

**AREA STRATEGICA 2 - ORGANIZZATIVO QUALITATIVA**  
**obiettivo strategico 2.1. RIORGANIZZAZIONE AREE**

| numero | Obiettivo  | Indicatore   | Fonte Dato   | Periodo di Riferimento | Risultato Atteso   | peso | % raggiungimento | PUNTI | RISULTATO   |
|--------|--|--|--|------------------------|--|------|------------------|-------|---|
| 2.1.1  | adeguata pianificazione della fruizione da parte del personale delle ferie residue e anno corrente (UUOO, DIP/AREE)          | piano fruizione ferie annuali e residue autorizzata e monitorata dal responsabile  | personale  | anno                   | assenza ferie residue a fine anno e pianificazione entro il 31 maggio delle ferie estive   | 1,45 | 65%              | 0,94  |   |
| 2.1.2  | ambulatorio infermieristico (DPS)  | media mensile 2020   | SIS  | anno                   | + 30%  | 0,03 | 100%             | 0,03  | (1069-591)/591=80%  |
| 2.1.3  | Attuazione Regolamento DEU e Procedura sovrappollamento (per quanto di competenza della UOC) DCA 155/2019 (medicina urgenza) | accessi con esito ricovero/trasferimento e tempi di permanenza > 24 H (escluso OBI) per quanto di competenza della UOC ai sensi del regolamento DEU vigente  | SIS  | anno                   | indicatore<20%   | 0,03 | 100%             | 0,03  | 20,70%  |
| 2.1.4  | campagna vaccinale anti-COVID (gestione operativa)   | raggiungimento degli obiettivi regionali come declinati dalla Direzione Aziendale sulle azioni da intraprendere e i risultati da raggiungere di copertura delle categorie via via coinvolte secondo priorità   | DSA  | annuale                | n. vaccinazioni come programmato - organizzazione 90% delle vaccinazioni richieste dalle UUOO per pz ricoverati entro la dimissione del pz - organizzazione 90% vaccinazioni richieste per pz ambulatoriali/DH entro il secondo successivo accesso amb/DH del pz - effettuazione nel 100% dei casi della 2 dose al 21 gg dalla 1 se effettuata presso SGA -organizzazione nel 100% dei casi della presa in carico, formalmente tracciata, da parte della struttura territoriale/ASL die pz che devono effettuare la 2 dose fuori SGA, prima del 21 gg da 1 | 0,06 | 100%             | 0,06  | si veda relazione agli atti   |
| 2.1.5  | Collaborazione con UOC di Ortopedia  | a)guardie<br>b)attività di reparto e ambulatorio ortopedico<br>c)attività chirurgica di traumatologia e chirurgia ortopedica maggiore  | guardie, ambulatorio, reparto: turni / attività operatoria: BO | anno                   | SI   | 0,03 | 100%             | 0,03  | attività garantite  |
| 2.1.6  | Concordamento anno 2021 (ABS, ICT, Ing clinica, gest svil tecnologie, personale, farmacia)                                   | monitoraggio mensile del costo di servizi di competenza e previsione chiusura anno per UUOO/Dipartimento (allegato elenco)<br>(valore complessivo consuntivo dei costi di competenza - valore complessivo dei costi concordati)/valore complessivo dei costi concordati 2021 di competenza | reportistica/ segnalazione rischio CE aziendale                | anno                   | report mensili alla UOC Economico finanziaria e patrimoniale/segnalazioni R 0% ragg. 100%<br>tra 1% e 5 % ragg. 75%<br>tra 6% e 10% ragg. 50%<br>tra 11% e 15% ragg. 25%<br>16% ragg. 0%   | 0,59 | 100%             | 0,59  | report mensili e budget rispettato  |
| 2.1.7  | Consegna Cartelle e Referti (DMPO)   | Richiesta e consegna informatizzata della cartella clinica   | DSA  | anno                   | Avvio della sperimentazione entro il terzo trimestre e a regime entro l'anno   | 0,06 | 100%             | 0,06  | Ci sono stati incontri con l'ICT, i Clinici e la DMPO con la presentazione da parte della Ditta esterna della nuova cartella informatizzata. Nel corso degli incontri la Ditta ha recepito le varie richieste, integrazioni e proposte provenienti dai Clinici<br>Ci sono stati incontri tra la Ditta, ICT, la UOSD Gestione Operativa, i clinici referenti e la DMPO, ma la cartella informatizzata non è stata ancora implementata. |
| 2.1.8  | Consulenza oculistica per la rete trauma e gestione ambulatoriale della emergenza Covid 19 (oculistica)                      | Numero di prestazioni mediche e/o chirurgiche fornite alla rete trauma e numero di prestazioni ambulatoriali della UOC Oftalmologia - Banca degli Occhi in tempo di pandemia   | SIS  |                        | Fornire assistenza oculistica specialistica clinica e/o chirurgica ai pazienti afferenti alla rete trauma e riduzione del rischio di esposizione al virus Covid 19   | 0,02 | 0%               | 0,00  | STERILIZZARE DATI NON DISPONIBILI   |
| 2.1.9  | Creazione "Follow-up per pazienti dimessi dalla Terapia Intensiva  | agenda follow up   | Poliambulatori   |                        | implementazione attività   | 0,06 | 100%             | 0,06  | approvato dal Comitato Etico Lazio 2 nella seduta del 14/06/2019 e successivamente approvato con deliberazione 53/DG del 10/09/2019, la raccolta dati del Centro di Rianimazione Polivalente si è conclusa. Il file excel relativo alla raccolta dati è stato inviato al centro Coordinatore dello Studio   |

|        |   |   |                    |        |  |      |      |      |  |
|--------|---|---|--------------------|--------|--|------|------|------|--|
| 2.1.10 | dematerializzazione ricette (ICT, gestione operativa, poliambulatori)   | Pianificazione, implementazione e monitoraggio passaggio alla ricetta dematerializzata  |                    | anno   | pulizia archivio<br>Monitoraggio ed azioni correttive<br>80% passaggio a ricette dematerializzate entro il I semestre<br>100% entro l'anno<br>Fatta eccezione per le ricette di prestazioni e farmaci per i quali la ricetta dematerializzata non è ancora attivata ed eventuali interruzioni dovute a cause esterne (Regione) | 0,23 | 100% | 0,23 | cfr relazione atti n 3: 61% ricette dematerializzate, nonostante l'hackeraggio subito nel mese di settembre che ha costretto al ricorso massivo della ricetta cartacea   |
| 2.1.11 | DM in medicina generale (cod 26 DCA 155/2019) (medicina interna, alta int cure, immunologico, diabetologica)  | n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto   | SIS                | anno   | ≤9 gg  | 0,13 | 48%  | 0,06 | degenza media trimmata   |
| 2.1.12 | DM preoperatoria (CH oncologica, urgenza, vascolare, robotica, ortopedia, NCH, ORL, maxillo, terapia antalgica)   | valore soglia 1 giorno  | SIS                | anno   | <valore soglia (per singola disciplina)  | 0,23 | 33%  | 0,08 |  |
| 2.1.13 | Educazione continua attraverso incontri guidati da esperti ("meet the expert") in collaborazione con Medici ed Infermieri appartenenti all'UOSD TIPO  |   | relazione incontri | anno   | Almeno 8 incontri anno   | 0,08 | 25%  | 0,02 | 2 meeting (luglio e novembre)  |
| 2.1.14 | efficiente utilizzo delle sale operatorie assegnate per ricoveri in elezione e in urgenza differita (tutte le attività chirurgiche)   | T(utilizzato)- T(ricondizionamento)/ T(assegnato) - per singolo reparto   | SIS                | anno   | 75%  | 0,50 | 80%  | 0,40 |  |
| 2.1.15 | Esami endoscopici entro 48 ore ai degenti (escluse urgenze) (gastro)  | % esami endoscopici ai degenti entro 48 ore/ tot. esami endoscopici degenti (ESCLUSO URGENZE)   | SIS                | anno   | 90% degli interni  | 0,03 | 31%  | 0,01 | 28,15%   |
| 2.1.16 | estensione protocollo informatico alle uuoo cliniche (RTD, AAGG, ICT)   | presentazione studio fattibilità estensione contrattuale con cronoprogramma<br>utilizzo protocollo informatico dalle uuoo cliniche  | RTD                | 30-apr | presentazione studio fattibilità entro il 30.04.2021   | 0,22 | 100% | 0,22 | studio fattibilità svolto in sinergia con le altre figure aziendali per quanto di rispettiva spettanza.<br>Non si è potuto procedere all'attivazione del protocollo alle restanti UUOO Cliniche in quanto non è stato attivato il nuovo sistema di protocollo e per il Sistema Protocollo (ancora in essere), in proroga, non sono previsti aggiornamenti e/o attività di supporto se non a fronte di ulteriori costi. |
| 2.1.17 | Facilitazione processo di dimissione dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria che necessitano ancora di ventilazione non invasiva mediante istruzioni al caregiver (med alta int cura)  | DM dei pz con diagnosi principale di insufficienza respiratoria   | SIS                | anno   | DM dei pz con diagnosi principale di insufficienza respiratoria 2021 < 2020<br>DM 2020 pari a 11,8   | 0,03 | 0%   | 0,00 | DM insuff.resp. 12,72 il reparto COVID STERILIZZATO  |
| 2.1.18 | gestione convenzioni (AAGG)   | scadenza convenzioni in essere attive e passive con partenza istruttoria x rinnovo 3 mesi prima della scadenza o per tempo compatibile a decidere il rinnovo o a richiedere al disdetta | DSA                | anno   | scadenza aggiornato al DS<br>Convenzioni aggiornate o disdetate entro la data scadenza 100%  | 0,06 | 100% | 0,06 | E' stato trasmesso un elenco riepilogativo delle convenzioni in essere alla Direzione Sanitaria in data 23.09.2021.  |
| 2.1.19 | Implementazione del PDTA sul Trauma Maggiore (aumento dell'indice di complessità dei pazienti, costituzione del Trauma Team) (DEA)  | aggiornamento PDTA entro il 30.06.2021 - costituzione Trauma Team entro il 30.06.2021 - aumento indice complessità > 2020 al 31.12.2021   | DSA - SIS          | anno   | aggiornamento PDTA entro il 30.06.2021 - costituzione Trauma Team entro il 30.06.2021 - aumento indice complessità > 2020 al 31.12.2021  | 0,11 | 0%   | 0,00 | Trauma Room non realizzata perchè attivato percorso paz sporco / paz pulito durante la pandemia STERILIZZATO   |
| 2.1.20 | inserimento personale ostetrico per accoglienza e assistenza alle gestanti nelle agende ambulatoriali dedicate all'ostetricia, in sostituzione del personale infermieristico (ost gin)  | n. attività ambulatoriali ostetrica con presenza ostetrica in collaborazione con DAI  | Poliambulatori     | anno   | inserimento graduale delle ostetriche in tutte le linee ambulatoriali di ostetricia con copertura di tutti i percorsi ambulatoriali ostetrici entro il 30 settembre 2021   | 0,02 | 100% | 0,02 | realizzato 100%  |
| 2.1.21 | Istituzione di una Foot Unit in Medicina Diabetologica e Chirurgia vascolare (4 letti INDIVIDUATI TRA QUELLI DELL'AMBITO DIPARTIMENTALE complessivamente) e potenziamento dell'ambulatorio multidisciplinare per il trattamento piede diabetico (angiologia, med diabetologica) | DRG   | SIS                | anno   | riduzione del 10% delle procedure di amputazione (rispetto al 2020)  | 0,07 | 100% | 0,07 | 23 amputazioni di parti dell'arto inferiore  |

|        |  |   |                 |                          |  |      |      |      |  |
|--------|--|---|-----------------|--------------------------|--|------|------|------|--|
| 2.1.22 | miglioramento efficienza utilizzo camere operatorie (Anestesia Operatoria e Preospedalizzazione, Gestione Operativa e SIS)   | verifica corrette modalità computo indicatori di utilizzo camere operatorie: percentuale occupazione camere operatorie per componente chirurgica/su ore assegnate a ciascuna chirurgia; della componente anestesiológica come percentuale totale utilizzato su totale assegnato, e componente Dip.prof. Sanitarie su percentuale tempo totale ricondizionamento su totale assegnato - <b>messa a punto strumento e monitoraggio</b> | DSA             | annuale                  | messa a punto del computo entro il 31 gennaio e proposta alla DSA entro il 28 febbraio di rivisitazione delle sedute assegnate per ogni chirurgia, sulla base dell'utilizzo anno precedente, dei pl attivi, delle liste d'attesa. Presentazione bozza report trimestrale alla DSA entro il 20 marzo per partire con monitoraggio trimestrale e report relativo a decorrere dal 2° trimestre, in collaborazione con UOC Anestesia operatoria e Preospedalizzazione, e UOSD Gestione Operativa | 0,35 | 100% | 0,35 | Sono stati organizzati incontri preliminari di assessment di natura tecnico-organizzativa con UO Anestesia Operatoria e SWH per le attività propedeutiche alla corretta rilevazione dei dati oggetto del monitoraggio richiesto. Gli incontri di assessment hanno permesso, oltre alla predisposizione della reportistica richiesta, l'analisi e la valutazione di introduzione di innovazioni tecniche e di processo atte a verificare l'integrità logico-formale nonché il livello di coerenza dei dati oggetto di costituzione e monitoraggio. Tali attività hanno avuto l'obiettivo di snellire da un lato il processo di analisi e di computo dei dati e di aumentare il grado di attendibilità degli stessi. |
| 2.1.23 | monitoraggio produzione/costi (bilancio, programmazione e controllo)   | monitoraggio mensile produzione/costi su budget operativo in collaborazione con UOC Economico finanziaria e patrimoniale<br>monitoraggio mensile produzione/costi su budget COGE  | reportistica    | anno                     | report mensili alla Direzione Strategica Allert e pianificazione interventi correttivi   | 0,45 | 100% | 0,45 | report inviati regolarmente  |
| 2.1.24 | percorso week surgery per chirurgia artroscopica maggiore (LCA e spalla) (traumat sport)   | attivazione percorso week surgery per chirurgia artroscopica maggiore (LCA e spalla)  | DMPO/SIS        | anno                     | SI   | 0,03 | 100% | 0,03 | Con la riorganizzazione dei ppil di area chirurgica e la rimodulazione delle sedute operatorie, alla UOSD Traumatologia dello sport sono stati assegnati 4 ppil in degenza Ordinaria Long e 1 pl in week , inoltre sono stati assegnati spazi operatori anche nel Day Surgery per il trattamento delle patologie ortopediche in artroscopia.   |
| 2.1.25 | Perfezionare le procedure di selezione dei docenti esterni e di accesso dei frequentatori a vario titolo e di svolgimento della formazione professionalizzante in convenzione ed in modalità extra rete (formazione) | Redazione del Regolamento per la istituzione dell'Albo Docenti aziendale<br>Aggiornamento del Disciplinary aziendale vigente  | DSA             | anno                     | consegna alla Direzione Aziendale per la ratifica:<br>regolamento entro 31 maggio 21<br>disciplinare revisionato entro il 31 marzo 21  | 0,11 | 100% | 0,11 | Redatta la bozza finale  |
| 2.1.26 | processo di dematerializzazione (AAGG)   | delibere dematerializzate   | AAGG            | 15/05/2021<br>15/06/2021 | software testato entro il 15 maggio<br>formazione personale dirigenziale strutture proponenti entro il 15/06/2021  | 0,11 | 0%   | 0,00 | OBIETTIVO STERILIZZATO per mancanza pre-requisito: completamento fasi precedenti   |
| 2.1.27 | Razionalizzare il raccordo con Sapienza Università' di Roma per l'attività amministrativa inerente gli incarichi di docenza (formazione)   | Publicazione dell'avviso e ricezione degli esiti nei modi e nei tempi idonei alla Deliberazione di presa d'atto da parte dell'Azienda   | DSA             | anno                     | SI   | 0,06 | 100% | 0,06 | La razionalizzazione del raccordo con Sapienza Università' di Roma per l'attività amministrativa inerente gli incarichi di docenza è stata realizzata mediante la revisione degli avvisi, l'acquisizione di verbali regolarmente redatti e trasmessi, la revisione dei contenuti della deliberazione di presa d'atto degli incarichi, la comunicazione solo attraverso protocollo e pec  |
| 2.1.28 | Razionalizzazione e contenimento della spesa (DPS, DMPO, economico, gestione op, AAGG, personale, amm legale, patrimonio storico, sviluppo tecnologie, ICT, URP, Ing clinica, sicurezza LL, ABS, rischio clinico)    | razionalizzazione ricorso allo straordinario  | personale       | aprile - dicembre        | ore complessive di straordinario per UUOO  | 0,54 | 87%  | 0,47 |  |
| 2.1.29 | realizzare una anagrafe degli eventi formativi fruiti da ogni dipendente, sia intraziendale sia per iniziative personali esterne, sia come discente sia come docente (formazione)                                    | presentazione del progetto di anagrafe formativa entro il 31 marzo e sua implementazione entro il 30/11/2021  | DSA             | anno                     | consegna dell'anagrafe formativa dei dipendenti entro il 30/11/21, realizzata per continuare ad essere aggiornata in continuum nel periodo successivo  | 0,11 | 100% | 0,11 | L'anagrafe formativa è realizzata nonchè completata con la implementazione dello strumento su piattaforma e learning aziendale per la registrazione della formazione obbligatoria fuori sede   |
| 2.1.30 | Riduzione tempi refertazione esami ai degenti pazienti oncologici (esclusa urgenza) (radiodolorata)  | 90% = n. esami radiologici per degenti pazienti oncologici refertati entro 36 ore dalla richiesta (escluso urgenza)/n. esami per degenti (oncologici) richiesti   | ICT order entry | anno                     | (n. esami radiologici oncologici a degenti refertati entro 36/n. richieste)OD (esclusa urgenza) ≥0,8   | 0,03 | 100% | 0,03 | entro le 36 ore festivi esclusi SI   |
| 2.1.31 | trasformazione di quota parte del PL cardiologici in modalità di ricovero settimanale (week cardiologica) finalizzata al ricovero di pazienti elettivi per procedure di emodinamica e aritmologia (cardiologia)      | progetto al DSA entro il I trimestre e sua applicazione successiva alla approvazione  | DSA/SIS         | anno                     | attivazione week cardiologica entro tempistica definita dalla direzione aziendale dopo approvazione modello proposto e approvato   | 0,02 | 100% | 0,02 | attivazione dal 23 ago come da indicazione DSA   |
| 2.1.32 | tempi ricondizionamento sale operatorie (DPS)  | Tcomplessivo(ricondizionamento)/ Tcomplessivo   | SIS             | anno                     | ≤ 25 min   | 0,08 | 0%   | 0,00 | STERILIZZATO - non ancora disponibile il dato a sistema  |
| 2.1.33 | valutazione della possibilità di riattivazione della "Scuola di Educazione Posturale" (già attiva in anni passati) per il Personale dell'Azienda (med fisica e riab)   | predisposizione e valutazione progetto  | DSA             | anno                     | progetto valutato e sottoposto alla DSA  | 0,03 | 100% | 0,03 | progetto predisposto - proposta di attivazione della Scuola di Educazione Posturale inserita nel piano degli spostamenti casa-lavoro ma non approvata  |

5,63

82,49%

4,65

**AREA STRATEGICA 2 - ORGANIZZATIVO QUALITATIVA**  
**obiettivo strategico 2.2. PROTOCOLLI PERCORSI ED ESITI**

| numero | Obiettivo  | Indicatore  | Fonte Dato       | Periodo di Riferimento | Risultato Atteso  | peso | % raggiungimento | PUNTI | RISULTATO   |
|--------|--|---|------------------|------------------------|---|------|------------------|-------|---|
| 2.2.1  | almeno un AUDIT mensile con equipe medica e infermieristica/tecnica (JUOO cliniche)  | invio verbale AUDIT alla DSA con criticità rilevate, correttivi individuati e cronoprogramma delle azioni miglioramento intraprese                                      | DSA              | anno                   | si  | 1,69 | 58%              | 1     |   |
| 2.2.2  | Appropriatezza parti cesarei primari (DCA 155/2019) (ost e gin)  | n. p.c.p. /n. tot. p.no pregresso cesareo   | SIS/Prevale      | anno                   | ≤25% (n. parti > 1000)<br>≤15% (n. parti < 1000)  | 0,02 | 100%             | 0     | indicatore : 23,04 parti cesarei anno 813 riconosciuto in considerazione della chiusura PL per i lavori di ristrutturazione   |
| 2.2.3  | Attuazione in sede del percorso per il trattamento dell'ICTUS con effettuazione di terapia trombolitica e PTA (radio int, neuro)   | peso medio  | SIS              | anno                   | stessa performance 2019-2020 nel quale si è consentito il protocollo trombolisi-PTA per i primi 10 mesi   | 0,07 | 100%             | 0     | rispettato  |
| 2.2.4  | Audit clinico semestrale del Centro di Senologia in ottemperanza alle procedure per la Certificazione Europea (centro di senologia)  | invio verbale AUDIT alla DSA con criticità rilevate, correttivi individuati e cronoprogramma delle azioni miglioramento intraprese                                      | DSA              | anno                   | SI  | 0,02 | 100%             | 0     | audit mensili inviati   |
| 2.2.5  | Campagne vaccinali per i lavoratori: vaccinazione antinfluenzale, antipneumococcica, altre vaccinazioni (SSAL)   | n. campagne di sensibilizzazione vaccinazioni   | DSA              | anno                   | 2 ≤n≤3 campagne + offerta attiva vaccinale  | 0,13 | 100%             | 0     | si veda relazione agli atti   |
| 2.2.6  | Definizione, aggiornamento e rispetto degli standard diagnostici della Diagnostica per Immagini e dell'Anatomia Patologica in relazione al PDTA aziendale per il mantenimento della Certificazione EUSOMA (dip diagnosi e cura)  | verbale site visit  | DSA              | anno                   | Certificazione EUSOMA   | 0,13 | 100%             | 0     | Certificazione ottenuta in data 19/05/2021 documentazione agli atti   |
| 2.2.7  | degenza ospedaliera DCA 155/2019 (med interna, immunologico, geriatria)  | % ricoveri DH di tipo diagnostico/ tot. Ricoveri DH con DRG medico  | SIS              | anno                   | ≤ 36% per reparto   | 0,10 | 67%              | 0     |   |
| 2.2.8  | Esiti PTCA (cardio urg)  | Indicatore STEMI Prevale per PTCA entro valore soglia   | SIS/Prevale      | anno                   | >=60  | 0,02 | 0%               | 0     | 50,32%  |
| 2.2.9  | Follow up pz COVID (med urg, MARR)   | n. pz rivalutati in follow up/n. tot pz dimessi (esclusi decessi)   | SIS              | anno                   | >90% per reparto  | 0,06 | 100%             | 0     | si veda relazione agli atti   |
| 2.2.10 | indicatore di esito frattura del collo del femore (DCA 155/2019) (ortopedia)   | intervento chirurgico entro 2 gg (struttura di ricovero)  | SIS/Prevale      | anno                   | ≥ 60%   | 0,02 | 0%               | 0     | indicatore : 41,8   |
| 2.2.11 | Implementare percorsi condivisi tra le unità del programma trapianti con HPC-A (med trasf)   | procedure condivise   | DMPO             | anno                   | 3 procedure   | 0,02 | 100%             | 0     | Emessa Istr.Oper. Racc_HPC_Manual (in allegato)   |
| 2.2.12 | integrazione operativa fra le JUOO Area materno infantile  | riunioni di area con discussioni cliniche su gravidanza ad alto rischio e decorso neonatale di neonati prematuri/patologici   | verbali alla DSA | anno                   | riunioni/anno > 40  | 0,11 | 100%             | 0     | SI riunioni mensili di area   |
| 2.2.13 | mantenimento peso medio DRG (reparti dimissione)   | peso medio  | SIS              | anno                   | >migliore performance 2019-2020 per reparto   | 0,99 | 98%              | 1     |   |
| 2.2.14 | miglioramento attrattività pz fuori Regione (ortopedia, traumat sport, geriatria, endocrin, MARR, cardiologie, neurol, ORL, oculistica, oncologia, ematologia, urologia, radiol int, medicina disme, NCH, centro senologia, ginecol oste, CCHH vascolare, terapia ant, gastro, plastica, maxillo, vitreoretinica, generale, oncologica, robotica, ciclo breve, | % pz extraregione   | SIS              | anno                   | >migliore performance 2019-2020 per reparto   | 0,85 | 82%              | 1     |   |
| 2.2.15 | migliorare la funzione assegnata di assistenza al trauma nella Rete Regionale (DMPO)   | Revisione della procedura sulla gestione intraospedaliera del trauma in collaborazione con i Direttori UOC coinvolti  | DSA              | anno                   | Procedura revisionata e inviata a DSA entro il 10 maggio 2021, condivisa e verificata da tutte le componenti coinvolte nel GdL. Attivazione nuova procedura dopo ratifica e pubblicazione, con avvio nel 2 semestre del monitoraggio degli indicatori previsti in procedura | 0,08 | 100%             | 0     | Sono continuati gli incontri con tutti gli attori interessati: urgentisti, rianimatori, chirurghi, ortopedici, radiologi, etc. La procedura è stata revisionata e concordata dal gruppo di lavoro entro dicembre (Allegato 2) |
| 2.2.16 | Migliorare la gestione dei pazienti in qualità di HUB rete emergenza adulti (DMPO)   | Revisione del Protocollo Operativo per la collaborazione di Area della rete Emergenza Adulti con incontri semestrali con gli ospedali Spoke in collaborazione con il PS | DSA              | anno                   | 2 incontri con i referenti degli ospedali spoke   | 0,03 | 100%             | 0     | 1° incontro: 17/06/2021 in teams<br>2° incontro: 02/12/20231 in presenza (Allegato 3)   |
| 2.2.17 | Monitoraggio e verifica "alert" per i microrganismi MDR (Multidrug Resistant) (patologia clinica)  | n. "alert" inviati per microrganismi MDR/ n. microrganismi MDR isolati  | ICT Open LIS     | anno                   | >95%  | 0,03 | 100%             | 0     | Alert inviati >95%<br>650/675= 96% nel 2 semestre , escluso periodi hacheraggio dal 10.09.2021 al 25.10 2021 235 non inviati  |
| 2.2.18 | PDTA del nodulo tiroideo (dip onco tc)   | PDTA  | Rischio clinico  | anno                   | PDTA elaborato secondo le procedure del rischio clinico INVIATO A DSA ENTRO 2 TRIMESTRE   | 0,11 | 100%             | 0     | Obiettivo Eseguito - PDTA Pubblicato  |

|        |  |  |   |      |  |      |      |   |   |
|--------|--|--|---|------|--|------|------|---|---|
| 2.2.19 | ottimizzazione attività di Bed management (UOS Bed Management e Operation manager bed management COVID )   | Revisione delle procedure sui ricoveri e sulle dimissioni unificando in unico regolamento con allegate le istruzioni operative e revisione del Piano di gestione del sovraffollamento in PS, con inserimento progetto discharge room e holding area x destinati e opportuni indicatori di processo e di esito - attivazione nuovo regolamento a decorrere da 1 aprile 2021, con monitoraggio indicatori previsti | DSA   | anno | Regolamento unico con IO allegate e aggiornate, condiviso e verificato da tutte le componenti coinvolte nel GdL e inviato a DSA entro il 20/03/2021. Attivazione nuovo Regolamento dopo ratifica e pubblicazione   | 0,28 | 100% | 0 | si veda relazione agli atti   |
| 2.2.20 | PDTA riabilitativo multidisciplinare (cardio riab)   | PDTA   | Rischio clinico   | anno | PDTA elaborato secondo le procedure del rischio clinico INVIATO A DSA ENTRO 2 TRIMESTRE  | 0,03 | 100% | 0 | E' stato definito ed è in fase di ultimazione   |
| 2.2.21 | PDTA trauma cranico minore (area mal sist nervoso)   | PDTA   | Rischio clinico   | anno | PDTA elaborato secondo le procedure del rischio clinico CON INVIO A dsa ENTRO IL 2 TRIM 2021   | 0,28 | 100% | 0 | E' stato definito ed è in fase di ultimazione   |
| 2.2.22 | PDTA pazienti con lombalgia (area mal sist nervoso)  | PDTA   | Rischio clinico   | anno | PDTA elaborato secondo le procedure del rischio clinico CON INVIO A dsa ENTRO IL 2 TRIM 2021   | 0,28 | 100% | 0 | nessun riscontro fornito ad oggi al rischio clinico   |
| 2.2.23 | Protocollo terapia del dolore in PS* (ambito qualità-umanizzazione)(med urg)   | n. pazienti trattati su n. pazienti con sintomo dolore   | GIPSE/SIS   | anno | pz trattati 2021 > pz trattati 2019  | 0,03 | 100% | 0 | 1230 vs 842 SI  |
| 2.2.24 | Revisione/aggiornamento protocollo condiviso tra Medicina Trasfusionale, Ematologia e Patologia Clinica -per la gestione della conta di cellule staminali emopoietiche in pazienti ematologici candidati a trapianto autologo (dip serv diagn)   | Protocollo revisionato e aggiornato  | DSA   | anno | Procedura aggiornata condivisa tra Ematologia, Medicina Trasfusionale e Patologia Clinica  | 0,13 | 100% | 0 | Procedura condivisa tra Ematologia, Medicina Trasfusionale e Patologia Clinica aggiornata e trasmessa alla DSA in data 11/08/2021 si veda relazione agli atti   |
| 2.2.24 | revisione procedure operative richiesta dal Sistema gestione Qualità in ottemperanza agli standard definiti da organismi nazionali ed internazionali di certificazione ed accreditamento (med trasf)   | n procedure revisionate  | manuale qualità SIMT - sito esemapp gestito dal RSGQ ed accessibile agli operatori del SIMT | anno | ≥ 5 procedure  | 0,02 | 100% | 0 | Revisionate Ist.Op.Prov_Ind rev.3 e Ist-Op.SpyLog rev.3 si veda relazione agli atti   |
| 2.2.25 | Umanizzazione cure nel Dipartimento di Emergenza* (ambito umanizzazione e customer satisfaction).  | Indicatore: n. di encomi > del 2020  | URP   | anno | verifica attraverso indagine condotta dall'URP su qualità percepita  | 0,11 | 0%   | 0 | anno 2020 = 75<br>anno 2021 = 39<br>riduzioni nel reparto ortopedia e traumatologia, PS e BO e Medicina d'urgenza e sub   |
| 2.2.26 | Trapianti autologi (ematologia)  | Minimo 18 trapianti autologi anno  | SIS   | anno | 18 trapianti   | 0,03 | 83%  | 0 | 15  |
| 2.2.27 | Rispetto degli standard quali-quantitativo ottenuti nel 2020 e conferma del trend dell'anno precedente dei tempi di elaborazione e consegna del piano di cura da parte del fisico (fisica medica)  | intervallo di tempo tra contornazione degli organi e del target da parte del medico ed elaborazione del piano da parte del fisico  | Radioterapia ologica  | anno | 95%  | 0,14 | 100% | 0 | la media è 3,5 gg in linea con anno precedente  |
| 2.2.28 | rinnovo autorizzazione e accreditamento ai sensi dell'accordo Stato Regioni del 16.12.2010 e del DCA Rlazio 282 del 06.07.2017 (med trasf)   | assenza di non conformità che pregiudichino il rinnovo   | verbale verifica ispettiva dei valutatori nazionali trasmesso al CRS                        | anno | mantenimento autorizzazione e accreditamento istituzionali   | 0,02 | 100% | 0 | Obiettivo raggiunto verbale di visita ispettiva CRS del 30.06.2021 si veda relazione agli atti  |
| 2.2.29 | valutazione adesione al piano regionale gestione emergenza Covid-19 in base al Piano di risposta all'evoluzione dell'epidemia sars-cov2, le Aziende pubbliche (e private) adeguano l'offerta di posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/terapia semintensiva e terapia intensiva. L'adempiment ha cadenza settimanale (DMPO) | l'indicatore misura la tempestività e la completezza dell'adeguamento alla programmazione dei posti letto dedicati ai pazienti Covid da parte delle strutture ospedaliere pubbliche (e private)<br>Revisione delle procedure relative alla gestione delle notifiche delle malattie infettive   | DSA   | anno | se l'azienda ha attivato, entro i tempi indicati, i posti letto programmati. Il risultato è calcolato per settimana a partire dalla seconda settimana di settembre.<br>da 90 a 100 ragg. 100%<br>da 80-90 ragg. 80%<br>≤ 79 ragg. 70%<br>Delibera entro 30 giugno 2021 della revisione della procedura | 0,03 | 100% | 0 | La procedura sulla notifica delle malattie infettive è stata regolarmente pubblicata. Tutti i ppl Covid sono stati regolarmente attivati secondo le indicazioni regionali concordando con il Referente bed Manager regionale (Allegata la pubblicazione sul sito ) (Allegato 4) |
| 2.2.30 | utilizzare i campionamenti microbiologici e particellari per ottimizzare il controllo ambientale (SSAL)  | n. campionamenti   | relazione ditta   | anno | campionamento 25 ≤ n ≤ 30  | 0,08 | 100% | 0 | Sono stati eseguiti n. 96 campionamenti   |
| 2.2.31 | Uso di check-list computerizzate per la compilazione dei referti, concordate con i "clienti" dell'U.O. (altri reparti) per le principali patologie neoplastiche ed infiammatorie trattate in ospedale, rispondenti alle linee guida nazionali ed internazionali (anat patologica)  | Patologia mammaria, patologia gastro-enterica, neuropatologia, patologie uro-genitali maschili e femminili referate secondo check-list dedicate e concordate   | Reparti Medici e Chirurghi interessati  | anno | Almeno il 90% dei referti delle patologie indicate compilati secondo check-list computerizzate   | 0,03 | 100% | 0 | 100% referti  |

6,00

82,01%

4,92

AREA STRATEGICA 2 - ORGANIZZATIVO QUALITATIVA  
 obiettivo strategico 2.3. ECCELLENZA INNOVAZIONE

| numero | Obiettivo   | Indicatore   | Fonte Dato                | Periodo di Riferimento | Risultato Atteso  | peso | % raggiungimento | PUNTI | RISULTATO   |
|--------|---|--|---------------------------|------------------------|---|------|------------------|-------|---|
| 2.3.1  | "percorso clinico-riabilitativo" per la presa in carico dei pazienti trattati chirurgicamente per problemi della SPALLA in collaborazione con ortopedia, e in generale definizione delle attività standardizzate di presa in carico precoce del pz chirurgico ortopedico e NCH in collaborazione con dip prof fisioterapisti (area low care)  | predisposizione percorso   | SIS                       | anno                   | 50% pz presi in carico / pz trattati chirurgicamente da Uoc ortopedia e traumatologia riduzione DM ortopedia e NCH a fine anno per pz presi in carico precoce da fisioterapista controlli a campione su cartelle cliniche sio | 0,29 | 0%               | 0,00  | STERILIZZATO per chiusura reparto   |
| 2.3.2  | 1) trattamento e follow-up della patologia oto-neurochirurgica (II livello)<br>2) diagnosi dell'OSAS (Sindrome delle apnee notturne) (II livello)<br>3) deglutologia<br>4) ambulatorio della voce (ORL)   | attivazione agende ambulatoriali   | Poliambulatori/SIS        | anno                   | implementazione attività  | 0,02 | 0%               | 0,00  | STERILIZZARE non è partito progetto   |
| 2.3.3  | Accuratezza diagnostica: verifica diagnostica istocitopatologica (anatomia pat)   | n. casi "rivisti da"/ n. casi tot. ≥ 0,8   | SIS/ICT/WINSAP            | anno                   | ≥ 0,8   | 0,02 | 100%             | 0,02  | Obiettivo raggiunto: >0,8 8617 rivisti su 10241 totali : 84,14%   |
| 2.3.4  | Adempimento requisiti regionali per i Centri di Senologia (DCA 155/2019) (centro senologia, CH plastica)  | set core di indicatori Breast Unit regionali sui volumi e tempi di attività  | SIS/Prevale               | anno                   | 90% degli indicatori core   | 0,04 | 100%             | 0,04  |   |
| 2.3.5  | adeguamento alle indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica invio progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici (ICT, RTD)  | il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se per gli interventi previsti dalle indicazioni normative e tecnico organizzative in tema di sicurezza informatica, inviate con nota U0734502 del 17/09/2021:<br>- saranno individuate e designate le figure previste al punto 3.1.1;<br>- sarà costituito e reso operativo il team dedicato alla gestione delle tematiche cyber;<br>- sarà organizzata formazione specifica per il personale operante all'interno dell'Azienda;<br>- sarà redatto il regolamento per il rilascio delle VPN;<br>- sarà redatto l'inventario degli asset aziendali, che ne riporta caratteristiche tecniche e livello di criticità con relativa mappatura dei rischi. | formazione documentazione | anno                   | L'obiettivo si intende raggiunto a partire da un valore pari al 100%  | 0,27 | 100%             | 0,27  | si veda relazione agli atti   |
| 2.3.6  | Aggiornamento sito internet e Carta dei servizi (URP)   | Carta dei servizi Ospedale costantemente aggiornata sul sito.  | Referente Comunicazione   | anno                   | 100% aggiornamento costante della Carta sul sito. Aggiornamento successivo in tempo reale di eventuali variazioni di interesse del cittadino, in collaborazione con i responsabili di UO e servizi                            | 0,10 | 100%             | 0,10  | Effettuata revisione costante delle informazioni di competenza attualmente pubblicate sul sito Internet e relativo aggiornamento dei contenuti della Carta dei servizi. Partecipazione al gruppo operativo "portale" per la realizzazione e la pubblicazione dei contenuti relativamente alle aree di nostra competenza del nuovo sito Internet Aziendale |
| 2.3.7  | appropriata attribuzione della classe di priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021 (UUOO attività CH)  | attesa max classe A = 30gg<br>classe B = 60 gg   | SIS                       | anno                   | 90% dei pz per reparto  | 0,37 | 56%              | 0,21  |   |
| 2.3.8  | Attivazione di un gruppo di lavoro per lo sviluppo di un dispositivo utile al trasporto di cornee preparate per endoheratoplastica DMEK (Dirigente oftalmologo Tecnico di laboratorio biomedico, Dirigente Biologo E' previsto il coinvolgimento nel progetto di validazione di un gruppo multicentrico internazionale che coinvolge le Università di Tor Vergata, Chieti e Nottingham (UK)) (oculistica) | progetto e realizzazione del dispositivo, validazione della procedura di preparazione e trasporto del tessuto, verifica del corretto utilizzo chirurgico del tessuto preparato   | DSA                       | anno                   | Definizione e standardizzazione della procedura, eventuale brevetto del dispositivo   | 0,02 | 0%               | 0,00  | non è stato attivato  |
| 2.3.9  | Attivazione di un gruppo di lavoro per la procedura chirurgica di osteo-odonto-cheratoprotesi (OOKP) (oftalmologo maxillo facciale, anestesista, radiologo, psicologo clinico) (oculistica)   | definizione di gruppi di lavoro e percorso diagnostico terapeutico per i pazienti; primo intervento eseguito entro l'anno  | DSA                       | anno                   | Definizione e standardizzazione della procedura   | 0,02 | 100%             | 0,02  | predisposto progetto e realizzato prototipo - validazione non effettuata per problema regolatorio (Pocobelli 19 10 2022)  |
| 2.3.10 | Attuazione del PFA in regime di FAD (formazione)  | % corsi realizzati   | DSA                       | anno                   | 80%   | 0,12 | 100%             | 0,12  | 53/53=100%  |

|        |   |  |                          |        |  |      |      |      |  |
|--------|---|--|--------------------------|--------|--|------|------|------|--|
| 2.3.11 | attivazione PTDA per produzione ed impiego degli euNT (emocomponenti ad uso non trasfusionale) (mesd trasf)   | n pz arruolati da uoc / uosd che partecipano al PDTA   | AREAS EMONET             | anno   | ≥ 5 pz FINE 2021   | 0,02 | 100% | 0,02 | Iter revisione ed attuazione PDTA EuNT non completato per le difficoltà ad implementare nuove prestazioni (necessario personale con competenze specifiche e dedicato per alcune ore /settimana), in presenza di organico laureato insuff a coprire attività di guardia h24 |
| 2.3.12 | Aumento indice di complessità (ortopedia)   | indice complessità   | SIS                      | anno   | 2021 > 2020  | 0,02 | 100% | 0,02 | ORD: 1,54 nel 2021 vs 1,53 nel 2020<br>DH: 0,88 nel 2021 vs 0,86 nel 2020  |
| 2.3.13 | aumento osservazioni donazioni organi (DCA 155/2019) (anestesia centro poli)  | n. osservazioni donazioni tessuti per allotrapianto/n. decessi lesioni cerebrali acuti   | CRT                      | anno   | maggiore vs 2019   | 0,05 | 100% | 0,05 | n. osservazioni 13<br>decessi 24<br>54,17% > 2019 (23,53%)   |
| 2.3.14 | Autosufficienza sangue e suoi derivati (DCA 155/2019) (med trasf)   | Aderenza delle Associazioni alla programmazione annuale  | Cobus                    | anno   | Rapporti semestrale di audit delle associazioni convenzionate, con misure correttive in caso di minor raccolta   | 0,02 | 100% | 0,02 | Nel II sem 2021 la pianificazione e monitoraggio attività di raccolta è avvenuta attraverso comunicazioni via mail con le Associazioni a causa delle difficoltà a concordare una data di incontro, anche da remoto.  |
| 2.3.15 | avvio nuovo RECUP SECONDO TEMPTICHE STABILITE DA REGIONE LAZIO (poliamb)  | avvio RECUP  | Poliambulatori/RL        |        | SI   | 0,05 | 100% | 0,05 | Attivazione Nuovo Recup dal 13 settembre 2021  |
| 2.3.16 | cartella clinica (ICT)  | richiesta e consegna informatizzata della cartella clinica   | AREAS                    | anno   | redazione della procedura  | 0,05 | 100% | 0,05 | vedere relazione agli atti   |
| 2.3.17 | Chirurgia conservativa nei carcinomi invasivi fino a 3 cm (sclose pazienti con mutazioni BRCA1-2) (centro senologia)  | Senonetwoek / Eusoma   | Databreast               | anno   | 70 % degli indicatori core   | 0,01 | 96%  | 0,01 | 95,6   |
| 2.3.18 | certificazione ISO900 banca del latte donato (neonatalogia)   | certificazione ISO9000   | certificazione           | anno   | certificazione   | 0,05 | 100% | 0,05 | Determina n 15/ABS del 20 01 2021:affidamento del servizio di Processo di Certificazione Gestione Banca del Latte di durata triennale (audit rilascio certificazione 2021, audit 1° mantenimento 2022, audit 2° mantenimento 2023)   |
| 2.3.19 | Conclusione e messa in atto della I.O. "Percorso da Pronto Soccorso per il paziente ortopedico con frattura minore" (DEU)   | n° pazienti con frattura minore (dati Gipse)/numero pazienti inseriti nel percorso   | GIPSE                    | anno   | procedura approvata entro il 30.06.2021 - pazienti inseriti nel percorso 90% al 31.12.2021   | 0,10 | 100% | 0,10 | procedura aggiornata 07 2021   |
| 2.3.20 | conformità a indicatori nazionali e regionali di qualità e esiti (SIS)  | Monitoraggio e report trimestrale alle UUOO coinvolte e DSA dei dati di esito degli ultimi 3 anni e di ciascun trimestre 2021, con organizzazione audit con ciascuna UO che presenti non conformità degli indicatori per analisi dei percorsi e programma di miglioramento entro fine anno | DSA                      | anno   | monitoraggio trimestrale e incontro con 100% UO che presentano non conformità nel trimestre successivo alla non conformità registrata, e relazione a DSA in merito | 0,12 | 100% | 0,12 | incontri effettuati con reparti coinvolti ma non inviata relazione a DSA   |
| 2.3.21 | conformità alle buone pratiche di lavorazione del sangue definite dalla normativa vigente e dalle linee guida tecnico - scientifiche applicabili (med trasf)  | n. unità emocomponenti eliminate per cause tecniche vs anno precedente   | report EMONET semestrale | anno   | riduzione n. unità emocomponenti eliminate per cause tecniche  | 0,02 | 100% | 0,02 | Dati estrapolati da EMONET: nel II sem si confermano i dati di riduzione eliminazione per causa tecnica delle emazie (0,21% vs 0,56%) e piastrine (0,4% vs 1,04%), stabile quella del plasma.  |
| 2.3.22 | consolidamento del servizio di telenursing (DPS)  | N° pazienti arruolati/n° pazienti arruolabili  | telemedicina/SIS         | anno   | almeno 20% per nuova attivazione incremento 10% se attivato nel 2020   | 0,07 | 100% | 0,07 | vedere relazione agli atti   |
| 2.3.23 | consolidamento del servizio di telemidwifering (DPS)  | N° donna arruolate/n° donne arruolabili  | telemedicina/SIS         | anno   | almeno 20% per nuova attivazione incremento 10% se attivato nel 2020   | 0,02 | 100% | 0,02 | corsi accompagnamento alla nascita on line: iniziati nel 2020: n 10 corsi con n 112 donne - nel 2021: n 17 corsi con n 238 donne / presa in carico pazienti iniziata marzo 2020: nel 2020 n 446 pazienti - nel 2021 n 553 pazienti   |
| 2.3.24 | definizione delle schede di profilassi antibiotica per specialità in collaborazione con CICA sulla base delle LG in materia entro III trimestre - applicazione del timing e della molecola corretta da parte dell'anestesista in fase pre/per operatoria (anestesia operatoria) |  | CICA                     | anno   | profilassi antibiotica somministrata al 90% dei pz chirurgici da parte dell'anestesista in sala coerentemente con protocollo profilassi ratificato                 | 0,04 | 100% | 0,04 | si   |
| 2.3.25 | Corso formazione UNICEF allattamento al seno (materno inf)  | N partecipanti al corso DAD  | Formazione               | anno   | partecipanti al corso > 20 operatori   | 0,10 | 100% | 0,10 | partecipanti al corso > 20 operatori   |
| 2.3.26 | corso formazione raccomandazione ministeriale n. 16 (corso rianimazione neonatale) (materno inf)  | N partecipanti al corso DAD  | Formazione               | anno   | partecipanti al corso > 20 operatori   | 0,10 | 100% | 0,10 | partecipanti al corso > 20 operatori   |
| 2.3.27 | digitalizzazione (RTD)  | PTIPA (Piano Triennale per l'Informatica nella PA)   | RTD                      | 30-nov | ricognizione e stato arte entro il 30 giugno 2021 - predisposizione piano entro il 30.11.2021  | 0,05 | 100% | 0,05 | NO   |
| 2.3.28 | Discussione pre-operatoria dei casi di cancro della mammella in Conferenza Multidisciplinare (centro di senologia)  | Senonetwoek / Eusoma   | Databreast               | anno   | 90 % degli indicatori core   | 0,01 | 97%  | 0,01 |  |

|        |  |   |   |             |  |      |      |      |   |
|--------|--|---|---|-------------|--|------|------|------|---|
| 2.3.29 | elaborazione cartella fisioterapia   | produzione della cartella entro 1 trimestre 21 - sua applicazione dal 2 trimestre - verifica di corretta applicazione nel 3 e 4 trimestre   | DPS/DSA                                 | anno        | applicazione almeno in 1 UO per dipartimento/area  | 0,05 | 100% | 0,05 | elaborata cartella fisioterapia e relative istruzioni operative   |
| 2.3.30 | Formazione a supporto del contenimento della diffusione di SARS CoV 2 in ambito ospedaliero (formazione)   | n. corsi erogati  | DSA                                     | anno        | n. 4 corsi FAD aziendale e n. 4 corsi FAD esterna  | 0,02 | 100% | 0,02 | Erogati n. 5 corsi FAD aziendale. La Piattaforma EDUISS non ha offerto nel 2021 corsi inerenti il contenimento della diffusione di SARS CoV 2 in ambito ospedaliero, se non per i professionisti dei centri vaccinali, identificati a livello regionale   |
| 2.3.31 | Formazione continua (sc alim)  | Due corsi di formazione/anno. Uno, a cura del Team Nutrizionale, da produrre su piattaforma digitale rivolto alla diffusione della procedura Aziendale allo screening del rischio di malnutrizione nel paziente ospedalizzato. Un altro rivolto agli operatori interni interessati al processo della prescrizione dieta e procedure di richiesta e gestione del vitto con il nuovo appalto del servizio di ristorazione degenti | Formazione                              | anno        | Produzione del corso relativo allo screening del rischio nutrizionale su piattaforma digitale entro il primo semestre. Produzione del corso sul Servizio di Ristorazione Ospedaliera entro la fine del secondo semestre  | 0,04 | 50%  | 0,02 | Per quanto risulti alla UOSD FDR, nell'anno 2021 è stato effettuato il corso NRS 2002   |
| 2.3.32 | implementazione rapporti/collaborazione con associazioni pazienti e terzo settore. Censimento delle Associazioni che collaborano con l'ospedale e invito a tavolo permanente di collaborazione con l'Azienda (URP) | n. adesioni al tavolo associazioni  | Referente Comunicazione                 | anno        | censimento associazioni già in rapporto con l'Azienda entro 31/5/2021. Costituzione di un tavolo permanente di collaborazione anche previo invito di altre associazioni e stesura del piano di collaborazione con proposte di progetti da condividere con l'Azienda entro il 3 trimestre dell'anno, con avvio e cronoprogramma iniziative da attivarsi a partire dal 4 trimestre | 0,10 | 100% | 0,10 | vedere relazione agli atti  |
| 2.3.33 | Implementazione dello screening uditivo neonatale nei neonati immaturi (dip onco lc)   | agenda screening neonatale nati prematuri   | Poliambulatori/SIS                      | anno        | implementazione attività   | 0,10 | 0%   | 0,00 | STERILIZZARE non è partito progetto   |
| 2.3.34 | Implementare percorso dipartimentale - tra Anatomia Patologica e Patologia Clinica -per la gestione dei campioni HPV per screening regionale (dip serv diagn)  | Procedura condivisa per gestione campioni HPV   | DSA                                     | anno        | Procedura e almeno 2 istruzioni operative correlate  | 0,11 | 100% | 0,11 | il percorso dipartimentale per la gestione dei campioni HPV dello screening regionale è implementato. Procedure e istruzioni inviate.   |
| 2.3.35 | Implementazione dei test immunocitochimici e molecolari predittivi di risposta alle terapie (anat pat)   | Predisposizione e di test predittivi di risposta ai farmaci:PD L1 per immunoterapia, neu (tramite IHC eISH), per terapia target, geni del MMR (instabilità microsatellitare) per carcinoma del colon-retto e endometrio, EGF-R, K-RAS, N-RAS, BRAF, ALK, ROS1, CD117 per terapie target   | Reparti medici e chirurgici interessati | anno        | Predisposizione di un ampio pannello di test di farmacogenetica ed implemento quantitativo dei test di almeno il 30% rispetto al 2020  | 0,02 | 100% | 0,02 | implementazione: 26,10 % (allegato)   |
| 2.3.36 | indicatore di esito colecistectomia laparoscopica (CH generale e oncologica)   | Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria < 3 gg   | SIS/Prevale                             | anno        | ≥ 70% per reparto  | 0,04 | 100% | 0,04 | 81,66%  |
| 2.3.37 | interscambiabilità/flessibilità per l'aumento delle competenze sulle diverse linee di attività delle linee di produzione radiologia (DPS)  | qualificazione da parte del Dirigente Area Tecnica di almeno 1 nuovo processo   | RIS/ICT                                 | anno        | 30 % del numero dei tecnici che acquisisce una competenza in più   | 0,02 | 100% | 0,02 | SI - vedere relazione agli atti (Mattioli)  |
| 2.3.38 | interscambiabilità/flessibilità per l'aumento delle competenze sulle diverse linee di attività delle linee di produzione dei TSLB nella UOC Patologia clinica (DPS)  | qualificazione da parte dello specialist di almeno 1 nuovo processo diagnostico per almeno il 50% dei TSLB  | coordinatore tecnico/piano di lavoro    | anno        | 50 % del numero dei tecnici che acquisisce una competenza in più   | 0,02 | 100% | 0,02 | SI - vedere relazione agli atti (Durantini)   |
| 2.3.39 | istanza riconoscimento UOC centro fibrosi polmonare primitiva (MARR)   | istanza riconoscimento  | DSA                                     | I trimestre | perfezionamento istanza entro I trimestre 2021 relazione al DSA per invio in RL entro il 15 febbraio 2021  | 0,02 | 100% | 0,02 | SI - inviata in Regione con nota prot n 14748 del 21 04 2022  |
| 2.3.40 | l'accreditamento JACIE per la raccolta delle cellule staminali da sangue midollare definito espianto midollare (ematologia)  | accreditamento  | DSA                                     | anno        | SI   | 0,02 | 0%   | 0,00 | certificazione per trapianto autologo e allogeneico (cfr certificato agli atti) richiesta accreditamento JACIE per raccolta sangue midollare: già dal 2020 la uoc aveva preparato parte dei documenti con il consulente e contattato JACIE per la procedura di accreditamento, nel 2021 JACIE non aveva disponibile lo staff di ispettori, quindi è stata proposta una ispezione da remoto il cui accreditamento presenta una durata inferiore così si è deciso di attendere una ispezione in presenza che verrà programmata nel I trimestre del 2023. STERILIZZATO |
| 2.3.41 | Mantenimento Certificazione WESTGARD (patologia clinica)   | verifica periodica andamento CQI su analiti certificati con Westgard Sigma Verification of Performance Program  | DSA                                     | anno        | si certificazione  | 0,02 | 100% | 0,02 | certificazione ottenuta   |

|        |  |  |  |          |   |      |      |      |  |
|--------|--|--|--|----------|---|------|------|------|--|
| 2.3.42 | manuale di qualità della radioterapia per adeguamento al D.Lgs 101/2020 (fisica medica)  | numero di attività oggetto del manuale (Linac 1, Linac 2, tomoterapia, brachiterapia)  | Radioterapia oncologica                    | anno     | redazione del manuale di qualità relativo a tutte le apparecchiature della radioterapia per adeguamento al D.Lgs 101/2020   | 0,12 | 100% | 0,12 | E' stato redatto il manuale di qualità per la Radioterapia, con le sezioni LINAC 1 e LINAC 23, Tomoterapia e brachiterapia. I file sono stati inviati a dicembre 2021 all'allora responsabile Impianti Radiologici di Radioterapia dott.ssa Cristina Caruso (allegato) |
| 2.3.43 | Manuale della qualità (patologia clinica)  | Verifica interna attuazione Manuale qualità e rilevazione e correzione delle non conformità  | DSA  | anno     | Relazione CON AZIONI MESSE IN ATTO  | 0,02 | 100% | 0,02 | effettuata   |
| 2.3.44 | Manuale della qualità (anatomia patologica)  | Verifica interna attuazione Manuale qualità e rilevazione e correzione delle non conformità  | DSA  | anno     | relazione CON AZIONI MESSE IN ATTO  | 0,02 | 100% | 0,02 | invio relazione a DSA  |
| 2.3.45 | miglioramento della congruità delle prestazioni riabilitative nei reparti per acuti in concomitanza con l'elaborazione della cartella fisioterapica in collaborazione con i fisioterapisti (med fisica e riab) | presenza cartella fisioterapica nella cartella clinica di pz sottoposti a trattamento riabilitativo in acuto   | SIS  | anno     | 50% pz sottoposti a trattamento riabilitativo in acuto nelle UO in cui viene applicata cartella fisioterapica   | 0,03 | 100% | 0,03 | si   |
| 2.3.46 | Ottimizzazione dei tempi di refertazione delle emocolture positive "urgenti" (patologia clinica)   | n. di emocolture positive refertate entro 12 ore dalla positività/ n. di emocolture positive totali refertate  | ICT Open LIS Epicenter                     | anno     | 25%   | 0,02 | 100% | 0,02 | Refertate entro 12 ore emocolture 29,55% nel 2 semestre 118/452= 26,11%  |
| 2.3.47 | Ottimizzazione della dose di radiazioni al paziente e adeguamento Dlg101-2020 che prevede la registrazione, il monitoraggio e la comunicazione della dose (diagnostica e adolorata)                            | 1)Revisione dei protocolli di acquisizione di esami TC e Rx Mammografia;2)configurazione di almeno 4 apparecchiature con sistemi di rilevazione della dose   | ICT, Fisica Sanitaria e Ingegneria clinica | anno     | ottimizzazione della dose al paziente e comunicazione nel referto della dose assorbita dal paziente   | 0,07 | 100% | 0,07 | apparecchiature TC ed angiografia configurate con il sistema dose watch; informazioni dosimetriche riportate sistematicamente nei referti  |
| 2.3.48 | parco attrezzature analisi e censimento parco attrezzature e relativa obsolescenza ai fini della priorità di sostituzione (ing clinica)  | Piano triennale acquisto attrezzature gestire le richieste di acquisto attrezzature da parte delle UUOO con loro ricezione e presentazione alla DSA/DA dell'elenco delle richieste di acquisizione indicate con ordine di priorità rispetto alla necessità di sostituzione di quelle obsolete previste da IC e in rapporto agli indirizzi strategici aziendali al fine di poter programmare accesso ai finanziamenti | DSA  | anno     | tempistica entrata attrezzature di nuova acquisizione inviata ad ogni inizio trimestre al DSA   | 0,05 | 100% | 0,05 | aggiornamenti a DS 16/01/2021 07/03/2021 collegio direzione 26/06/2021 collegio direzione senza data ordine NSO prassi consolidata   |
| 2.3.49 | percorso ordini beni e servizi (Ing clinica, ABS, AAGG, farmacia, amm legale, personale, patrimonio storico, sviluppo tecnologie, ICT, formazione, DMPO)   | effettuazione ordine acquisto NSO prima dell'arrivo della fattura (ad eccezione per acquisti diretti in MEPA) effettuazione ordine fatturazione/carico entro 20 gg mese successivo   | AREAS                                      | anno     | SI  | 0,74 | 100% | 0,74 |  |
| 2.3.50 | POLA (RTD)   | predisposizione Piano Organizzativo di Lavoro Agile  | Uoc Programmazione e controllo             | 31-gen   | redazione POLA entro il 31.01.2021  | 0,05 | 100% | 0,05 | L'obiettivo è stato completato con la redazione del POLA, e la successiva pubblicazione con Deliberazione n° 100/DG f.f. del 02/02/2021, così come integrata dalla Deliberazione n° 111/DGff del 05/02/2021  |
| 2.3.51 | processo di dematerializzazione (AAGG, ABS, programm controllo, ing clinica, amm legale, gestione tecnologie, patrimonio storico, personale, economico)  | delibere dematerializzate  | AAGG                                       | anno     | utilizzo software delibere dal 01.07.2021   | 0,39 | 0%   | 0,00 | OBBIETTIVO STERILIZZATO per mancanza pre-requisito: completamento fasi precedenti  |
| 2.3.52 | processo di digitalizzazione (ICT, poliambulatori e rtd)   | mappatura sistema e progetto digitalizzazione prestazioni e pagamenti prestazioni ambulatoriali  | RTD  | 30-apr   | presentazione progetto entro il 30.04.2021 avvio digitalizzazione entro il 30.11.2021   | 0,30 | 100% | 0,30 | prenotazioni anche on line e pagamenti anche su piattaforma PagoPA   |
| 2.3.53 | progettazione progetto dematerializzazione   | studio di fattibilità per il procedimento di dematerializzazione e archiviazione Atti Aziendali  | Affari generali                            | anno     | delibera approvazione documento   | 0,02 | 100% | 0,02 | no   |
| 2.3.54 | progetto SCIMAI senza fissa dimora con Comune di Roma (gestione tecnologie)  | fine lavori entro maggio 2021  | verbale                                    | semestre | verbale fine lavori e corretta esecuzione   | 0,02 | 100% | 0,02 | Come da allegato certificato di regolare esecuzione redatto in data 28 Maggio 2021 ( ALL1) i lavori sono stati ultimati in data 31/03/2021.  |
| 2.3.55 | qualità dell'assistenza di supporto al paziente (OSS) (DPS)  | elaborazione di una scheda per il soddisfacimento dei bisogni di base dei pazienti totalmente/parzialmente dipendenti  | UOC DAI                                    | anno     | presentazione scheda con formazione entro I trim. applicazione sperimentale entro II TRIM in 1 UO chirurgica, 1 UO medica e 1 di TI e 1 blocco operatorio, applicazione a tutta Azienda entro II semestre | 0,02 | 100% | 0,02 | scheda elaborata verificare relazione agli atti  |
| 2.3.56 | revisione Fondo Rischi e accantonamento fondi in materia di contenzioso in linea con le disposizioni regionali (amm legale)  | quantificazione fondo rischi al 31/12/2020 entro gennaio 2021 monitoraggio utilizzo e nuovi accantonamenti fondo rischi 2021   | UOC economico e finanziaria patrimoniale   | anno     | SI  | 0,10 | 100% | 0,10 | obiettivo condiviso con UOSD Rischio Clinico (Vedi prospetto agli atti)  |
| 2.3.57 | Regolamento di Radioprotezione in adeguamento al D.Lgs 101/2020 (fisica medica)  | numero di procedure trattate nel regolamento   | DSA  | anno     | redazione del Regolamento di Radioprotezione in adeguamento al D.Lgs 101/2020   | 0,12 | 100% | 0,12 | inviato con i contributi della Fisica Medica il 31 12 2021 - nessuna notizia della stesura definitiva  |

|        |   |  |  |            |  |      |      |      |   |
|--------|---|--|--|------------|--|------|------|------|---|
| 2.3.58 | ricognizione finalizzata e determinazione budget annuale 2021 patrocinio legale (escluso fondo rischi) rispetto del budget annuale spese patrocinio legale  | ricognizione gennaio 2021 e monitoraggio scostamenti rapporto consuntivo 2021/budget annuale anno 2021   | UOC economico finanziaria e patrimoniale                   | anno       | definizione budget 2021 Rapporto = 1,20  | 0,10 | 100% | 0,10 | Budget 2021 Sub. Aut. al 31.8.22 / Budget annuale 2021: € 441.075,36 / 441.075,36 = 1 < 1,20 (V. Prospetto agli atti)   |
| 2.3.59 | Riduzione tempi di esecuzione delle consulenze per degenti (esclusa urgenza) con particolare riguardo alle consulenze di Nutrizione Artificiale (sc alim)   | 30%= n. consulenza per degenti refertate entro 24 ore dalla richiesta /n. consulenze per degenti richieste<br>60%= n. consulenza per degenti refertate entro 48 ore dalla richiesta /n. consulenze per degenti richieste | ICT order entry  | anno       | n. consulenze per degenti refertate entro 24 ore >400 n. consulenze per degenti refertate entro 48 ore >800  | 0,04 | 100% | 0,04 | sono state effettuate le consulenze con tempi ancora migliori rispetto a quelli segnati.  |
| 2.3.60 | Riduzione tempi refertazione esami ai degenti (esclusa urgenza) (diagnostica)   | 90%= n. esami radiologici per degenti refertati entro 36 ore dalla richiesta /n. esami per degenti richiesti   | ICT order entry  | anno       | (n. esami radiologici refertati su degenti entro 48/n. richieste)OD (esclusa urgenza) ≥0,8   | 0,04 | 100% | 0,04 | raggiunto per la RM multiparametrica della prostata con la definizione del parametro PIRADS   |
| 2.3.61 | scialoendoscopia (ORL)  | introduzione procedura innovativa , mini-invasiva per la patologia delle ghiandole salivari  | SIS  | anno       | implementazione attività   | 0,02 | 0%   | 0,00 | STERILIZZARE non è partito progetto   |
| 2.3.62 | telemedicina e presa in carico follow up ambulatoriale attivare /aumentare (medicines, geriatria, endocrin, MARR, cardiologie, neuro, nefrol, angiologia, centro senol, ematologia, oncologia, gastro, poliamb, ginecol, neonat | n. controlli in televisita/tot. visite controllo   | telemedicina/SIS   | anno       | almeno 20% per nuova attivazione incremento 10% se attivato nel 2020   | 0,62 | 31%  | 0,19 |   |
| 2.3.63 | Ulteriore sviluppo DWH - indicatori cruscotto direzionale (SIS)   | Report su DWH  | UOC Programmazione e Controllo                             | I semestre | SI   | 0,10 | 0%   | 0,00 | non ci sono stati ulteriori sviluppi del DWH  |
| 2.3.64 | Unico intervento chirurgico per il trattamento del carcinoma invasivo della mammella (esclusa la ricostruzione mammaria) (centro di senologia)  | set core di indicatori Breast Unit regionali sui volumi e tempi di attività  | Databreast   | anno       | 90 % degli indicatori core   | 0,01 | 100% | 0,01 | 100   |
| 2.3.65 | unità di degenza infermieristica (DPS)  | attivazione di una struttura di ricovero ai sensi della DCA n° 370/2014 di almeno 12 p.l.  | DMPO/DSA   | anno       | - predisposizione procedura di funzionamento e raccordo con le UO di ricovero per acuti, in collaborazione con medici di reparti entro il I trimestre - attivazione reparto entro I semestre | 0,05 | 100% | 0,05 | nota del DS prot 28849 26/07/2021 relativa all'attivazione del reparto di Predimissione/Holding con ppli assegnati alle UUOO di area medica .L'assistenza del paziente è affidata all'equipe infermieristica, i pazienti sono assegnati alle varie UUOO di ricovero e ai Medici delle stesse. |
| 2.3.66 | Valorizzazione del Patrimonio storico art. 64 codice appalti Studi e Ricerche   | avvio procedimento<br>1) CONCLUSIONI/ RINNOVI CONVENZIONI IN ATTO<br>2) PUBBLICAZIONE REPORT FINALE CONVENZIONE 3D   | albo pretorio DA/atti deliberativi Pubblicazione II Volume | I semestre | SI<br>Elenco Convenzioni in atto Aggiornate Volume pubblicato  | 0,12 | 100% | 0,12 | vedere relazione agli atti  |

5,18

85,60%

4

AREA STRATEGICA 2 - ORGANIZZATIVO QUALITATIVA

obiettivo strategico 2.4. RISCHIO CLINICO E ICA

| numero | Obiettivo   | Indicatore  | Fonte Dato | Periodo di Riferimento | Risultato Atteso   | peso | % RAGGIUNGIMENTO | punteggio | note  |
|--------|---|---|------------|------------------------|--|------|------------------|-----------|---|
| 2.4.1  | Adempimenti contenuti in Linee di indirizzo regionali in materia di rischio clinico<br>PARM approvazione e trasmissione al CRRC entro i termini previsti dalla determinazione G00164 dell'11/01/2019. Pubblicazione sulla pagina dell'amministrazione trasparente di :<br>1) relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (art. 2 c. 5 della l. 24/2017)<br>2) dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4 c. 3 della l. 24/2017)<br>PAICA approvazione e trasmissione del al CRRC entro i termini previsti dalla determinazione G00163 dell'11/01/2019 (rischio clinico) | la determina stabilisce che entro il 15/02 di ogni anno le strutture del SSN adottino il PARM e lo trasmettono entro il 28/02 al CRRC<br>la determina stabilisce che entro il 15/02 di ogni anno le strutture del SSN adottino il PAICA<br>N. di adempimenti attuati/ N. tot. di adempimenti regionali nella tempistica stabilita dalla Regione/Direzione Aziendale | DSA        | anno                   | 100%<br>25% adozione e trasmissione del PARM al CRRC entro i termini stabiliti. In caso di mancato adempimento decurtare 1,25% dall'obiettivo generale<br>25% pubblicazione della relazione ex art. 2 c. 5 della l. 24/2017. In caso di mancato adempimento decurtare lo 0,75% dall'obiettivo generale<br>25% pubblicazione relazione ex art 4 c. 3 della l. 24/2017. In caso di mancato adempimento decurtare lo 0,75% dall'obiettivo generale<br>25% adozione e trasmissione del PAICA al CRRC entro i termini stabiliti. In caso di mancato adempimento decurtare 1,25% dall'obiettivo generale | 1,70 | 100%             | 1,70      | PARM 2021 è stato adottato, pubblicato e trasmesso nei tempi stabiliti dalla Regione; adottato e pubblicato il 15/02/2021 con Deliberazione n. 144/DG FF e trasmesso al CRRC il 19/02/2021 (allegati 1 e 1.1).<br>Sono state regolarmente pubblicate sulla pagina dell'amministrazione trasparente la relazione annuale consuntiva degli sugli eventi avversi - anno di riferimento 2020 - e la tabella contenente i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.<br>Si precisa che la relazione annuale consuntiva degli sugli eventi avversi anno 2021 e la tabella contenente i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio aggiornata al 2021 saranno pubblicate sulla pagina di amministrazione trasparente entro febbraio 2022<br>PAICA 2021 è stato adottato e pubblicato dalla Direzione Sanitaria in data 26/02/2021 con Deliberazione n. 254/DG FF (allegati 1 e 1.1) e trasmesso al CRRC il 28/02/2021 come da indicazione della Regione Lazio (registro ufficiale U. 0884520 del 15/10/2020). |
| 2.4.2  | miglioramento dell'attività della CICA in tema di sorveglianza infezioni correlate all'assistenza (rischio clinico, patologia clinica, farmacia)  | report alle UUOO sorveglianza di laboratorio alert organism + utilizzo molecole antifettive monitorate in DDD da parte della Farmacia + consumo disinfettanti da parte della Farmacia distinti per area medica, chirurgica e intensiva e per UO, con confronto con periodo precedente   | DSA        | anno                   | invio alle UUOO e pubblicazione in intranet del report del 1 semestre entro il 31 luglio 2021 e del 2 semestre entro il 31 gennaio 2022  | 2,94 | 100%             | 2,94      | report e invii effettuati   |
| 2.4.3  | Monitoraggio utilizzo cartella clinica informatizzata (rischio clinico)   | % di utilizzo delle funzioni-chiave della cartella informatizzata verificata entro l'anno a rotazione presso tutte le Unità di degenza  | DSA        | anno                   | Report alla DSA dei risultati del monitoraggio di ogni trimestre, con esiti delle verifiche di utilizzo per UO e verbale incontri svolti presso le UO per rimuovere criticità e facilitare utilizzo  | 1,02 | 100%             | 1,02      | Eseguito - 100% - redatti n. 4 report annuali   |
| 2.4.4  | Rimodulazione ed efficientamento dell'assetto organizzativo della Rete dei Facilitatori del Rischio Clinico (rischio clinico)   | Definizione di un documento organizzativo: SI/NO  | DSA        | 1 trimestre            | attività perfezionata entro il 31 marzo 2021 con definizione, diffusione e applicazione dal 2 trimestre in poi del documento volto ad efficientare la rete dei facilitatori del rischio clinico  | 0,34 | 100%             | 0,34      | eseguito  |

6 100% 6

AREA STRATEGICA 2 - ORGANIZZATIVO QUALITATIVA  
 obiettivo strategico 2.5. NORMATIVE ED ALTRO

| numero | Obiettivo  | Indicatore  | Fonte Dato   | Periodo di Riferimento | Risultato Atteso   | peso | % raggiungimento | PUNTI | RISULTATO   |
|--------|--|---|--|------------------------|--|------|------------------|-------|---|
| 2.5.1  | Aggiornamenti semestrali Riclassificazione esposti classe A/Classe B/non esposti (fisica medica)   | Rivalutazione periodica, con criteri aggiornati, di tutti i lavoratori classificati in classe A e B   | DSA  | anno                   | 100%   | 0,21 | 100%             | 0,21  | elaborata scheda posto di lavoro - classificazione per esposizione a radiazioni ionizzanti e relative istruzioni per la compilazione - trasmissione del 29 12 2021 (cfr allegato)   |
| 2.5.2  | Aggiornamento tempestivo delle anagrafiche(farmacia)   | anagrafiche aggiornate  | UOC Programmazione e Controllo   | anno                   |  | 0,12 | 100%             | 0,12  | anagrafiche aggiornate 100%   |
| 2.5.3  | Analisi delle cartelle cliniche (a campione) per adeguatezza Codifica e Appropriatezza (SIS)   | 2 verifiche semestrali di 100 cartelle ciascuna a campione (in collaborazione con DMPO) coinvolgenti le UUOO che hanno presentato in passato maggiori criticità x codifica e appropriatezza   | DSA  | anno                   | 2 report semestrali con almeno 100 cartelle ciascuno, comprensivi dei verbali degli incontri effettuati con i responsabili e medici di ciascuna UO coinvolta per analisi congiunta e percorso di miglioramento   | 0,13 | 0%               | 0,00  | l'allora responsabile decise sospensione verifiche causa COVID STERILIZZATO   |
| 2.5.4  | Riduzione del tempo medio di pagamento, ovvero mantenimento del tempo medio di pagamento dell'anno precedente qualora i tempi siano compresi fra 1 e 10 gg (ABS, farmacia, amm legale, ICT, patrimonio storico, gestione tecnologie, AAGG, ing clinica monitoraggio tempistica (economico))      | L'indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data di scadenza e la data di pagamento   | UOC Economico finanziaria e patrimoniale   | anno                   | ritardi compresi fra:<br>1 e 10 gg ragg. 90%<br>11 e 30 gg ragg. 75%<br>31 e 60 gg ragg 50%<br>nessun riconoscimento se<br>- ritardi > 60 gg<br>- mancata riduzione di almeno 10% del debito commerciale residuo<br>- mancato azzeramento debito commerciale residuo scaduto, non oggetto di blocco, non liquidato al 31/12/2021, come osservato dal monitoraggio regionale "rilevazione stock di debito e invio indice di tempestività" | 1,15 | 100%             | 1,15  |   |
| 2.5.5  | completezza anagrafica SDO coordinatori  | numero totale errori/su n. tot pz ricoverati  | SIS  | mese                   | almeno il 95% delle complessive cartelle riporta tutti i dati anagrafici   | 0,04 | 50%              | 0,02  | il SIS sottolinea l'importanza della completezza dei dati anagrafici cfr. relazione   |
| 2.5.6  | corretto rapporto prestazioni in istituzionale e ALPI (AAGG, poliambulatori)   | 1 report trimestrale, distinto per specialità, trasmesso a JUOO e Direzione Aziendale con n prestazioni effettuate da ogni UO in istituzionale e ALPI   | DSA  | anno                   | 4 report trimestrali   | 0,18 | 100%             | 0,18  | Sono stati predisposti ed inviati report trimestrali in linea con l'obiettivo che pertanto si ritiene raggiunto.  |
| 2.5.7  | definire e notificare ai gestori degli spazi aziendali le specifiche destinazioni d'uso dei locali fruiti, al fine di disporre di planimetrie corrispondenti all'uso reale e di verificare l'adeguata corrispondenza tra strutture, impianti e attività svolta (gestione tecnologie, DMPO, SSAL) | sopralluoghi congiunti con ufficio tecnico e UOC DMPO per verificare sul posto la corrispondenza effettiva delle planimetrie aggiornate fornite dall'ufficio tecnico e la reale attuale destinazione d'uso dei locali   | DSA  | anno                   | invio alla DSA di piante fedeli al reale sia per struttura sia per destinazione d'uso: dell'ospedale SG entro il 30 giugno; dell'Addolorata e S Maria entro il 31 agosto; dei restanti presidi aziendali entro il 31 ottobre 2021. invio a ciascuno dei responsabili di UO entro il 20 dicembre degli spazi temporaneamente assegnati con relative destinazioni d'uso.   | 0,30 | 100%             | 0,30  | Sono stati effettuati sopralluoghi in tutti i luoghi aziendali; tali attività sono state ripetute più volte nel corso dell' anno 2021 a seguito della riorganizzazione di numerosi reparti, in particolare presso il Presidio San Giovanni. I rilievi sono stati effettuati a mano e le planimetrie sono state successivamente elaborate mediante software Autocad (ultima versione aggiornata al 22 dicembre 2021). Il processo è dinamico e l'aggiornamento è costante. |
| 2.5.8  | Flussi informativi farmaceutica (farmacia)   | Rispetto tempistiche invio congruità e completezza file F File R DM consumi e contratti   | Regione  | anno                   | SI   | 0,12 | 100%             | 0,12  | tempistiche rispettate  |
| 2.5.9  | Gestione puntuale degli esposti con risposta all'utenza entro la tempistica di legge, per realizzare miglioramento continuo della qualità dell'organizzazione. Audit di approfondimento delle criticità più rilevanti rappresentate dall'utenza (URP)  | n. AUDIT seguiti agli esposti tempo medio di risposta agli esposti in termini di legge  | DSA  | anno                   | risposta al 90% degli esposti presentati nell'anno entro 30 gg dalla ricezione. Attivazione AUDIT organizzativi a seguito esposti particolare rilevanza con relazione proposte a DSA. Report trimestrale a Direzione Aziendale esposti presentati, e anche encomi, distinto per UO coinvolta   | 0,17 | 100%             | 0,17  | si veda relazione agli atti   |
| 2.5.10 | Implementazione di referti strutturati in oncologia (neoplasia mammaria, carcinoma del retto, della prostata e neoplasie dell'apparato genitale femminile) (radiodiagn addolorata)   | Referto strutturato, sintetico, includente l'indicazione all'esame, la tecnica di esame, il tipo e la quantità di m.d.c somministrato e le conclusioni nelle quali si faccia riferimento alla classificazione della malattia tenendo conto dei più recenti criteri indicati dalle società scientifiche europee e americane. | UOSD Senologia, UOC Chirurgia ad indirizzo Oncologico, UOC Urologia e UOC di Ginecologia | anno                   | Utilizzo del referto strutturato nel 90% dei referti di senologia per immagini e nell'80% degli altri esami  | 0,05 | 100%             | 0,05  | Obiettivo raggiunto per la RM multiparametrica della prostata con la definizione del parametro PIRADS. Formalizzati n. 2 referti per patologia neoplastica colon retto e pelvi femminile  |

|        |  |   |   |      |   |      |      |             |  |
|--------|--|---|---|------|---|------|------|-------------|--|
| 2.5.11 | Invio progetti per gli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018; interventi DI 34/2020 - PNRR (gestione tecnologie e ing clinica)  | Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se per gli interventi di cui alla DGR 861/2017 e DGR 180/2018:<br>1) sarà presentato all'Area competente il progetto degli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018 secondo le tempistiche di cui al DM 02/04/2020 ovvero comunicata la data di aggiudicazione, se avvenuta: dicembre 2021<br>2) per gli interventi di cui al DI 34/2020 per il potenziamento della rete ospedaliera sarà garantita l'attuazione del Piano secondo le indicazioni della Struttura Regionale<br><u>per gli interventi previsti dal PNRR:</u><br>saranno inviati, entro i tempi richiesti, i riscontri relativi alla componente 1 obiettivo 6 del PNRR richiesti dalla Direzione Regionale<br><br>Se uno degli interventi non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto | documentazione  | anno | L'obiettivo si intende raggiunto a partire da un valore pari al 100%  | 0,30 | 100% | <b>0,30</b> | si vedano relazioni agli atti UOSD Ingegneria clinica e UOC sviluppo tecnologie  |
| 2.5.12 | Monitoraggio attuazione Procedure e disposizioni su Orari di accesso e colloquio, Cartellini riconoscimento, Modulistica ai pazienti, ecc. (URP)   | Monitoraggio mediante visite e sopralluoghi. Azioni correttive proposte alla DSA  | DSA   | anno | 6 monitoraggi nei Dipartimenti e azioni correttive proposte alla DSA  | 0,12 | 100% | <b>0,12</b> | si veda relazione agli atti  |
| 2.5.13 | Monitoraggio e recupero errori impegnative e SIAS (poliambulatori)   | scarti SIAS/totale inviati  | SIS   | anno | inferiore ad 1%   | 0,10 | 0%   | 0,00        | A causa della mancata attivazione dei programmi SIAS VIEWER e VISUALIZZA IMPEGNATIVE e l'impossibilità di utilizzare modalità alternative non è stato più possibile correggere gli errori. A ciò si aggiunge che dall'agosto 2021 e nel mese di settembre, causa hackeraggi dei sistemi regionali ed aziendali si è svolto un notevole impegno nella raccolta di tutte le impegnative ambulatoriali che sono state inserite ex post in modo corretto prevenendo eventuali errori.<br><b>OBBIETTIVO STERILIZZATO</b>  |
| 2.5.14 | ottimizzare la valutazione preventiva dei rischi per la sicurezza verificando che tutte le attività lavorative in Azienda siano state analizzate con DVR aggiornati nel tempo e garantire la stesura di DVR prima dell'anno/modifica ambienti attività preesistenti (SSAL) | invio alla Direzione per la ratifica dei DVR predisposti un mese prima dell'inizio attività /modifiche previste (salve modifiche urgenti notificate alla UOSD)  | DVR a norma   | anno | assicurare l'invio alla Direzione per la ratifica dei DVR predisposti un mese prima dell'inizio attività /modifiche previste (salve modifiche urgenti notificate alla UOSD) | 0,30 | 100% | <b>0,30</b> | L'aggiornamento dei DVR è stato eseguito in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. 81/08, sia per quanto concerne gli aggiornamenti periodici dei medesimi, sia per quanto concerne le modifiche che si sono rese necessarie a seguito di variazioni di attività nelle UU.OO./Servizi Aziendali, facendo seguito alle comunicazioni in merito della Direzione Sanitaria Aziendale. Dopo la sottoscrizione dei DVR, è stato effettuato invio tramite protocollo dei DVR ai fini della data certa. Nel corso del 2021 sono stati elaborati n. 73 documenti di valutazione di rischio, che costituiscono allegati del DVR parte Generale |
| 2.5.15 | Partecipazione a programmi di controllo di qualità interlaboratorio della diagnostica istopatologica (anatomia patologica)   | Aumento quantitativo dei controlli di qualità interlaboratorio  | Società scientifiche e responsabilità scientifica di programmi di CdQ | anno | partecipazione ad almeno 3 programmi di controllo di qualità interlaboratorio   | 0,04 | 100% | <b>0,04</b> | 3 programmi  |
| 2.5.16 | Rispetto disposizioni regionali liste attese prestazioni ambulatoriali classe B e classe P (DCA 155/2019) (poliambulatori)   | monitoraggio periodico indicatori regionali e azioni correttive con i Dipartimenti interessati - REPORT TRIMESTRALE A UUOO E DSA SU ATTESE PRESTAZ AMBULATORIALI, ALPI E RICOVERO   | ICT/RL  | anno | 90% al 31 dicembre  | 0,10 | 100% | <b>0,10</b> | Obiettivo raggiunto  |
| 2.5.17 | rispetto tempistiche di chiusura della SDO e delle tempistiche di consegna cartella in archivio (UUOO ricovero)  | indicatore da procedura/delibera 47/CS 2019<br>100% dei dati completi nuova SDO<br>Consegna all'archivio delle cartelle cliniche entro 30 giorni dalla dimissione (escluse dimissioni protette)   | SIS   | anno | 100% dati completi nuova SDO.<br>Consegna cartelle cliniche all'archivio entro 30 giorni (escluse dimissioni protette): 90%   | 1,45 | 100% | <b>1,45</b> | obiettivo condiviso con DMPO   |
| 2.5.18 | Sistema di contabilità analitica regionale (programmazione e controllo)  | Applicazione del sistema di contabilità analitica regionale - secondo i tempi della regione   | indicazioni regionali   | anno | rispetto indicazioni regionali  | 0,26 | 100% | <b>0,26</b> | contabilità aggiornata secondo le indicazioni regionali  |

|        |   |   |   |      |   |      |      |             |  |
|--------|---|---|---|------|---|------|------|-------------|--|
| 2.5.19 | Sottoscrizione di accordi DECENTRATI aziendali relativi al personale del Comparto e delle Aree della Dirigenza (personale)                | Verbali di intesa di accordi stipulati  | verbali                                     | anno | Sottoscrizione di almeno il 50% delle ipotesi di accordo presentate dall'Amministrazione  | 0,21 | 100% | <b>0,21</b> | 4 ipotesi di accordo<br>2 accordi sottoscritti: regolamento incarichi organizzazione, accordo integrativo riconoscimento economico x impegno contrasto COVID<br>2 accordi non sottoscritti: regolamento incarichi dirigenza medica, regolamento FAP  |
| 2.5.20 | Valorizzazione del Patrimonio Immobiliare Adeguamenti Catastali (patrimonio storico)  | documentazione catastale : Aggiornamento PO Britannico; Adeguamento PO Addolorata e Sede Legale.          | DA/documentazione attestante accatastamento | anno | accatastamento corretto   | 0,17 | 100% | <b>0,17</b> | Trasmessa tutta la documentazione atta a consentire alla U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi di procedere con l'individuazione di un operatore economico su MEPA. E' in corso dal 2019 il rientro in proprietà dalla Società SANIM alla Azienda Ospedaliera del PO Addolorata e della Sede Legale. Per il giusto accatastamento ed adeguamento degli immobili in oggetto, è stata attivata la procedura attraverso il RUP già designato che ha elaborato la documentazione necessaria alla UOC Acquisizione Beni e Servizi per l'affidamento del servizio professionale di adeguamento catastale (PreGEO + DcCfA) dei tre presidi attualmente in titolarità dell'Azienda Ospedaliera, Britannico, San Giovanni e Santa Maria.   |
| 2.5.21 | Verifica completezza documentazione sanitaria (Rischio Clinico, SIS e DMPO)   | Elaborazione e utilizzo della nuova check list relativa alla qualità e completezza della cartella clinica | DSA   | anno | Entro il 1 aprile 2021, dopo illustrazione della check list a tutte le UUOO, avvio dell'utilizzo della nuova check list. Avvio dal 1 aprile di verifiche a campione e rotazione delle cartelle già archiviate in modo da comprendere tutte le UUOO di degenza entro fine anno, con report a DSA + al Direttore UO delle verifiche effettuate con non conformità rilevate e azioni suggerite per il miglioramento. | 0,34 | 100% | <b>0,34</b> | Sono stati creati gruppi di lavoro per la revisione delle check list di area medica, chirurgica-ostetrica ginecologica. I gruppi di lavoro si sono incontrati periodicamente coordinati da un medico della DMPO al fine di verificare e migliorare le criticità. La nuova check list doveva implementare la cartella informatizzata (progetto cartella informatizzata) per il quale sono stati individuati i referenti delle UUOO e il medico della DMPO, ci sono stati incontri di presentazione e condivisione della cartella che però non è stata ancora adottata. L'attuale check list viene puntualmente verificata per ogni cartella archiviata, mentre il report sul monitoraggio della cartella informatizzata viene elaborato dalla UOSD Rischio clinico. Per la parte di nostra competenza (partecipazione all'elaborazione della check e alle riunioni con le UU.OO. Per l'implementazione) obiettivo eseguito - 100% |
| 2.5.22 | verifica della qualità percepita dall'utenza per trarne motivo di riorganizzazione dei servizi e ottimizzazione dell'organizzazione (URP) | questionari per esplorare 3 linee di attività aziendali   | DSA   | anno | progettazione delle 3 analisi di qualità percepita e delle modalità di somministrazione e valutazione entro 31 marzo 21, con realizzazione di tutti i progetti entro il 30/11/21, compresa l'analisi dei risultati  | 0,13 | 100% | <b>0,13</b> | La progettazione delle 3 analisi di qualità percepita (customer satisfaction) e delle modalità di somministrazione è stata effettuata nei termini richiesti. La somministrazione dei questionari è stata effettuata prevalentemente in modalità CATI causa emergenza COVID. Sono state esplorate le seguenti linee di attività:<br>- Emergenza (PS)<br>- Elezione (Preoperalizzazione)<br>- Area medica<br>- Area chirurgica<br>E' stata realizzata una reportistica sia trimestrale che annuale.<br>La reportistica annuale è stata trasmessa tramite protocollo U.O.C. Programmazione e Controllo e debitamente pubblicata sul Sito Internet Aziendale.  |

5,78

99,63%

5,76

**AREA STRATEGICA 3 - TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

**obiettivo strategico 3.1. PTPCT**

| numero | Obiettivo   | Indicatore   | Fonte Dato | Periodo di Riferimento | Risultato Atteso | peso      | % raggiungimento | PUNTI     | RISULTATO       |
|--------|---|--|------------|------------------------|------------------|-----------|------------------|-----------|-----------------|
| 3.1.1  | Raggiungimento obiettivi previsti dal Piano                             | % obiettivi raggiunti  | RPTC       | anno                   | 100%             | 9,86      | 100%             | 9,86      | Eseguito - 100% |
| 3.1.2  | prevenzione della Corruzione e Trasparenza - Piena attuazione del Piano | N. processi classificati in Aree di rischio/ N. tot processi mappati | OIV        | anno                   | >80%             | 0,14      | 100%             | 0,14      | Eseguito - 100% |
|        |   |  |            |                        |                  | <b>10</b> | <b>100%</b>      | <b>10</b> |                 |