

	obiettivi strategici	obiettivi operativi	indicatore	fonte dato	risultato atteso
1 - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO	Volumi e Riquilificazione Offerta Assistenziale	efficientamento dell'output attività di ricovero (RO/DH), ambulatoriale	valore(Prod2025/Prod2024)	SIS	BEP
		AMBULATORIALE rispetto delle classi di priorità	rispetto classi	gestione percorsi ambulatoriali	100% In fase di prescrizione, per tutte le prestazioni richieste a pazienti già in carico all'Azienda, deve essere utilizzata la classe di accesso "ALTRO". Fanno eccezione esclusivamente le prime visite richieste da uno specialista ad un altro specialista, qualora risultino necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico.
	Governo Liste d'Attesa	abbattimento liste di attesa (obiettivo DG 2025) Prestazioni in ricovero ordinario o diurno - rispetto tempi per priorità nelle liste di attesa	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa/n° prestazioni totali per Classe A.	SIS	90% <=classe A entro 30gg
		Rispetto disposizioni regionali in materia di liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali monitoraggio della proporzione di prestazioni specialistiche erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità B - allegato (2) (OBIETTIVO DG 2025)	monitoraggio	monitoraggio/RL	rispetto disposizioni regionali 100%
		attività ALPI monitoraggio rispetto del rapporto produzione ambulatoriale istituzionale	monitoraggio	monitoraggio	monitoraggio del rispetto del rapporto
	Qualità, Efficacia e Appropriatezza delle cure	Bed Management e sovraffollamento PS (Obiettivo DG 2024) "tempi di attesa in PS" indicatori PS e tempo che intercorre fra il triage medico, cioè il momento in cui il medico prende in carico il pz per raccogliere l'anamnesi ed avviare l'iter diagnostico terapeutico e la dimissione in caso di esito "ricovero in reparto di degenza" rapportato al numero degli accessi in PS con esito ricovero (Obiettivo DG 2025)	indicatori PS 1) Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA (escluso OBI) inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi (non si considerano gli accessi con destinazione ricovero) 2) Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore (escluso OBI) sul totale pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento 3) tempo che intercorre fra triage medico e dimissione esito ricovero, rapportato a n. accessi PS esito ricovero tra 480 minuti e 720 minuti (compresi) = 75% tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi) = 50% FONTE DATO CRUSCOTTO 20 PUNTI A indicatore	RL	1) >95 2) <10 3) ≤ 480 minuti = 100%
		tempestività delle consulenze interne ai ricoverati rispetto tempi di erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali (inclusa refertazione) ai ricoverati: a) urgenti b) non urgenti	tempistiche per disciplina	ICT /CRUSCOTTO	>=95%
		ottimizzazione indicatori PNE/Prevale	treemap RL	RL/SIS	ottimizzazione degli indicatori
	Umanizzazione ed equità delle cure	continuità assistenziale presa in carico del pz dimesso/trattato mediante la programmazione dei follow up con pianificazione accesso su sistema RECUP	programmazione follow up dimessi/trattati	Gestione percorsi ambulatoriali	100% programmazione follow up a trattati e dimessi con indicazione nella documentazione di dimissione degli appuntamenti fissati su RECUP
		sviluppare la cultura della donazione Sensibilizzazione sulle tematiche di donazione organi e donazione sangue mediante l'organizzazione di corsi di sensibilizzazione e la comunicazione, incremento donazioni	n. corsi di sensibilizzazione n. campagna comunicazione incremento donazioni	UOSD Formazione/CRT/Emonet	n. 2 corsi sensibilizzazione donazione organi n. 1 campagna comunicazione donazione sangue incremento donazioni specifici
		sviluppo di modelli di assistenza centrati su target di pz (modelli, percorso ambulatoriale e attivazione consulenze)	modelli implementati percorso ambulatoriale/incremento consulenze	report	attivazione di n. 3 percorsi di CM con assegnazione di case manager dedicati attivazione / +10%
	Equilibrio Economico Finanziario	rispetto Concordamento anno 2025	monitoraggio CE con i responsabili gestione spesa, coordinamento di RUP e DEC finalizzato al controllo della spesa,	monitoraggi CE Bilancio consuntivo	[(CE consuntivo D+A5) – (BEP D+A5)]/(BEP D+A5) = a concordamento totale costi operativi concordati (D) 299.641.672 rettifica conto esercizio (A5) 7.022.856 100%: se risultato 0% 75%: da 1 a 5% 50%: da 6 a 10% 25%: da 11 a 15% zero dal 16%
	Governo della spesa di beni sanitari	economicità spesa farmaci e dispositivi utilizzo razionale di farmaci e dispositivi finalizzato al rispetto del budget assegnato consegna primo ciclo terapia a pz dimessi	consumo farmaci consumo dispositivi % pz con terapia a dimissione	Farmacia/Programmazione e controllo	consumi 2024 ≤ budget assegnato consegna primo ciclo terapia a dimessi 100%
		Pianificazione degli acquisti di tecnologie e degli investimenti Revisione Annuale della pianificazione biennale degli acquisti e degli investimenti 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
		PNRR Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi PNRR (interventi nativi PNRR, interventi ex art. 20 L 67/88, DL 34/2020 ecc.) Rendicontazioni su Regis e altra piattaforma regionale (Obiettivo DG 2025)	% copertura rendicontazione cfr note	RL	>75%

2 - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO	Governo ed ottimizzazione della spesa per servizi e investimenti	PNRR Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi PNRR (interventi nativi PNRR, interventi ex art. 20 L 67/88, DL 34/2020 ecc.) allineamento mensile di tutti i dati dell'intervento (procedurali, fisici e finanziari) su piattaforma Regis (Obiettivo DG 2025)	% disallineamento dati si Regis cfr note	RL	<1%
		interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali Monitoraggio dello stato di attuazione Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi) (Obiettivo DG 2025)	Il raggiungimento dell'obiettivo relativo agli interventi ex art. 20 L 67/88 sarà riconosciuto se, ai sensi dell'art. 1, comma 436 della L. n. 202/2017 e art. 4-quinquies, comma 1 del Decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32, se: sarà presentato all'Area competente il progetto da porre a base di gara e comunicata l'avvenuta aggiudicazione entro la data prevista dalla normativa vigente; Per gli altri fondi statali: sia rispettata la tempistica prevista nelle specifiche convenzioni stipulate dalla Regione Lazio con gli enti finanziatori L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%	RL	100%
	Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento	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'obiettivo va condiviso con RUP e DEC di afferenza nella UOC) (Obiettivo DG 2025)	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.	RL	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
	Ottimizzazione della gestione del Patrimonio	Valorizzazione del Patrimonio storico aziendale: predisposizione regolamento divulgazione e fruizione pubblica del patrimonio storico entro il 30/07/2025 e gestione visite guidate	proposta di delibera	isharedoc	SI
		Valorizzazione del Patrimonio storico aziendale: monitoraggio periodico stato conservativo del patrimonio storico per i beni mobili e immobili - visite guidate, fruizione patrimonio a titolo oneroso	monitoraggio stato conservativo n. visite guidate n. giornate utilizzo sale	report	monitoraggio 100% patrimonio visite guidate≥ anno 2024 n. giorni utilizzo sale ≥ anno 2024
	Gestione dei contenziosi	sinistri e contenziosi statistica bimestrale del numero/tipologia dei contenziosi per UUOO, predisposizione di documento di analisi dei sinistri denunciati	Documento di analisi statistica bimestrale	documento e statistica bimestrale	n. 3 report (copia trasmissione) statistica sinistri e n. 1 analisi sinistri
	Sicurezza delle cure, gestione dei sinistri e Risk Management	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/audit e invio verbale a UOSD Risk management	Risk management	n.1 attività FMEA entro anno n. 1 analisi M&M- audit /bimestrale
		contenimento del rischio radiologico Attivazione della Scheda Dosimetrica Informatizzata per i lavoratori classificati esposti a rischio radiazioni ionizzanti Predisposizione della Scheda Dosimetrica Informatizzata di tutti i lavoratori esposti nella piattaforma APE con inserimnto delle dosi attribuite relative al I semestre 2025	inserimento dosi entro il 30/10	DMPO	SI
		riduzione infezioni correlate 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" in collaborazioe con il Team IPC	3 schede di sopralluogo + 1 report finale criticità/soluzioni individuate	schede e verbali sopralluoghi	SI

3 - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI	Flussi Informativi	Flusso informativo consumi di farmaci e dispositivi medici (obiettivo DG 2024)	1) farmaci (File F e R) nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale: trasmissione del Flusso F entro il 10° giorno del mese nel sistema regionale, trasmissione del Flusso R entro il 15° giorno del mese nel sistema regionale Miglioramento della qualità e attendibilità dei dati dichiarati (in particolare per l'andamento del costo di acquisto e dei medicinali dichiarati). * Per la valutazione dell'obiettivo verrà verificato il numero di eccezioni straordinarie attivate nel sistema regionale (per accogliere invii tardivi) e l'impatto delle rettifiche trasmesse (in merito alla qualità dei dati dichiarati) 2)Percentuale di copertura rispetto al Modello CE (voci B.1.A.3.1 DM e B.1.A.3.2 DM impiantabili attivi) esclusi Z "Apparecchiature sanitarie e relativi componenti accessori e materiali"- ad eccezione della Z12040115 "Sistemi per il monitoraggio della glicemia", della Z12040216 "Strumentazione portatile per microinfusione", e della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica". - W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D. Lgs. 332/2000") NB le categorie escluse continuano ad essere trasmesse nei flussi FONTE DATI REGIONE LAZIO	RL	7 > 80%
		Flusso informativo consumi di dispositivi medici - Contratti dispostivi medici. Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati (obiettivo DG 2024)	La percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi dell'anno oggetto di osservazione (Anno 2024 – da Gennaio a Dicembre) sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi nell'anno oggetto di osservazione (2023) ha una copertura maggiore o uguale al 75%.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. FONTE DATO REGIONE LAZIO	RL	>75%
		Flusso informativo dati ospedalieri, SIAS E SIES analisi trimestrale dei flussi informativi ospedalieri, SIAS e SIES e segnalazione scostamenti	monitoraggi trimestrali	monitoraggi	100%
	Sviluppo Organizzativo e Formazione	sistema di offerta formativa dinamica	analisi del fabbisogno formativo finalizzata alla crescita professionale	analisi	SI
		nell'ambito del piano formativo previsione formazione specifica in tema di sicurezza per tutto il personale UUOO Formazione e Servizio protezione	personale formato/personale da formare	report	>=75%
		previsione formazione specifica in tema di sicurezza per tutto il personale da inserire nel piano formativo entro il 30/09	proposta piano formazione specifica	piano formazione	SI
	Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza	miglioramento dei rapporti con gli stakeholder ESTERNI valutazione della qualità percepita dall'utenza circa i servizi aziendali erogati di ricovero e ambulatoriali, mediante qstionario anonimo somministrato a un campione significativo, con incremento della platea consultata, di utenti per tutti i reparti con previsione azioni migliorative	report trimestrali	report	3
		miglioramento dei rapporti con gli stakeholder INTERNI benessere organizzativo: con il supporto delle UUOO Politiche del Personale e GRU e ICT aggiornamento indagine benessere organizzativo mediante la somministrazione del questionario a un campione significativo del personale per aree/strutture/qualifica/sesso	indagine e seminario presentazione risultati entro fine anno	indagine	100%
		FRONT OFFICE/BACK OFFICE: strutturazione dell'attività di comunicazione delle informazioni ai pz e ai caregiver e dell'accesso ai servizi, anche per mezzo dell'analisi reclami/disservizi e di evidenza che la documentazione sia revisionata ad opportuni intervalli e all'intervenire di modifiche significative	procedura entro novembre 2025	procedura	1
	Digitalizzazione	fascicolo sanitario regionale utilizzo refertazione con firma digitale	% documenti caricati nel fascicolo sanitario	ICT	100%
		Rispetto tempi e modalità unificazione sistemi contabili - rispetto tempi e modalità unificazione sistemi contabili cfr note e bonifaca delle anagrafiche (obiettivo mandato DG)	rispetto tempi adeguazione RL cfr note	RL	100%
		collaborazione per la predisposizione della sezione di competenza del PIAO e per il relativo monitoraggio	sezione PIAO in bozza a dicembre monitoraggi trimestrali	sezione PIAO e monitoraggi	1 VERBALE MESE con azioni di miglioramento verifiche report annuale
		monitoraggio trimestrale, con evidenza criticità, ferie residue per evitare la fruizione oltre i 18 mesi successivi alla conclusione dell'anno di maturazione (dlgs 66/2003) assunti/cessati	report trimestrali alla DA	report	4 4
		predisposizione report annuale "incentivi funzioni tecniche" erogati per dipendente	report annuali	report	3
		analisi e reportistica trimestrale per aree del contenzioso e valutazione complessiva dei rischi	reportistica trimestrale	reportistica	3
		implementazione sistema di recupero mancati pagamenti prestazioni erogate	recupero preospedalizzazioni in caso mancata presentazione pz	bilancio	SI
		Articolo 37 allegato I.5 D.Lgs 36/2023 Piano Triennale acquisto beni e servizi riconducibili all'area di competenza con declinazione dei singoli e specifici piani annuali: aggiornamento anno 2025 entro il 31/07/2025 partendo da quello già prodotto in sede di BEP anno 2026 entro il 10 /12/2025	piano	albo pretorio	SI
		verifica della rotazione dell'affidamento incarichi ad avvocati	report e verifica rispetto rotazione	report	SI
		certificazione ISO 45001 (servizio prevenzione protezione rischi, prevenzione corruzione e trasparenza)	implementazione certificazione	certificazione	SI
		ottimizzazione utilizzo sale operatorie	indicatori specifici	report indicatori	cfr indicatori

	Efficienza Processi Organizzativi	Espletamento delle azioni procedurali di strutturazione del sistema di controllo interno e sostanziali di miglioramento della qualità dei dati contabili, come previsto dal Percorso Attuativo della Certificabilità di cui alla DGR 938/2024 e successive modifiche o intergrazioni e alla delibera AOSGA n. 1086/DG del 23/12/2024 allegato 1 (obiettivo DG 2025)	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100% per tutti gli obiettivi PAC per il CRONOPROGRAMMA si fa riferimento alla delibera AOSGA n. 1086/DG del 23/12/2024 allegato 1 FONTE DATO percorso di certificabilità	percorso certificabilità	SI
		pianificazione della scadenza delle gare finalizzato alla convocazione delle Commissioni di gara prima della scadenza dei contratti di forniture ed evitare proroghe e rispetto delle tempistiche di gara ex art. 17 commi 3 e 3bis d.lgs 36/2023 rubricato "fasi delle procedure di affidamento"	pianificazione della scadenza delle gare n. gare concluse nel rispetto tempistiche d.lgs 36/2023 cfr note	report	1 100%
		mappatura dei farmaci e dispositivi in giacenza nei reparti e definizione delle scorte minime di reparto (tutti i reparti) e conseguente monitoraggio del rispetto degli standard in collaborazione con la Farmacia	definizione delle scorte minime e massime di reparto e adozione della check list per il monitoraggio mensile delle giacenze e delle quantità massime ordinabili di farmaci e dispositivi	report	SI SI
		tenuta e qualità della cartella clinica	applicazione delle modalità di controllo	standard di controllo	SI
		PARS rispetto delle tempistiche di adozione	tempistiche adozione PARS	albo pretorio	1
		IMPLEMENTAZIONE percorso per il recupero delle prestazioni di preospedalizzazione in caso di mancata presentazione del paziente convocato da lista d'attesa proposta in collaborazione con gestione ambulatoriale e gestione percorso CH ciascuno per la parte di competenza	recupero preospedalizzazioni in caso mancata presentazione pz	bilancio	100%
		attività ALPI analisi dei costi generali, diretti e indiretti e predisposizione relazione annuale ex d.lgs 502/92 sulla base della Matrice di responsabilità	analisi costi e relazione annuale alla DA	DA	verifica della sostenibilità
		efficientamento processi Monitoraggio appropriatezza trasfusionale = invio ai resp dei reparti a maggior consumo di emocomponenti dei report trimestrali di unità trasfuse (Area emergenza, Ortopedia, Ematologia, Medicina interna).	monitoraggi trimestrali +relazione su azioni correttive a DS e UUOO	monitoraggi	16<=
	Trasparenza, Prevenzione Corruzione, Performance e Accountability Privacy	monitoraggio trimestrale (o intermedio compatibilmente con la data di assegnazione obiettivi CdR) degli obiettivi di performance organizzativa dei CdR e monitoraggio trimestrale degli obiettivi assegnati al DG con DGR n. 363 del 23/05/2025 nelle more assegnazione obiettivi 2026	monitoraggio	monitoraggio	SI
		aggiornamento pagine specifiche su: prevenzione infezioni, donazione organi e tessuti, requisiti alberghieri PPOO, modalità di individuazione del medico referente durante il ricovero	aggiornamento tempestivo	report	100%
		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%
		Aggiornamento tempestivo della carta dei servizi - monitoraggio mensile presso gli erogatori di servizi per gli eventuali aggiornamenti	aggiornamento tempestivo cfr note	report	12 report