e s.m. "tutela dell'incolumità pubblica dall'aggressione dei cani" e sorveglianza infezioni da rabv (REG. UE 2020/629).
VERIFICA	<i>Registrazione, verifica delle segnalazioni e controlli effettuati</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Prevenzione

PREV_18	Piano nazionale farmaco sorveglianza in allevamenti DPA
VERIFICA	<i>Numero controlli effettuati sui controlli programmati</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%
PREV_19	Piano nazionale benessere animali in allevamenti DPA
VERIFICA	<i>Numero controlli effettuati sui controlli programmati</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%
PREV_20	PAP 2023 - PP10 Antimicrobico resistenza
VERIFICA	<i>Rispetto del cronoprogramma PAP 2023</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%
PREV_21	Alimentazione etnica e nuove abitudini alimentari: studio, programmazione e pianificazione attività di controllo ispettivo
VERIFICA	<i>Costituzione data base e controllo di almeno 10 attività</i>
STANDARD DI VERIFICA	90%
PREV_22	Elaborazione programma operativo in funzione a "one health"
VERIFICA	<i>Individuazione aree di criticità e report operativi</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%
PREV_23	Mantenimento dei livelli assistenziali
VERIFICA	<i>Soddisfazione degli standard di rendicontazione delle attività annuali previste</i>
STANDARD DI VERIFICA	95%
PREV_26	Rilascio passaporti Comunità Europea, rilascio certificati espatrio extra UE
VERIFICA	<i>Registrazione informatizzata e cartacea</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%
PREV_27	Iscrizioni cani dall'estero, passaggi di proprietà, cambio residenza e domicilio
VERIFICA	<i>Registrazione informatizzata e cartacea</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Prevenzione

PREV_28	Registrazione e riconoscimento colonie feline
VERIFICA	<i>Registrazione informatizzata e cartacea</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%

PREV_29	Piano Aziendale Prevenzione - Coordinamento
VERIFICA	<i>Coordinamento e monitoraggio delle azioni previste nel Piano Aziendale di Prevenzione</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Relazione sulle attività svolte</i>

PREV_30	Rilascio certificati espatrio UE
VERIFICA	<i>Verifica registrazione e cartaceo</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%

PREV_31	Screening oncologici per tumore del colon retto
VERIFICA	<i>Attivazione centro Endoscopia di Anzio e Frascati (solo se disponibile nuova tecnologia)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Entro il 30/06/2023</i>

PREV_32	Interventi Tumore alla mammella
VERIFICA	<i>Incremento rispetto al 2022</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Incremento del 15%</i>

Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

PCT_01	Controlli di qualità
VERIFICA	<i>Verifiche di conformità con particolare riferimento ai processi elencati nel Piano Trasparenza e Anticorruzione Aziendale.</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Relazione - n°4 controlli/verifiche</i>

Qualità del dato

DWH_01	Datawarehouse Oslo
VERIFICA	<i>Implementazione della Reportistica dell'Area Territoriale</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Report 976 - DSM, Dipartimento Territorio</i>

DWH_02	Datawarehouse Oslo
VERIFICA	<i>- Implementazione cruscotto attività per acuti relativa alle strutture accreditate speculari al cruscotto n.2023 già messo a punto per gli ospedali pubblici (SIO) - Integrazione ETL SIAS con il ritorno degli errori (SIAS)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Verifica dell'implementazione</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Qualità del dato

DWH_03	Trasmissione dei flussi informativi
VERIFICA	<i>Trasmissione dei flussi informativi di competenza nei tempi e secondo le modalità previste dalla disposizioni regionali/ministeriali vigenti</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Verifica della trasmissione</i>
DWH_04	Piattaforma OSLO: implementazione flussi informativi relativi al Dipartimento del Territorio in coordinamento con il Controllo di Gestione
VERIFICA	<i>Inserimento flussi e validazione</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Entro settembre 2023</i>
DWH_05	Piattaforma OSLO: Implementazione flussi per monitoraggio spesa territoriale agli assistiti (Rimborsi Legge 210/92, DCA 441/2014; legge 41/92; Terapia radiante in forma indiretta; rimborsi cure all'estero; parto a domicilio; altre tipologie di rimborsi)
VERIFICA	<i>Inserimento trimestrale dei flussi su Oslo, invio al Controllo di Gestione per la validazione (da Giugno 2023)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Verifica inserimenti effettuati</i>
DWH_07	SDO non consegnate dai reparti ai SIO ospedalieri e non trasmesse dal SIO al flusso SIO XL
VERIFICA	<i>Monitoraggio e trasmissione alle direzioni mediche di Polo dei relativi report</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Verifica avvenuto monitoraggio e trasmissione report</i>
DWH_08	Gestione software informatico per archiviazione e monitoraggio gare e contratti
VERIFICA	<i>Monitoraggio procedure di gara e contratti nel rispetto della tempistica gare presentato in Regione</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100% implementazione e monitoraggio estrazione Piano delle gare con report e alert alla Direzione Strategica</i>
DWH_09	Informatizzazione e digitalizzazione dei servizi dipartimentali in funzione dell'efficiamento degli stessi
VERIFICA	<i>Avvio fase sperimentale</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100%</i>
DWH_11	Ordine elettronico attraverso l'utilizzo della procedura informatica dedicata
VERIFICA	<i>Messa a regime dell'ordine elettronico attraverso l'utilizzo della procedura informatica dedicata</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Controllo da parte del responsabile degli ordini dell'uso esclusivo della procedura</i>
DWH_12	Datawarehouse Oslo: Implementazione Anagrafica personale
VERIFICA	<i>Caricamenti mensili su OSLO personale e trattamento economico</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100%</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Qualità del dato

DWH_13	Datawarehouse Oslo: uniformare le informazioni dei Distretti alla UOC Autorizzazione Accreditamento e Controlli
VERIFICA	<i>Realizzazione del format e ricezione mensile del format compilato dai Distretti</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%
DWH_14	Datawarehouse Oslo - Implementazione dati UOC UFFICIO TECNICO E PATRIMONIO
VERIFICA	<i>Realizzazione di un percorso condiviso con il Controllo di Gestione relativo all'invio delle informazioni dell' Anagrafica Punti fisici, importo delle locazioni per punto fisico e storico spese utenze per Presidio</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Entro settembre 2023</i>
DWH_15	Datawarehouse Oslo:Area Territoriale
VERIFICA	<i>Invio file con format e informazioni concordate (Disciplina e prestazione)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Invio file mensile (100%)</i>
DWH_16	Attività ALPI - Monitoraggio controllo normative e regolamenti
VERIFICA	<i>Estrazione di un report trimestrale alla Direzione Strategica contenente l'alert per il non rispetto delle normative e contenente il dato economico</i>
STANDARD DI VERIFICA	100%

Razionalizzazione della spesa

SP_01	Target Spesa convenzionata regionale
VERIFICA	<i>Mantenimento del target regionale (138)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Controllo delle prescrizioni dei MMG e PLS nel rispetto di tutti gli indicatori di appropriatezza e n. 20 incontri Face to Face con MMG e PLS</i>
SP_02	Monitoraggio Spesa farmaceutica
VERIFICA	<i>Report trimestrale per struttura con alert sfioramenti</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Trasmissione report alla Direzione Strategica</i>
SP_03	Avvio delle procedure di gara entro 30 gg dalla effettiva disponibilità della UOC ABS dei capitolati tecnici completi di tutte le informazioni necessarie per l'indizione della gara (descrizione dei prodotti/servizi, quantitativi, importi a a base d'asta, criteri di valutazione, ecc..).
VERIFICA	<i>Inserimento in procedura della proposta di delibera di indizione della gara entro 30 gg dalla data di ricezione dei capitolati tecnici, completi di tutte le informazioni necessarie per l'indizione, con riferimento alle gare previste nella pianificazione 2022-2023.</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>N°proposte inserite in procedura/N°capitolati tecnici trasmessi = 80 - 100 (100%) N°proposte inserite in procedura/N°capitolati tecnici trasmessi = 61 - 79 (80%) N°proposte inserite in procedura/N°capitolati tecnici trasmessi = 51 - 60 (60%)</i>

Sicurezza delle cure - Formazione

SC_01	Diffusione della cultura della sicurezza delle cure
VERIFICA	<i>Programmazione e realizzazione di un video tutorial sulla gestione del rischio (corretta identificazione della persona assistita)</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Inserimento sulla piattaforma Intranet aziendale</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Obiettivi Aziandali

Sicurezza delle cure - Risk

SC_02	Gestione del Rischio - Valutazione degli eventi avversi segnalati
VERIFICA	<i>Indizione di audit sugli eventi sentinella segnalati</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100% degli audit sugli eventi sentinella segnalati</i>
SC_03	Gestione del Rischio
VERIFICA	<i>Revisione e aggiornamento di n. 5 procedure da Raccomandazioni Ministeriali in scadenza nell'anno</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Produzione di n. 5 documenti</i>
SC_04	Gestione dei farmaci in ambiente ospedaliero
VERIFICA	<i>Realizzazione di audit in ogni Presidio Ospedaliero relativi alle 8 Raccomandazioni Ministeriali per la corretta gestione dei farmaci in ambiente ospedaliero</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>Realizzazione di 4 audit</i>

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Valutazione Direttori

Appropriatezza e qualità - DGR 1111

DGR1111_3.1.1	Emergenza PS/DEA
VERIFICA	Revisione del Piano Aziendale per il contrasto al sovraccollamento in PS/DEA
STANDARD DI VERIFICA	Revisione/miglioramento del Piano Aziendale per il contrasto al sovraccollamento in PS entro il 15 dicembre 2023
DGR1111_3.2.1	Attuazione Percorso chirurgico per setting assistenziale e complessità di cure
VERIFICA	Revisione del Piano Aziendale per l'attività chirurgica (PSAAC)
STANDARD DI VERIFICA	Revisione/miglioramento del Piano Aziendale per la chirurgia entro il mese di novembre
DGR1111_3.3.1	Miglioramento del percorso del paziente ultrasessantacinquenne con frattura del collo del femore
VERIFICA	Provvedimento inerente la definizione di azioni e obiettivi di miglioramento del percorso del paziente ultrasessantacinquenne con frattura del collo del femore che contenga la relazione inerente un audit multidisciplinare sul percorso dei casi operati oltre le 48 ore
STANDARD DI VERIFICA	Approvazione del provvedimento aziendale entro il 30 novembre
DGR1111_3.3.2	Miglioramento Parti Cesarei
VERIFICA	Provvedimento inerente la definizione di azioni e obiettivi di miglioramento sui casi di parto cesareo che contenga la relazione inerente un audit multidisciplinare
STANDARD DI VERIFICA	Approvazione del provvedimento aziendale entro il 30 novembre

Attività distrettuale - DGR 1111

DGR1111_6.1.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente
VERIFICA	Valore relativo alle prese in carico individuali per tutte le classi CIA è almeno pari al 3% della popolazione ultra sessantacinquenne
STANDARD DI VERIFICA	100%
DGR1111_6.2.1	Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale
VERIFICA	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) - Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)
STANDARD DI VERIFICA	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
DGR1111_6.3.1	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali
VERIFICA	Comunicazione formale attivazione COT
STANDARD DI VERIFICA	L'obiettivo è raggiunto se viene data evidenza della attivazione di almeno una COT nella Azienda entro il 31/12/2023

Efficienza organizzativa e Iniziative sovraziendali - DGR 1111

DGR 1111_6.4.1	Determinazione Budget e Sottoscrizione Accordo/Contratto ex 1 art. 8 quinquies D. Lgs. n.502/1992 e ss.mm.ii
VERIFICA	Adozione e trasmissione alla Regione Lazio della delibera di budget entro 30 giorni successivi alla pubblicazione sul BUR Lazio del provvedimento regionale di assegnazione budget e sottoscrizione del contratto entro i 30 giorni successivi al caricamento dei dati sul Sistema Pagamenti da parte della Regione Lazio
STANDARD DI VERIFICA	Provvedimento Assegnazione Budget/ Sottoscrizione Contratto /Audit interni Non concorrono al raggiungimento dell'obiettivo contratti di strutture che hanno in corso ripristini ex art. 9 co. 155 L.R. 19/2022, fusioni, incorporazioni o cessioni d'Azienda

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Valutazione Direttori

Efficienza organizzativa e Iniziative sovraziendali - DGR 1111

DGR 1111_6.5.1	Saldi produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture private accreditate
VERIFICA	Definizione del saldo delle partite di debito/credito, da comunicarsi alle strutture private accreditate al fine di consentire a quest'ultime l'emissione delle relative fatture Audit intermedio
STANDARD DI VERIFICA	1. 80% qualora l'ente registri ritardi compresi 1 e 10 giorni rispetto alla scadenza; 2. 65% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 11 e 30 giorni rispetto alla scadenza; 3. 40% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 31 e 60 giorni rispetto alla scadenza;

Gestione amministrativo contabile - DGR 1111

DGR1111_1.1.1	Monitoraggio Budget
VERIFICA	Predisposizione trimestrale del monitoraggio circa il rispetto del Budget 2023 assegnato a livello aziendale
STANDARD DI VERIFICA	Predisposizione di almeno 4 monitoraggi con alert alla Direzione Strategica e all'ordinatore di spesa

Governo Liste Attesa - DGR 1111

DGR1111_2.1	Piano operativo liste di attesa adempimenti di cui all'articolo 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234: erogazione del 75% delle visite specialistiche previste dallo specifico progetto trasmesso
VERIFICA	Erogazione del 75% delle visite specialistiche previste dallo specifico progetto trasmesso
STANDARD DI VERIFICA	Erogazione 10-50%= raggiunto al 50% entro il 31.12.2023 Erogazione >50%= raggiunto al 100% entro il 31.12.2023

DGR1111_2.2.1	Piano operativo liste di attesa adempimenti di cui all'articolo 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234: erogazione del 75% delle visite specialistiche previste dallo specifico progetto trasmesso
VERIFICA	Rispetto del redigendo Piano regionale liste d'attesa
STANDARD DI VERIFICA	Monitoraggio trimestrale in funzione del documento estratto dal Piano Regionale liste d'attesa.

DGR1111_2.3.1	Tempi di attesa screening mammografico
VERIFICA	Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione approfondimento diagnostico screening mammografico
STANDARD DI VERIFICA	>=90 = 100% 80-89,9 = 80% 70-79,9 = 60%

DGR1111_2.3.2	Tempi di attesa dell'esecuzione prima colonscopia
VERIFICA	Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione prima colonscopia di approfondimento diagnostico screening colon retto
STANDARD DI VERIFICA	>=90 = 100% 80-89,9 = 80% 70-79,9 = 60%

Patrimonio, tecnologia e sicurezza - DGR 1111

DGR1111_4.1.1	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR
VERIFICA	Attuazione del CIS di cui alla DGR 332/2022 per: M6.C2-1.1.2 Ammodernamento del parco digitale e tecnologico ospedaliero - Grandi Apparecchiature; M6.C1-1.2.2 Centrali Operative Territoriali - Device
STANDARD DI VERIFICA	100%

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Valutazione Direttori

Patrimonio, tecnologia e sicurezza - DGR 1111

DGR1111_4.2.2	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali
VERIFICA	Monitoraggio degli adempimenti e proposta di soluzione alle criticità relative alla mappatura dei rischi e gli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce informatiche.
STANDARD DI VERIFICA	Relazione del monitoraggio degli adempimenti e proposta di soluzione alle criticità

DGR762_4.2.1	Adeguamento alle indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica
VERIFICA	REV.2 degli interventi già effettuati con maggiore rilevanza per l'attivazione SOC
STANDARD DI VERIFICA	1. Individuazione e designazione delle figure previste al punto 3.1.1 della nota U.0734502 del 17/09/2021; 2. costituzione team dedicato alla gestione delle tematiche cyber; organizzazione formazione specifica per il personale operante dell'Azienda;

Patrimonio, tecnologia e sicurezza - DGR 762

DGR762_4.1.1	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento
VERIFICA	Invio progetti e avvio degli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018; Interventi DL 34/2020 - PNRR
STANDARD DI VERIFICA	1. DGR 861/2017 e DGR 180/2018: presentazione progetto entro Dicembre 2023. 2. DL 34/2020: validazione 100% e avvio lavori n.2 interventi 3. PNRR: validazione 100% degli interventi e consegna n.6 COT

Qualità del dato - DGR 1111

DGR1111_5.1.1	Flusso informativo contratti di dispositivi medici
VERIFICA	Percentuale di copertura codici di repertorio consumati/contrattualizzati
STANDARD DI VERIFICA	Coperture > 75% = 100% Coperture < 75% = 0

DGR1111_5.3.1	Flusso informativo consumi farmaci (File F)
VERIFICA	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi
STANDARD DI VERIFICA	100%

Razionalizzazione della spesa - DGR 1111

DGR1111_5.2.1	Flusso informativo consumi di dispositivi medici
VERIFICA	Percentuale di copertura rispetto al Modello CE
STANDARD DI VERIFICA	Coperture > 80% = 100% Coperture < 80% = 0

Sicurezza delle cure - DGR 1111

DGR1111_3.4.1	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 e pubblicazione del documento (o presenza di un link che rimandi direttamente al documento)
VERIFICA	Adozione del PARS entro il 15 febbraio di ogni anno e trasmissione entro il 28 febbraio al CRRC
STANDARD DI VERIFICA	Verifica adozione, trasmissione e pubblicazione su sito aziendale nei tempi previsti

PERFORMANCE 2023 OBIETTIVI 2023 PER LINEE STRATEGICHE

Valutazione Direttori

Sicurezza delle cure - DGR 1111

DGR1111_3.5.1	Trasmissione del Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani come allegato del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS), adottato con Determinazione n. G00643 del 25/01/2022.
VERIFICA	<i>Implementazione del Piano con specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi, e come attività mandatoria la trasmissione del suddetto piano come allegato del PARS.</i>
STANDARD DI VERIFICA	<i>100 % Trasmissione del piano di azione locale come allegato del PARS.</i>