

PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data : 30 OTT 2017

L'addetto alla Pubblicazione



Il Direttore
UOS Affari Generali ad Interim
Dr.ssa Nicoletta Carboni

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore
UOS Affari Generali ad Interim
Dr.ssa Nicoletta Carboni

Tivoli, _____

**REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5
TIVOLI**

DELIBERAZIONE N° 000750 DEL 30 OTT 2017

STRUTTURA PROPONENTE : UOS CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITA' ANALITICA

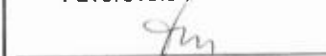
OGGETTO : AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2017/2018/2019

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Francesco Malatesta

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)



data 16-10-17.....

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Simona Amato

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)



data 26-10-17.....

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

Senza osservazioni

Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente

data

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli al budget economico.

Registrazione n. 2017FRAC00804 del 13/10/2017

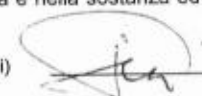
Voce del conto economico su cui si imputa la spesa _____

Il Direttore
UOC Bilancio e Contabilità (Dott. Fabio Filippi)



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

Il Dirigente UOS Controllo di Gestione e Contabilità analitica (Dott. Fabio Filippi)



La UOS Controllo di Gestione e Contabilità Analitica relazione al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione

PREMESSO

che il Decreto Legislativo n. 150 del 2009 art. 10, comma 1 lett. a, ha previsto che ogni Amministrazione pubblica debba dotarsi di un documento programmatico, denominato "Piano della Performance da adottare annualmente in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio che individua indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed relativi indicatori";

che la Regione Lazio ha recepito i principi ed i contenuti del Decreto Legislativo n. 150 del 2009 con Legge n. 1 del 2011 avente ad oggetto " Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla Legge regionale del 18.02.2002 n.6 (disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al Personale regionale) e successive modifiche";

che con Deliberazione n. 64 del 31.01.2017 l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 ha approvato il Piano Triennale della Performance 2017/2018/2019;

TENUTO CONTO

che ai sensi dell'art.10 del Decreto Legislativo n.150 del 2009, comma 3, nonché della Legge Regione Lazio n.1 del 2011, comma 2, eventuali variazioni e/o modifiche durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della prestazione e dei risultati organizzativi debbono tempestivamente essere inserite all'interno del Piano delle Performance;

CONSIDERATO

che in sede di negoziazione del budget la Direzione Strategica ha inteso procedere alla modifica dell'impianto del Piano nonché alla modifica ed all'inserimento di nuovi obiettivi e relativi indicatori, predeterminando, altresì, gli elementi misurabili e le Fonti;

Per tutto quanto espresso in narrativa, quale parte integrante e sostanziale del Presente provvedimento, si propone al Direttore Generale di:

1. di approvare l'aggiornamento al documento programmatico denominato Piano Triennale della Performance anni 2017/2018/2019 relativo all'allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di trasmettere copia della presente deliberazione all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5;
3. di dare mandato al Responsabile Anticorruzione ed Amministrazione Trasparente di provvedere alla pubblicazione, nell'apposita sezione del portale internet dell'Azienda, del Piano Triennale della Performance anni 2017/2018/2019 così come aggiornato con la presente deliberazione, ai sensi dell'art. 10, c. 8, lett. b) del D.Lgs. 33/2013.

Si dichiara che il presente atto è stato istruito e proposto dalla UO Controllo di Gestione e Contabilità Analitica, nel pieno rispetto delle procedure aziendali, della legislazione vigente e dei requisiti di utilità ed opportunità dell'attività aziendale.

Il Dirigente
UOS Controllo di Gestione
E Contabilità Analitica
(Dott. Fabio Filippi)

Il Direttore Generale con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00251 del 04.12.2015;

VISTA la relazione contenuta nella presente proposta di deliberazione inoltrata dalla UOS Controllo di Gestione e Contabilità analitica;

DELIBERA

1. di approvare l'aggiornamento al documento programmatico denominato Piano Triennale della Performance anni 2017/2018/2019 relativo all'allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di trasmettere copia della presente deliberazione all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5;
3. di dare mandato al Responsabile Anticorruzione ed Amministrazione Trasparente di provvedere alla pubblicazione, nell'apposita sezione del portale internet dell'Azienda, del Piano Triennale della Performance anni 2017/2018/2019 così come aggiornato con la presente deliberazione, ai sensi dell'art. 10, c. 8, lett. b) del D.Lgs. 33/2013.
4. di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge n. 69 del 18.09.2009.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Malatesta

Il Direttore Sanitario Aziendale
Dott.ssa Simona Amato

Il Direttore Generale
Dott. Vito Salazar

Cod. OB. STRAT.	OBIETTIVO STRATEGICO	Cod. OB. SPECIFICO	OBIETTIVO SPECIFICO	Cod. INDICATORE	INDICATORE	Elemento Misurabile ANNO 2017	Elemento Misurabile ANNO 2018	Elemento Misurabile ANNO 2019	FONTE	MACROSTRUTTURA Destinataria di 1° Livello	CdR Destinatari di 1° Livello
A	QUALITA' ED APPROPRIATEZZA DELLE CURE, DELLE PRESTAZIONI E DELL'ASSISTENZA	1	Appropriatezza prescrittiva	a	realizzazione iniziative di formazione e confronto con i MMG e PLS sui temi dell'appropriatezza	n° percorsi formativi/incontri effettuati e comunicati alla DSA	n° percorsi formativi/incontri effettuati e comunicati alla DSA	n° percorsi formativi/incontri effettuati e comunicati alla DSA	DSA	DISTRETTI SANITARI	Area Farmaceutica (Indiretto)/Distretti Sanitari
				b	rispetto delle Linee Guida per la prescrizione di farmaci anticoagulanti, inibitori di pompa, eparine ed antidepressivi da parte del MMG e PLS	REPORT con evidenza del risultato pari al 100% della correttezza prescrittiva nel periodo 01.10.2017 - 31.12.2017	REPORT con evidenza del risultato pari al 100% della correttezza prescrittiva	REPORT con evidenza del risultato pari al 100% della correttezza prescrittiva	AREA FARMACEUTICA	AREA FARMACEUTICA(indiretta)/DISTRETTI SANITARI	Area Farmaceutica (Indiretto)/Distretti Sanitari
				c	prescrizione antibiotici come da Linee Guida Internazionali al fine di ridurre le farmacoresistenze	REPORT con evidenza del risultato pari al 100% della correttezza prescrittiva dal 01.10.2017 al 31.12.2017	REPORT con evidenza del risultato pari al 100% della correttezza prescrittiva	REPORT con evidenza del risultato pari al 100% della correttezza prescrittiva	AREA FARMACEUTICA	AREA FARMACEUTICA(indiretta)/DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO CHIRURGICO, DIPARTIMENTO EMERGENZA E DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	Area Farmaceutica (Indiretto)/Medicina Interna e Geriatria/Nefrologia e Dialisi/Oncologia/Neurofisiopatologia/Gastroenterologia/Cardiologia e UTIC/Medicina d'urgenza/Osservazione Breve/Anestesia e Rianimazione/Chirurgia gen./Ortopedia e Traumat./Oculistica/ORL/Urologia/Ostetricia e Ginecologia/Uroginecologia/Pediatria e Neonatologia
				d	corretto uso dei farmaci biosimilari	REPORT con evidenza di correttezza nell'utilizzo pari al 100% nel periodo 01.10.2017 -31.12.2017	REPORT con evidenza di correttezza nell'utilizzo pari al 100%	REPORT con evidenza di correttezza nell'utilizzo pari al 100%	AREA FARMACEUTICA	AREA FARMACEUTICA(indiretta)/DIPARTIMENTO MEDICO	Area Farmaceutica (Indiretto)/Nefrologia e Dialisi

PIANO DELLA PERFORMANCE 2017/2019
Aggiornamento

Cod. OB. STRAT.	OBIETTIVO STRATEGICO	Cod. OB. SPECIFICO	OBIETTIVO SPECIFICO	Cod. INDICATORE	INDICATORE	Elemento Misurabile ANNO 2017	Elemento Misurabile ANNO 2018	Elemento Misurabile ANNO 2019	FONTE	MACROSTRUTTURA Destinataria di I° Livello	CdR Destinatari di II° Livello
A	QUALITA' ED APPROPRIATEZZA DELLE CURE, DELLE PRESTAZIONI E DELL'ASSISTENZA	1	Appropriatezza prescrittiva	e	corretto uso delle eparine	REPORT con evidenza di correttezza nell'utilizzo pari al 100% nel periodo 01.10.2017 -31.12.2017	REPORT con evidenza di correttezza nell'utilizzo pari al 100%	REPORT con evidenza di correttezza nell'utilizzo pari al 100%	AREA FARMACEUTICA	AREA FARMACEUTICA[indiretto]/DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO CHIRURGICO E DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	Area Farmaceutica [indiretto]/Chirurgia Generale/Ostetricia e Ginecologia/Medicina Interna e Geriatria
				f	corretto uso dei farmaci per l'induzione del parto	REPORT con evidenza di correttezza nell'uso di antiprostaglandine pari al 100% nel periodo 01.10.2017 -31.12.2017	REPORT con evidenza di correttezza nell'uso di antiprostaglandine pari al 100%	REPORT con evidenza di correttezza nell'uso di antiprostaglandine pari al 100%	AREA FARMACEUTICA	AREA FARMACEUTICA[indiretta]/DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	Area Farmaceutica [indiretto]/Ostetricia e Ginecologia
				g	corretto uso farmaci endovitreali	REPORT con evidenza di correttezza nell'utilizzo pari al 100% nel periodo 01.10.2017 -31.12.2017	REPORT con evidenza di correttezza nell'utilizzo pari al 100%	REPORT con evidenza di correttezza nell'utilizzo pari al 100%	AREA FARMACEUTICA	AREA FARMACEUTICA[indiretta]/DIPARTIMENTO CHIRURGICO	Area Farmaceutica [indiretto]/Oculistica
				h	effettuazione di almeno un incontro mensile della Commissione per l'appropriatezza prescrittiva (dal 01.10.2017)	invio copia verbale incontri a DSA	invio copia verbale incontri a DSA	invio copia verbale incontri a DSA	DSA	DISTRETTI SANITARI	Distretti Sanitari

Cod. OB. STRAT.	OBBIETTIVO STRATEGICO	Cod. OB. SPECIFICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	Cod. INDICATORE	INDICATORE	Elemento Misurabile ANNO 2017	Elemento Misurabile ANNO 2018	Elemento Misurabile ANNO 2019	SOURCE	MACROSTRUTTURA Destinatari di 1° livello	CDR Destinatari di 1° livello
A	QUALITA' ED APPROPRIATEZZA DELLE CURE, DELLE PRESTAZIONI E DELL'ASSISTENZA	2	Adeguatezza delle prestazioni	a	produzione di procedure e definizione delle attività da effettuare e relativi requisiti qualitativi	Individuazione del titolo e del numero delle procedure da inviare in elenco alla DSA per la loro validazione entro il 10.10.2017 e produzione delle validate entro il 31.12.2017	implementazione delle validate	implementazione delle validate	DSA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E UOC GOVERNO DEGLI EROGATORI	Igiene e Sanità Pubblica / Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro / Sanità Pubblica Veterinaria / Igiene degli Alimenti e della Nutrizione / Screening Oncologico/Governo rete degli erogatori
B	MIGLIORAMENTO QUALITA' ASSISTENZIALE ED ESITI DEGLI INTERVENTI	1	Qualità Assistenziale	a	efficace gestione degli strumenti per la dematerializzazione delle ricette	REPORT con evidenza dello stato dell'arte da inviare a DA e DSA	N.R.	N.R.	DA / DSA	AREA TECNICO LOGISTICA	ICT
				c	efficace gestione degli applicativi per l'implementazione del DCA 219/14	Individuazione del titolo e del numero delle procedure da inviare in elenco alla DSA per la loro validazione entro il 10.10.2017 e produzione delle validate entro il 31.12.2017	N.R.	N.R.	DA / DSA	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE, DIPARTIMENTO CHIRURGICO E DIPARTIMENTO MEDICO	Medicina Interna e Geriatria/Nefrologia e Dialisi/Oncologia/Neurofisiopatologia/Gastroenterologia/Cardiologia e UTIC/Osservazione Breve/Anestesia e Rianimazione/Chirurgia gen./Ortopedia e Traumat./Occhistica/Orl./Urologia/Ostetricia e Ginecologia/Uroginecologia/Pediatria e Neonatologia

Cod. OB. STRAT.	OBIETTIVO STRATEGICO	Cod. OB. SPECIFICO	OBIETTIVO SPECIFICO	Cod. INDICATORE	INDICATORE	Elemento Misurabile ANNO			FONTE	MACROSTRUTTURA Destinataria di 1° Livello	CDR Destinatari di 1° Livello																															
						2017	2018	2019																																		
B	MIGLIORAMENTO QUALITA' ASSISTENZIALE ED ESITI DEGLI INTERVENTI	4	Corretta gestione dei Numeri VERDI attivali	2	reclami sul funzionamento dei numeri verdi inferiori a 5 nel periodo 01.10.2017 - 31.12.2017	raccolta reclami da parte della Direzione Strategica, delle Direzioni di Presidio e di Distretto e dell'URP	rapporto tra n° di fratture giunte in PS e n° di fratture operate nelle 48 ore (-+1) / rapporto tra n° richieste radiologiche, anestesiologiche e cardiologiche chieste da PS per intervento chirurgico e n° prestazioni eseguite nelle 24 ore (-+1)	rapporto tra n° di fratture giunte in PS e n° di fratture operate nelle 48 ore (-+1) / rapporto tra n° richieste radiologiche, anestesiologiche e cardiologiche chieste da PS per intervento chirurgico e n° prestazioni eseguite nelle 24 ore (-+1)	rapporto tra n° di fratture giunte in PS e n° di fratture operate nelle 48 ore (-+1) / rapporto tra n° richieste radiologiche, anestesiologiche e cardiologiche chieste da PS per intervento chirurgico e n° prestazioni eseguite nelle 24 ore (-+1)	DG/DSA/DA/DIR, S AN PRESIDIO/DIR, DISTRETTO/URP	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Dipartimento delle professioni sanitarie																														
													3	Introduzione modello organizzativo assistenziale per area chirurgica con modello erogativo week e long, one day e day surgery	3	rapporto dei ricoveri week sul totale dei ricoveri maggiore di zero e rapporto dei ricoveri long sul totale dei ricoveri minore di uno e diverso da zero	REPORT con evidenza sul raggiungimento dei risultati prefissati nel periodo 01.10.2017 - 31.12.2017	REPORT con evidenza sul raggiungimento dei risultati prefissati	REPORT con evidenza sul raggiungimento dei risultati prefissati	FLUSSI INFORMATIVI	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	Chirurgia gen./Ortopedia e Traumat./Urologia																				
																							2	Rilevazione della qualità percepita dall'utenza	3	effettuazione ed analisi customer satisfaction ai cittadini utenti del Presidio Sanitari entro il 31.12.2017	Invio risultanze a DSA con analisi di dettaglio	ripetizione analisi ed Invio risultanze a DSA	ripetizione analisi ed Invio risultanze a DSA	DSA	DIREZIONI SANITARIE DI PRESIDIO/AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Direzioni Sanitarie di Presidio/Ufficio Relazioni con il Pubblico										
																																	5	Intervento per la frattura di femore, tibia e perone, entro le 48 ore	3	presenza di un percorso di accesso alle prestazioni necessarie all'ingresso in sala operatorie del paziente fratturato giunto in PS con l'effettuazione di tutte le prestazioni necessarie (radiologiche, anestesiologiche e cardiologiche) direttamente in PS entro le 24/36 ore e conseguente intervento entro le 48 ore complessive per il 100% dei pazienti giunti in PS nel periodo 01.10.2017 - 31.12.2017	rapporto tra n° di fratture giunte in PS e n° di fratture operate nelle 48 ore (-+1) / rapporto tra n° richieste radiologiche, anestesiologiche e cardiologiche chieste da PS per intervento chirurgico e n° prestazioni eseguite nelle 24 ore (-+1)	rapporto tra n° di fratture giunte in PS e n° di fratture operate nelle 48 ore (-+1) / rapporto tra n° richieste radiologiche, anestesiologiche e cardiologiche chieste da PS per intervento chirurgico e n° prestazioni eseguite nelle 24 ore (-+1)	rapporto tra n° di fratture giunte in PS e n° di fratture operate nelle 48 ore (-+1) / rapporto tra n° richieste radiologiche, anestesiologiche e cardiologiche chieste da PS per intervento chirurgico e n° prestazioni eseguite nelle 24 ore (-+1)	FLUSSI INFORMATIVI	DIPARTIMENTO EMERGENZA, DIPARTIMENTO MEDICO E DIPARTIMENTO CHIRURGICO	Medicina d'urgenza / Anestesia e Rianimazione/Ortopedia e Traumatologia/Cardiologia e UTIC

Cod.OB. STRAT.	OBIETTIVO STRATEGICO	Cod. OB. SPECIFICO	OBIETTIVO SPECIFICO	Cod. INDICATORE	INDICATORE	Elemento Misurabile ANNO 2017	Elemento Misurabile ANNO 2018	Elemento Misurabile ANNO 2019	FOENTE	MACROSTRUTTURA Destinatario di 1° Livello	CdR Destinatari di II° Livello
B	MIGLIORAMENTO QUALITA' ASSISTENZIALE ED ESITI DEGLI INTERVENTI	6	Sviluppo e potenziamento del PDTA	a	realizzazione percorsi formativi a supporto dell'implementazione del PDTA	n° percorsi formativi/incontri effettuati e comunicati alla DSA	n° percorsi formativi/incontri effettuati e comunicati alla DSA	n° percorsi formativi/incontri effettuati e comunicati alla DSA	DSA	DISTRETTI SANITARI	Distretti Sanitari
				b	rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti cronici in PDTA	elaborazione di un questionario per singola patologia ed invio a DSA per validazione	elaborazione di un questionario per singola patologia ed invio a DSA per validazione	elaborazione di un questionario per singola patologia ed invio a DSA per validazione	DSA	DISTRETTI SANITARI	Distretti Sanitari
		7	Assicurazione delle prestazioni ortopediche	a	percentuale di turni effettuati sul totale dei turni effettuabili	REPORT con evidenza del raggiungimento delle percentuali prefissate (100%)	REPORT con evidenza del raggiungimento delle percentuali prefissate (100%)	REPORT con evidenza del raggiungimento delle percentuali prefissate (100%)	AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	Ortopedia e Traumatologia Colferro e Subiaco
		8	Modello per Intensità di cure in area assistenziale	a	individuazione del titolo e del numero delle procedure da far validare alla DSA e successiva produzione	invio elenco a DSA per la validazione entro il 10.10.2017 e produzione delle procedure come da elenco validato entro il 31.12.2017	implementazione delle validate	implementazione delle validate	DSA	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Dipartimento delle Professioni Sanitarie

Cod. OB. STRAT.	OGGETTIVO STRATEGICO	Cod. OB. SPECIFICO	OGGETTIVO SPECIFICO	Cod. INDICATORE	INDICATORE	Elemento Misurabile ANNO 2017	Elemento Misurabile ANNO 2018	Elemento Misurabile ANNO 2019	FONTE	MACROSTRUTTURA Destinataria di 1° Livello	CdR Destinataria di 1° Livello
B	MIGLIORAMENTO QUALITA' ASSISTENZIALE ED ESITI DEGLI INTERVENTI	9	Ottimizzazione degli spazi	2	rispetto delle indicazioni della DSA ed attivazione delle Aree per intensità di cure	REPORT con evidenza del rapporto tra richieste effettuate dalla DSA ed attività eseguite (=1)	REPORT con evidenza del rapporto tra richieste effettuate dalla DSA ed attività eseguite (=1)	REPORT con evidenza del rapporto tra richieste effettuate dalla DSA ed attività eseguite (=1)	DSA	DIREZIONI SANITARIE DI PRESIDIO	Direzioni Sanitarie di Presidio
		1	Corretta gestione della Agenda	3	tutte le agende utilizzate per l'attività ambulatoriale, da CUP o da Report, informatizzate e nella disponibilità RECUP nelle percentuali previste dalla Regione Lazio	REPORT con evidenza pari al 100% conformità nel periodo 01.11.2017 - 31.12.2017	REPORT con evidenza pari al 100% conformità	REPORT con evidenza pari al 100% conformità	FLUSSI INFORMATIVI	DISTRETTI SANITARI/DIREZIONI SANITARIE DI PRESIDIO/DIPARTIMENTO EMERGENZA/DIPARTIMENTO MATERNO INF./DIPARTIMENTO CHIRURGICO/DIPARTIMENTO MEDICO/DSM	Distretti Sanitari/Direzioni Sanitarie di Presidio/Anestesia e Rianimazione/Ostetricia e Ginecologia/Urologia/Neonatalogia/Pediatria e Neonatologia/Chirurgia gen./Ortopedia e Traumat./Oculistica/ORL/Urologia/Medicina Interna e Geriatrica/Neurologia e Dialisi/Oncologia/Cardiologia e UTIC/CSM
C	GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA	2	Aumento della prescrizione dematerializzata	3	prescrizione dematerializzata superiore al 60% sul totale delle prescrizioni	REPORT con evidenza sul raggiungimento della percentuale prefissata con corrispondente diminuzione dell'approvigionamento dei ricettari da parte della Direzione di Presidio nel periodo 01.10.2017 - 31.12.2017	REPORT con evidenza sul raggiungimento della percentuale prefissata con corrispondente diminuzione dell'approvigionamento dei ricettari da parte della Direzione di Presidio	REPORT con evidenza sul raggiungimento della percentuale prefissata con corrispondente diminuzione dell'approvigionamento dei ricettari da parte della Direzione di Presidio	FLUSSI INFORMATIVI	DISTRETTI SANITARI/DIREZIONI SANITARIE DI PRESIDIO/DIPARTIMENTO EMERGENZA/DIPARTIMENTO MATERNO INF./DIPARTIMENTO CHIRURGICO/DIPARTIMENTO MEDICO/DSM	Distretti Sanitari/Direzioni Sanitarie di Presidio/Medicina d'urgenza/Osservazione Breve/Anestesia e Rianimazione/Ostetricia e Ginecologia/Urologia/Neonatalogia/Pediatria e Neonatologia/Chirurgia gen./Ortopedia e Traumat./Oculistica/ORL/Urologia/Medicina Interna e Geriatrica/Neurologia e Dialisi/Oncologia/Cardiologia e UTIC/CSM/SPDC/REMS/TSMBEE/SERO

Cod. OB. STRAT.	OBIETTIVO STRATEGICO	Cod. OB. SPECIFICO	OBIETTIVO SPECIFICO	Cor. INDICATORE	INDICATORE	Elemento Misurabile ANNO 2017	Elemento Misurabile ANNO 2018	Elemento Misurabile ANNO 2019	FONTE	MACROSTRUTTURA Destinataria di 1° Livello	CdR Destinatari di II° Livello
C	GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA	3	Efficiente gestione dei posti Letto	a	riduzione degenza media del 30%	REPORT con evidenza del raggiungimento della percentuale prefissata (dal 01.11.2017 al 31.12.2017)	REPORT con evidenza del raggiungimento della percentuale prefissata	REPORT con evidenza del raggiungimento della percentuale prefissata	FLUSSI INFORMATIVI	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE, DIPARTIMENTO CHIRURGICO E DIPARTIMENTO MEDICO	Ostetricia e Ginecologia/Uroginecologia/Chirurgia gen./Ortopedia e Traumat./Urologia/Medicina Interna e Geriatria/Nefrologia e Dialisi Tivoli/Cardiologia e UTIC
				b	riduzione degenza media del 10%	REPORT con evidenza del raggiungimento della percentuale prefissata (dal 01.11.2017 al 31.12.2017)	REPORT con evidenza del raggiungimento della percentuale prefissata	REPORT con evidenza del raggiungimento della percentuale prefissata	FLUSSI INFORMATIVI	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	Pediatria e Neonatologia
		4	Attuazione del modello per intensità di cura e gestione dell'Area Medica come unico centro	a	predisposizione turnistica unica all'interno del Dipartimento ed invio documentazione a DSA	Verifica documentazione turni con cartellini di presenza	Verifica documentazione turni con cartellini di presenza	Verifica documentazione turni con cartellini di presenza	AMMINISTRAZIONE E DEL PERSONALE/DSA	DIPARTIMENTO MEDICO	Medicina Interna e Geriatria/Nefrologia e Dialisi/Oncologia/Gastroenterologia/Cardiologia e UTIC
		5	Corretto utilizzo delle sale operatorie	a	valutazione mensile dal 01.10.2017 dei registri operatori per le prestazioni in elezione e in urgenza con analisi utilizzo appropriato della sala operatoria d'urgenza	REPORT mensile da inviare a DSA entro il 15 del mese successivo (15.11.2017 e 15.01.2018) con analisi delle non conformità ed implementazione delle azioni correttive e analisi della loro efficacia	REPORT mensile da inviare a DSA entro il 15 del mese successivo con analisi delle non conformità ed implementazione delle azioni correttive e analisi della loro efficacia	REPORT mensile da inviare a DSA entro il 15 del mese successivo con analisi delle non conformità ed implementazione delle azioni correttive e analisi della loro efficacia	DSA	DIREZIONI SANITARIE DI PRESIDIO	Direzioni Sanitarie di Presidio

PIANO DELLA PERFORMANCE 2017/2019
Aggiornamento

Cod.OB. STRAT.	OBIETTIVO STRATEGICO	Cod. OB. SPECIFICO	OBIETTIVO SPECIFICO	Cod. INDICATORE	INDICATORE	Elemento Misurabile ANNO 2017	Elemento Misurabile ANNO 2018	Elemento Misurabile ANNO 2019	FONTE	MACROSTRUTTURA Destinataria di I° Livello	CdR Destinatari di II° Livello
D	POTENZIAMENTO E QUALIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' DI PREVENZIONE	1	Aumento delle Vaccinazioni	a	adozione del piano vaccinale aziendale e regionale con produzione dei certificati ed aumento delle coorti vaccinali come pianificate	REPORT con confronto flussi regionali (feed back regionale), analisi e-mail e liste scolastiche da inviare a DSA	N.R.	N.R.	DSA	DISTRETTI SANITARI	Distretti Sanitari
				b	adozione del piano nazionale prevenzione ed assolvimento degli indicatori richiesti per la rendicontazione annuale	REPORT con flusso dati per la misurazione di ciascun indicatore ed invio entro il 15.01.2018 a DSA	REPORT con flusso dati per la misurazione di ciascun indicatore ed invio a DSA	REPORT con flusso dati per la misurazione di ciascun indicatore ed invio a DSA	DSA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Igiene e Sanità Pubblica
		2	Campionamento delle acque degli impianti natatori	a	Frequenza annua di campionamento per singolo impianto censito	REPORT con evidenza di almeno 1 campionamento per impianto censito da inviare a DSA	REPORT con evidenza di almeno 1 campionamento per impianto censito da inviare a DSA	REPORT con evidenza di almeno 1 campionamento per impianto censito da inviare a DSA	DSA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Igiene e Sanità Pubblica
		3	Potenziamento dello screening audiologico	a	gestione del II° livello	REPORT con evidenza dei dati di attività da inviare a DSA	REPORT con evidenza dei dati di attività da inviare a DSA	REPORT con evidenza dei dati di attività da inviare a DSA	DSA	AUDIOVESTIBOLOGIA E ATTIVITA' IGIENICO SANITARIA SUBIACO	Audiovestibologia

Cod. OB. STRAT.	OGGETTIVO STRATEGICO	Cod. OB. SPECIFICO	OGGETTIVO SPECIFICO	Cod. INDICATORE	INDICATORE	Elemento Misurabile ANNO 2017	Elemento Misurabile ANNO 2018	Elemento Misurabile ANNO 2019	SORSE	MACROSTRUTTURA Destinataria di 1° Livello	CDR Destinatari di 1° Livello
E	RIORGANIZZAZIONE E POTENZIAMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE	1	Miglioramento dei percorsi organizzativi, clinici e assistenziali	3	redazione di procedure organizzative, cliniche ed assistenziali nelle REMS, nei SERD, nei CSM e nel TSM/REE	produzione procedure ed invio a DSA per validazione entro il 30.11.2017	implementazione delle validate	implementazione delle validate	DSA	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE (DSM)	CSM/REMS/TSM/REE/SERD
F	CORRETTA E COMPLETA ATTUAZIONE DEI "PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA'"	1	Effettiva esistenza delle rimanenze (scorte) nei reparti e negli ambulatori	2	effettuazione di adeguati controlli nei reparti e negli ambulatori	REPORT con evidenza della corrispondenza tra tabulato di scarico inventariale e rimanenze fisiche per ogni struttura da inviare a DSA	REPORT con evidenza della corrispondenza tra tabulato di scarico inventariale e rimanenze fisiche per ogni struttura da inviare a DSA	REPORT con evidenza della corrispondenza tra tabulato di scarico inventariale e rimanenze fisiche per ogni struttura da inviare a DSA	DSA	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Dipartimento delle Professioni Sanitarie
		2	Diminuzione della consistenza dei debiti	2	monitoraggio trimestrale della consistenza dei debiti scaduti	REPORT con evidenza della diminuzione dei debiti scaduti nel periodo 2013-2017 da inviare a DA	REPORT con evidenza della diminuzione dei debiti scaduti nel periodo 2015-2018 da inviare a DA	REPORT con evidenza della diminuzione dei debiti scaduti nel periodo 2017-2019 da inviare a DA	DA	AREA ECONOMICA	Bilancio
G	SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	1	Ricerca attiva malattie professionali mediante l'utilizzo delle diverse fonti informative	3	analisi cartelle sanitarie e di rischio, segnalazioni medici competenti/ospedalieri, indagini delegate AG, registri tumori, SDO	REPORT con evidenza del rapporto tra malattie analizzate e malattie emerse da inviare a DSA	REPORT con evidenza del rapporto tra malattie analizzate e malattie emerse da inviare a DSA	REPORT con evidenza del rapporto tra malattie analizzate e malattie emerse da inviare a DSA	DSA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Prevenzione e Sicurezza ambienti di lavoro

Cod. OB. STRAT.	OBIETTIVO STRATEGICO	Cod. OB. SPECIFICO	OBIETTIVO SPECIFICO	Cod. INDICATORE	INDICATORE	Elemento Misurabile ANNO			FONTE	MACROSTRUTTURA Destinataria di 1° Livello	Cod. Destinatari di 1° Livello
						2017	2018	2019			
G	SALUTE E SICUREZZA NEL LUOGHI DI LAVORO	2	Esecuzione piano regionale edilizia	a	conformità agli obiettivi LEA	REPORT con evidenza del rapporto tra cantieri controllati e cantieri assegnati da Invitare a DSA	REPORT con evidenza del rapporto tra cantieri controllati e cantieri assegnati da Invitare a DSA	REPORT con evidenza del rapporto tra cantieri controllati e cantieri assegnati da Invitare a DSA	DSA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Prevenzione e Sicurezza ambienti di lavoro
		3	Esecuzione piano regionale agricoltura	a	conformità agli obiettivi LEA	REPORT con evidenza del rapporto tra aziende agricole controllate ed aziende assegnate da Invitare a DSA	REPORT con evidenza del rapporto tra aziende agricole controllate ed aziende assegnate da Invitare a DSA	REPORT con evidenza del rapporto tra aziende agricole controllate ed aziende assegnate da Invitare a DSA	DSA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Prevenzione e Sicurezza ambienti di lavoro
H	VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	1	Implementazione di Piani di eradicazione delle malattie animali trasmissibili all'uomo (rif. TBQ, Brucellosi, ovcaprina, bovina e bufalina, Leucosi bovina).	a	conformità agli obiettivi di piano	REPORT con evidenza del rapporto tra allevamenti controllati ed allevamenti controllabili da Invitare a DSA	REPORT con evidenza del rapporto tra allevamenti controllati ed allevamenti controllabili da Invitare a DSA	REPORT con evidenza del rapporto tra allevamenti controllati ed allevamenti controllabili da Invitare a DSA	DSA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Sanità Pubblica veterinaria