

	obiettivi strategici	obiettivi operativi	descrizione	indicatore	fonte dato	risultato atteso	
1 - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	1.1.1 - offerta assistenziale	Efficientamento dell'output intervenendo sui principali indicatori di attività e sul rispetto degli orari	valore(Prod2024/Prod2023)	SIS	BEP	
	1.2 - Conformità indicatori PNE/Prevale e appropriatezza	1.2.1 - rispetto indicatori PNE/Prevale	rispetto principali indicatori treemap		indicatori prevale	SIS	100%
		1.2.2 - appropriatezza delle cure	utilizzo robot secondo le linee guida aziendali		indicatori contenuti nelle linee guida aziendali	Farmacia	rispetto indicatori linee guida aziendali 100% (II semestre)
		1.2.3 - sorveglianza infezioni correlate all'assistenza	miglioramento in tema di sorveglianza infezioni correlate all'assistenza		miglioramento degli indicatori	report	100%
	1.3 - Governo Liste d'Attesa	1.3.1 - CH gestione liste di attesa	rispetto tempi per priorità nelle liste di attesa per ricoveri chirurgici e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2019 - 2021		attesa max classe A = 30gg; classe B = 60 gg; classe C= 6 mesi; classe D = 1 anno	SIS	rispetto del rapporto a norma di legge
		1.3.2 - attività ambulatoriali gestione liste di attesa	Rispetto disposizioni regionali in materia di liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali mediante il monitoraggio periodico indicatori regionali. Individuazione misure correttive con le UUOO interessate		monitoraggi trimestrali relazione su azioni correttive	4 monitoraggi	rispetto disposizioni regionali 100%
		1.3.3 - corretto rapporto prestazioni in istituzionale e ALPI	rispetto del rapporto tra produzione ambulatoriale istituzionale e ALPI, con monitoraggio mensile andamento e adozione dei correttivi necessari, invio dati alla Regione in merito al confronto istituzionale/ALPI nei tempi previsti e richiesti		cruscotto ALPI	2 monitoraggi trimestrali di verifica e segnalazioni	rispetto rapporto 100%
	1.4 - Qualità, Efficacia e Appropriata Organizzativa	1.4.1 - Bed Management e sovraffollamento PS	attuazione Piano sovraffollamento Bed Management attività di indirizzo e supervisione con particolare riferimento alla COO		DM (rispetto dello standard piano dimissioni a strutture ambulatoriali tempi permanenza PS A Completamento disegno Centrale Operativa COO, Bed Management e Case Managr Ospedaliari	COO/RL report	DM nello standard previsto dal Piano di Sovraffollamento rispetto indicatori tempi permanenza in PS A implementazione/revisione procedure overcrowding e iperafflusso B completamento e avvio nuova COO entro 1/8/2024
		1.4.2 - tempestività delle consulenze interne ai ricoverati	erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali (inclusa refertazione) ai ricoverati: a) urgenti (anche in area critica) entro 6-12 ore dalla richiesta b) non urgenti entro 24-48h dalla richiesta		n. c/p urgenti entro 12 h/tot urgenti richieste UUOO n. c/p non urgenti entro 24-48h/tot non urgenti richieste UUOO	DMPO	>95%
		1.4.3 - miglioramento del posizionamento dell'Azienda nel contesto del SSN	Organizzazione percorsi ospedale_territorio per presa in carico pazienti da parte di quest'ultimo			predisposizione percorsi e avvio operatività	DSA
	1.5 - Umanizzazione ed equità delle cure	1.5.1 - continuità assistenziale	presa in carico del pz dimesso/trattato mediante la programmazione del follow up con pianificazione accesso su sistema RECUP		programmazione follow up dimessi/trattati	Gestione operativa ambulatoriale	100% programmazione follow up a trattati e dimessi con indicazione nella documentazione di dimissione degli appuntamenti fissati su RECUP
		1.5.2 - sviluppare la cultura della donazione	Sensibilizzazione sulle tematiche di donazione organi e donazione sangue		n. corsi di sensibilizzazione n. campagna comunicazione	UOSD Formazione/URP	n. 2 corsi sensibilizzazione donazione organi n. 1 campagna comunicazione donazione sangue
		1.5.3 - umanizzazione delle cure	miglioramento della comunicazione con pazienti e familiari		n. esposti/reclami rivolti a dirigenti medici	URP	zero esposti reclami obiettivo raggiunto al 100%
		1.5.4 - equità nelle cure	creazione di un percorso territoriale per il nodo tiroideo in collaborazione con l'endocrinologia, ponendo le basi per una traslazione su un percorso per scompenso cardiaco e diabete mediante il coinvolgimento di cardiologia e diabetologia		percorso territoriale per il nodo tiroideo trasmissione delibera a UOC programmazione e albo pretorio		n. 1 percorso territoriale nodo tiroideo
	2 - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario	2.1.1 - rispetto Concordamento anno 2024	monitoraggio CE con i responsabili gestione spesa, coordinamento di RUP e DEC finalizzato al controllo della spesa,			rispetto concordamento 100%
		2.2 - Governo della spesa in capitale umano	2.2.1 - economicità della gestione del personale	monitoraggio trimestrale delle ferie residue per evitare la fruizione oltre i 18 mesi successivi alla conclusione dell'anno di maturazione (digs 66/2003) monitoraggio delle lunghe assenze	report verifica monitoraggio mensile ferie residue	report verifica	verifica dell'esaurimento ferie residue entro i 18 mesi successivi l'anno di maturazione
2.3 - Governo della spesa di beni sanitari		2.3.1 - economicità spesa farmaci e dispositivi	rispetto erogazione ai sensi L. 405/2001 erogazione primo ciclo terapia pz dimessi utilizzo razionale complessiva finalizzato al rispetto del budget assegnato rispetto normativa in materia di farmaci a pz naive e registri AIFA corretta programmazione terapie infusionali (LOG80)	primo ciclo terapia pz dimessi budget complessivo assegnato rispetto note AIFA e indicazioni regionali n. sacche inutilizzate	Farmacia/Programmazione e controllo	consegna primo ciclo terapia a dimessi 100% consumi 2024 ≤ budget assegnato rispetto normativa 100% zero sacche inutilizzate	
2.4 - Governo e ottimizzazione di acquisti e investimenti		2.4.1 - Pianificazione degli acquisti di tecnologie	Revisione Annuale della pianificazione biennale degli acquisti con riferimento sia al bilancio corrente sia ai finanziamenti in conto capitale		Piano delle acquisizioni	Delibera di approvazione della pianificazione biennale degli acquisti	piano entro il 30/11/2024
		2.4.2 - PNRR e interventi ex ART. 20 L. 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	rispetto delle tempistiche		tempistiche previste	report	100%
2.4.3 - percorso ordini beni e servizi		Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica, in diretto raccordo con il dirigente responsabile della funzione di coordinamento tecnico della gestione dei contratti, relativamente ai lavori e ai servizi e/o forniture di competenza della Farmacia nei tempi richiesti da ABS		Redazione capitolati/documentazione tecnica: a) entro 7 mesi (nel caso di procedure ad evidenza pubblica)/4 mesi (nel caso di motivate procedure di affidamento diretto) prima della scadenza degli omologhi rapporti contrattuali in corso riferiti a detti servizi e/o forniture per procedure; b) non oltre trenta giorni DOPO la decisione di acquisizione di detti servizi e/o forniture, nel caso di acquisizione ex novo		ABS	Redazione capitolati/documentazione tecnica: a) entro 7 mesi (evidenza pubblica)/4 mesi (affidamento diretto) prima della scadenza degli omologhi rapporti contrattuali in corso riferiti a detti servizi e/o forniture per procedure; b) non oltre trenta giorni DOPO la decisione di acquisizione di detti servizi e/o forniture, nel caso di acquisizione ex novo
2.5 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento		2.5.1 - Riduzione del tempo medio di pagamento	verifiche mensili sulla base dei monitoraggi trasmessi dalla UOC Economico patrimoniale, sul rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla normativa, da parte di RUP/DEC afferenti alla UO e individuazione azioni correttive necessarie finalizzate al pagamento delle fatture nell'anno di riferimento		L'indicatore è calcolato come la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture, considerando sia le fatture scadute nell'anno sia le fatture non scadute e pagate nell'anno. Tale indicatore tiene conto dei pagamenti dei debiti di tipo commerciale escludendo da tale calcolo i periodi di inesigibilità delle somme per "contestazione", "contenzioso" e "adempimenti normativi." In relazione alle fatture scadute e non pagate nell'anno di riferimento, sarà attribuita come "data pagamento" il 31/12 dell'anno di riferimento.	Report regione lazio	100%: azzeramento stock di debito scaduto non bloccato al 31/12 e indicatore ≤0 75%: 1≤indicatore≤5 45%: 6≤indicatore≤10 zero superiore a 10

		2.5.2 - monitoraggio dei crediti commerciali	gestione della PCC: corretta e tempestiva alimentazione della piattaforma PCC	L'indicatore "I" verifica l'allineamento contabile ed è calcolato come la media delle rilevazioni trimestrali del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC /stock di debito risultante dal bilancio di verifica trimestrale. (I=PCC/STOCK)	Report regione lazio	per i ≤1 la % di raggiungimento è pari alla % stessa per i >1 la % è data dalla formula $(1+(1-I))/100$
	2.6 - Ottimizzazione della gestione del Patrimonio	2.6.1 - Valorizzazione del Patrimonio storico aziendale	monitoraggio stato conservativo del patrimonio storico (beni mobili e immobili) divulgazione e fruizione pubblica del patrimonio storico (visite guidate, sistemi informatizzati, organizzazione convegni e mostre, convenzioni)	monitoraggio stato conservativo	report monitoraggio n. visite guidate n. convegni e mostre organizzati sistemi informatizzati n. convenzioni	monitoraggio 100% patrimonio visite guidate ≥ anno 2023 convegni/mostre ≥ anno 2023 n. X convenzioni
	2.7 - Gestione dei contenziosi	2.7.1 - Anagrafica sinistri e contenziosi	in collaborazione con il CVS Revisione e rivalutazione annuale di tutti i sinistri ai fini della rivalutazione del fondo rischi aggiornamento della catalogazione per macroargomenti del contenzioso degli ultimi 5 anni in collaborazione con la UOC ABS, la UOC Politiche del personale e GRU e la UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie con finalità di prevenzione del contenzioso con evidenza delle aree di maggiore incidenza statistica bimestrale del numero/tipologia dei contenziosi per UUOO, predisposizione di documento di analisi dei sinistri denunciati con i direttori/responsabili delle UUOO	Documento di analisi report trimestrale aggiornamento statistica bimestrale documenti analisi sinistri denunciati	direzione strategica	documento di analisi entro il 31/12/2024 100% aggiornamento contenzioso n. 6 report (copia trasmissione a Programmazione e controllo) n. sinistri/n. verbali incontri UUOO 100% (copia trasmissione a programmazione e controllo)
	3.1 - Sicurezza delle cure, gestione dei sinistri e Risk Management	3.1.1 - contenimento del rischio clinico	n. 1 analisi mediante strumento FMEA (failure mode effect analysis) secondo schema condiviso con l'UOSD Risk management e facilitatori n.1 analisi bimestrale con metodologia M&M (Mortality e Morbidity) le attività devono coinvolgere il maggior numero di operatori dell'UO (medici e professioni sanitarie) e sono propedeutiche alla mappatura del rischio	attività FMEA con UOSD Risk management analisi M&M e invio verbale a UOSD Risk management	Risk management	n.1 attività FMEA entro anno n. 6 analisi M&M con invio verbale entro anno (copia trasmissione)
		3.1.2 - riduzione infezioni correlate	riduzione infezioni correlate all'assistenza rispetto all'anno 2023 sopralluoghi a rotazione presso i reparti/servizi per verificare stato e destinazioni d'uso degli ambienti, organizzazione delle attività e del personale coerenti con l'organizzazione aziendale nel rispetto delle procedure igieniche, di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, rilevazione criticità ed interventi. Traccia a verbale su modello "scheda di sopralluogo"	n. episodi infezioni correlate 2024 scheda di sopralluogo	Risk management/DSA	n episodi 2024< n. episodi 2023 n. 12 schede sopralluogo
	3.2 - Sicurezza dei lavoratori	3.2.1 - contenimento del rischio radiologico	garanzia di effettuazione di tutte le competenze previste dalla normativa in tema di radioprotezione degli operatori e dei pazienti nei tempi previsti	100% segnalazione tempestiva per le azioni e la collaborazione del caso a Resp. UOSD SPPR di eventuali criticità da risolvere in tema di radioprotezione operatori e a Resp. Rischio Clinico per problematiche pazienti	SPPR e Risk management	100% delle competenze normative previste 100% delle segnalazioni tempestive per criticità revisione continua delle posizioni di radioesposizione con valutazione obiettiva della radioesposizione sulla base di dati oggettivi
		3.2.2 - realizzazione di misure per la prevenzione e/o il contenimento del rischio	realizzazione di tutte le misure previste dalla normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, antincendio, inclusa la sottoposizione a sorveglianza sanitaria e la formazione	misure previste dalla normativa formazione personale	documenti/Direzione strategica	100%
	3.3 - Percorsi Attuativi della Certificabilità	3.3.1 - adeguamento sistema controlli interni - PAC	aggiornamento/adeguamento PAC di competenza con particolare rif cespiti, inventario e ciclo attivo (anche contabilità separate) in collaborazione con controllo interno	aggiornamento/adeguamento PAC di competenza	pubblicazione sul sito istituzionale	SI entro l'anno
	3.4 - Flussi Informativi	3.4.1 - flusso informativo consumi di dispositivi medici	Contratti dispositivi medici. Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati (Nel calcolo sono inclusi tutti i dispositivi dotati di codice di repertorio e tipi di dispositivo (tipo DM=1, tipo DM=2), ad eccezione dei dispositivi il cui codice repertorio è appartenente alle categorie CND Q ed L.) consumi DM % copertura vs al Modello CE secondo disposizioni regionali Flusso informativo consumi di dispositivi medici corretta alimentazione dell'anagrafica dei dispositivi medici secondo quanto disciplinato dal Decreto del Ministero della Salute dell'11 Giugno 2010 e Determina RL G10495 del 04/08/2022 ( inserimento CND e Codice di Repertorio)	% numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi nell'anno applicazione disciplinare MINSALUTE 2010 per la compilazione dell'anagrafica dispositivi e determina RL G10495 obiettivo 2 e obiettivo 1	Regione Lazio	contratti DM coperture ≥ 75% obiettivo raggiunto al 100% coperture < 75% zero consumi DM obiettivo 100% = copertura ≥ 80% copertura <80% raggiungimento 0% determina obiettivo 1 peso No_RDM NO-CND sulla spesa aziendale <13,65 determina obiettivi 2 risoluzione anomalie segnalate da Regione entro 30 gg relazionando su procedura adottata
		3.4.2 - flusso informativo consumi farmaci ( File F e File R)	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi per il dettaglio si veda deliberazione n. 197 della Giunta RL 22/05/2023	File F entro il 10 mese - File R entro il 15 mese nel rispetto scadenze regionali comunicate miglioramento qualità e attendibilità con attenzione ad costo acquisto e farmaci acquistati verifica del numero di eccezioni straordinarie attivate nel sistema regionale e l'impatto delle rettifiche trasmesse	Regione Lazio	12 trasmissioni con qualità del dato = 100%
		3.4.3 - coerenza flusso ambulatoriale	Monitoraggio e recupero errori impegnative SIAS in collaborazione con UOSD sistemi informativi	scarti SIAS/totale inviati	flusso ambulatoriale	inferiore ad 1%
		3.4.4 - gestione e implementazione COAN	Applicazione del sistema di contabilità analitica regionale - secondo i tempi della regione	Applicazione del sistema di contabilità analitica regionale - secondo i tempi della regione	indicazioni regionali	rispetto indicazioni regionali
		3.4.5 - monitoraggio performance	monitoraggio periodico degli obiettivi di performance organizzativa assegnati ai CdR e obiettivi DG	monitoraggi trasmessi all'OIV e Direzione strategica e ai CdR	OIV	2 monitoraggi semestrali compatibilmente con la disponibilità dei dati
		3.4.6 - Flusso informativo dati ospedalieri	analisi mensile dei flussi informativi ospedalieri, segnalazione scostamenti rispetto delle tempistiche in qualità di Fonte dato di performance organizzativa	report analitici mensile alle UUOO e DSA report trimestrali Fonte dato	DSA Programmazione e controllo	12 report 4 report entro mese successivo trimestre riferimento
	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione	3.5.1 - implementazione competenze	Formazione obbligatoria per medici referenti per riconoscere malnutrizione e conseguente inserimento nella cartella clinica (facilitatori di reparto)	realizzare 4 corsi di formazione per le unità operative di area medica	SIS	verifica cartelle cliniche contenenti complicità di malnutrizione
		3.5.2 - anagrafe formazione	aggiornamento anagrafe degli eventi formativi fruiti da ogni dipendente, sia intraziendale sia per iniziative personali esterne, sia come discente sia come docente comprensiva della ricognizione dei crediti ecm personale sanitario	aggiornamento	Direzione strategica	aggiornamento
3.5.3 - formazione in materia di sicurezza sul lavoro		completamento formazione/addestramento antincendio degli addetti alle squadre di emergenza e Formazione in materia di sicurezza lavoro dei lavoratori, dei Preposti e dei Dirigenti (ex art. 37 DLgs 81/08 e smi) a tutto il personale dipendente, entro il 2023 obiettivo condiviso con la UOSD formazione e DPS/UOC DAI	% personale obbligato, formato entro le scadenze previste per l'anno di riferimento	report prodotto da RSPP in collaborazione con la UOSD Formazione	100% dipendenti obbligati per l'antincendio 100% dipendenti obbligati per sicurezza	

3 - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI		3.5.4 - formazione sul buon uso delle attrezzature	Predisposizione di un progetto di security awareness	Predisposizione piano di formazione per i dipendenti su cybersecurity. Realizzazione piattaforma di e-learning dedicata per la cybersecurity	UOSD Formazione	% personale formato
	3.6 - Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza	3.6.1 - miglioramento qualità percepita stakeholders	valutazione della qualità percepita dall'utenza circa i servizi aziendali erogati di ricovero e ambulatoriali, mediante questionario anonimo somministrato a un campione significativo di utenti che hanno fruito di servizi di ricovero e ambulatoriali nel 2 semestre dell'anno	invio alla Direzione Strategica del progetto di valutazione della qualità percepita entro il 31 luglio, completo di numero e items dei questionari da sottoporre all'utenza e cronoprogramma della somministrazione e analisi da effettuarsi completamento e relazione finale entro l'anno	OIV	100%
		3.6.2 - favorire la conoscenza dei servizi offerti	Presenza in carico dell'utente che si rivolge all'Azienda presso sportelli URP, informazioni, mail, telefono, social, ponendo problematiche, disguidi occorsi, necessità di informazioni e chiarimenti, bisogno di documentazione o prestazioni etc. con analisi della problematica da parte dell'URP, individuazione delle soluzioni con azioni proattive nei confronti di tutti i settori aziendali coinvolti nella risposta e nei confronti dell'utente che va ricontattato attivamente e non invitato a rivolgersi ad altri, ovvero a scrivere o telefonare.	assenza di comunicazioni comunque pervenute dall'utenza di mancata o ritardata risposta da parte dell'URP	Direzione Strategica	0 reclami URP
		3.6.3 - miglioramento della gestione del rilascio documentazione all'utenza	consegna delle copie cartelle cliniche/referti entro la tempistica di legge (o più tempestive in caso di rappresentata urgenza) per azioni proattive dell'URP all'interno dell'Azienda nel favorire produzione di referti/chiusure cartelle etc. laddove critici e ostacolanti il tempestivo rilascio, in collaborazione con DMPO. Contatto attivo dell'URP verso l'utente per comu carico con la pratica di chiedere all'utente di rivolgersi ad altri settori aziendali, ritelefonare, ricontattare etc.)	assenza di ritardi/disguidi segnalati dall'utenza che chiede referti/documentazione sanitaria	Direzione Strategica	100%
	3.7 - Digitalizzazione	3.7.1 - digitalizzazione delle prescrizioni	Utilizzo ricetta dematerializzata	n. ricette dematerializzate/ n. tot ricette	Gestione operativa/ICT	> 90%
	3.8 - Efficienza Processi Organizzativi	3.8.1 rispetto degli adempimenti normativi	rispetto della tempistica SDO (entro 7 gg dalla dimissione fatto salvo le dimissioni protette da chiudere entro 30 gg) e azzeramento scarti anagrafica pazienti Analisi della completezza e della coerenza della documentazione clinico-assistenziale, in conformità con la normativa 251/2000.	n. cartelle con segnalazione chiusura oltre tempistiche previste/n. totale cartelle n. cartelle con scarti in anagrafica/n. totale cartelle Implementazione della documentazione clinico-assistenziale per le professioni sanitarie, in conformità con la normativa 251/2000	SIS ICT/DPS	100% entro 7 gg (30 gg protette in attesa cd) 0 scarti anagrafica 100% Implementazione prevista della documentazione clinico-assistenziale per le professioni sanitarie, in conformità con la normativa 251/2000 entro 11/2024.
		3.8.2 gestione delle tempistiche del codice contratti	rispetto tempi codice contratti pubblici per evitare le cd proroghe tecniche	n proroghe / n affidamenti	Economico finanziaria e patrimoniale	n proroghe / n affidamenti =0
		3.8.3 - efficientamento del modello assistenziale	Implementare una rotazione del personale Tecnico Sanitario di Radiologia Medica tra le diverse Aree/Servizi al fine di uniformare le conoscenze nell'uso delle apparecchiature. Implementare una rotazione del personale Tecnico Laboratorio Biomedico tra le diverse Aree/Servizi al fine di uniformare le conoscenze nell'uso delle apparecchiature. Realizzazione Ambulatorio Infermieristico (Lesioni difficili-Wound Care-Stoma care)	Percentuale di personale TSRM coinvolto nella rotazione tra i servizi  Percentuale di personale TLB coinvolto nella rotazione tra i servizi Degenze implementate con Primary Nursing	DPS/Farmacia/Gestione Operativa Ambulatoriale	85% di personale TSRM coinvolto nella rotazione tra i servizi i rispetto al numero totale di personale  75% di personale TLB coinvolto nella rotazione tra i servizi i rispetto al numero totale di personale A n° pazienti gestiti pre e post stomia B n° consulenze infermieristiche-wound care effettuate per persone ricoverate o in dimissione protetta C gestione prescrizione presidio medico-chirurgico con farmacia per medicazioni avanzate entro ottobre 2024
		3.8.4 - gestione razionale del personale	progetto cambio mansioni personale sanitario che svolge attività amministrativa in collaborazione con il DPS	progetto	progetto	progetto entro giugno 2024
		3.8.5. ricognizione e omogeneizzazione attrezzature emergenza	Completamento ricognizione attrezzature reparti per emergenze interne in collaborazione con DMPO, ed elaborazione di un progetto di omogeneizzazione attrezzature emergenza rendendo in grado tutti gli operatori dipendenti di avere familiarità con tali attrezzature anche in caso di cambio reparto in quanto della medesima tipologia ovunque	Predisposizione Piano emergenza intraospedaliera	Direzione strategica	progetto entro 1 giugno 2024
		3.8.6 - efficiente gestione farmaci	corretta gestione dei farmaci presso le UUOO per verificare corretta tenuta dei farmaci, dispositivi, stupefacenti (prossimi a scadenza, gestione registri, adeguata conservazione etc.) ponendo in essere le eventuali azioni correttive Compilazione scheda di dispensazione dei farmaci, Verifica aggiornamento schede di richiesta da parte dei medici, Aderenza, in base alle condizioni stabilite da AIFA	almeno 1 sopralluogo/verbale mese inviato a DMPO verifica report annuale	DMPO	1 VERBALE MESE con azioni di miglioramento verifiche report annuale
		3.8.7 - ottimizzazione utilizzo sale operatorie	razionale utilizzo degli spazi operatori assegnati per ricoveri in elezione e in urgenza differita rispetto start time interventi	T(utilizzato)- T(ricondizionamento)/ T(assegnato) rispetto start time/n. totali interventi	SIS/DMPO	> 80% start time entro 8,00 entrata paziente in sala operatoria
		3.8.8 - regolamenti, manuali, procedure, piani	rispetto tempistiche richieste per adozione, revisione, aggiornamento regolamenti, manuali e procedure	tempistiche	Fonte dato di competenza	100%
	3.9 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione, Performance e Accountability Privacy	3.9.1 - Riduzione del rischio corruttivo e migliorare la trasparenza dell'attività	A) realizzazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione B) rispetto degli obblighi di trasparenza	% raggiungimento obiettivi di cui al PIAO in materia di prevenzione e corruzione e trasparenza	RPCT	100%
		3.9.2 - Parità di genere	fornitura dati per rispetto normativa	invio report semestrali con dati richiesti annualmente dal CUG mediante la compilazione delle tabelle richieste	CUG	100% dati
3.9.3 - rispetto della privacy		rispetto protocolli stabiliti dal DPO per quanto attiene la gestione, trattamento e archiviazione di dati sensibile nell'ambito dell'attività di sorveglianza sanitaria e di valutazione dei rischi	n. segnalazioni su eventuali violazioni	DPO report	assenza di non conformità	