

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 441

Del 24.05.2018

Struttura proponente Struttura Tecnica Permanente-OIV

Proposta n.469 del 21/05/2018

OGGETTO Obiettivi di Performance Organizzativa 2018

Centro di Costo

Il Direttore e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Il Direttore e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto attestano che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico annuale

Estensore MARIA BUTINELLI

Responsabile procedimento

Firma [Firma]

Firma

Responsabile procedimento MARIA BUTINELLI

Dirigente

Firma [Firma]

Firma

Dirigente

Direttore UOC GEF

Firma

Firma

Direttore Struttura proponente

Firma

SI ATTESTA

sottoconto	importo	Anno di riferimento

a) la correttezza dell'imputazione contabile indicata dalla struttura proponente

b) di aver effettuato il trasferimento di budget sul sistema contabile

c) .....

Direttore UOC GEF

Parere del Direttore Amministrativo

Dott. Manuel Festuccia

FAVOREVOLE

Firma [Firma]

NON FAVOREVOLE

Data 23/05/2018

Con motivazioni allegate al presente atto

Parere del Direttore Sanitario

Dott. Mario Ronchetti

FAVOREVOLE

Firma [Firma]

NON FAVOREVOLE

Data 23/5/18

Con motivazioni allegate al presente atto

Il Direttore Generale

Dott. Narciso Mostarda

Data 23.05.2018

Firma [Firma]

## IL RESPONSABILE STRUTTURA TECNICA PERMANENTE

### PREMESSO

che con Deliberazione n. 136 del 19/02/2018 è stato approvato il “*Piano della Performance 2018*” che individua gli obiettivi per l’anno 2018, in particolare quelli contenuti nel DCA 214/2017 avente ad oggetto “*Definizione ai sensi dell’art.3 bis, comma 5 del dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell’attività di direttori generali delle aziende del ssr e assegnazione degli obiettivi per gli anni 2016-2017*” e nella D.G.R. n. 573/2016 avente ad oggetto “*Approvazione degli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle ASL all’atto della stipula del contratto*” oltre ad indicare le aree strategiche per la formulazione di quelli denominati “*aziendali*”, in particolare

*“Obiettivi di sostenibilità - Accessibilità e fruibilità dei servizi, appropriatezza dei percorsi assistenziali quale capacità nel dare risposte adeguate e tempestive al bisogno di salute, nella fase della prevenzione cura; riduzione il tasso di ospedalizzazione attraverso setting assistenziali; utilizzo in modo appropriato delle risorse economiche disponibili in funzione di una maggiore efficacia.*

*Obiettivi di sviluppo - Promozione e valorizzazione del personale; coinvolgimento del personale in ogni processo nuovo attivato in Azienda; comunicazione interna (tra gli operatori) ed esterna (verso i cittadini); attività di formazione; applicazione di tutte le recenti normative sul tema della trasparenza ed integrità volto a garantire la pubblicità ed accessibilità dei dati e informazioni d’interesse collettivo.*

*Obiettivi di Innovazione - Sviluppo della digitalizzazione delle nuove procedure amministrative anno 2017; miglioramento dei flussi aziendali attraverso la costante manutenzione di tutti gli applicativi che alimentano il datawarehouse aziendale; introduzione di innovazioni tecnologiche, tecniche ed organizzative; completamento dei processi già avviati in relazione alle forme dell’organizzazione e agli strumenti del governo clinico – assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi.”*

*cf. “Piano della performance 2018”*

### VISTA

la Deliberazione n. 505 del 11/06/2012, modificata dalla deliberazione n. 962 del 20/12/2013 avente ad oggetto “*Approvazione del Sistema di misurazione di valutazione della Performance*” attualmente vigente in attesa dell’approvazione del nuovo regolamento da parte dell’OIV e in fase di concertazione con le OO.SS.

### CONSIDERATO

che nel mese di Marzo 2018 si sono svolti una serie di incontri presso la sede centrale della ASL con tutti i Direttori di Struttura e Coordinatori e/o Responsabili delle Posizioni Organizzative, al fine di condividere il percorso tracciato nel “*Ciclo della Performance 2018*”, in particolare la fase “*A*”- *l’assegnazione e contrattazione degli obiettivi - valori attesi e rispettivi indicatori*, attraverso un “*percorso partecipato*” che ha visto coinvolta anche l’area del comparto, in ottemperanza delle disposizioni del nuovo “*Regolamento organizzativo e gestionale delle professioni e degli operatori afferenti al Dipartimento delle Professioni Sanitarie*” come specificato nell’*Allegato n. 1* quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

che gli stessi obiettivi sono attribuiti, in relazione alle loro rispettive competenze, alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa aziendale, il loro raggiungimento permetterà agli stessi Direttori di accedere alla integrazione del relativo trattamento economico in ottemperanza dell'articolato del contratto individuale di prestazione d'opera professionale, in percentuale a ciascuno di essi spettante, per i rispettivi periodi di svolgimento della carica nell'anno 2018;

#### **PERTANTO**

terminata la fase della negoziazione degli obiettivi seguita dai rispettivi Direttori aziendali secondo la competenza e afferenza delle UOC UOSD e servizi strategici 2018., si è proceduto ad archiviare, a cura della STP, nell'applicativo informatico dedicato alla Performance organizzativa tutta la documentazione per ogni singola UUOCC e UUOSSD ed anche per alcuni servizi c.d. strategici assegnando loro obiettivi di Performance Organizzativa cfr *Servizio Prevenzione e Protezione - Coordinamento Medici Competenti - Dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche - Supporto Amministrativo Direzione Strategica* così come da **Allegato n.2** che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

#### **CONSIDERATO**

inoltre che l'attuazione del Nuovo Atto Aziendale non è ancora conclusa, pertanto l'organizzazione aziendale risulta ancora in fieri, con strutture in fase di superamento e strutture non ancora attivate, tale situazioni transitorie sono precisamente riportate nelle schede di Performance Organizzativa sottoscritte e allegate al presente provvedimento;

#### **INOLTRE**

si precisa che, rispetto alla nuova organizzazione aziendale di cui BURL n. 32, supplemento 1, del 21/4/2015, non hanno negoziato gli obiettivi di performance organizzativa 2018 le strutture del nuovo Atto Aziendale non ancora attive e/o prive al momento di un Responsabile:

0401	DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO
04469305	UOSD Galenica Oncologica
01010020	UOC INTERNAL AUDIT E COMPLIANCE AZIENDALE
01030030	UOC PSICOLOGIA DI LIAISON
04154007	UOC SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE ETA' EVOLUTIVA
0450	DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE
04500100	UOC PROFESSIONE INFERMIERISTICA
04500200	UOSD Tecnici della Riabilitazione
04500300	UOSD Tecnici di Laboratorio e di Radiologia
0446	DIPARTIMENTO FARMACEUTICI      SERVIZI      DIAGNOSTICI      E

## **INOLTRE**

la Direzione Aziendale si riserva di implementare le schede inserite nell'Allegato n 2 del presente provvedimento con gli obiettivi per ogni nuovo Responsabile nominato, in corso d'anno, per poi procedere alla formalizzazione con un provvedimento integrativo.

**DATO ATTO** che l'OIV ha espresso parere favorevole in data 16/05/2018;

## **PROPONE**

Per tutto quanto espresso in narrativa:

1. di approvare *“gli obiettivi di Performance 2018”* come meglio specificato nell'**Allegato n 2** che costituisce parte integrante per ogni singola UUOCC - UUOSD e Servizi strategici e contestualmente l'assegnazione per competenza al Direttore Amministrativo e Sanitario aziendali per la valutazione del *Ciclo della Performance 2018* ;
2. di pubblicare il presente atto ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 21/2012, sul sito informatico dell'Azienda, sezione Albo on-line

## **IL DIRETTORE GENERALE**

**LETTA E VALUTATA** la sovraesposta proposta di Deliberazione presentata dal Responsabile della STP – Struttura Tecnica Permanente;

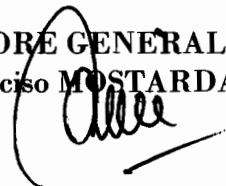
**SENTITI** il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, che hanno espresso parere favorevole all'adozione del presente atto;

## **DELIBERA**

di approvare la proposta di deliberazione avente per oggetto: *“Obiettivi di Performance Organizzativa 2018”*;

di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, comma 4 del D.Lgs n° 267/2000.

**DIRETTORE GENERALE**  
Dott. Narciso MOSTARDA



## Allegato 1 : RESPONSABILI DELLE SCHEDE DI PERFORMANCE 2018

Scheda	Descrizione Struttura	Responsabile	Coordinatori/P.O.
01000010	UOC CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITA' ANALITICA	DOTT.SSA LORELLA MENGARELLI <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Laura Ottaviani - Fabrizio Antonelli
01000020	UOC INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E WELFARE DI COMUNITA'	DOTT. GIACOMO MENGHINI <i>1 gennaio 2018</i>	
01000030	UOC SISTEMI INFORMATIVI SANITARI	DOTT.SSA CINZIA TORRI <i>1 gennaio 2018</i>	
01000040	UOC FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	DOTT. SSA ANNA MARIA SEGATORI <i>8 gennaio 2018</i>	P.O: Maria Domenica Simoni - Letizia Mallia - Anna Pierro - Anna Missor - Marina Lautizii
01000050	UOC INNOVAZIONE, SVILUPPO E ORGANIZZAZIONE	DOTT. MAURIZIO FERRANTE <i>1 gennaio 2018</i>	
0101000001	Servizio Prevenzione e Protezione	DIR. GENERALE - PIERGIORGIO MOSCA <i>1 gennaio 2018</i>	
0101000022	Supporto Amministrativo Direzione Strategica	DOTT.SSA MARIA BUTTINELLI <i>1 gennaio 2018</i>	
01010010	UOC RISK MANAGEMENT	DOTT.VITTORIO AMEDEO CICOGNA <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Lorella Virgili
01020010	UOC UFFICIO TECNICO E PATRIMONIO	ING. GIUSEPPE SERGIO SAJEVA <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Fabio Agostinelli - Luigi Annarumi
01020020	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DOTT.SSA DANIELA PACIONI <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Maria Grazia Evangelisti - Juna Guarracino
01020030	UOC AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI	DOTT. FRANCESCO MARCHITELLI <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Lara Benni - Angelo Paolo Nunnari - Matteo Mauro Orciuoli
01020040	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	DOTT. FRANCESCO MARCHITELLI <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Olga Barone - Bernardetta Colagrossi - Laura Formiglio - Maurizio Iati - Rossano Lenci - Lida Maggi - Daniela Mazzoni - Lucia Rocchina La Conca - Simona Bianchini
01020050	UOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	DOTT. GIOVANNINO ROSSI <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Graziella Mammucari - Franco Luongo
01020060	UOSD Sistemi Informatici	ING.GIOVANNI SCOPONI <i>1 gennaio 2018</i>	
01020070	UOC SUPPORTO AMMINISTRATIVO DIPARTIMENTI TERRITORIALI	DOTT. MAURIZIO OTTAVIANI <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Antonella Nanni
0103000002	Coordinamento medici competenti	DIR.GENERALE - DOTT.SSA CHIARA SESSA <i>1 gennaio 2018</i>	
01030010	UOC AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO E CONTROLLI*	DOTT. GIUSEPPE CANGIANO <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Claudio Romersi

## Allegato 1 : RESPONSABILI DELLE SCHEDE DI PERFORMANCE 2018

Scheda	Descrizione Struttura	Responsabile		Coordinatori/P.O.
01030020	UOC ALPI, RECUP, SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA E GOVERNO LISTE DI ATTESA	DOTT.SSA LORETTA GIORGANTONI <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Giovanni Antonetti
01030040	UOSD Ufficio Speciale Nuovo Ospedale Dei Castelli ed Ingegneria Clinica	ING. ALDO CELLA		P.O: Mario Pera - Orlando Laurenti
01030547	UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H1	DOTT. PAOLO ANGELETTI  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Milvia Chiavarini - Daniela Santamaita F.C: Elisabetta Salera
01030644	UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H2	DOTT.SSA SANTINA MEDAGLINI  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Maria Luisa Scannella - Luca Biserna - Carlo Bianchi F.C: Ugo Melaranci - Fausto Taloni
01030754	UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H3	DOTT. PAOLO ANGELETTI <small>1 gennaio 2018</small>	DOTT. FELICETTO ANGELINI <small>15 gennaio 2018</small>  <small>16 gennaio 2018</small>	P.O: Piero Pugliesi - Massimo Ciarla
01030843	UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H4	DOTT.SSA RITA DAL PIAZ  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Rita D'alessandro - Loris De Marchis - Antonella Pintauro
04010330	UOC DIREZIONE DISTRETTO H1	DOTT. PIERLUIGI VASSALLO  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Angelo Anglani - Riccardo Persichilli - Anna Maria Pieraccini - Stefania D'Antonio F.C: Carla Lucci
04010335	UOC DIREZIONE DISTRETTO H2	DOTT.SSA CARLA PARADISI  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Corrado Calcarì - Antonella Mara Gentili - Stefania D'Antonio - Teresita Scarioli - F.C: Doria Monfreda
04010340	UOC DIREZIONE DISTRETTO H3	DOTT. ETTORE FUSELLI  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Luciana Saraceni - Franco Piero Vicini - Stefania D'Antonio F.C: Doria Monfreda
04010345	UOC DIREZIONE DISTRETTO H4	DOTT. ANGELO FRANCESCATO  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Antonella Ottaviani - Annarita Ceotto - Stefania D'Antonio F.C: Carla Bonacini
04010350	UOC DIREZIONE DISTRETTO H5	DOTT. RAFFAELE GALLI  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Marco Conti - Salvatore Abbate - Stefania D'Antonio F.C: Simonetta Mattioli
04010355	UOC DIREZIONE DISTRETTO H6	DOTT. MARCO MATTEI  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Francesca Foto - Oronzo Natuzzi - Stefania D'Antonio
04010360	UOC PROCREAZIONE COSCIENTE E RESPONSABILE	DOTT.SSA PAOLA SCAMPATI  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Carla Oliva F.C: Paola Censi - Maria Katia Bietolini - Laura Bigiarelli
04010370	UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE	DOTT.SSA STEFANIA DELL'ORCO  <small>1 gennaio 2018</small>		
04010375	UOSD Sanità Penitenziaria	DOTT.SSA EMANUELA FALCONI  <small>1 gennaio 2018</small>		P.O: Laura Bianchi F.C: Alessia La Bruna
04010380	UOSD Medicina Legale	DOTT. MARCO SGARBAZZINI		P.O: Angelo Anglani - Corrado Calcarì - Luciana Saraceni - Antonella Ottaviani - Marco Conti - Francesca Foto

## Allegato 1 : RESPONSABILI DELLE SCHEDE DI PERFORMANCE 2018

Scheda	Descrizione Struttura	Responsabile	Coordinatori/P.O.
	UOSD Medicina Legale	DOTT. MARCO SGARBAZZINI  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Angelo Anglani - Corrado Calcarì - Luciana Saraceni - Antonella Ottaviani - Marco Conti - Francesca Foto
0415	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	DOTT. MARCO D'ALEMA  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Laura Bianchi - Maria Scarioli - Antonio Gallo - Loredana Capitani Vulgo Sebastiani
04150001	UOSD Psicoterapia e Psicodiagnosi	DOTT. GIUSEPPE INNEO  <i>1 gennaio 2018</i>	
04150002	UOSD Riabilitazione e Progetti di Reinserimento Sociale	DOTT. PAOLO CORI  <i>1 gennaio 2018</i>	
04150003	UOSD Diagnosi e Riabilitazione Età Evolutiva	DOTT.SSA DIANA DI PIETRO  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Laura Bianchi - Maria Scarioli F.C: Letizia Antonelli - Marika Giuditta Linari - Fausto Poleselli - Mariorita Antonio Figliolini - Carla Casale
04154001	UOC SPDC H1	DOTT. VINCENZO MANNA  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Laura Bianchi F.C: Daniele Roccia
04154002	UOC SPDC H2	DOTT. ANTONIO D'AURIA  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Laura Bianchi F.C: Paolo Ducci
04154003	UOC CSM H1- H3	DOTT. MARCO D'ALEMA  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Laura Bianchi - Maria Scarioli F.C: Massimo Marini - Maria Paola Zangrilli - Settimia Pollastrini
04154004	UOC CSM H4	DOTT. EDUARDO FERRI  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Laura Bianchi F.C: Carmela Palmieri - Settimia Pollastrini
04154005	UOC CSM H2- H5	DOTT. EDUARDO FERRI  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Laura Bianchi - Maria Scarioli F.C: Sandra Starnoni - Antonino Galletti - Settimia Pollastrini
04154006	UOC CSM H6	DOTT. GIUSEPPE FABIANO  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Laura Bianchi F.C: Rosella Piacentini - Settimia Pollastrini
04154008	UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE	DOTT.SSA SILVIA GALLOZZI  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Laura Bianchi F.C: Luigi Passeri - Corrado Risino - Alessandra Porri - Maria Luisa Erculei
0420	DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE	DOTT. MARIANO SIGISMONDI  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Michelina Palermo - Giuseppe Emili - Giovanni Proietti
04201701	UOC SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA (SISP)	DOTT.SSA DONATELLA VARRENTI  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Fabio Canini - Manola Magini
04201702	UOC SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL)	DOTT. MASSIMO BARBATO  <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Fabio Canini

## Allegato 1 : RESPONSABILI DELLE SCHEDE DI PERFORMANCE 2018

Scheda	Descrizione Struttura	Responsabile		Coordinatori/P.O.
04201703	UOSD Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)	DOTT.SSA ANGELA DE CAROLIS <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Fabio Canini
04201704	UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA A	DOTT. MARIANO SIGISMONDI <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Fabio Canini
04201705	UOSD Servizio Veterinario - AREA C	DOTT. NATALINO CERINI <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Fabio Canini
04201706	UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA B	DOTT. MARIANO SIGISMONDI <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Fabio Canini
04201707	UOSD Strutture Sanitarie	DOTT. FRANCESCO BEATO <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Umberto Minotti
04201708	UOSD Anagrafe Canina	DOTT. GAETANO CALOGERO SAPORITO <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Fabio Canini
0432	DIPARTIMENTO EMERGENZA	DOTT. ANDREA PINTO <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Mauro Settimi
04328101	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H1	DOTT.SSA PAOLA LAPICCIRELLA <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Patrizia Sarzo
04328102	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H2	DOTT. MAURO D'AMBROSI <i>1 gennaio 2018</i>	DOTT.SSA SIMONA CURTI <i>1 febbraio 2018</i>	F.C: Maria Vittoria Padroni
04328103	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H3	DOTT. ANTONIO FILIPPO ROMANELLI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Piero Leoni
04328104	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H4	DOTT.SSA RITA DAL PIAZ <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Giorgio di Fazio
04328105	UOSD Anestesia e Rianimazione - Polo H1*	DOTT.SSA ANGELA D'AGOSTO <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Gaetano Demingo
04328106	UOSD Anestesia e Rianimazione - Polo H2*	DOTT. GIOVANNI LAPI <i>1 gennaio 2018</i>	DOTT. PIERMARIA ORTIS <i>1 febbraio 2018</i>	F.C: Agnese Lanzarini
04328107	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H3	DOTT.SSA CARLA GIANCOTTI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Fabrizio Marinelli - Anna Giorgi
04328108	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H4	DOTT. ANDREA PINTO <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Pierluigi Orsini - Milena Nardo
04328109	UOSD Terapia Intensiva Polo H2	DOTT. PIERMARIA ORTIS <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Roberto Belcaro
04328110	UOSD Servizio di Anestesia e Blocco Operatorio Ospedale Genzano	DOTT.SSA MARIA ADDOLORATA BERNARDO <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Claudio Maggiore
04328111	UOSD Servizio di Anestesia e Blocco Operatorio Ospedale Marino	DOTT.SSA ANGELA D'AGOSTO <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Ornella Di Angelo



## Allegato 1 : RESPONSABILI DELLE SCHEDE DI PERFORMANCE 2018

Scheda	Descrizione Struttura	Responsabile		Coordinatori/P.O.
0435	DIPARTIMENTO AREA MEDICA	DOTT. GIUSEPPE PAJES <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Augusto Carpico
04350100	UOSD Allergologia Pediatrica	DOTT. MAURO PERSIANI <i>1 gennaio 2018</i>		
04350801	UOC CARDIOLOGIA - POLO H1	DOTT. GIOVANNI SARLI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Mario Balzoni
04350802	UOC CARDIOLOGIA - POLO H2	DOTT. GIUSEPPE PAJES <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Sandro Montagna
04350803	UOC CARDIOLOGIA - POLO H3	DOTT. RENATO ANASTASI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Paolo Celani
04350804	UOC CARDIOLOGIA - POLO H4	DOTT. NATALE DI BELARDINO <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Odoardo Scenna
04351600	UOC ENDOSCOPIA DIGESTIVA AZIENDALE	DOTT. GIUSEPPE PAJES <i>1 gennaio 2018</i>	DOTT. FEDERICO IACOPINI <i>21 febbraio 2018</i>	F.C: Marina Pucci - Daniela Stevanin
04352601	UOC MEDICINA GENERALE - POLO H1	DOTT. RICCARDO GUARISCO <i>1 gennaio 2018 20 febbraio 2018</i>	DOTT.SSA SABRINA CERCI <i>21 febbraio 2018</i>	F.C: Rita Raparelli - Giuseppina Proietti
04352602	UOC MEDICINA GENERALE - POLO H2	DOTT. ROBERTO CASTELLACCI <i>1 gennaio 2018</i>	DOTT.SSA FILOMENA PIETRANTONIO <i>1 marzo 2018</i>	F.C: Paolo Mariani
04352603	UOC MEDICINA GENERALE - POLO H3	DOTT. ORLANDO DELL'UNTO <i>1 gennaio 2018 20 febbraio 2018</i>	DOTT. FABIO GISMONDI <i>21 febbraio 2018</i>	F.C: Paola Senesi
04352604	UOC MEDICINA GENERALE - POLO H4	DOTT.SSA STEFANIA CASALDI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Cristiana Sambucci
04352900	UOC NEFROLOGIA E DIALISI AZIENDALE PO H2-H4	DOTT.SSA MARIA TERESA FERRAZZANO <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Lorella Di Meo - Vincenzo Di Lauro
04353902	UOC PEDIATRIA - POLO H2	DOTT. SAVERIO AQUILI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Fiorella Crespi - Simonetta Crocetta
04353903	UOSD Pediatria Polo H3	DOTT. PATRIZIO PULICATI <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Piero Pugliesi F.C: Simona Palma
04353904	UOC PEDIATRIA - POLO H4	DOTT. MAURO PERSIANI <i>1 gennaio 2018 20 febbraio 2018</i>	DOTT. OSVALDO MILITA <i>21 febbraio 2018</i>	F.C: Enrico Carocci
04355200	UOC DERMATOLOGIA AZIENDALE	DOTT. MAURIZIO ZAMPETTI <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Milvia Chiavarini
04355600	UOC RIABILITAZIONE AZIENDALE	DOTT. DANIELE MARTINI <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Stefania D'Antonio F.C: Massimo Mencarini - Dalida Bellagamba - Francesca Puggioni - Salvatore Roccia - Rosa Rustico
04356400	UOC ONCOLOGIA AZIENDALE	DOTT. MARIO BARDUAGNI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Franca D'Agostino - Roberta Napolitano

## Allegato 1 : RESPONSABILI DELLE SCHEDE DI PERFORMANCE 2018

Scheda	Descrizione Struttura	Responsabile		Coordinatori/P.O.
04356800	UOC MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO AZIENDALE	DOTT. MASSIMO MARIA BARBIERI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Anna Maria Lolli
0440	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	DOTT. FABIO CERZA <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Elena Ferrigno
04400005	UOSD Breast Unit - PO Marino	DOTT. GIOVANNI PAGANO <i>1 gennaio 2018</i>		
04400901	UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H1	DOTT. ALFONSO LISI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Alessandra Calcagni - Maria Paola Moscatelli
04400902	UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H2	DOTT. ANGELO SERAO <i>16 febbraio 2018</i>		F.C: Milli Fagnani
04400903	UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H3	DOTT. CLAUDIO MASCETTI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Elisabetta Quattrocchi
04400904	UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H4	DOTT. CARLO CASCONI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Angela Margherita Di Donna
04401403	UOC CHIRURGIA VASCOLARE - POLO H3	DOTT. GIUSEPPE LUCCHETTI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Elisabetta Quattrocchi
04403400	UOSD Oculistica	DOTT. ADRIANO CARLO LONGOBARDI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Elisabetta Salera
04403601	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H1	DOTT. FABRIZIO SALIMEI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Alessandra Calcagni - Maria Paola Moscatelli
04403602	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H2	DOTT. GUIDO MARINELLI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Milli Fagnani
04403603	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H3	DOTT. FABIO CERZA <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Elisabetta Quattrocchi
04403604	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H4	DOTT. FABIO SORRENTINO <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Angela Margherita Di Donna
04403702	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H2	DOTT. PIERANGELO CELLITTI <i>1 gennaio 2018</i>	DOTT. FRANCESCO BARLETTA <i>16 febbraio 2018</i>	F.C: Simonetta Ilfi - Maria Grazia Arnaldi
04403703	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H3	DOTT.SSA VIVIANA PROIA <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Marcella Ferrante - Paola Trinca
04403704	UOSD Ostetricia e Ginecologia Polo H 4	DOTT. MASSIMO PETRIGLIA <i>1 gennaio 2018</i>	DOTT. PAOLO RENATO MORO <i>1 marzo 2018</i>	F.C: Franca de Stefani - Anna Lisa Caronti - Paola Cucchiarelli
04403801	UOSD Otorinolaringoiatria Polo H1-H3	DOTT.SSA TIZIANA CIARLA <i>1 gennaio 2018</i>		P.O: Piero Pugliesi F.C: Elena Ferrigno
04403804	UOC OTORINOLARINGOIATRIA - POLO H4	DOTT. RICCARDO LOMBARDI <i>1 gennaio 2018</i>		F.C: Angela Margherita Di Donna

## Allegato 1 : RESPONSABILI DELLE SCHEDE DI PERFORMANCE 2018

Scheda	Descrizione Struttura	Responsabile	Coordinatori/P.O.
04404301	UOSD Urologia Polo H1	DOTT. FABRIZIO CARBONARO <i>1 gennaio 2018</i>	F.C: Alessandra Calcagni - Maria Paola Moscatelli
04404303	UOC UROLOGIA - POLO H3	DOTT. GIORGIO CORSETTI <i>1 gennaio 2018</i>	F.C: Elisabetta Quattrocchi
04460001	UOC PATOLOGIA CLINICA POLO H1-H2-H3	DOTT.SSA SILVIA MISTRETTA <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Grazia Tramini - Giovanna Gattanelli - Piero Pugliesi - Maria Luisa Scannella - Luca Biserna - Daniela Santamaita - Milvia Chiavarini F.C: Paola De Marchis
04460004	UOC PATOLOGIA CLINICA - POLO H4	DOTT.SSA SILVIA MISTRETTA <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Francesca Colonna - Loris De Marchis
04460010	UOSD Senologia	DOTT.SSA LINDA MARIA FABI <i>1 gennaio 2018</i>	P.O. Enzo Pucci F.C: Massimo Angeloni
04460011	UOSD Patologia Clinica Ospedale Genzano	DOTT. GIANNI LOVATO <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Maria Luisa Scannella F.C: Giovanna Gattanelli
04460300	UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA AZIENDALE	DOTT.SSA PATRIZIA RIGATO <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Grazia Tramini - Daniela Santamaita
04461800	UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE	DOTT. ROMOLO OLIVIERI <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Piero Pugliesi F.C: Michele Lapolla
04466101	UOSD Medicina Nucleare	DOTT. NICOLA SAMUELE TIBERIO <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Enzo Pucci F.C: Carlo Silvagni
04466901	UOSD Radiodiagnostica Polo H1	DOTT.SSA ANNA MARIA SPEZIALE <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Daniela Santamaita - Milvia Chiavarini F.C: Marco Duca - Gianfranco Bartoloni
04466902	UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H2	DOTT. STEFANO MAZZOCCHI <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Enzo Pucci F.C: Fabio Mercuri - Paolo Iacoppini - Roberto Sebastianelli - Maurizio Panetto
04466903	UOSD Radiodiagnostica POLO H3*	DOTT. MARCO CABONI <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Enzo Pucci - F.C: Stefania Pace
04466904	UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H4	DOTT. DONATO MONTEMURRO <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Enzo Pucci F.C: Riccardo Fucci - Mauro Moroni - Lucia Pera
04469300	UOC GOVERNO FARMACEUTICO OSPEDALIERO AZIENDALE*	DOTT.SSA ANNABELLA BONADONNA <i>1 gennaio 2018</i>	P.O: Luca Biserna
04469301	UOSD Farmacia Polo H1*	DOTT.SSA ALESSANDRA ARMATI <i>1 gennaio 2018</i>	
04469303	UOSD Farmacia Polo H3	DOTT.SSA GIUSEPPA MARCHETTI <i>1 gennaio 2018</i>	

## Allegato 1 : RESPONSABILI DELLE SCHEDE DI PERFORMANCE 2018

Scheda	Descrizione Struttura	Responsabile	Coordinatori/P.O.
04469304	UOSD Farmacia Polo H4 *	DOTT.SSA FRANCESCA MATTEO <small>1 gennaio 2018</small>	P.O: Loris De Marchis
04469306	UOSD Fisica Sanitaria	DOTT.SSA ALESSIA MATTACCHIONI <small>1 gennaio 2018</small>	F.C: Marco Cristianini
0450	Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche	DOTT.SSA CINZIA SANDRONI  <small>1 gennaio 2018</small>	P.O. Umberto Minotti - Marco Lacchei - Nadia Loli - Simonetta Bartolucci - Gianfranco Monti - Paola Lupi - Muriel Claudine Albine Roeder - Claudio Federici - Emma Mancini

Le Schede di Performance Organizzativa sono state firmate anche dalle Posizioni Organizzative Centrali:  
Paola Capoleva - Daniela Favale - Mauro Meoni - Maria Rita Molinari - Cinthia Vercelloni

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

Responsabile: **DOTT.SSA LORELLA MENGARELLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_41	Definizione ed implementazione del Sistema di Contabilità Analitica Aziendale	Rilevazione dei costi e dei ricavi per Centro di Costo e per Fattori Produttivi	Predisposizione template trimestrale e predisposizione CE di reparto - Strutture Ospedaliere	20
AZ_42	Audit operativo/gestionale sanitario	Predisposizione Relazioni Tecnico Gestionali	Almeno 2 relazioni nel 2018	15
AZ_43	Razionalizzazione della spesa	Monitoraggio Bilancio di previsione - Budget Generale	Report trimestrali sull'andamento della spesa e misurazione degli scostamenti rispetto agli indicatori e ai risultati attesi	15
AZ_44	Implementazione Dossier informatizzato di Valutazione individuale del dipendente "incaricato"	Predisposizione procedura	Realizzazione dossier almeno per gli incarichi dirigenziali entro Dicembre 2018	15
AZ_45	Supporto alla Direzione Generale nel processo di attivazione dell'Ospedale dei Castelli	Elaborazione di un Progetto Formativo aziendale finalizzato alla costruzione di una nuova cultura organizzativa in grado di generare nuovi processi e percorsi	Esecuzione di tutte le procedure amministrative - Predisposizione di un documento finale del Progetto formativo - organizzazione giornate dei corsi (docenti e discenti)	20
AZ_46	Supporto alla Direzione Generale nel processo di attivazione dell'Ospedale dei Castelli	Organizzazione delle attività e dei gruppi progettuali (GIANO) attivati, di volta in volta, finalizzati all'analisi dei fabbisogni e alle azioni da intraprendere per assicurare l'attivazione	Calendarizzazione incontri - Monitoraggio operatività dei gruppi - predisposizione atti propedeutici per i componenti	15

#### Note/Osservazioni

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT. GIACOMO MENGHINI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_20	Piani Attuativi Territoriali	Realizzazione dei Piani Attuativi Territoriali (P.A.T.)	Almeno 3 distretti	15
AZ_21	Implementazione Pua	Protocolli d'intesa con i comuni	Attuazione dei Protocolli di intesa	20
AZ_22	Piano sociale	attuazione dle Piano Sociale	Tre azioni legate al piano Sociale	20
AZ_38	Progetto FARI 2 - Potenziamento del Sistema di 1^ e 2^ accoglienza migranti - tutela della Salute	Attivazione dei Centri di orientamento Sanitario (COS) nell'ambito del PUA	Almeno 3 Distretti	15
AZ_39	Progetto INPS "Home Care Premium 2017"	Erogazione progetti di Assistenza Domiciliare Integrativa assegnati nell'ambito Asl Roma 6	Almeno 80% dei progetti assegnati	15
AZ_40	Ricerca AGENAS 2015 "la valutazione partecipata dal Grado di Umanizzazione delle Strutture di Ricovero"	Predisposizione dei Piani di Miglioramento	Sviluppo concertato di almeno 4 piani di Miglioramento	15

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 01000030 UOC SISTEMI INFORMATIVI SANITARI

Responsabile: DOTT.SSA CINZIA TORRI

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_14	Dati di Produzione	Mettere a disposizione i dati produzione delle strutture alle PO centrali e dei Presidi (in attesa del datawarehouse aziendale)	Almeno 3 Report	30
AZ_24	Rendere disponibili i dati dell'attività sanitaria al Controllo di Gestione e alla Struttura tecnica Permanente	Produzione Report trimestrali come indicato dal Controllo di Gestione e dalla Struttura tecnica Permanente - Per Dipartimento, Struttura, Presidio	Almeno 3 Report	30
AZ_25	Flussi informativi	Invio di tutti i flussi entro il termine e con le modalità previste dai Ministeri competenti e dalla Regione, dal Tavolo di verifica del Piano di Rientro	Verifica dell'effettivo invio	30
DCA_42	Adempienza trasmissione Flussi Informativi Adempimenti LEA in ambito farmaceutica	Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA raggiunte/Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA	100%	5
DG21_003	Implementazione della Contabilità Analitica	Implementazione corretta del nuovo applicativo del Controllo di Gestione	Verifica dell'effettivo inserimento	5

#### Note/Osservazioni

OB.DG21\_003: Subordinato all'allestimento di un nuovo sistema informatico, dalla progettazione alla messa a regime con fornitura dei dati sanitari dai flussi informativi correnti (SIO,SIAS,SIES,RAD-R)

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01000040 UOC FORMAZIONE E COMUNICAZIONE**

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

8 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_15	Campagna di comunicazione	Realizzazione di una campagna informativa per i cittadini	Documento	20
AZ_16	Riorganizzazione URP Aziendale	Riorganizzazione URP Aziendale e adozione nuovo regolamento	adozione nuovo regolamento	40
AZ_17	Customer Satisfaction	Monitoraggio di Customer Satisfaction su una struttura Opsedaliera o su un Distretto	Monitoraggio su una struttura da concordare con la Direzione Aziendale	20
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	20

**Note/Osservazioni**



**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**01000050 UOC INNOVAZIONE, SVILUPPO E ORGANIZZAZIONE**

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO FERRANTE**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_06	Abbattimento Liste di attesa	Coordinamento della Realizzazione Piani Operativi in collaborazione con i Direttori di Distretto, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni Critiche	Piano Operativo e monitoraggio	50
AZ_37	Stato di avanzamento aspetti sanitari del Progetto NOC	Relazione		40
DG1_001A	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	n.prestazioni critiche prenotate entro soglia/totale prestazioni critiche prenotate*100	90%	5
DG1_001B	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	n.persone con attesa >180gg/Totale persone prenotate nella settimana indice*100	5%	5

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

### 010100001 Servizio Prevenzione e Protezione

Responsabile: DIR. GENERALE - PIERGIORGIO MOSCA

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
SPP_01	Gestione della sicurezza antincendio	Pianificazione e organizzazione	Completamento 30%	90
SPP_02	Anagrafica del personale	Collaborazione nell'ambito delle competenze di SPP, con il coordinamento dei MC al completamento ed invio al DWH aziendale dell'anagrafica	Completamento 100%	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 010100022 *Supporto Amministrativo Direzione Strategica*

Responsabile: *DOTT.SSA MARIA BUTTINELLI*

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
SDR_1	Progetto Trasversale aziendale	Coordinamento progetto	Partecipazione ad almeno 1 progetto	30
SDR_2	Sito Aziendale	Avvio nuova piattaforma Sito aziendale	Entro 31/12	30
SDR_3	Nuovo Regolamento Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	Verifica Documento	Entro 30 Aprile 2016	40

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01010010 UOC RISK MANAGEMENT**

Responsabile: **DOSS.VITTORIO AMEDEO CICOONA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
RSK_00	Utilizzo degli indicatori di processo previsti nel PARM 2018	Analisi dei dati pervenuti dalle Direzioni Sanitarie	Relazione sui controlli effettuati dalle Direzioni Sanitarie su un campione di cartelle cliniche non inferiore al 10% dei dimessi	20
RSK_01	Progettazione Corsi di Formazione	Realizzazione Corsi di formazione inseriti nel PAF 2018	Esecuzione di almeno il 50% dei corsi approvati nel Paf	30
RSK_02	Miglioramento dell'appropriatezza assistenziale	Implementazione raccomandazioni ministeriali	Aggiornamento di almeno 2 procedure tra le più datate o assenti	30
RSK_03	Partecipazione regolare dei componenti della UOC alle riunioni del CCICA aziendale, della CVS e alle attività regionali in tema di Risk management	Regolare presenza alle riunioni	Partecipazione almeno al 90% delle riunioni	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

Responsabile: **ING. GIUSEPPE SERGIO SAJEVA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_11.3	Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi secondo schemi procedurali e modulistica già adottata negli anni precedenti	Aggiornamento del quadro riepilogativo degli immobili entro il 31/12/2018 e Presentazione del piano di assetto e di valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso	Presentazione del Piano di assetto e di valorizzazione del Patrimonio immobiliare in uso	25
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	25
UPT_01	Verificare la realizzazione dei lavori di riqualificazione energetica secondo le prescrizioni del Capitolato Tecnico del Multiservizio Tecnologico	Verifica e controllo degli adempimenti secondo Capitolato con resoconto periodico all'Azienda e alla Centrale Acquisti Regionale	Entro il 31/12/2018	10
UPT_02	Convenzione Odontoiatria - Predisporre quanto di competenza per l'attuazione della Convenzione Odontoiatria PO Frascati	Completamento lavori	Entro il 31/12/2018	15
UPT_03	Predisporre quanto di competenza per l'ultimazione dei lavori appaltati relativi alla Casa della Salute Villa Albani nei tempi preventivati	Completamento lavori	Entro il 31/12/2018	15
UPT_04	Predisposizione di un piano operativo corredato della valutazione dei costi per le analisi di vulnerabilità sismica su tutte le strutture di ricovero con un ordine di priorità sulla base dei finanziamenti e del budget assegnati	Rendicontazione periodica sulla predisposizione del piano e sulla relativa attuazione in base ai finanziamenti ed alle quote di budget disponibili - Affidamento di tutti gli incarichi per cui è disponibile il finanziamento	Entro il 31/12/2018	10

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

Responsabile: **DOTT.SSA DANIELA PACIONI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ABS_01	Adozione software per espletamento gare telematiche	Utilizzo software	Almeno 4 gare sotto soglia e 1 sopra soglia	20
ABS_014	Gare attive per tutti i dispositivi medici	Indizione o adesione	Entro il 31/12	10
ABS_02	Piano per eliminazione ordini in economia	Realizzazione Piano e condivisione con la Farmacia	Entro il 31/12	5
ABS_03	Ordini elettronici	Messa a regime	Entro Settembre 2018	35
AZ_30	Razionalizzazione della spesa	Monitoraggio spesa, valutazione e rinegoziazione dei contratti in corso	Relazione con almeno due azioni di monitoraggio	5
AZ_31	Pianificazione e riorganizzazione dell'Ufficio	Attribuzione delle competenze	Attuazione della nuova organizzazione	10
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	10
DG4_001	Contenimento spesa per beni e servizi	Determinazione delle tempistiche previste dal piano di gare	100%	5

#### **Note/Osservazioni**

Il raggiungimento dell'item DG4\_001 è subordinato alla fattiva collaborazione di tutti gli attori che inevitabilmente vengono coinvolti nei processi (gruppi di lavoro, commissioni di gara, rappresentazione fabbisogni principalmente sanitari)

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO MARCHITELLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AAG_01	Contenzioso: Attivazione procedure per il recupero delle spese legali sui contenziosi vinti	N° posizioni Creditorie su contenziosi vinti 2017/N° contenziosi vinti 2017*100	90 %	15
AAG_02	Gestione Convenzione Equitalia - Recupero crediti	Convenzione entro Giugno 2018		20
AAG_03	Pagina Intranet Sito Aziendale	Implementazione modulistica interna ed esterna	100%	15
AAG_04	Gestione Contratto GDPR	Adempimenti connessi al contratto	100%	30
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	85/90%	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 01020040 UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO MARCHITELLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_31	Stesura di una proposta operativa di riorganizzazione della UOC e dei suoi Uffici con particolare focus sull'efficiamento dei processi e sui flussi informativi interni, comprensiva di mappatura delle risorse minime necessarie	Presentazione della proposta, con relativo cronoprogramma di breve e medio periodo	Entro Dicembre 2018	5
AZ_32	Aggiornamento costante e tempestivo su applicativo informatico dei trasferimenti del personale	Collaborazione e attuazione rete PO Gestionali, PO Funzionali e PO Amministrative	100% dei trasferimenti registrati	5
AZ_33	Programmazione - Fabbisogno del Personale	Report alle Direzioni Aziendali sugli adempimenti autorizzati rispetto al fabbisogno del personale	Report mensile da Giugno 2018	10
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	10
DG3_001	Riduzione tempi medi di individuazione e assunzione del personale autorizzato	Tabella riportante il delta temporale tra data di Deliberazione di approvazione del bando e data di assunzione	Almeno il 70%	5
GRU_01	Espletamento di tutti i concorsi relativi ai Direttori di UOC	Verifica espletamento	Entro Dicembre 2018	10
GRU_02	Utilizzo sistemi informatici: messa a regime del software per la gestione informatizzata di malattie, visite fiscali ed eventuali altri istituti, attualmente in corso di acquisizione da parte della UOSD SITI	Verifica messa a regime	Entro Dicembre 2018 e comunque nei tre mesi successivi all'acquisizione (e messa a disposizione dell'Ufficio competente) del software	5
GRU_03	Implementazione sistemi informatici: messa a regime del software per la gestione informatizzata del sistema di reclutamento di personale, attualmente in corso di acquisizione da parte della UOSD SITI	Verifica messa a regime	Entro Dicembre 2018 e comunque nei tre mesi successivi all'acquisizione (e messa a disposizione dell'Ufficio competente) del software	5
GRU_04	Adozione del regolamento aziendale in materia di attività extraistituzionale che tenga conto degli aggiornamenti normativi intervenuti nell'ultimo biennio	Presentazione da parte della UOC GRU della proposta di deliberazione	Entro Dicembre 2018	15
GRU_05	Progressioni orizzontali del personale del comparto (fasce): procedimento di selezione per l'attribuzione della fascia superiore al personale avente diritto in base alla disponibilità del fondo, come da accordo sindacale siglato ad aprile 2018	Presentazione da parte della UOC GRU della proposta di deliberazione	Entro Dicembre 2018	15
GRU_06	Definizione con la competente Direzione Provinciale del percorso di assunzione delle categorie protette per colmare le carenze emerse dall'ultimo prospetto informativo	Stipula convenzione con la competente Direzione Provinciale	Entro Settembre 2018	15



**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**01020040 UOC GESTIONE RISORSE UMANE**

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO MARCHITELLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
-----	-----------------------	----------	------------------	------

**Note/Osservazioni**

--

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**01020050 UOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNINO ROSSI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AAG_02	Gestione Convenzione Equitalia - Recupero crediti	Convenzione entro Settembre 2018 e procedura di trasmissione crediti	Avvio attività di recupero crediti entro Dicembre	20
AZ_31	Pianificazione e riorganizzazione dell'Ufficio	Attribuzione delle competenze - Provvedimento approvazione organigramma e funzionigramma	Attuazione della nuova organizzazione	20
DG22_001	Implementazione della Contabilità analitica	Supporto alla UOC Controllo di Gestione per l'implementazione della Co.An.	Relazione UOC Controllo di Gestione	20
DG23_001	Rispetto tempistiche liquidazione fatture passive	Fatture lavorate/ totale fatture scadute e immesse	100%	20
GEF_01	Nuovo Sistema Amministrativo Contabile	Collaborazione allo sviluppo del nuovo Sistema	Avvio entro Dicembre 2018	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**01020060 UOSD Sistemi Informatici**

Responsabile: ING. GIOVANNI SCOPONI

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
SITI_01	Avvio della Contabilità Analitica	Sistema funzionante	100%	30
SITI_02	Spostamento del Data Center in cloud Consip	Verifica dello spostamento	100%	50
SITI_03	Deployment di 400 nuovi PC	Verifica della avvenuta distribuzione dei pc	100%	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **01020070 UOC SUPPORTO AMMINISTRATIVO DIPARTIMENTI TERRITORIALI**

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO OTTAVIANI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_10	Procedure distrettuali unificate	Attivazione di una procedura unica per i sei ditretti	1 procedura	15
AZ_23	Monitoraggio budget Protesica	Supporto ai Dirigente UOSD Medicina Legale per la risoluzione della spesa protesica del 5%	5%	10
AZ_34	Supporto alla liquidazione delle fatture relative ai Pazienti HIV assistiti presso le strutture accreditate	Liquidazione fatture entro Dicembre 2018	100%	20
AZ_35	Indizione del bando per le cooperative per i progetti territoriali del DSM ed elaborazione procedure gestione dei relativi contratti	Collaborazione con la UOC Abs ai fini dell'indizione dell'avviso per le cooperative per i progetti del DSM Entro Luglio 2018 e collaborazione con il DSM per la predisposizione delle lettere contratto	100%	5
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	20
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Supporto ai Direttori per il rispetto del budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	100%	20
PTCT_01	Riconoscimento del diritto all'esenzioni del Ticket per Patologie Croniche	Verifica periodica a campione della congruenza della documentazione presentata	Report annuale al RPC	5
PTCT_02	Prenotazione di prestazioni e servizi sanitari in regime istituzionale controllo liste di attesa	Verifica periodica a campione tra registro di sala e prenotazioni	Report semestrale al RUA e annuale al RPC	5

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 010300002 *Coordinamento medici competenti*

Responsabile: DIR.GENERALE - DOTT.SSA CHIARA SESSA

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
CMC_001	Completamento e invio al DWH aziendale dell'anagrafica personale con le limitazioni e prescrizioni	Completamento al 100% compatibilmente con l'istallazione dell'applicativo aziendale		10
CMC_002	Programmazione ed effettuazione di eventi di informazione ai lavoratori a cura di ciascun medico competente relativi ai rischi lavorativi in ambiente sanitario	Numero totale degli eventi informativi realizzati da parte di tutti i medici competenti della struttura	15 eventi informativi per tutti i medici	90

#### **Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**01030010 UOC AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO E CONTROLLI \***

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE CANGIANO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ACC_01	Controlli sistematici a campione sulle strutture aziendali accreditate relative alle prestazioni consentite/autorizzate dalla Regione	Almeno 3 strutture a trimestre sul totale dei controlli		10
DG1_003	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	Monitoraggio attività ambulatoriali strutture accreditate con mappatura dell'offerta delle strutture accreditate e i relativi indici di utilizzo semestrali	Presentazione Proposta del Piano al 30/06	10
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	80

**Note/Osservazioni**

\* UOS Valutazione prestazioni ambulatoriali e di ricovero - fino a diversa determinazione aziendale

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**01030020 UOC ALPI, RECUP, SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA E GOVERNO LISTE DI ATTESA**

Responsabile: **DOTT.SSA LORETTA GIORGIANTONI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ALP_01	Informatizzazione P.O. e anagrafica giuridica specialisti ambulatoriali	Verifica avvenuta informatizzazione	100%	20
ALP_02	Elaborazione e tenuta contabilità separata Alpi	Verifica avvenuta elaborazione	100%	20
DG1_001A	Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	N.prestazioni critiche prenotate entro soglia/totale prestazioni critiche prenotate*100	80%	10
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	50

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**01030040 UOSD Ufficio Speciale Nuovo Ospedale Dei Castelli ed Ingegneria Clinica**

Responsabile: **ING. ALDO CELLA**

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	25
DG4_002	Collaborazione con la Direzione per gli adempimenti relativi all'obiettivo n.4 del DG "Contenimento spesa per beni e servizi"	Rispetto delle tempistiche previste dal programma triennale ed annuale degli investimenti approvati e finanziati di competenza della Uosd	100%	25
NOC_01	Gare finanziate con fondi regionale	Indizione gare	Entro Settembre 2018	25
NOC_02	Reportistica lavori commissioni NOC	File dei lavori		25

**Note/Osservazioni**



## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**01030547 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H1**

Responsabile: **DOTT. PAOLO ANGELETTI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di un protocollo operativo collegamento Ospedale territorio	Protocollo Operativo entro il 30/06	5
AZ_11	Sito Aziendale	Mantenimento e costante aggiornamento della pagina dedicata al Presidio	Verifica da Referente Sito Aziendale	30
AZ_12	Scheda accoglienza pazienti	Realizzazione scheda accoglienza Pazienti in collaborazioni con le strutture	80% delle strutture del Polo	10
DCA_5.1	Riduzione dei ricoveri Diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	<25%	5
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	5
DSP_07	Gestione, controllo e verifica dei servizi forniti dalle ditte appaltate	Verbal di ispezione e report mensili	Trasmissione al DEC entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento	10
RSK_05	Controllo della completezza della documentazione Sanitaria	Controllo scheda prevenzione cadute - prevenzione Morti materne e neonato sano - Check list pre e post operatoria e consenso informato	Controllo a campione non inferiore al 10% dei dimessi per struttura	30

#### **Note/Osservazioni**

Responsabile degli obiettivi DCA\_5.1, DCA\_5.2 e DCA\_5.22 nei limiti delle competenze e del ruolo di Direttore Medico di polo Ospedaliero, così come previsto dall'Atto Aziendale (del.96/2015)

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**01030644 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H2**

Responsabile: **DOTT.SSA SANTINA MEDAGLINI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di un protocollo operativo collegamento Ospedale territorio	Protocollo Operativo entro il 30/06	5
AZ_11	Sito Aziendale	Mantenimento e costante aggiornamento della pagina dedicata al Presidio	Verifica da Referente Sito Aziendale	30
AZ_12	Scheda accoglienza pazienti	Realizzazione scheda accoglienza Pazienti in collaborazioni con le strutture	80% delle strutture del Polo	20
DCA_5.1	Riduzione dei ricoveri Diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	<25%	5
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	5
DSP_07	Gestione, controllo e verifica dei servizi forniti dalle ditte appaltate	Verbal di ispezione e report mensili	Trasmissione al DEC entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento	10
RSK_05	Controllo della completezza della documentazione Sanitaria	Controllo scheda prevenzione cadute - prevenzione Morti materne e neonato sano - Check list pre e post operatoria e consenso informato	Controllo a campione non inferiore al 10% dei dimessi per struttura	20

#### **Note/Osservazioni**

Responsabile degli obiettivi DCA\_5.1, DCA\_5.2 e DCA\_5.22 nei limiti delle competenze e del ruolo di Direttore Medico di polo Ospedaliero, così come previsto dall'Atto Aziendale (del.96/2015)

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**01030754 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H3**

Responsabile: **DOTT. PAOLO ANGELETTI**

1 gen 2018

**DOTT. FELICETTO ANGELINI**

16 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di un protocollo operativo collegamento Ospedale territorio	Protocollo Operativo entro il 30/06	5
AZ_06	Abbattimento Liste di attesa	Coordinamento della Realizzazione Piani Operativi in collaborazione con i Direttori di Distretto, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni Critiche	Piano Operativo e monitoraggio	5
AZ_11	Sito Aziendale	Mantenimento e costante aggiornamento della pagina dedicata al Presidio	Verifica da Referente Sito Aziendale	25
AZ_12	Scheda accoglienza pazienti	Realizzazione scheda accoglienza Pazienti in collaborazioni con le strutture	80% delle strutture del Polo	15
AZ_13	Collaborazione tra DS e PO e Coordinatori in relazione alla visualizzazione dei dati di produzione forniti dalla UOC SIS trimestralmente per analisi e monitoraggio dell'andamento delle attività	Attestazione della PO del presidio		5
DCA_5.1	Riduzione dei ricoveri Diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	<25%	5
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	5
DSP_07	Gestione, controllo e verifica dei servizi forniti dalle ditte appaltate	Verballi di ispezione e report mensili	Trasmissione al DEC entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento	10
RSK_05	Controllo della completezza della documentazione Sanitaria	Controllo scheda prevenzione cadute - prevenzione Morti materne e neonato sano - Check list pre e post operatoria e consenso informato	Controllo a campione non inferiore al 10% dei dimessi per struttura	20

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**01030754 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H3**

Responsabile: **DOTT. PAOLO ANGELETTI**

1 gen 2018

**DOTT. FELICETTO ANGELINI**

16 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
-----	-----------------------	----------	------------------	------

**Note/Osservazioni**

Responsabile degli obiettivi DCA\_5.1, DCA\_5.2 e DCA\_5.22 nei limiti delle competenze e del ruolo di Direttore Medico di polo Ospedaliero, così come previsto dall'Atto Aziendale (del.96/2015)

## PERFORMANCE 2018

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**01030843 UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H4**

Responsabile: **DOTT.SSA RITA DAL PIAZ**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di un protocollo operativo collegamento Ospedale territorio	Protocollo Operativo entro il 30/06	10
AZ_06	Abbattimento Liste di attesa	Coordinamento della Realizzazione Piani Operativi in collaborazione con i Direttori di Distretto, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni Critiche	Piano Operativo e monitoraggio	10
AZ_11	Sito Aziendale	Mantenimento e costante aggiornamento della pagina dedicata al Presidio	Verifica da Referente Sito Aziendale	10
AZ_12	Scheda accoglienza pazienti	Realizzazione scheda accoglienza Pazienti in collaborazioni con le strutture	80% delle strutture del Polo	10
AZ_13	Collaborazione tra DS e PO e Coordinatori in relazione alla visualizzazione dei dati di produzione forniti dalla UOC SIS trimestralmente per analisi e monitoraggio dell'andamento delle attività	Attestazione della PO del presidio		20
DCA_5.1	Riduzione dei ricoveri Diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	<25%	5
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	10
DSP_07	Gestione, controllo e verifica dei servizi forniti dalle ditte appaltate	Verballi di ispezione e report mensili	Trasmissione al DEC entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento	10
RSK_05	Controllo della completezza della documentazione Sanitaria	Controllo scheda prevenzione cadute - prevenzione Morti materne e neonato sano - Check list pre e post operatoria e consenso informato	Controllo a campione non inferiore al 10% dei dimessi per struttura	10

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**01030843**     **UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H4**

Responsabile: **DOTT.SSA RITA DAL PIAZ**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
-----	-----------------------	----------	------------------	------

**Note/Osservazioni**

Responsabile degli obiettivi DCA\_5.1, DCA\_5.2 e DCA\_5.22 nei limiti delle competenze e del ruolo di Direttore Medico di polo Ospedaliero, così come previsto dall'Atto Aziendale (del.96/2015)

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010330 UOC DIREZIONE DISTRETTO H1**

Responsabile: **DOSS. PIERLUIGI VASSALLO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di una procedura condivisa di collegamento Ospedale territorio	Elaborazione procedura entro il 30/06	30
AZ_07	Abbattimento Liste di attesa	Realizzazione Piano Operativo in collaborazione con i Direttori di Distretto, Direttori di Struttura Complessa, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni critiche - Analisi domanda - offerta sanitaria nel Distretto di Appartenenza	Analisi e monitoraggio domanda/offerta	5
DCA_1.21	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR	Consolidamento o miglioramento dati 2017 rispetto al valore traguardo 95%	10
DCA_1.22	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita	Consegna invito attivo a tutti ii nuovi iscritti PLS	15
DCA_2.1	Potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI)	% di persone di età >65 anni seguite in AD residenti nella ASL (Fonte dati SIAT)/ numero di persone di età >65 anni residenti nella ASL (Fonte Dati Istat)	>=2%	10
DCA_2.3	Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali	Presenza in carico di pazienti affetti da diabete e/o BPCO (neo diagnosticati e/o prevalenti) - Per presenza in carico si intende la messa a disposizione, in almeno il 25% delle UCP presenti nel Distretto, di quanto previsto dalla normativa regionale sui PDTA (ad es.agende prenotazione prestazioni dedicate) e l'avvio dell'effettivo reclutamento in almeno un percorso (Diabete o BPCO) di pazienti (attestato dallo specifico consenso informato e dalla prenotazione delle relative prestazioni sulle agende riservate)	Presenza in carico pazienti	5
DCA_41	Appropriatezza Farmaceutica	Spesa Farmaceutica Convenzionata/Riparto quota capitolaria fabbisogno Sanitario. Valore ideale 7,85%	CAPD 11 incontri annuali, face to face e/o focus group almeno 50% dei MMG	10
DCA_6.5	Ridurre le complicanze evitabili a breve e lungo termine nei pazienti diabetici	Numero dei ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da diabete. Valore ideale 75%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5
DCA_6.6	Ridurre i ricoveri per riacutizzazione della broncopneumopatia cronico ostruttiva nei pazienti con BPCO	Numero di ricoveri per BPCO sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da BPCO. valore ideale 14%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010330 UOC DIREZIONE DISTRETTO H1**

Responsabile: **DOTT. PIERLUIGI VASSALLO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PTCT_02	Prenotazione di prestazioni e servizi sanitari in regime istituzionale controllo liste di attesa	Confronto periodico tra registro di sala e prenotazioni	Report semestrale al RUA e annuale a RPC	5

### **Note/Osservazioni**

Obiettivo DCA\_2.3 - Subordinato alla corretta gestione delle Agende ReCUP, alla disponibilità dei MMG ed alla presenza dello specialista di riferimento e relative apparecchiature



## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010335 UOC DIREZIONE DISTRETTO H2**

Responsabile: **DOTT.SSA CARLA PARADISI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di una procedura condivisa di collegamento Ospedale territorio	Elaborazione procedura entro il 30/06	30
AZ_07	Abbattimento Liste di attesa	Realizzazione Piano Operativo in collaborazione con i Direttori di Distretto, Direttori di Struttura Complessa, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni critiche - Analisi domanda - offerta sanitaria nel Distretto di Appartenenza	Analisi e monitoraggio domanda/offerta	5
DCA_1.21	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR	Consolidamento o miglioramento dati 2017 rispetto al valore traguardo 95%	10
DCA_1.22	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita	Consegna invito attivo a tutti i nuovi iscritti PLS	15
DCA_2.1	Potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI)	% di persone di età >65 anni seguite in AD residenti nella ASL (Fonte dati SIAT)/ numero di persone di età <65 anni residenti nella ASL (Fonte Dati Istat)	>=2%	10
DCA_2.3	Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali	Presenza in carico di pazienti affetti da diabete e/o BPCO (neo diagnosticati e/o prevalenti) - Per presenza in carico si intende la messa a disposizione, in almeno il 25% delle UCP presenti nel Distretto, di quanto previsto dalla normativa regionale sui PDTA (ad es.agende prenotazione prestazioni dedicate) e l'avvio dell'effettivo reclutamento in almeno un percorso (Diabete o BPCO) di pazienti (attestato dallo specifico consenso informato e dalla prenotazione delle relative prestazioni sulle agende riservate)	Presenza in carico pazienti	5
DCA_41	Appropriatezza Farmaceutica	Spesa Farmaceutica Convenzionata/Riparto quota capitaria fabbisogno Sanitario. Valore ideale 7,85%	CAPD 11 incontri annuali, face to face e/o focus group almeno 50% dei MMG	5
DCA_6.5	Ridurre le complicanze evitabili a breve e lungo termine nei pazienti diabetici	Numero dei ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da diabete. Valore ideale 75%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5
DCA_6.6	Ridurre i ricoveri per riacutizzazione della broncopneumopatia cronica ostruttiva nei pazienti con BPCO	Numero di ricoveri per BPCO sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da BPCO. valore ideale 14%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5

## PERFORMANCE 2018

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010335 UOC DIREZIONE DISTRETTO H2**

Responsabile: **DOTT.SSA CARLA PARADISI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PTCT_02	Prenotazione di prestazioni e servizi sanitari in regime istituzionale controllo liste di attesa	Confronto periodico tra registro di sala e prenotazioni	Report semestrale al RUA e annuale a RPC	10

#### **Note/Osservazioni**

Obiettivo DCA\_2.3 - Subordinato alla corretta gestione delle Agende ReCUP, alla disponibilità dei MMG ed alla presenza dello specialista di riferimento e relative apparecchiature

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010340 UOC DIREZIONE DISTRETTO H3**

Responsabile: **DOSS. ETTORF FUSELLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di una procedura condivisa di collegamento Ospedale territorio	Elaborazione procedura entro il 30/06	30
AZ_07	Abbattimento Liste di attesa	Realizzazione Piano Operativo in collaborazione con i Direttori di Distretto, Direttori di Struttura Complessa, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni critiche - Analisi domanda - offerta sanitaria nel Distretto di Appartenenza	Analisi e monitoraggio domanda/offerta	5
DCA_1.21	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR	Consolidamento o miglioramento dati 2017 rispetto al valore traguardo 95%	10
DCA_1.22	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita	Consegna invito attivo a tutti ii nuovi iscritti PLS	15
DCA_2.1	Potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI)	% di persone di età >65 anni seguite in AD residenti nella ASL (Fonte dati SIAT)/ numero di persone di età >65 anni residenti nella ASL (Fonte Dati Istat)	>=2%	10
DCA_2.3	Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali	Presenza in carico di pazienti affetti da diabete e/o BPCO (neo diagnosticati e/o prevalenti) - Per presenza in carico si intende la messa a disposizione, in almeno il 25% delle UCP presenti nel Distretto, di quanto previsto dalla normativa regionale sui PDTA (ad es.agende prenotazione prestazioni dedicate) e l'avvio dell'effettivo reclutamento in almeno un percorso (Diabete o BPCO) di pazienti (attestato dallo specifico consenso informato e dalla prenotazione delle relative prestazioni sulle agende riservate)	Presenza in carico pazienti	5
DCA_41	Appropriatezza Farmaceutica	Spesa Farmaceutica Convenzionata/Riparto quota capitolaria fabbisogno Sanitario. Valore ideale 7,85%	CAPD 11 incontri annuali, face to face e/o focus group almeno 50% dei MMG	5
DCA_6.5	Ridurre le complicanze evitabili a breve e lungo termine nei pazienti diabetici	Numero dei ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da diabete. Valore ideale 75%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5
DCA_6.6	Ridurre i ricoveri per riacutizzazione della broncopneumopatia cronico ostruttiva nei pazienti con BPCO	Numero di ricoveri per BPCO sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da BPCO. valore ideale 14%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010340 UOC DIREZIONE DISTRETTO H3**

Responsabile: **DOTT. ETTORE FUSELLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PTCT_02	Prenotazione di prestazioni e servizi sanitari in regime istituzionale controllo liste di attesa	Confronto periodico tra registro di sala e prenotazioni	Report semestrale al RUA e annuale a RPC	10

### **Note/Osservazioni**

Obiettivo DCA\_2.3 - Subordinato alla corretta gestione delle Agende ReCUP, alla disponibilità dei MMG ed alla presenza dello specialista di riferimento e relative apparecchiature

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010345 UOC DIREZIONE DISTRETTO H4**

Responsabile: **DOTT. ANGELO FRANCESCATO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di una procedura condivisa di collegamento Ospedale territorio	Elaborazione procedura entro il 30/06	30
AZ_07	Abbattimento Liste di attesa	Realizzazione Piano Operativo in collaborazione con i Direttori di Distretto, Direttori di Struttura Complessa, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni critiche - Analisi domanda - offerta sanitaria nel Distretto di Appartenenza	Analisi e monitoraggio domanda/offerta. Indicazione A/NA (appropriata/non appropriata su registro di sala a cura dello specialista e monitoraggio per CAPD)	5
DCA_1.21	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR	Consolidamento o miglioramento dati 2017 rispetto al valore traguardo 95%	10
DCA_1.22	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita	Consegna invito attivo a tutti ii nuovi iscritti PLS	15
DCA_2.1	Potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI)	% di persone di età >65 anni seguite in AD residenti nella ASL (Fonte dati SIAT)/ numero di persone di età >65 anni residenti nella ASL (Fonte Dati Istat)	>=2%	10
DCA_2.3	Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali	Presenza in carico di pazienti affetti da diabete e/o BPCO (neo diagnosticati e/o prevalenti) - Per presenza in carico si intende la messa a disposizione, in almeno il 25% delle UCP presenti nel Distretto, di quanto previsto dalla normativa regionale sui PDTA (ad es.agende prenotazione prestazioni dedicate) e l'avvio dell'effettivo reclutamento in almeno un percorso (Diabete o BPCO) di pazienti (attestato dallo specifico consenso informato e dalla prenotazione delle relative prestazioni sulle agende riservate)	Presenza in carico pazienti	5
DCA_41	Appropriatezza Farmaceutica	Spesa Farmaceutica Convenzionata/Riparto quota capitaria fabbisogno Sanitario. Valore ideale 7,85%	CAPD 11 incontri annuali, face to face e/o focus group almeno 50% dei MMG	5
DCA_6.5	Ridurre le complicanze evitabili a breve e lungo termine nei pazienti diabetici	Numero dei ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da diabete. Valore ideale 75%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5
DCA_6.6	Ridurre i ricoveri per riacutizzazione della broncopneumopatia cronico ostruttiva nei pazienti con BPCO	Numero di ricoveri per BPCO sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da BPCO. valore ideale 14%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04010345 UOC DIREZIONE DISTRETTO H4**

Responsabile: **DOTT. ANGELO FRANCESCATO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PTCT_02	Prenotazione di prestazioni e servizi sanitari in regime istituzionale controllo liste di attesa	Confronto periodico tra registro di sala e prenotazioni	Report semestrale al RUA e annuale a RPC	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010350 UOC DIREZIONE DISTRETTO H5**

Responsabile: **DOTT. RAFFAELE GALLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di una procedura condivisa di collegamento Ospedale territorio	Elaborazione procedura entro il 30/06	30
AZ_07	Abbattimento Liste di attesa	Realizzazione Piano Operativo in collaborazione con i Direttori di Distretto, Direttori di Struttura Complessa, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni critiche - Analisi domanda - offerta sanitaria nel Distretto di Appartenenza	Analisi e monitoraggio domanda/offerta	5
DCA_1.21	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR	Consolidamento o miglioramento dati 2017 rispetto al valore traguardo 95%	10
DCA_1.22	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita	Consegna invito attivo a tutti i nuovi iscritti PLS	10
DCA_2.1	Potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI)	% di persone di età >65 anni seguite in AD residenti nella ASL (Fonte dati SIAT)/ numero di persone di età >65 anni residenti nella ASL (Fonte Dati Istat)	>=2%	10
DCA_2.3	Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali	Presenza in carico di pazienti affetti da diabete e/o BPCO (neo diagnosticati e/o prevalenti) - Per presenza in carico si intende la messa a disposizione, in almeno il 25% delle UCP presenti nel Distretto, di quanto previsto dalla normativa regionale sui PDTA (ad es. agende prenotazione prestazioni dedicate) e l'avvio dell'effettivo reclutamento in almeno un percorso (Diabete o BPCO) di pazienti (attestato dallo specifico consenso informato e dalla prenotazione delle relative prestazioni sulle agende riservate)	Presenza in carico pazienti	5
DCA_41	Appropriatezza Farmaceutica	Spesa Farmaceutica Convenzionata/Riparto quota capitaria fabbisogno Sanitario. Valore ideale 7,85%	CAPD 11 incontri annuali, face to face e/o focus group almeno 50% dei MMG	10
DCA_6.5	Ridurre le complicanze evitabili a breve e lungo termine nei pazienti diabetici	Numero dei ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da diabete. Valore ideale 75%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5
DCA_6.6	Ridurre i ricoveri per riacutizzazione della broncopneumopatia cronica ostruttiva nei pazienti con BPCO	Numero di ricoveri per BPCO sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da BPCO. Valore ideale 14%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5

## PERFORMANCE 2018

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010350 UOC DIREZIONE DISTRETTO H5**

Responsabile: **DOTT. RAFFAELE GALLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PTCT_02	Prenotazione di prestazioni e servizi sanitari in regime istituzionale controllo liste di attesa	Confronto periodico tra registro di sala e prenotazioni	Report semestrale al RUA e annuale a RPC	10

#### **Note/Osservazioni**

Obiettivo DCA\_2.3 - Subordinato alla corretta gestione delle Agende ReCUP, alla disponibilità dei MMG ed alla presenza dello specialista di riferimento e relative apparecchiature



## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010355 UOC DIREZIONE DISTRETTO H6**

Responsabile: **DOSS. MARCO MATTEI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di una procedura condivisa di collegamento Ospedale territorio	Elaborazione procedura entro il 30/06	30
AZ_07	Abbattimento Liste di attesa	Realizzazione Piano Operativo in collaborazione con i Direttori di Distretto, Direttori di Struttura Complessa, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni critiche - Analisi domanda - offerta sanitaria nel Distretto di Appartenenza	Analisi e monitoraggio domanda/offerta	5
DCA_1.21	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR	Consolidamento o miglioramento dati 2017 rispetto al valore traguardo 95%	10
DCA_1.22	Migliorare e consolidare la copertura Vaccinale prevista per la vaccinazione MPR(Morbillo-Parotite-Rosolia)	Numero nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita	Consegna invito attivo a tutti ii nuovi iscritti PLS	15
DCA_2.1	Potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI)	% di persone di età >65 anni seguite in AD residenti nella ASL (Fonte dati SIAT)/ numero di persone di età >65 anni residenti nella ASL (Fonte Dati Istat)	>=2%	10
DCA_2.3	Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali	Presenza in carico di pazienti affetti da diabete e/o BPCO (neo diagnosticati e/o prevalenti) - Per presenza in carico si intende la messa a disposizione, in almeno il 25% delle UCP presenti nel Distretto, di quanto previsto dalla normativa regionale sui PDTA (ad es.agende prenotazione prestazioni dedicate) e l'avvio dell'effettivo reclutamento in almeno un percorso (Diabete o BPCO) di pazienti (attestato dallo specifico consenso informato e dalla prenotazione delle relative prestazioni sulle agende riservate)	Presenza in carico pazienti	5
DCA_41	Appropriatezza Farmaceutica	Spesa Farmaceutica Convenzionata/Riparto quota capitolaria fabbisogno Sanitario. Valore ideale 7,85%	CAPD 11 incontri annuali, face to face e/o focus group almeno 50% dei MMG	5
DCA_6.5	Ridurre le complicanze evitabili a breve e lungo termine nei pazienti diabetici	Numero dei ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da diabete. Valore ideale 75%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5
DCA_6.6	Ridurre i ricoveri per riacutizzazione della broncopneumopatia cronico ostruttiva nei pazienti con BPCO	Numero di ricoveri per BPCO sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da BPCO. valore ideale 14%	Messa a disposizione nel Distretto di agende di prenotazione prestazioni dedicate e sensibilizzazione sui MMG	5

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010355 UOC DIREZIONE DISTRETTO H6**

Responsabile: **DOSS. MARCO MATTEI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PTCT_02	Prenotazione di prestazioni e servizi sanitari in regime istituzionale controllo liste di attesa	Confronto periodico tra registro di sala e prenotazioni	Report semestrale al RUA e annuale a RPC	10

### **Note/Osservazioni**

Obiettivo DCA\_2.3 - Subordinato alla corretta gestione delle Agende ReCUP, alla disponibilit  dei MMG ed alla presenza dello specialista di riferimento e relative apparecchiature

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04010360 UOC PROCREAZIONE COSCIENTE E RESPONSABILE**

Responsabile: **DOTT.SSA PAOLA SCAMPATI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_08	Scheda accoglienza cittadini	Stesura scheda accoglienza cittadini per il servizio erogato	scheda	20
PROC_01	Progettazione nuovi registri informatici di rilevazione delle prestazioni in linea con le richieste regionali	Monitoraggio dei dati	report semestrali	10
PROC_02	Promozione e interventi di sensibilizzazione e contrasto alla violenza di genere	Organizzazione di giornate di sensibilizzazione per operatori e cittadinanza	2 eventi nell'anno	70

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04010370 UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE**

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

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_41	Appropriatezza Farmaceutica - Monitoraggio	Predisposizione di approfondimenti trimestrali su classi farmacologiche specifiche e avvio del cruscotto HDB per il monitoraggio/valutazione/miglioramento dei percorsi terapeutici previa autorizzazione della Direzione Aziendale		20
DCA_42	Adempienza trasmissione Flussi Informativi Adempimenti LEA in ambito farmaceutica	Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA raggiunte/Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA ni condivisione con il referente aziendale e con il Direttore UOC Sistemi informatico del flusso co.	100%	20
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	30
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010375 UOSD Sanità Penitenziaria**

Responsabile: DOTT.SSA EMANUELA FALCONI

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PEN_01	Attività integrate UOSD-UOC Dipendenze Patologiche	Realizzare percorsi cordinati e condivisi	Attuazione dei Protocolli	25
PEN_02	Regolamentazione degli accessi nei locali ASL	Realizzare protocollo condiviso	Attuazione dei Protocolli	25
PEN_03	Protocollo Rischio Suicidio - Condivisione e sottoscrizione	Realizzazione protocollo condiviso	Formazione al personale e avvio fase prima sperimentazione	25
PRL_01	Cartella Clinica Informatizzata	Implementazione Cartella Clinica Informatizzata per l'assistenza Sanitaria in ambito penitenziario	< 10% su 600	25

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018 SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04010380** **UOSD Medicina Legale**

Responsabile: **DOTT. MARCO SGARBAZZINI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_09	Collegamento Ospedale Territorio	Realizzazione per gli utenti "scheda informativa per accesso ai servizi di Medicina Legale"	scheda	50
DAT_01	Riduzione spesa per la Protesica	Produzione di un protocollo coerente con i nuovi LEA e col nuovo nomenclatore tariffario	Applicazione uniforme del protocollo	50

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT. MARCO D'ALEMA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	20
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	20
DSM_05	PDPA per i disturbi dello spettro autistico nelle diverse età	Documento	Documento entro il 31/12	30
DSM_06	Definizione percorsi di cura per disturbi: schizofrenici, dell'umore, di personalità gravi	Documento	Documento entro il 31/12	30

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**0415001 UOSD Psicoterapia e Psicodiagnosi**

Responsabile: DOTT. GIUSEPPE INNEO

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_07	Progetto di diagnosi psicologica e psicoterapeutica	Attivazione di progetti di diagnosi psicologica e intervento psicoterapeutico con valutazione degli esiti	Attivazione 6 progetti e relativa supervisione	50
DSM_08	Tavolo di coordinamento	Numero riunioni	6 riunioni entro l'anno	50

**Note/Osservazioni**



**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT. PAOLO CORI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_01	Stabilizzazione funzionamento tavolo di coordinamento	compilazione verbali riunione	6 varbali entr il 31/12	20
DSM_02	Analisi e valutazione dei questionari compilati	Report finale con dati questionari	6 tabelle riassuntive con grafici	25
DSM_03	Promozione di eventi ed iniziative di contrasto allo stigma e al pregiudizio	Numero eventi e iniziative realizzati	3 eventi entro l'anno	30
DSM_04	Rilevazione Progetti di Salute Mentale dei Piani Sociali di Zona	Acquisizione dei 6 Piani di Zona	Redazione documento finale	25

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04150003 UOSD Diagnosi e Riabilitazione Età Evolutiva**

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

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	20
DSM_23	Elaborazione progetto terapia riabilitativa individuale - Area minori	Mappatura dei processi relativi agli aspetti clinici e assistenziali	Documento	20
DSM_24	Definizione di un Protocollo integrato tra TSMREE, SERD e CSM per la presa in carico dei pazienti nel passaggio tra età evolutiva e adulta	Protocollo		20
DSM_25	Elaborazione percorsi di accesso, presa in carico e integrazione in età evolutiva per età e patologia	Definizione percorsi, condivisione delle buone prassi, verificabilità delle stesse	Documento	20
DSM_26	Progetti di residenzialità in età evolutiva	Definizione criteri e procedure condivise	Documento	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154001 UOC SPDC H1**

Responsabile: **DOTT. VINCENZO MANNA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	40
SPDC_01	Promozione del consenso alle cure volontarie: dal TSO al consenso	% dei pazienti in TSO che accedono al consenso volontario entro i limiti dei 7 gg standard	50% nei pazienti totali in trattamento	30
SPDC_02	Continuità terapeutica SPDC - CSM ed integrazione assistenziale. Collegamento istituzionale con CSM SERT e TSMREE	% di pazienti dimessi dal SPDC, con programma assistenziale dei CSM SERT e TSMREE afferenti	> 40% nei pazienti dimessi da SPDC	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154002 UOC SPDC H2**

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

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	60
SPDC_01	Promozione del consenso alle cure volontarie: dal TSO al consenso	% dei pazienti in TSO che accedono al consenso volontario entro i limiti dei 7 gg standard	50%	20
SPDC_02	Continuità terapeutica SPDC - CSM ed integrazione assistenziale. Collegamento istituzionale con CSM SERT e TSMREE	% di pazienti dimessi dal SPDC, con programma assistenziale dei CSM SERT e TSMREE afferenti	> 40%	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154003 UOC CSM H1- H3**

Responsabile: **DOTT. MARCO D'ALEMA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_30	Incremento dei pazienti presi in carico	Numero nuovi casi presi in carico mensili	Non inferiori a 20 casi mensili	30
DSM_31	Incremento dell'attività a consulenza specialistica	Numero di pazienti visitati in consulenza	Non inferiori a 15 consulenze mensili	20
DSM_32	Implementazione dell'approccio open ormone negli esordi psicotici	Numero di pazienti presi in carico in un mese	6 nuovi casi mensili	25
DSM_33	Incremento delle attività dei gruppi familiari dei pazienti con sintomi complessi	Frequenza attività dei gruppi multifamiliari mensili	4 gruppi mensili	25

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154004 UOC CSM H4**

Responsabile: **DOTT. EDUARDO FERRI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_09	Protocolli di collaborazione con SPDC, SERD e UONPI	Definizione del protocollo aggiornato	N°3 incontri propedeutici alla verifica del protocollo	30
DSM_10	Rapida presa in carico dei pazienti in dimissione dal SPDC	Predisposizione di un documento di invio da parte dell'SPDC ai servizi territoriali	Presa in carico entro 48h dell'80% dei pazienti	25
DSM_11	Definizione dei progetti terapeutici dei pazienti che accedono al Centro Diurno	Presentazione progetti terapeutici	Incremento del 5% dei pazienti presi in carico	15
DSM_12	Pazienti lungoassistiti:Linee assistenziali e monitoraggio dei progetti terapeutici	Presentazione progetti terapeutici	Contenimento del numero dei pazienti lungoassistiti	15
DSM_13	Monitoraggio dei pazienti nelle Strutture Residenziali	Mappatura dei pazienti nelle strutture residenziali	N° pazienti visitati nelle strutture residenziali	15

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154005 UOC CSM H2- H5**

Responsabile: **DOTT. EDUARDO FERRI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_09	Protocolli di collaborazione con SPDC, SERD e UONPI	Definizione del protocollo aggiornato	N°3 incontri propedeutici alla verifica del protocollo	30
DSM_10	Rapida presa in carico dei pazienti in dimissione dal SPDC	Predisposizione di un documento di invio da parte dell'SPDC ai servizi territoriali	Presa in carico entro 48h dell'80% dei pazienti	25
DSM_11	Definizione dei progetti terapeutici dei pazienti che accedono al Centro Diurno	Presentazione progetti terapeutici	Incremento del 5% dei pazienti presi in carico	15
DSM_12	Pazienti lungoassistiti:Linee assistenziali e monitoraggio dei progetti terapeutici	Presentazione progetti terapeutici	Contenimento del numero dei pazienti lungoassistiti	15
DSM_13	Monitoraggio dei pazienti nelle Strutture Residenziali	Mappatura dei pazienti nelle strutture residenziali	N° pazienti visitati nelle strutture residenziali	15

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154006 UOC CSM H6**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE FABIANO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_14	Consolidamento Gruppi U.F.E. e processi di recovery	N. presenze annue	15 presenze nell'anno 2018	5
DSM_15	Implementazione Gruppi Multifamiliari	Quantificazione incontri per anno	10 incontri	15
DSM_16	Implementazione interventi di Dialogo Aperto	N.famiglie in carico nell'anno 2018	4 casi seguiti	15
DSM_17	Monitoraggio progetti Inserimenti in Strutture Residenziali e criticità	N. utenti e riepilogo criticità e ipotesi	15 utenti seguiti e Relazione sulle criticità	10
DSM_18	Gruppo Operativo Maltrattamento e abusi	N. incontri annui	10 incontri nel 2018	15
DSM_19	Esordi Psicotici, percorsi clinici condivisi	GG di presenza nell'ambulatorio dedicato	25 giorni di presenza nel 2018	20
DSM_20	Prosecuzione Interventi contro il Gioco Patologico	Attivazione gruppo e N. incontri	8 incontri nel 2018	5
DSM_21	Monitoraggio Progetti Terapeutici per utenti condivisi	N. incontri annui	6 incontri nel 2018	5
DSM_22	Collaborazione con il Coordinamento Trapianti Aziendale e Regionale	N. incontri annui	3 incontri nel 2018	5
DSM_23	Progetto " S-confinare: nel territorio oltre lo stigma"	N. eventi esterni	3 eventi nel 2018	5

**Note/Osservazioni**



## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04154008 UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Responsabile: **DOTT.SSA SILVIA GALLOZZI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DSM_27	Omogeneizzazione nei Serd dei percorsi di integrazione con DSM e TSMREE	Favorire processi di integrazione	Verifica attuazione delle procedure di facilitazione	40
DSM_28	Implementazione del Centro Aziendale Antifumo	Favorire processi di implementazione	Verifica attuazione dell'implementazione	20
DSM_29	Avviamento Centro accertamenti II livello	Favorire processi di istituzione del Centro	Verifica attuazione inizio attività	20
DSM_34	Recepimento DGR 904 del 19/12/2017 "Piano biennale regionale 20017/2018 GAP"	Istituzione osservatorio aziendale sugli interventi di prevenzione-cura-riabilitazione GAP	Elaborazione di un progetto	20

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT. MARIANO SIGISMONDI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	100%	40
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste dal planning di lavoro della UOC Gef	100%	30
PRE_27	Verifica stampa imbustamento e spedizione inviti solleci enti	Rispetto tempistiche	100%	30

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT.SSA DONATELLA VARRENTI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PRE_13	Attività epidemiologica (comprensivo di tutti gli aspetti: flussi, rapporti con il SERESMI ed altri Enti)			30
PRE_14	Attuazione PRP e sistemi di sorveglianza (incidenti domestici, incidenti stradali, PASSI e PASSI d'Argento)	iniziale coinvolgimento alle attività del Registro Tumori : 3 unità di personale in formazione al DEP		30
PRE_15	Riorganizzazione delle linee di attività del Servizio con elaborazione delle relative procedure (ove possibile)	sviluppo del sistema GIS in collaborazione con il C.N.R.	Elaborazione e attuazione delle procedure	20
PRE_16	Interventi di informazione rivolti alla popolazione	Campagne di informazione		10
PRE_17	Partecipazione e supporto alle attività di vigilanza sul territorio, comprensiva delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali.			10

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT. MASSIMO BARBATO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PRE_18	Attivazione ambulatorio primario esposti ed ex esposti amianto ed implementazione ambulatorio Med. Lavoro come da piano regionale 2018. valore relazione	attivazione ambulatori come da Piano Regionale 2018	Relazione sull'attivazione ambulatorio	15
PRE_19	Promozione della salute e stili di vita dei luoghi di lavoro	Completamento piani regionali di promozione della salute e stili di vita dei luoghi di lavoro. valore 100% peso 20	100%	15
PRE_20	Implementazione attività di igiene industriale e campionamenti in azienda		Relazione	15
PRE_21	Predisposizione procedure di lavoro ed integrazione con le procedure regionali di vigilanza e sip.		Predisposizione e attuazione procedure	15
PRE_22	Vigilanza sulle imprese come da obiettivo LEA Regionale		100%	40

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

Responsabile: DOTT.SSA ANGELA DE CAROLIS

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PRE_23	Campionamento alimenti e bevande - PRIC 2018	Rispetto del piano di campionamento alimenti e bevande - PRIC 2018 - con un numero massimo di campioni pari a 220	100%	40
PRE_24	PRP 2014-2019	Rispetto dell'attuazione relativa alle linee progettuali del PRP 2014-2019 di seguito elencate. 1.1 - Allattamento materno, 3.1, 1.4 , 8.4	100%	30
PRE_28	Implementazione e/o definizione delle procedure audit	Redazione e/o revisione delle procedure audit	100%	30

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04201704 UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA A**

Responsabile: **DOTT. MARIANO SIGISMONDI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PRE_01	Qualifiche sanitarie negli allevamenti	Mantenimento qualifiche sanitarie negli allevamenti	100%	40
PRE_02	Selezione genetica scrapie	Adempimenti selezione genetica scrapie	90%	30
PRE_03	Anagrafe zootecnica	N° 6 Check list anagrafe zootecnica e condizionalità	100%	30

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04201705 UOSD Servizio Veterinario - AREA C**

Responsabile: **DOSS. NATALINO CERINI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PRE_07	Piano Prevenzione Sicurezza Alimentare ai fini della Condizionalità	N. controlli effettuati e loro inserimento informatico in BDN sul numero dei controlli previsti dal Piano di Condizionalità	100%	30
PRE_08	Piano Prevenzione Benessere Animale tramite vigilanza, Redazione check list e inserimento dei controlli nella banca dati nazionale	N. controlli effettuati e inserimento informatico in BDN sui programmati	100%	30
PRE_09	Piano Prevenzione filiera Latte tramite vigilanza e Redazione check list	N. controlli effettuati sui programmati	100%	40

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04201706 UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA B**

Responsabile: **DOTT. MARIANO SIGISMONDI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PRE_04	PRIC 2018	Esecuzione Piani Regionali Residui	95%	30
PRE_05	Allerte sanitarie	Esecuzione nei tempi previsti delle Allerte sanitarie (RASSF).	100%	40
PRE_06	Esecuzione Audit	Esecuzione di n° 5 audit agli OSA	95%	30

**Note/Osservazioni**



## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04201707 UOSD Strutture Sanitarie**

Responsabile: **DOTT. FRANCESCO BEATO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PRE_25	Verifica dei requisiti minimi previsti dalla normativa strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate da almeno 5 anni (estrazione effettuata previa redazione di verbale pubblico), site nel territorio di competenza, assicurando la diversificazione tra le tipologie (ospedaliera, hospice, psichiatrica, ambulatoriale,etc) in attuazione dell'art.15 comma 1 del R.R. 2/2007.	Controllo almeno del 10%	Rispetto tempistica regionale - valutazione conclusiva	40
PRE_26	Verifica dei requisiti minimi previsti dalla normativa per le strutture autorizzate e accreditate da almeno 5 anni, (estrazione effettuata previa redazione di verbale pubblico), site nel territorio di competenza, assicurando la diversificazione tra le tipologie (ospedaliera, hospice, psichiatrica, ambulatoriale,etc) limitatamente alla sola parte autorizzativa.	Controllo di almeno il 15%	Rispetto tempistica regionale - valutazione conclusiva	60

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04201708 UOSD Anagrafe Canina**

Responsabile: **DOSS. GAETANO CALOGERO SAPORITO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
PRE_10	Visite sanitarie (LEA) dei cani catturati vaganti nel territorio della ASL Roma 6	N.cani visitati/N.cani catturati	100%	40
PRE_11	Rilascio, rinnovo e inserimento in banca dati Regionale di Pet-Passaport contestualmente alla richiesta	N. Pet - Passaport rilasciati / N. Pet - Passaport richiesti	100%	30
PRE_12	Registrazione in Banca dati delle pratiche on-line relative ai passaggi di proprietà e alla cancellazione anagrafica degli animali d'affezione	N. pratiche espletate / N.pratiche ricevute	100%	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 0432 **DIPARTIMENTO EMERGENZA**

Responsabile: **DOSS. ANDREA PINTO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_4.1	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	N.ro di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi (ESCLUSO OBI)	>95%	5
DCA_4.2	Rapporto fra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS/DEA alle ore 14	Rapporto fra pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento e pazienti in PS/DEA, alle ore 14	<10%	5
DCA_4.3	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore sul totale dei pazienti con esito ricovero/trasferimento (ESCLUSO OBI)	<10%	5
DCA_4.4	Accessi con Triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale dei pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento ((ESCLUSO OBI)	<10%	5
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria in relazione al personale presente	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	10
DEA_008	Efficienza supporto post-operatorio	Almeno 1 letto di TIPO riservato per il 70% al paziente post operatorio delle Chirurgie Aziendali	70%	30
DEA_14	Implementazione PEIMAF	informazione al personale, dotazione scorte aggiuntive nei PP.SS. esercitazione	Relazione	30
DEA_15	Applicazione procedura P.A.F.F.	N.di procedure P.A.F.F. attivate sul n.fratture femore in over 65 anni	>=60%	5
DEA_16	invio a dimissione a Struttura Ambulatoriale	N.dimessi da Pronto Soccorso inviati a "Dimissione a Struttura Ambulatoriale" sul totale dei dimessi da Pronto Soccorso	>=3% in almeno 3 P.S. della AslRm6	5

#### **Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT.SSA PAOLA LAPICCIRELLA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_4.1	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	N.ro di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi (ESCLUSO OBI)	>95%	10
DCA_4.2	Rapporto fra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS/DEA alle ore 14	Rapporto fra pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento e pazienti in PS/DEA, alle ore 14	<10%	5
DCA_4.3	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore sul totale dei pazienti con esito ricovero/trasferimento (ESCLUSO OBI)	<10%	5
DCA_4.4	Accessi con Triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale dei pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento ((ESCLUSO OBI)	<10%	5
DEA_14	Implementazione PEIMAF	informazione al personale, dotazione scorte aggiuntive nei PP.SS. esercitazione	Relazione	30
DEA_15	Applicazione procedura P.A.F.F.	N.di procedure P.A.F.F. attivate sul n.fratture femore in over 65 anni	>=60%	30
DEA_16	invio a dimissione a Struttura Ambulatoriale	N.dimessi da Pronto Soccorso inviati a "Dimissione a Struttura Ambulatoriale" sul totale dei dimessi da Pronto Soccorso	>=3% in almeno 3 P.S. della AslRm6	15

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04328102 UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. MAURO D'AMBROSI**

1 gen 2018

**DOTT.SSA SIMONA CURTI**

1 feb 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_4.1	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	N.ro di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi (ESCLUSO OBI)	>95%	10
DCA_4.2	Rapporto fra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS/DEA alle ore 14	Rapporto fra pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento e pazienti in PS/DEA, alle ore 14	<10%	5
DCA_4.3	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore sul totale dei pazienti con esito ricovero/trasferimento (ESCLUSO OBI)	<10%	5
DCA_4.4	Accessi con Triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale dei pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento ((ESCLUSO OBI)	<10%	5
DEA_14	Implementazione PEIMAF	informazione al personale, dotazione scorte aggiuntive nei PP.SS. esercitazione	Relazione	30
DEA_15	Applicazione procedura P.A.F.F.	N.di procedure P.A.F.F. attivate sul n.fratture femore in over 65 anni	>=80%	30
DEA_16	invio a dimissione a Struttura Ambulatoriale	N.dimessi da Pronto Soccorso inviati a "Dimissione a Struttura Ambulatoriale" sul totale dei dimessi da Pronto Soccorso	>=3% in almeno 3 P.S. della AslRm6	15

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

Responsabile: **DOTT. ANTONIO FILIPPO ROMANELLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_4.1	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	N.ro di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi (ESCLUSO OBI)	>95%	10
DCA_4.2	Rapporto fra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS/DEA alle ore 14	Rapporto fra pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento e pazienti in PS/DEA, alle ore 14	<10%	5
DCA_4.3	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore sul totale dei pazienti con esito ricovero/trasferimento (ESCLUSO OBI)	<10%	5
DCA_4.4	Accessi con Triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale dei pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento ((ESCLUSO OBI)	<10%	5
DEA_14	Implementazione PEIMAF	informazione al personale, dotazione scorte aggiuntive nei PP.SS. esercitazione	Relazione	30
DEA_15	Applicazione procedura P.A.F.F.	N.di procedure P.A.F.F. attivate sul n.fratture femore in over 65 anni	>=80%	40
DEA_16	invio a dimissione a Struttura Ambulatoriale	N.dimessi da Pronto Soccorso inviati a "Dimissione a Struttura Ambulatoriale" sul totale dei dimessi da Pronto Soccorso	>=3% in almeno 3 P.S. della AslRm6	5

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

Responsabile: DOSSA RITA DAL PIAZ

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_4.1	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	N.ro di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi (ESCLUSO OBI)	>95%	10
DCA_4.2	Rapporto fra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS/DEA alle ore 14	Rapporto fra pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento e pazienti in PS/DEA, alle ore 14	<10%	5
DCA_4.3	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore sul totale dei pazienti con esito ricovero/trasferimento (ESCLUSO OBI)	<10%	5
DCA_4.4	Accessi con Triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale dei pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento ((ESCLUSO OBI)	<10%	5
DEA_14	Implementazione PEIMAF	informazione al personale, dotazione scorte aggiuntive nei PP.SS. esercitazione	Relazione	30
DEA_15	Applicazione procedura P.A.F.F.	N.di procedure P.A.F.F. attivate sul n.fratture femore in over 65 anni	>=80%	25
DEA_16	invio a dimissione a Struttura Ambulatoriale	N.dimessi da Pronto Soccorso inviati a "Dimissione a Struttura Ambulatoriale" sul totale dei dimessi da Pronto Soccorso	>=3% in almeno 3 P.S. della AslRm6	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

Responsabile: DOTT.SSA ANGELA D'AGOSTO

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria in relazione al personale presente	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	10
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	60
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	30

#### **Note/Osservazioni**

\* UOC ANESTESIA,RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE - P.O. FRASCATI - Fino ad espletamento avviso in corso



**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04328106 UOSD Anestesia e Rianimazione - Polo H2 \***

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI LAPI**

1 gen 2018

**DOTT. PIERMARIA ORTIS**

1 feb 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria in relazione al personale presente	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	10
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	80
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	10

**Note/Osservazioni**

\* UOC ANESTESIA,RIANIMAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE - P.O. ALBANO - Fino ad espletamento avviso in corso

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT.SSA CARLA GIANCOTTI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria in relazione al personale presente	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	10
DEA_008	Efficienza supporto post-operatorio	Almeno 1 letto di TIPO riservato per il 70% al paziente post operatorio delle Chirurgie Aziendali	70%	50
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	30
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	10

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT. ANDREA PINTO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria in relazione al personale presente	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	5
DEA_008	Efficienza supporto post-operatorio	Almeno 1 letto di TIPO riservato per il 70% al paziente post operatorio delle Chirurgie Aziendali	70%	45
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	45
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	5

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04328109 UOSD Terapia Intensiva Polo H2**

Responsabile: **DOTT. PIERMARIA ORTIS**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DEA_008	Efficienza supporto post-operatorio	Almeno 1 letto di TIPO riservato per il 70% al paziente post operatorio delle Chirurgie Aziendali	70%	30
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	70

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04328110 UOSD Servizio di Anestesia e Blocco Operatorio Ospedale Genzano**

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

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria in relazione al personale presente	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	5
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	70
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	25

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT.SSA ANGELA D'AGOSTO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DEA_006	Ottimizzazione delle ore disponibili di sala operatoria in relazione al personale presente	Tasso di utilizzo delle Sale Operatorie	Relazione - VALORE =70%	10
DEA_012	Chiusura scheda SOWEB, per la parte di competenza delle figure professionali afferenti al DEA, entro la fine della seduta operatoria	Percentuale di schede chiuse su SOWB	=>90%	60
DEA_013	Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria	Valutazione dell'attuabilità della lista operatoria in relazione alla tipologia di interventi, ai tempi operatori ed agli aspetti tecnico-strumentali	Relazione riguardo le valutazioni effettuate (almeno il 50% delle liste pervenute)	30

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE PAJES**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di un protocollo operativo collegamento Ospedale territorio	Protocollo Operativo entro il 30/06	15
AZ_06	Abbattimento Liste di attesa	Coordinamento della Realizzazione Piani Operativi in collaborazione con i Direttori di Distretto, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni Critiche	Piano Operativo	20
AZ_12	Scheda accoglienza pazienti	Realizzazione scheda accoglienza Pazienti in collaborazioni con le strutture	Scheda	20
DCA_5.1	Riduzione dei ricoveri Diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	<25%	20
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
DG1_009	PDTA Scopenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scopenso cardiaco	Perfezionamento del Protocollo Operativo e Attuazione delle agende PDTA presso le UOC di Cardiologia	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04350100 UOSD Allergologia Pediatrica**

Responsabile: **DOTT. MAURO PERSIANI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ALL_01	Continuità assistenziale ai pazienti pediatrici con patologie allergiche a rischio di riacutizzazione	Protocollo di presa in carico dei pazienti pediatrici	Protocollo Operativo	50
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente/familiare per le visite con prove allergometriche e desensibilizzazione sottocutanea	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	50

**Note/Osservazioni**



## PERFORMANCE 2018

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04350801 UOC CARDIOLOGIA - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI SARLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_12	Scheda accoglienza pazienti	Realizzazione scheda accoglienza Pazienti in collaborazioni con le strutture	Scheda	25
DCA_5.1	Riduzione dei ricoveri Diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	<25%	5
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	10
DG1_009	PDTA Scopenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UUOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scopenso cardiaco	Apertura agenda PDTA entro il 31/12	30
DG_1.01	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Cardiologica, ECG, ECG da sforzo, ECG holter)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	10
RSK_01	Corretta Compilazione della Valutazione Multidimensionale per la Prevenzione delle Cadute	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	10

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04350802 UOC CARDIOLOGIA - POLO H2**

Responsabile: **DOSS. GIUSEPPE PAJES**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_12	Scheda accoglienza pazienti	Realizzazione scheda accoglienza Pazienti in collaborazioni con le strutture	Scheda	25
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
DG1_009	PDPA Scompenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UJOOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scompenso cardiaco	Apertura agenda PDPA entro il 31/12	40
DG_1.01	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Cardiologica, ECG, ECG da sforzo, ECG holter)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	10
RSK_01	Corretta Compilazione della Valutazione Multidimensionale per la Prevenzione delle Cadute	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	10
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04350803 UOC CARDIOLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. RENATO ANASTASI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_12	Scheda accoglienza pazienti	Realizzazione scheda accoglienza Pazienti in collaborazioni con le strutture	Scheda	25
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
DG1_009	PDTA Scompenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UJOOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scompenso cardiaco	Apertura agenda PDTA entro il 31/12	40
DG_1.01	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Cardiologica, ECG, ECG da sforzo, ECG holter)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	10
RSK_01	Corretta Compilazione della Valutazione Multidimensionale per la Prevenzione delle Cadute	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	10
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	10

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04350804 UOC CARDIOLOGIA - POLO H4**

Responsabile: **DOSS. NATALE DI BELARDINO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_12	Scheda accoglienza pazienti	Realizzazione scheda accoglienza Pazienti in collaborazioni con le strutture	Scheda	25
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
DG1_009	PDPA Scompenso cardiaco	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica, Direzioni di Polo e UJOOCC di Cardiologia per la stesura e implementazione del protocollo operativo scompenso cardiaco	Apertura agenda PDPA entro il 31/12	40
DG_1.01	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Cardiologica, ECG, ECG da sforzo, ECG holter)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	10
RSK_01	Corretta Compilazione della Valutazione Multidimensionale per la Prevenzione delle Cadute	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	10
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	10

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04351600 UOC ENDOSCOPIA DIGESTIVA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE PAJES**

1 gen 2018

**DOTT. FEDERICO IACOPINI**

21 feb 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG_1.02	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita gastroenterologica, Colonscopia, EGDS)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	30
DG_1.3	Copertura test Screening Colon Retto	Numero di test di screening per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni) nel programma di Screening organizzato, calcolati nel periodo diriferimento X 100	45-49%	20
END_001	Esecuzione delle consulenze in PS entro 1 ora dalla richiesta	Verifica dal sistema GIPSE	70%	10
END_002	Supporto specialistico ai reparti di degenza	Tempo di attesa esami endoscopici per pazienti ricoverati EGDS 1 giorno, colonscopia 3 giorni - verifica da report mensile dei vari centri	80%	40

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04352601 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. RICCARDO GUARISCO**

1 gen 2018

**DOTT.SSA SABRINA CERCI**

21 feb 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di un protocollo operativo collegamento Ospedale territorio	Protocollo Operativo entro il 30/06	10
DCA_5.1	Riduzione dei ricoveri Diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	<25%	5
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
MED_01	Stesura protocollo prevenzione TEV nella sindrome di allettamento	Realizzazione protocollo	Entro 2018	25
RSK_01	Corretta Compilazione della Valutazione Multidimensionale per la Prevenzione delle Cadute	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	30
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	25

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04352602 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. ROBERTO CASTELLACCI**

1 gen 2018

**DOTT.SSA FILOMENA PIETRANTONIO**

1 mar 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di un protocollo operativo collegamento Ospedale territorio	Protocollo Operativo entro il 30/06	10
DCA_5.1	Riduzione dei ricoveri Diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	<25%	20
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
MED_01	Stesura protocollo prevenzione TEV nella sindrome di allettamento	Realizzazione protocollo	Entro 2018	15
RSK_01	Corretta Compilazione della Valutazione Multidimensionale per la Prevenzione delle Cadute	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	35
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	15

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04352603 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. ORLANDO DELL'UNTO**

1 gen 2018

**DOTT. FABIO GISMONDI**

21 feb 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di un protocollo operativo collegamento Ospedale territorio	Protocollo Operativo entro il 30/06	10
DCA_5.1	Riduzione dei ricoveri Diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	<25%	20
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
MED_01	Stesura protocollo prevenzione TEV nella sindrome di allettamento	Realizzazione protocollo	Entro 2018	15
RSK_01	Corretta Compilazione della Valutazione Multidimensionale per la Prevenzione delle Cadute	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	35
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	15

**Note/Osservazioni**



## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04352604 UOC MEDICINA GENERALE - POLO H4**

Responsabile: **DOTT.SSA STEFANIA CASALDI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_01	Stesura Azioni collegamento Ospedale Territorio	Collaborazione tra Distretto, Dipartimento Area Medica e Direzioni di Polo e UUOCC di Medicina per la stesura di un protocollo operativo collegamento Ospedale territorio	Protocollo Operativo entro il 30/06	10
DCA_5.1	Riduzione dei ricoveri Diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	<25%	20
DCA_5.2	Degenza in area medica	Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale	<=8,7 gg	5
MED_01	Stesura protocollo prevenzione TEV nella sindrome di allettamento	Realizzazione protocollo	Entro 2018	15
RSK_01	Corretta Compilazione della Valutazione Multidimensionale per la Prevenzione delle Cadute	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	35
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	15

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04352900 UOC NEFROLOGIA E DIALISI AZIENDALE PO H2-H4**

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

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_03	Collegamento Ospedale Territorio	Realizzazione scheda accoglienza Pazienti - collegamento ospedale territorio	scheda	20
NEFR_02	Incremento avvio dialisi programmata rispetto all'urgenza dei pazienti seguiti in ambulatorio pre-dialisi	Incremento % rispetto al 2017	Incremento del 10%	20
NEFR_03	Aumento % della 1^ visita nefrologica	Incremento % rispetto al 2017	Incremento del 25%	40
RSK_01	Corretta Compilazione della Valutazione Multidimensionale per la Prevenzione delle Cadute	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	20

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04353902 UOC PEDIATRIA - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. SAVERIO AQUILI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_02	Condivisione attività di comunicazione con i PLS relativa all'Ambulatorio Festivo di riferimento	Attività di Comunicazione	80%	30
RSK_02	Documentazione attività assistenziale prevenzione morti materne e neonato sano	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	5
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	65

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04353903 UOSD Pediatria Polo H3**

Responsabile: **DOSS. PATRIZIO PULICATI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_02	Condivisione attività di comunicazione con i PLS relativa all'Ambulatorio Festivo di riferimento	Attività di Comunicazione	80%	30
RSK_02	Documentazione attività assistenziale prevenzione morti materne e neonato sano	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	5
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	65

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04353904 UOC PEDIATRIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. MAURO PERSIANI**

1 gen 2018

**DOTT. OSVALDO MILITA**

21 feb 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_02	Condivisione attività di comunicazione con i PLS relativa all'Ambulatorio Festivo di riferimento	Attività di Comunicazione	80%	30
RSK_02	Documentazione attività assistenziale prevenzione morti materne e neonato sano	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	5
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	65

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04355200 UOC DERMATOLOGIA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. MAURIZIO ZAMPETTI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_04	Abbattimento Liste di attesa	Realizzazione Piano Operativo in collaborazione con i Direttori di Distretto, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni di dermatologia	Piano Operativo e monitoraggio	70
DG_1.03	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Dermatologica)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04355600 UOC RIABILITAZIONE AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. DANIELE MARTINI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
RIAB_01	Mantenimento del percorso riabilitativo post ricovero ordinario in regime di Dh o ambulatoriale dei pazienti idonei	Numero pazienti presi in carico presso Dh/Ambulatorio fisiatrico post-dimissione	Almeno il 30% dei pazienti dimessi	25
RIAB_02	Rispetto dei tempi Asp per la dimissione dei pazienti compatibilmente con gli eventuali imprevisti	Verifica della Direzione Sanitaria del rispetto dei tempi		15
RSK_01	Corretta Compilazione della Valutazione Multidimensionale per la Prevenzione delle Cadute	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	30
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	30

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04356400 UOC ONCOLOGIA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. MARIO BARDUAGNI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_06	Abbattimento Liste di attesa	Coordinamento della Realizzazione Piani Operativi in collaborazione con i Direttori di Distretto, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni Critiche	Piano Operativo e monitoraggio	25
AZ_19	Adempimenti relativi al Percorso Senologia	Valutazione multidisciplinare	100% delle richieste	50
DG_1.12	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visite )	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	25

**Note/Osservazioni**



## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### **04356800 UOC MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT. MASSIMO MARIA BARBIERI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_05	Abbattimento Liste di attesa	Realizzazione Piano Operativo in collaborazione con i Direttori di Distretto, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni di Pneumologia	Piano Operativo e monitoraggio	10
AZ_47	Cure intermedie	Collaborazione con i Distretti per le Prestazioni di Pneumologia	Piano Operativo	30
AZ_48	PDTA-BPCO	Incremento delle Prestazioni PDTA-BPCO	Incremento del 40%	50
DCA_6.6	Ridurre i ricoveri per riacutizzazione della broncopneumopatia cronico ostruttiva nei pazienti con BPCO	Numero di ricoveri per BPCO sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da BPCO	14%o	5
DG_1.04	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Pneumologica, Spirometria)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	5

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

Responsabile: **DOSS. FABIO CERZA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
AZ_06	Abbattimento Liste di attesa	Coordinamento della Realizzazione Piani Operativi in collaborazione con i Direttori di Distretto, Responsabile delle Liste di Attesa e Medici Specialisti Ambulatoriali per l'abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni Critiche	Piano Operativo e monitoraggio	5
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	5
DCA_6.2	Aumento della tempestività di esecuzione degli interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano	N.ro ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore con intervento entro 2 gg dalla data di accesso nella struttura di ricovero in pazienti over 65 sul totale dei ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore in pazienti over 65	60%	5
DCA_6.3	Riduzione della degenza post-operatoria dopo intervento di colecistectomia laparoscopica e riorganizzazione dell'attività chirurgica	Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica.	70%	40
DCA_6.4	Riduzione del numero di nuovi interventi di resezione successivi ad un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella e riorganizzazione dell'attività chirurgica	Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella sul totale degli interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella	10%	40
DCA_6.7	Ridurre il ricorso potenzialmente inappropriato al taglio cesareo nelle donne senza pregresso cesareo	Numero di ricoveri per parto cesareo primario sul totale dei parti con nessun pregresso cesareo	<25% - strutture con n. >1000 parti l'anno <15% - strutture con n. >500 e <1000 parti l'anno	5

#### **Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04400005 UOSD Breast Unit - PO Marino**

Responsabile: **DOTT. GIOVANNI PAGANO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_6.4	Riduzione del numero di nuovi interventi di resezione successivi ad un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella e riorganizzazione dell'attività chirurgica	Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella sul totale degli interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella.	10%	30
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	35
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	35

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04400901 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H1**

Responsabile: **DOTT. ALFONSO LISI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	5
DCA_6.3	Riduzione della degenza post-operatoria dopo intervento di colecistectomia laparoscopica e riorganizzazione dell'attività chirurgica	Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica.	70%	5
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	40
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	50

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04400902 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H2**

Responsabile: DOSS. ANGELO SERAO

16 feb 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	5
DCA_6.3	Riduzione della degenza post-operatoria dopo intervento di colecistectomia laparoscopica e riorganizzazione dell'attività chirurgica	Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica.	70%	30
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	30
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	35

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04400903 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. CLAUDIO MASCETTI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	10
DCA_6.3	Riduzione della degenza post-operatoria dopo intervento di colecistectomia laparoscopica e riorganizzazione dell'attività chirurgica	Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica.	70%	30
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	30
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04400904 UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H4**

Responsabile: **DOSS. CARLO CASCONI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	5
DCA_6.3	Riduzione della degenza post-operatoria dopo intervento di colecistectomia laparoscopica e riorganizzazione dell'attività chirurgica	Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica.	70%	75
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	5
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	15

#### **Note/Osservazioni**

La produttività della Uoc è crollata nel corso dell'anno per la riduzione drastica del n.di sedute operatorie legate prevalentemente a carenza di anestesisti e per la non agibilità della week surgery per lavori di manutenzione nel reparto di ginecologia

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04401403 UOC CHIRURGIA VASCOLARE - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. GIUSEPPE LUCCHETTI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	10
DG_1.05	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Chirurgia Vascolare)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	10
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	40
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	40

**Note/Osservazioni**



## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403400 UOSD Oculistica**

Responsabile: **DOTT. ADRIANO CARLO LONGOBARDI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG_1.06	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Oculistica e Fondo)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	5
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	45
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	50

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOSS. FABRIZIO SALIMEI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_6.2	Aumento della tempestività di esecuzione degli interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano	N.ro ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore con intervento entro 2 gg dalla data di accesso nella struttura di ricovero in pazienti over 65 sul totale dei ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore in pazienti over 65	60%	5
DG_1.07	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Ortopedica)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	5
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	5
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	85

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04403602 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. GUIDO MARINELLI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_6.2	Aumento della tempestività di esecuzione degli interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano	N.ro ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore con intervento entro 2 gg dalla data di accesso nella struttura di ricovero in pazienti over 65 sul totale dei ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore in pazienti over 65	60%	20
DG_1.07	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Ortopedica)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	20
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	30
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	30

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOTT. FABIO CERZA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_6.2	Aumento della tempestività di esecuzione degli interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano	N.ro ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore con intervento entro 2 gg dalla data di accesso nella struttura di ricovero in pazienti over 65 sul totale dei ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore in pazienti over 65	60%	5
DG_1.07	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Ortopedica)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	5
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	45
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	45

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

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

Responsabile: **DOSS. FABIO SORRENTINO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_6.2	Aumento della tempestività di esecuzione degli interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano	N.ro ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore con intervento entro 2 gg dalla data di accesso nella struttura di ricovero in pazienti over 65 sul totale dei ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore in pazienti over 65	60%	15
DG_1.07	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Ortopedica)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	15
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	35
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	35

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403702 UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H2**

Responsabile: **DOTT. PIERANGELO CELLITI**

1 gen 2018

**DOTT. FRANCESCO BARLETTA**

16 feb 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	30
DCA_6.7	Ridurre il ricorso potenzialmente inappropriato al taglio cesareo nelle donne senza pregresso cesareo	Numero di ricoveri per parto cesareo primario sul totale dei parti con nessun pregresso cesareo	<25% - strutture con n. >1000 parti l'anno <15% - strutture con n. >500 e <1000 parti l'anno	5
DG_1.08	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Ginecologica)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	5
RSK_02	Documentazione attività assistenziale prevenzione morti materne e neonato sano	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	10
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	15
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	35

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

Responsabile: **DOTT.SSA VIVIANA PROIA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	10
DCA_6.7	Ridurre il ricorso potenzialmente inappropriato al taglio cesareo nelle donne senza pregresso cesareo	Numero di ricoveri per parto cesareo primario sul totale dei parti con nessun pregresso cesareo	<25% - strutture con n. >1000 parti l'anno <15% - strutture con n. >500 e <1000 parti l'anno	10
DG_1.08	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Ginecologica)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	10
RSK_02	Documentazione attività assistenziale prevenzione morti materne e neonato sano	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	30
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	20
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	20

#### **Note/Osservazioni**

DCA\_6.7 - L'attenzione al contenimento dei parti cesarei primari è un obiettivo fondamentale per il Punto Nascita del Polo H3, ovviamente poter offrire la Partoanalgesia concorrerebbe al raggiungimento del valore traguardo

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403704 UOSD Ostetricia e Ginecologia Polo H4**

Responsabile: **DOTT. MASSIMO PETRIGLIA**

1 gen 2018

**DOTT. PAOLO RENATO MORO**

1 mar 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_5.22	Degenza preoperatoria	Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico	<= 1,7 gg	20
DCA_6.7	Ridurre il ricorso potenzialmente inappropriato al taglio cesareo nelle donne senza pregresso cesareo	Numero di ricoveri per parto cesareo primario sul totale dei parti con nessun pregresso cesareo	<25% - strutture con n. >1000 parti l'anno <15% - strutture con n. >500 e <1000 parti l'anno	15
DG_1.08	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Ginecologica)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	15
RSK_02	Documentazione attività assistenziale prevenzione morti materne e neonato sano	Presenza della documentazione nella cartella clinica	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	20
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	15
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	15

**Note/Osservazioni**



## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403801 UOSD Otorinolaringoiatria Polo H1-H3**

Responsabile: **DOTT.SSA TIZIANA CIARLA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG_1.09	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Audio)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	10
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	10
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	80

***Note/Osservazioni***

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04403804 UOC OTORINOLARINGOIATRIA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT. RICCARDO LOMBARDI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG_1.09	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita ORL e Audio)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	5
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	40
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	55

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04404301 UOSD Urologia Polo H1**

Responsabile: **DOTT. FABRIZIO CARBONARO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG_1.10	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Urologica)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	10
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	10
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	80

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04404303 UOC UROLOGIA - POLO H3**

Responsabile: **DOTT. GIORGIO CORSETTI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG_1.10	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (Visita Urologica)	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	20
RSK_03	Corretta compilazione della check list pre e post- operatoria	Presenza nella cartella clinica della check list pre e post operatoria	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	50
RSK_04	Consenso informato	Presenza nella cartella clinica del modello consenso informato sottoscritto dal paziente.	Verifica a campione (non inferiore al 10% dei dimessi) da parte della Direzione Sanitaria di Polo	30

***Note/Osservazioni***

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04460001 UOC PATOLOGIA CLINICA POLO H1-H2-H3**

Responsabile: **DOTT.SSA SILVIA MISTRETTA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
LAB_01	Riorganizzazione e omogeneizzazione dei Laboratori della Asl Roma 6 (H1,H2,H3,H4) in virtù della riorganizzazione segnalata dalla Regione Lazio	Mantenimento della produttività 2017 del 100% per urgenze e pazienti interni e del 70% per pazienti esterni		50
LAB_02	Omogeneizzazione linee di attività tra laboratori area castelli e area litorale	Verifica linee di attività omogeneizzate	100%	50

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04460004 UOC PATOLOGIA CLINICA - POLO H4**

Responsabile: **DOTT.SSA SILVIA MISTRETTA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
LAB_01	Riorganizzazione e omogeneizzazione dei Laboratori della Asl Roma 6 (H1,H2,H3,H4) in virtù della riorganizzazione segnalata dalla Regione Lazio	Mantenimento della produttività 2017 del 100% per urgenze e pazienti interni e del 70% per pazienti esterni		50
LAB_02	Omogeneizzazione linee di attività tra laboratori area castelli e area litorale	Verifica linee di attività omogeneizzate	100%	50

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04460010 UOSD Senologia**

Responsabile: **DOTT.SSA LINDA MARIA FABI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
SEN_01	Estensione adesioni screening oncologico per tumore alla mammella	Adesioni > 50%	>50%	10
SEN_02	Implementazione attività di follow up per donne operate di cancro alla mammella	Garantire il follow up a tutte le donne operate aventi diritto	100%	50
SEN_03	Implementazione attività senologica clinica donne fuori fascia screening	Incremento prestazioni del 10% rispetto al 2017	>10%	30
SEN_04	Formazione del personale medico e TSRM dedicato allo screening mammografico e del personale infermieristico coinvolto nello screening colon retto	Verifica avvenuta formazione	Almeno 2 corsi di formazione l'anno	10

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04460011 UOSD Patologia Clinica Ospedale Genzano**

Responsabile: **DOTT. GIANNI LOVATO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
LAB_01	Riorganizzazione e omogenizzazione dei Laboratori della Asl Roma 6 (H1,H2,H3,H4) in virtù della riorganizzazione segnalata dalla Regione Lazio	Mantenimento della produttività 2017		50
LAB_02	Tempi di attesa per i referti	Riduzione del 25% dei tempi	- 25%	50

**Note/Osservazioni**



**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04460300 UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA AZIENDALE**

Responsabile: **DOTT.SSA PATRIZIA RIGATO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
ANA_01	Attività di screening	Verifica avvenuta attività da parte del Direttore Sanitario	Almeno il 50% in attività istituzionale	60
ANA_02	Rispetto delle procedure interne in uso nei programmi di screening	Verifica da parte del Direttore UOC e P.O. centrale TSCB		15
ANA_03	Implementazione tecnologica del sistema "Anatomia Patologica"	Tracciabilità telematica per accettazione e invio referti	80%	5
ANA_04	Implementazione metodiche per stadiazione neoplasie mammarie	Verifica avvenuta implementazione da parte del responsabile percorso senologico	80%	5
ANA_05	Rispetto e applicazione delle procedure in uso per le attività di camera mortuaria	Verifica applicazione da parte del Direttore UOC e P.O. centrale TSCB	100%	15

**Note/Osservazioni**

ANA\_02: il raggiungimento è legato al coinvolgimento nella fase di programmazione e alla disponibilità delle risorse per l'espletamento delle attività.

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04461800 UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE**

Responsabile: **DOTT. ROMOLO OLIVIERI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_3	Raggiungere l'autosufficienza di sangue	Incremento dell'attività di raccolta rispetto all'anno precedente	2%	50
EMO_01	Aumento prestazioni di Day Hospital	Incremento del 2% rispetto al 2017		50

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04466101 UOSD Medicina Nucleare**

Responsabile: **DOTT. NICOLA SAMUELE TIBERIO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
NUC_01	Attuazione protocollo operativo tra Medicina Nucleare e Breast Unit per la localizzazione del linfonodo sentinella e del tumore non palpabile della mammella con tecnica S.N.O.L.L.	Inizio e verifica della procedura esecutiva	Almeno 2 S.N.O.L.L.	70
NUC_02	Attuazione protocolli procedurali in ambito di ciascuna professionalità	Verifica attuazione		30

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04466901 UOSD Radiodiagnostica Polo H1**

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

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG_1.11	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (RX,RMN e TC )	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	25
RAD_01	Diagnostica con contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione	Mantenimento del 90%	25
RAD_02	Diagnostica senza contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione	Mantenimento del 90%	25
RAD_03	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN nelle 24/48 ore	Mantenimento del 90%	25

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04466902 UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H2**

Responsabile: **DOTT. STEFANO MAZZOCCHI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG_1.11	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (RX,RMN e TC )	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	25
RAD_01	Diagnostica con contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione	Mantenimento del 90%	25
RAD_02	Diagnostica senza contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione	Mantenimento del 90%	25
RAD_03	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN nelle 24/48 ore	Mantenimento del 90%	25

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04466903 UOSD Radiodiagnostica POLO H3 \***

Responsabile: **DOTT. MARCO CABONI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG_1.11	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (RX,RMN e TC )	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	25
RAD_01	Diagnostica con contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione	Mantenimento del 90%	25
RAD_02	Diagnostica senza contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione	Mantenimento del 90%	25
RAD_03	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN nelle 24/48 ore	Mantenimento del 90%	25

**Note/Osservazioni**

\* UOC - Fino ad espletamento avviso in corso

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04466904 UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H4**

Responsabile: **DOTT. DONATO MONTEMURRO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DG_1.11	Abbattimento Liste di Attesa	Incremento delle Prestazioni Ambulatoriali Critiche (RX,RMN e TC )	Verifica da parte del responsabile Liste di Attesa	5
RAD_01	Diagnostica con contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 48 ore dall'esecuzione	Mantenimento del 90%	45
RAD_02	Diagnostica senza contrasto su pazienti ricoverati	Refertazione entro 24 ore dall'esecuzione	Mantenimento del 90%	45
RAD_03	Prestazioni RMN su pazienti ricoverati	Esecuzione di RMN nelle 24/48 ore	Mantenimento del 90%	5

**Note/Osservazioni**

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEDA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**04469300 UOC GOVERNO FARMACEUTICO OSPEDALIERO AZIENDALE \***

Responsabile: **DOTT.SSA ANNABELLA BONADONNA**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_42	Adempienza trasmissione Flussi Informativi Adempimenti LEA in ambito farmaceutica	Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA raggiunte/Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA	100%	30
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	20
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste per la lavorazione dei documenti atti alla liquidazione delle fatture	100%	20
FMT_01	Monitoraggio e rendicontazione Farmaci H elenco 3 Det.2347/2010	Rendicontazione nei recapiti Aifa, Lait e flusso Farmed	100%	30

**Note/Osservazioni**

\* UOC FARMACIA POLO H2 - Fino a nuova disposizione aziendale

OB. DCA\_42: La Farmacia contribuisce all'alimentazione dei flussi informativi R e Farmed e di tali flussi verifica la completezza, la precisione e la tempestività dei dati gestiti



## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04469301 UOSD Farmacia Polo H1 \***

Responsabile: **DOTT.SSA ALESSANDRA ARMATI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_42	Adempienza trasmissione Flussi Informativi Adempimenti LEA in ambito farmaceutica	Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA raggiunte/Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA	100%	20
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	25
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste per la lavorazione dei documenti atti alla liquidazione delle fatture	100%	25
FMT_01	Monitoraggio e rendicontazione Farmaci H elenco 3 Det.2347/2010	Rendicontazione nei recapiti Aifa, Lait e flusso Farmed	100%	30

**Note/Osservazioni**

\* UOC FARMACIA POLO H1 - Fino ad espletamento avviso in corso

OB. DCA\_42: la Farmacia ospedaliera contribuisce solo ad alimentare alcuni flussi, in particolare i flussi dei farmaci erogati in regie di ricovero (Flusso R) e in distribuzione diretta (Flusso Farmed)

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04469303 UOSD Farmacia Polo H3**

Responsabile: **DOTT.SSA GIUSEPPA MARCHETTI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_42	Adempienza trasmissione Flussi Informativi Adempimenti LEA in ambito farmaceutica	Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA raggiunte/Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA	100%	20
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	20
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste per la lavorazione dei documenti atti alla liquidazione delle fatture	100%	30
FMT_01	Monitoraggio e rendicontazione Farmaci H elenco 3 Det.2347/2010	Rendicontazione nei recapiti Aifa, Lait e flusso Farmed	100%	30

**Note/Osservazioni**

DAC\_42: il farmacista ospedaliero del Polo H3 alimenta i flussi informativi, la cui trasmissione è demandata al referente farmacista individuato dall'Azienda Roma 6

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04469304 UOSD Farmacia Polo H4 \***

Responsabile: **DOTT.SSA FRANCESCA MATTEO**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DCA_42	Adempienza trasmissione Flussi Informativi Adempimenti LEA in ambito farmaceutica	Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA raggiunte/Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA	100%	20
DG21_002	Rispetto del Budget	Rispetto del Budget assegnato (esclusi incrementi autorizzati)	90%	25
DG23_002	Rispetto tempistiche liquidazione fatture	Rispetto delle tempistiche previste per la lavorazione dei documenti atti alla liquidazione delle fatture	100%	25
FMT_01	Monitoraggio e rendicontazione Farmaci H elenco 3 Det.2347/2010	Rendicontazione nei recapiti Aifa, Lait e flusso Farmed	100%	30

#### **Note/Osservazioni**

\* UOC FARMACIA H4 - Fino ad espletamento avviso in corso

OB. DCA\_42: L'adempimento di competenza riguarda l'alimentazione del flusso R e Farmed

## PERFORMANCE 2018 SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

**04469306 UOSD Fisica Sanitaria**

Responsabile: **DOTT.SSA ALESSIA MATTACCHIONI**

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
FIS_01	Aggiornamento Registro Unico Aziendale della Sorveglianza	Verifica dell'aggiornamento con i verbali	Verbali di tutti gli interventi	50
FIS_02	Verifica della rispondenza di tutti gli impianti aziendali alla direttiva europea 59/2013	Verbali scritti di verifica di ciascun impianto	Verbali di tutti gli impianti	50

**Note/Osservazioni**

## PERFORMANCE 2018

### SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

#### 0450 *Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche*

Responsabile: DOTT.SSA CINZIA SANDRONI

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
DEA_009	Attivazione del Triage Globale	Attivazione nei PS aziendali	Attivazione in almeno 3 PS	5
INF_001	Incontri organizzativi con le PO infermieristiche del Polo/Distretto/Dipartimento	Almeno 4 incontri entro il 31/12		20
INF_002	Studio di fattibilità sugli esiti delle cure	Almeno un outcome		10
INF_003	Sviluppo delle competenze pratiche dei processi assistenziali per l'intensità di cure e complessità assistenziale	Adozione di un modello in ogni presidio		5
INF_004	Procedure per la somministrazione di stupefacenti nel SERD del carcere di Velletri	Procedura per l'apertura del SERD nel carcere di Velletri nei festivi	Apertura almeno il 30% dei festivi	15
INF_005	Incremento PDTA	Analisi delle criticità e soluzioni apportate	80%	10
INF_006	Condivisione del modello organizzativo e dei protocolli operativi sulla riorganizzazione dei Centri Vaccinali	Garanzia degli standard di personale presente nel documento		10
INF_007	Redazione regolamento e linee guida per il personale infermieristico afferente alla Direzione Infermieristica	Approvazione Documento e analisi dell'attuazione		5
RSK_005	Piano Aziendale Prevenzione delle Cadute	Assicurare la partecipazione dei dipendenti alla formazione sul Piano Aziendale prevenzione Cadute	90% di partecipazione	5
RSK_006	Piano Aziendale Prevenzione delle Cadute	Corretta compilazione delle Scheda preventiva infermieristica per la valutazione del rischio cadute	98%	5
RSK_007	Piano Aziendale Prevenzione delle Cadute	Studio di fattibilità per la costruzione di una scheda per la Prevenzione delle cadute notturne	Documento	10

**PERFORMANCE 2018**  
**SCHEMA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

**0450** *Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche*

Responsabile: *DOTT.SSA CINZIA SANDRONI*

1 gen 2018

Cod	Descrizione obiettivo	Verifica	Valore traguardo	Peso
-----	-----------------------	----------	------------------	------

**Note/Osservazioni**

--

## UOC AFFARI GENERALI ED ISTITUZIONALI

Si attesta che la Deliberazione n. 441 del 24,05,2018  
è composta di n. 5 pagine, frontespizio e retro compresi e di n. 2 allegati.  
La presente deliberazione è stata pubblicata sull'Albo Aziendale dal 24,05,18 al 8.06.18  
Inviata al Collegio Sindacale in data 24,05,2018

IL FUNZIONARIO DELEGATO

Dott. Matteo Mauro Orcioli



Per copia conforme all'originale conservato agli atti di questa amministrazione

Data \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO DELEGATO

\_\_\_\_\_