

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 30 novembre 2022, n. 1111

Definizione, ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2022

OGGETTO: Definizione, ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2022.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità e Integrazione Sociosanitaria;

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i. recante *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”*;
- il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale;
- Visto il decreto del Presidente del Consiglio regionale del 12 novembre 2022, n. 33 con cui è stato sciolto il Consiglio regionale a seguito delle dimissioni del Presidente della Regione;
- Atteso che ai sensi dell'articolo 45, comma 6, dello Statuto regionale la Giunta dimissionaria resta in carica limitatamente all'ordinaria amministrazione, fino alla proclamazione del Presidente della Regione neoeletto;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”*;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i. recante *“Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”*;
- il Decreto Legislativo 4 agosto 2016 n. 171 *“Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria”*;

VISTI, inoltre:

- le deliberazioni di Giunta regionale n. 203 del 24 aprile 2018, come modificata dalla D.G.R. n. 252 del 1 giugno 2018, e n. 306 del 19 giugno 2018, con le quali si è provveduto a effettuare una riorganizzazione generale dell'assetto amministrativo ed è stata istituita, tra le altre, la Direzione regionale Salute ed integrazione sociosanitaria;
- la determinazione del 2 ottobre 2018, n. G12275 con la quale si dispone la riorganizzazione delle strutture organizzative della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento della Direttiva del Segretario Generale del 03/08/2018, prot. n. 484710, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018, n. 590257”;
- la deliberazione della Giunta regionale del 30 dicembre 2020, n. 1044 con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria al dottor Massimo Annicchiarico;

- l'Atto di organizzazione n. G00243 del 18 gennaio 2021 con cui è stato conferito l'incarico di Dirigente dell'Area Risorse Umane della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria alla dottoressa Eleonora Alimenti;

RICHIAMATI:

- in particolare, l'articolo 2, comma 2 *sexies*, lettera e), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 il quale riserva alla Regione non solo l'ordinaria attività di vigilanza sulle aziende unità sanitarie locali, quali enti dipendenti, ma anche l'attività di valutazione dei risultati delle stesse, "prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci", nonché l'articolo 3 bis comma 7bis, il quale prevede che l'accertamento, da parte della Regione, del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 502 del 19.07.1995 e ss. mm. e ii., che, in materia di trattamento economico dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, stabilisce che lo stesso "[...] può essere integrato di una ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, previa valutazione, sulla base dei criteri determinati ai sensi del comma 5 dell'articolo 3-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati al direttore generale annualmente dalla regione";
- l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 e, in particolare, l'art. 10, comma 6, ove si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute ed assistenziali previsti dai Lea, stabiliti per i direttori generali costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l'applicazione dell'articolo 3 bis, comma 7, del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., con la previsione della decadenza automatica dei direttori generali;
- l'art. 4, comma 4 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni in Legge 8 novembre 2012, n.189, che stabilisce: "*Ciascuna regione promuove, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in raccordo con il programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e con il coinvolgimento dei direttori di dipartimento*";

VISTA la DGR n. 661 del 29 settembre 2020, con la quale è stato confermato che spetta alla Giunta regionale l'esercizio delle funzioni amministrative inerenti all'approvazione degli obiettivi strategici di mandato e annuali dei Direttori Generali e corrispondente valutazione dei risultati raggiunti ai sensi dell'art. 3-bis del d.lgs. 502/1992;

RAVVISATA la necessità di assegnare ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR obiettivi economico gestionali, di salute e funzionamento dei servizi che siano finalizzati, ai sensi delle disposizioni sopra richiamate, all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2022, nei limiti percentuali previsti dal suddetto art. 1, comma 5 del DPCM 502/1995;

RITENUTO opportuno, ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 171/2016, adottare le procedure di valutazione, così come contenute nei documenti allegati alla presente deliberazione, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale;

VISTO il verbale dei Tavoli di verifica del 21 aprile 2022 nel quale *“Si rileva inoltre che, sotto il profilo metodologico, non risulta chiara la modalità di valutazione della componente relativa ai “comportamenti organizzativi” dei Direttori generali delle aziende (articolo 2, punto 5, dell’allegato A), il cui esito positivo “contribuisce al riconoscimento di un ulteriore 20% della quota integrativa (...)”;*

TENUTO CONTO del riscontro inviato ai Tavoli di Verifica, in data 6 ottobre 2022, in merito alla modalità di valutazione della componente relativa ai “comportamenti organizzativi” con la quale è stato rappresentato *“che, con la definizione degli obiettivi per l’anno 2022, la Direzione regionale sta provvedendo a modificare il regolamento applicativo prevedendo che gli obiettivi anno 2022 vengano assegnati e declinati in coerenza con gli atti di programmazione e con le linee descritte nei Programmi operativi nel tempo vigenti, e sono suddivisi in relazione alle funzioni assegnate alle aziende; non è più prevista la valutazione della componente comportamentale”;*

DATO ATTO che gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, per l’anno 2022, sono integralmente riportati nei due documenti allegati al presente atto, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale, rispettivamente Allegato A *“Criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai direttori generali; valutazione della performance”* ed Allegato B *“Scheda di valutazione degli obiettivi dei direttori generali per l’anno 2022”* che riporta per ciascuno dei medesimi obiettivi i relativi indicatori e le relative modalità di calcolo;

DATO ATTO che:

- i singoli obiettivi assegnati, concorreranno al riconoscimento della quota economica integrativa con i diversi pesi specificati per ciascuno di essi, per un punteggio complessivo pari a 100 punti, nel rispetto della soglia minima pari al 60%;
- il mancato conseguimento degli obiettivi, come meglio specificato nell’allegato A, costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso;

PRESO ATTO che, l’attribuzione della quota integrativa al trattamento economico non debba essere prevista qualora, ai sensi dell’art. 3 bis, comma 7 bis, del d.lgs. 502/92 e s.m.i., [...] *“l’accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso”;*

RITENUTO che la deliberazione rientri tra gli atti dovuti in quanto costituisce adempimento di precisi obblighi normativi (d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171);

CONSIDERATO che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

Per le motivazioni esposte, che integralmente si richiamano:

- di approvare i due documenti allegati al presente atto, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale, recanti *“Criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai direttori generali; valutazione della performance”* (Allegato A) e *“Scheda di valutazione degli obiettivi dei*

direttori generali per l'anno 2022" (Allegato B) nei quali sono definiti gli obiettivi di salute e funzionamento di ordine sanitario per l'anno 2022, generali e specifici, in alcuni casi ripartiti in sub obiettivi, ed i relativi pesi così come suddivisi, in relazione alle funzioni assegnate alle Aziende del S.S.R., e che riportano, altresì, per ciascuno degli obiettivi stessi i relativi indicatori e le relative modalità di calcolo;

- di assegnare gli obiettivi, così come individuati ed approvati, ai Direttori Generali e/o Commissari Straordinari delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

La Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà a tutti i necessari adempimenti conseguenti e derivanti dal presente provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi).

ALL A

**REGOLAMENTO IN MATERIA DI CRITERI E PROCEDURE DI VALUTAZIONE DEL
RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA REGIONE LAZIO AI
DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE DEL SSR E DEGLI ENTI DEL SSR
VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE**

Art. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE

1. Il presente regolamento è rivolto ai Direttori Generali delle seguenti strutture:

Aziende Territoriali:

- Azienda Sanitaria Locale Roma 1
- Azienda Sanitaria Locale Roma 2
- Azienda Sanitaria Locale Roma 3
- Azienda Sanitaria Locale Roma 4
- Azienda Sanitaria Locale Roma 5
- Azienda Sanitaria Locale Roma 6
- Azienda Sanitaria Locale Latina
- Azienda Sanitaria Locale Frosinone
- Azienda Sanitaria Locale Viterbo
- Azienda Sanitaria Locale Rieti

Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale:

- Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
- Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

Enti Ospedalieri Universitari:

- Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I
- Fondazione "Policlinico Tor Vergata"
- Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea.

Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico:

- Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani";
- Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) IRE –ISG

Azienda Regionale Emergenza Sanitaria

- A.R.E.S. 118

2. Il presente regolamento costituisce l'Allegato A della Delibera di Giunta avente ad oggetto: *"Definizione, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2022"*.

3. Le procedure di valutazione disciplinate dal presente Regolamento si applicano, in quanto compatibili, anche per le successive valutazioni previste dall'art. 2, comma 4, del d.lgs. 171/2016, alla scadenza dei 24 mesi dalla nomina.

Art. 2 – OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati, in alcuni casi ripartiti in sub obiettivi, sono stati declinati in coerenza con gli atti di programmazione e con le linee descritte nei Programmi operativi nel tempo vigenti e sono suddivisi, in relazione alle funzioni assegnate alle aziende ed articolate in aree come di seguito rappresentato:

Obiettivi individuati per le Aziende Sanitarie Locali

Obiettivo generale: Aree		Peso
1	Economico Finanziari	43
2	Tempi di attesa	12
3	Appropriatezza organizzativa, qualità e equità dell'assistenza	14
4	Patrimonio edilizio e tecnologico	8
5	Farmaceutica	8
6	Adempimenti amministrativi ed informativi	15

Obiettivi individuati per le Aziende Ospedaliere, Ospedaliere universitarie e IRCCS

Obiettivo generale		Peso
1	Economico Finanziario	51
2	Tempi di attesa	10
3	Appropriatezza organizzativa, qualità e equità dell'assistenza	21
4	Patrimonio edilizio e tecnologico	9
5	Farmaceutica	9

Obiettivi individuati per l'ARES 118

Obiettivo generale		Peso
1	Economico Finanziario	50
2	Tempi di intervento	12
3	Patrimonio edilizio e tecnologico	10
4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza	20
5	Adempimenti amministrativi ed informativi	8

1. L'insieme degli obiettivi assegnati costituisce l'oggetto della valutazione dei Direttori Generali/Commissari Straordinari, secondo quanto previsto nel presente Regolamento.
2. La valutazione viene effettuata sulla base degli atti e documenti in possesso delle competenti Aree della Direzione Regionale, dei pareri del sindaco o della Conferenza dei Sindaci per le Aziende sanitarie locali ovvero, per le Aziende Ospedaliere, della Conferenza permanente ex art. 2 comma 2 bis del D.lgs. 502/1992, delle eventuali relazioni collegate alla verifica periodica per la conferma dell'incarico.
3. La valutazione può inoltre tenere conto, limitatamente all'arco temporale di riferimento, delle relazioni di accompagnamento al Bilancio Consuntivo aziendale redatte dai Collegi Sindacali delle Aziende interessate, messe a disposizione dalla competente Area regionale.
4. All'interno di ciascun macro obiettivo, ogni sub obiettivo viene definito con il proprio peso, indicatore, valori target e modalità di rilevazione. Il raggiungimento dell'obiettivo, in funzione delle caratteristiche dello stesso, potrà essere parziale, influenzando, in tale maniera, sulla valutazione complessiva.
5. Per le aziende con più stabilimenti/presidi l'obiettivo è calcolato per ciascuno di essi. Il punteggio assegnato al singolo indicatore verrà pertanto proporzionato sul numero di stabilimenti/presidi presenti. A titolo esemplificativo: punteggio massimo pari a 10 e numero stabilimenti/presidi pari a 5, di cui 4 conseguono il raggiungimento dell'obiettivo; il punteggio sarà calcolato con la formula $10 / 5 * 4 = 8$.
6. Qualora il raggiungimento di uno o più obiettivi dovesse essere impedito o, per contro, reso possibile da cause o evenienze sopravvenute non imputabili alla responsabilità dei direttori generali, a seguito di puntuale documentazione e diretta verifica di tali circostanze, gli stessi obiettivi potranno essere ridefiniti o rimodulati, in corso d'anno, su proposta della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria, con conseguente riparametrazione dei pesi attribuiti agli altri obiettivi. In caso di mancata rimodulazione nei termini di cui sopra, sarà cura della citata Direzione riparametrare i pesi dei rimanenti obiettivi, nell'ambito della complessiva valutazione dei diversi singoli casi.
7. Si è tenuto conto di quanto previsto dall'art 1 comma 865 della Legge 145/2018 che prevede *“che per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. La predetta quota dell'indennità di risultato:*
 - a) *non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;*
 - b) *è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;*
 - c) *è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;*
 - d) *è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni”.*
8. Ai fini della valutazione finale e dell'attribuzione del punteggio da assegnare, i Direttori Generali/Commissari Straordinari dovranno inviare, seguendo le indicazioni operative che saranno fornite dalla Direzione Regionale Salute e integrazione sociosanitaria, esclusivamente in modalità digitale, un documento di sintesi sul raggiungimento di tutti gli obiettivi assegnati accompagnato da una relazione sintetica, esplicitando gli aspetti salienti, le eventuali criticità riscontrate con le motivazioni del parziale o mancato raggiungimento, le azioni correttive adottate o da adottare, oltre a tutta la documentazione atta a comprovare il raggiungimento degli obiettivi stessi.

Art. 3 – CRITERI E MODALITA' DI VALUTAZIONE

1. I singoli obiettivi concorrono, in base alle diverse pesature dettagliate nell'allegato alla delibera di assegnazione degli stessi, al riconoscimento della quota economica integrativa (quota massima del 20% del trattamento annuo, ai sensi dell'art. 1, comma 5, DPCM 502/1995 e s.m.i.), per un punteggio complessivo pari a massimo 100 punti. Il punteggio complessivamente conseguito sarà dato dalla somma dei punteggi ottenuti in relazione al raggiungimento di ciascun singolo obiettivo/sub-obiettivo e darà luogo ad un riconoscimento della quota integrativa in misura proporzionale a tale punteggio.
2. Gli obiettivi assegnati vengono considerati raggiunti in maniera soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 60%, al di sotto della quale non si procederà alla corresponsione della quota integrativa.

3. Tenendo conto delle tempistiche di approvazione dei bilanci, la Direzione Regionale Salute e integrazione socio-sanitaria, avvalendosi delle aree regionali competenti e del Dipartimento di Epidemiologia del SSR, predisporrà una proposta di provvedimento contenente le risultanze della propria valutazione ("RELAZIONE DELLA DIREZIONE REGIONALE") in ordine al raggiungimento degli obiettivi.
4. Il referente individuato dalla Direzione per le suddette attività di monitoraggio è il Dirigente dell'Area Risorse Umane che potrà chiedere integrazioni, chiarimenti e/o supporti documentali ulteriori rispetto a quelli eventualmente già inviati.

Art. 4 – ESITO DELLE VALUTAZIONI

1. Al fine della corresponsione della quota economica integrativa è necessario raggiungere la soglia minima di 60 punti nel conseguimento degli obiettivi. Il riconoscimento di tale quota sarà pari alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi in parola e sarà dovuto in misura proporzionale alla durata dell'incarico nell'anno oggetto di valutazione.
2. La verifica si conclude con la proposta, da parte della Direzione Regionale, di deliberazione avente ad oggetto il raggiungimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali/Commissari straordinari; il provvedimento adottato dalla Giunta Regionale verrà trasmesso alle rispettive direzioni generali aziendali. Sarà cura delle direzioni medesime comunicare gli esiti ai direttori/commissari interessati qualora cessati dall'incarico.
3. Viene individuata, in termini quantitativi, una condizione di negatività nel raggiungimento degli obiettivi in corrispondenza di una valutazione uguale o inferiore a 29 punti complessivi.
4. L'eventuale esito negativo della valutazione (<29 punti) determinerà l'avvio del procedimento di contestazione. In tale contesto al Direttore Generale viene garantito il contraddittorio per rendere edotta la Direzione Regionale di fatti e di circostanze tali da poter far mutare tale esito negativo.
5. Qualora dal citato contraddittorio non dovesse derivare un mutamento della valutazione, la Direzione Regionale proporrà un provvedimento di decadenza dall'incarico con connessa risoluzione del contratto da sottoporre alla Giunta Regionale. La decadenza dalla nomina è pronunciata dal Presidente della Giunta previa richiesta dei pareri normativamente previsti.

Art. 5 - TRASPARENZA DEI RISULTATI

6. L'esito della valutazione verrà pubblicato, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trasparenza, sul portale regionale.

**Art. 6 – VALUTAZIONE DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVI E DEI DIRETTORI
SANITARI DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

1. L'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Amministrativi e Sanitari, nonché l'individuazione dei criteri di valutazione di corresponsione della quota integrativa in favore degli stessi, dovrà armonizzarsi con il presente provvedimento e con le risultanze delle valutazioni dei Direttori Generali e/o Commissari Straordinari, condizionando l'attribuzione del trattamento integrativo al conseguimento di una percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi da prevedere, comunque, non inferiore al 60%.
2. In particolare, al pari di quanto previsto per i direttori generali, dovrà essere data applicazione all'art. 1, comma 865 della Legge del 30 dicembre 2018, n. 145 nella parte in cui è stabilito che ai direttori amministrativi deve essere assegnato uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, prevedendo altresì che la quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non possa essere inferiore al 30 per cento". Il riconoscimento della suddetta quota e la relativa misura devono essere uniformate ai parametri riportati dalla norma citata.
3. Inoltre, il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico dovrà essere determinata in misura proporzionale alla durata dell'incarico.

Art. 7 - NORMA DI RINVIO

1. Per quanto non previsto dal presente Regolamento si rinvia al d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. ed al d. lgs. 171/2016 nonché al Regolamento Regionale n. 1 del 2002 e s.m.i.

Obiettivi individuati per le Aziende Sanitarie Locali

Obiettivo generale: Aree		Peso
1	Economico Finanziari	43
2	Tempi di attesa	12
3	Appropriatezza organizzativa, qualità e equità dell'assistenza	14
4	Patrimonio edilizio e tecnologico	8
5	Farmaceutica	8
6	Adempimenti amministrativi ed informativi	15

Obiettivi individuati per le Aziende Ospedaliere, Ospedaliere universitarie e IRCCS

Obiettivo generale		Peso
1	Economico Finanziario	51
2	Tempi di attesa	10
3	Appropriatezza organizzativa, qualità e equità dell'assistenza	21
4	Patrimonio edilizio e tecnologico	9
5	Farmaceutica	9

Obiettivi individuati per l'ARES 118

Obiettivo generale		Peso
1	Economico Finanziario	50
2	Tempi di intervento	12
3	Patrimonio edilizio e tecnologico	10
4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza	20
5	Adempimenti amministrativi ed informativi	8

**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEGLI
OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI PER L'ANNO 2022**

Indicatori Obiettivo per le Aziende Sanitarie Locali

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario												
Obiettivo specifico	1.1	Budget												
Descrizione indicatore	1.1.1	Concordamento anno 2022												
Modalità di calcolo dell'indicatore	(Valore complessivo dei costi consuntivi intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti – Valore complessivo dei costi concordati 2022 intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti) / Valore complessivo dei costi concordati 2022 intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti [[CE consuntivo D+A5) – (BEP D+A5)]/(BEP D+A5)													
Soglie di valutazione	<table><tr><th>RISULTATO</th><th>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO</th></tr><tr><td>0%</td><td>100%</td></tr><tr><td>1% e 5%</td><td>75%</td></tr><tr><td>6% e 10%</td><td>50%</td></tr><tr><td>11% e 15%</td><td>25%</td></tr><tr><td>16%</td><td>0%</td></tr></table>		RISULTATO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO	0%	100%	1% e 5%	75%	6% e 10%	50%	11% e 15%	25%	16%	0%
	RISULTATO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO												
	0%	100%												
	1% e 5%	75%												
	6% e 10%	50%												
	11% e 15%	25%												
	16%	0%												
Peso	13													

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario
Obiettivo specifico	1.2	Tempi di pagamento
Descrizione indicatore	1.2.1	L'indicatore di ritardo annuale di pagamento ha l'obiettivo di esprimere la capacità dell'Ente del SSR di pagare le fatture scadute nell'anno di riferimento.
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è calcolato come <u>la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture</u> , 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.	
Soglie di valutazione	1) 100% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore minore o uguale a zero e contestuale <u>azzeramento</u> dello stock di debito scaduto non bloccato al 31/12; 2) 75% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore compreso fra 1 e 5; 3) 45% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore compreso fra 6 e 10. 4) nessun riconoscimento qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore maggiore di 10.	
Peso	30	

Obiettivo generale	2	Tempi di attesa
Obiettivo specifico	2.1	Piano operativo liste di attesa- adempimenti di cui all'articolo 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234: erogazione del 75% delle visite specialistiche previste dallo specifico progetto trasmesso
Descrizione indicatore	2.1.1	erogazione del 75% delle visite specialistiche previste dallo specifico progetto trasmesso
Modalità di calcolo dell'indicatore	n. visite specialistiche, primo accesso, delle prestazioni critiche erogate nell'anno 2022 / n. visite specialistiche, primo accesso, delle prestazioni critiche previste nel progetto relativo al piano operativo liste di attesa Fonte dei dati: SIASXL	
Soglie di valutazione	Erogazione 10-50%= raggiunto al 50% entro il 31.12.2022 Erogazione >50%= raggiunto al 100% entro il 31.12.2022	
Peso	3	

Obiettivo generale	2	Tempi di attesa
Obiettivo specifico	2.2	Piano operativo liste di attesa- adempimenti di cui all'articolo 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234: erogazione del 75% delle prestazioni di diagnostica strumentale previste dallo specifico progetto trasmesso
Descrizione indicatore	2.2.1	Incremento erogazione prestazioni diagnostica
Modalità di calcolo dell'indicatore	n. prestazioni diagnostica strumentale delle prestazioni critiche erogate nell'anno 2022 / n. prestazioni diagnostica strumentale previste nel progetto relativo al piano operativo liste di attesa. Fonte dei dati: SIASXL	
Soglie di valutazione	Erogazione 10-50%= raggiunto al 50% entro il 31.12.2022 Erogazione >50%= raggiunto al 100% entro il 31.12.2022	
Peso	3	

Obiettivo generale	2	Tempi di attesa																																				
Obiettivo specifico	2.3	Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione approfondimento diagnostico screening mammografico																																				
Descrizione indicatore	2.3.1	Tempo di attesa tra data esecuzione mammografia di screening e la data esecuzione approfondimento diagnostico. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'incremento percentuale del dato 2022 rispetto all'anno 2021																																				
Modalità di calcolo dell'indicatore	<table><tr><th rowspan="2">Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 28gg</th><th rowspan="2">% raggiungimento obiettivo</th><th colspan="3">ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021</th></tr><tr><th>1-25%</th><th>26-50%</th><th>>50%</th></tr><tr><td>>=90</td><td>100%</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>80-89,9</td><td>80%</td><td>0</td><td>10%</td><td>20%</td></tr><tr><td>70-79,9</td><td>60%</td><td>0</td><td>10%</td><td>20%</td></tr><tr><td>50-69,9</td><td>40%</td><td>0</td><td>10%</td><td>20%</td></tr><tr><td><50</td><td>0</td><td>0</td><td>10%</td><td>20%</td></tr></table>					Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 28gg	% raggiungimento obiettivo	ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021			1-25%	26-50%	>50%	>=90	100%	0	0	0	80-89,9	80%	0	10%	20%	70-79,9	60%	0	10%	20%	50-69,9	40%	0	10%	20%	<50	0	0	10%	20%
	Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 28gg	% raggiungimento obiettivo	ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021																																			
			1-25%	26-50%	>50%																																	
	>=90	100%	0	0	0																																	
	80-89,9	80%	0	10%	20%																																	
	70-79,9	60%	0	10%	20%																																	
	50-69,9	40%	0	10%	20%																																	
	<50	0	0	10%	20%																																	
	Metodi di calcolo:																																					
	(1) Indicatore:																																					
- (persone che effettuano l'approfondimento, nel 2022, entro 28gg dalla data di esecuzione della mammografia di screening/ persone che eseguono l'approfondimento diagnostico nel 2022) * 100																																						
(2) Ulteriore incremento 2022 Vs 2021:																																						
- (Valore indicatore anno 2022 / Valore indicatore anno 2021*100) – 100																																						
Fonte dei dati: Sipsoweb																																						
Soglie di valutazione	Da 0 a 100% a seconda del punteggio raggiunto																																					
Peso	3																																					

Obiettivo generale	2	Tempi di attesa																																				
Obiettivo specifico	2.3	Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione prima colonscopia di approfondimento diagnostico screening colon retto																																				
Descrizione indicatore	2.3.2	Tempo di attesa tra data refertazione test sangue occulto fecale e data esecuzione I colonscopia. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'incremento percentuale del dato 2022 rispetto all'anno 2021.																																				
Modalità di calcolo dell'indicatore	<table><tr><th rowspan="2">Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 30gg</th><th rowspan="2">% raggiungimento obiettivo</th><th colspan="3">ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021</th></tr><tr><th>1-25%</th><th>26-50%</th><th>>50%</th></tr><tr><td>>=90</td><td>100%</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>80-89,9</td><td>80%</td><td>0</td><td>10%</td><td>20%</td></tr><tr><td>70-79,9</td><td>60%</td><td>0</td><td>10%</td><td>20%</td></tr><tr><td>50-69,9</td><td>40%</td><td>0</td><td>10%</td><td>20%</td></tr><tr><td><50</td><td>0</td><td>0</td><td>10%</td><td>20%</td></tr></table>					Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 30gg	% raggiungimento obiettivo	ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021			1-25%	26-50%	>50%	>=90	100%	0	0	0	80-89,9	80%	0	10%	20%	70-79,9	60%	0	10%	20%	50-69,9	40%	0	10%	20%	<50	0	0	10%	20%
	Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 30gg	% raggiungimento obiettivo	ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021																																			
			1-25%	26-50%	>50%																																	
	>=90	100%	0	0	0																																	
	80-89,9	80%	0	10%	20%																																	
	70-79,9	60%	0	10%	20%																																	
	50-69,9	40%	0	10%	20%																																	
	<50	0	0	10%	20%																																	
Metodi di calcolo: (1) Indicatore: - (persone che effettuano l'approfondimento, nel 2022, entro 30gg dalla data del referto positivo / persone che eseguono l'approfondimento diagnostico nel 2022) * 100 (2) Incremento percentuale 2022 Vs 2021: - (Valore indicatore anno 2022 / Valore indicatore anno 2021*100) – 100 Fonte dei dati: Sipsoweb																																						
Soglie di valutazione	Da 0 a 100% a seconda del punteggio raggiunto																																					
Peso	3																																					

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.1	Emergenza PS/DEA
Descrizione indicatore	3.1.1	Approvazione del Piano Aziendale per il contrasto al sovraffollamento in PS/DEA (DCA U00543/2019 e nota prot. 482670 del 17.05.2022) per tutte le Aziende sede di PS/DEA
Modalità di calcolo dell'indicatore	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se verrà elaborato e trasmesso il Piano Aziendale per il contrasto al sovraffollamento in PS entro il 15 dicembre 2022. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 100%	
Peso	2	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.2	Attuazione Percorso chirurgico per setting assistenziale e complessità di cure
Descrizione indicatore	3.2.1	Approvazione del Piano Aziendale per l'attività chirurgica (PSAAC) per ASL e AO, AOU e IRCCS (Det. N. G11271/2020)
Modalità di calcolo dell'indicatore	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se verrà approvato e trasmesso il Piano Aziendale per la chirurgia entro il mese di novembre. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto	
Soglie di valutazione	L'obiettivo si considera raggiunto se il valore è pari al 100%	
Peso	2	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.3	Valutazione degli esiti
Descrizione indicatore	3.3.1	Approvazione di un provvedimento aziendale - entro il 31 dicembre 2022 - inerente alla definizione di azioni e obiettivi di miglioramento riguardo al percorso del paziente ultrasessantacinquenne con frattura del collo del femore e che contenga: -la relazione inerente un audit multidisciplinare sul percorso dei casi operati oltre le 48 ore -l'obiettivo fissato per il 2023 che in nessun caso può essere inferiore alle soglie previste dal DM70. L'audit dovrà coinvolgere il personale dedicato insieme alla Direzione Sanitaria. Dovrà essere verbalizzato l'esito dell'audit sui casi indice.
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore si riterrà raggiunto a seguito dell'emanazione del provvedimento e con l'invio alla Direzione regionale Salute – Area Rete Ospedaliera. Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.	
Soglie di valutazione	Trasmissione del provvedimento aziendale = 100%	
Peso	2	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.3	Valutazione degli esiti – riduzione parti cesarei
Descrizione indicatore	3.3.2	Approvazione di un provvedimento aziendale - entro il 31 dicembre 2022 - inerente la definizione di azioni e

		obiettivi di miglioramento e che contenga la relazione inerente un audit multidisciplinare sui casi di parto cesareo dell'anno 2021. L'audit dovrà coinvolgere il personale dedicato al percorso nascita insieme alla Direzione Sanitaria e dovrà effettuare una valutazione generale dei casi e lo studio approfondito di casi indice. I casi indice devono essere a basso rischio ostetrico (appartenenti alle prime 4 classi di Robson). Dovrà essere verbalizzato l'esito dell'audit sui casi indice.
Modalità di calcolo dell'indicatore		L'indicatore si riterrà raggiunto a seguito dell'emanazione del provvedimento e invio alla Direzione regionale Salute – Area Rete Ospedaliera Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.
Soglie di valutazione		Trasmissione del provvedimento aziendale = 100%
Peso	2	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.4	Governo clinico
Descrizione indicatore	3.4.1	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 e pubblicazione del documento (o presenza di un link che rimandi direttamente al documento) sulla home page della struttura.
Modalità di calcolo dell'indicatore		La succitata Determinazione stabilisce che entro il 28 febbraio di ogni anno le strutture del SSR adottino il PARS e lo trasmettano entro il 28 febbraio al CRRC. Il PARS prevede l'obbligo della pubblicazione del documento (o la presenza di un link che rimandi direttamente al documento) sulla home page della struttura.
Soglie di valutazione		75 % Adozione e trasmissione del PARS al CRRC entro i termini stabiliti. In caso di mancato adempimento decurtare 2,0 % dall'obiettivo generale; 25 % Pubblicazione PARS o presenza di un link che rimandi direttamente al documento) sulla home page della struttura. In caso di mancato adempimento si propone di decurtare lo 0,75 % dall'obiettivo generale;
Peso	2	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.5	Governo clinico
Descrizione indicatore	3.5.1	Trasmissione del Piano di azione locale per l'implementazione del "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani" come allegato del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS), adottato con Determinazione n. G00643 del 25/01/2022.
Modalità di calcolo dell'indicatore	Nell'ambito del capitolo "Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo", il PARS individua come obiettivo strategico regionale la "Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi", e come attività mandatoria la trasmissione del suddetto piano come allegato del PARS.	
Soglie di valutazione	100 % Trasmissione del piano di azione locale come allegato del PARS.	
Peso	2	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.6	Pianificazione di interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute nei percorsi di prevenzione e cura
Descrizione indicatore	3.6.1	Con Determinazione n. G05812 del 12/05/2022 è stato avviato un percorso volto a favorire una sensibilità diffusa sull'equità quale criterio con cui guidare la revisione di scelte organizzative delle attività assistenziali, sempre più capaci di assicurare risposte commisurate al bisogno delle singole persone. Lo sviluppo di tale percorso muove dall'adozione del <u>Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE)</u> , strumento di programmazione di interventi orientati all'equità sociale e di genere, a livello aziendale, in modo coordinato e sinergico con le azioni individuate in coerenza con altri strumenti di programmazione regionale come il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 (DGR n. 970 del 21/12/2021) e con gli interventi ricompresi nella Missione 6 del PNRR.

Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore consiste nell'elaborazione del Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE), sulla base del format allegato alla Determinazione n. G05812 del 12/05/2022. Le Direzioni Aziendali individuano le priorità di intervento a partire dall'analisi istruttoria, messa a disposizione anche attraverso il Dipartimento di Epidemiologia del SSR, e dal proprio assessment volto ad identificare, nelle diverse Macrostrutture Aziendali (Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, presidi ospedalieri, ecc.), gli snodi organizzativi in grado di incidere sui meccanismi di generazione di disuguaglianze nei percorsi di prevenzione e cura.
Soglie di valutazione	L'indicatore è raggiunto se entro il 31 dicembre 2022 è stato adottato il Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali
Peso	2

Obiettivo generale	4	Patrimonio edilizio e tecnologico e gestione della sicurezza informatica
Obiettivo specifico	4.1	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC
Descrizione indicatore	4.1.1	Attuazione del CIS di cui alla DGR 332/2022 per: M6C1 - 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona M6C1 - 1.2.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina - COT M6C1 - 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero” (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature) M6C2 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile PNC – Verso un ospedale sicuro e sostenibile M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Rafforzamento strutturale del SSN) – progetti in essere
Modalità di calcolo dell'indicatore		Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: per tutti gli interventi di cui al CIS (DGR 332/2022) saranno effettuate tutte le attività richieste in qualità di soggetto attuatore delegato (Es: REGIS, documentazione necessaria all'attuazione del CIS, avvio atti propedeutici alla contrattualizzazione con gli Operatori economici, qualora individuati) per il raggiungimento di milestone e target; per le COT: approvazioni dei progetti idonei per la procedura di gara per la realizzazione dell'intervento e assegnazione dei relativi codici CIG entro 31/12/2022; GRANDI APPARECCHIATURE e ANTISIMICA: sia per le procedure regionali che le procedure CONSIP/INVITALIA, fornire tutte le indicazioni

	necessarie alla predisposizione degli atti di gara; per gli interventi ex DL 34/2021 verrà garantita la tempistica degli interventi e la correttezza degli atti amministrativi/contabili relativi alla rendicontazione secondo il format fornito dall'Unità di Missione e/o dagli Enti sovraordinati <u>Per tutti gli interventi</u> - regolare contributo al monitoraggio mensile per l'attuazione dell'intervento; rispetto del principio del DNSH ai fini della riconoscibilità del finanziamento, secondo la percentuale green tag indicata negli allegati alla DGR 332/2022, e dei principi del PNRR Se uno degli indicatori non è attuato l'obiettivo non si intende raggiunto
Soglie di valutazione	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%
Peso	3

Obiettivo generale	4	Patrimonio edilizio e tecnologico e gestione della sicurezza informatica
Obiettivo specifico	4.2	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali
Descrizione indicatore	4.2.1	Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi)
Modalità di calcolo dell'indicatore		Per tutti gli interventi: regolare contributo al monitoraggio mensile per l'attuazione dell'intervento; rispetto del principio del DNSH ai fini della riconoscibilità del finanziamento, secondo la percentuale green tag indicata negli allegati alla DGR 332/2022, e dei principi del PNRR Il raggiungimento dell'obiettivo relativo agli interventi ex art 20 L 67/88 sarà riconosciute, ai sensi della L. n. 205/2017 art.1 comma 436, se: - sarà presentato all'Area competente il progetto degli interventi entro 30 mesi dalla data di sottoscrizione dell'accordo di Programma; - sarà comunicata l'avvenuta aggiudicazione entro 18 mesi dall'ammissione a finanziamento. Per gli altri fondi statali: - sia rispettata la tempistica prevista nelle specifiche convenzioni stipulate dalla Regione Lazio con gli enti finanziatori Se uno degli indicatori non è attuato l'obiettivo non si intende raggiunto
Soglie di valutazione		L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%
Peso		3

Obiettivo generale	4	Patrimonio edilizio e tecnologico e gestione della sicurezza informatica
Obiettivo specifico	4.2	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali
Descrizione indicatore	4.2.2	Invio documentazione
Modalità di calcolo dell'indicatore	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto, ai sensi della L. n. 205/2017 art.1 comma 436, se l'Azienda renderà disponibile un piano aziendale che preveda la mappatura dei rischi e gli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce informatiche.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo si intende raggiunto se il piano è stato adottato con Deliberazione Aziendale entro il 31/12/2022	
Peso	2	

Obiettivo generale	5	Farmaceutica
Obiettivo specifico	5.1	Flusso informativo contratti di dispositivi medici
Descrizione indicatore	5.1.1	Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati
Modalità di calcolo dell'indicatore	La percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi dell'anno oggetto di osservazione (Anno 2022 – Da Gennaio a Dicembre) sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi nell'anno oggetto di osservazione (2022) 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.	
Soglie di valutazione	Coperture $\geq 75\%$ = 100% Coperture $< 75\%$ = 0	
Peso	2	

Obiettivo generale	5	Farmaceutica
Obiettivo specifico	5.2	Flusso informativo consumi di dispositivi medici
Descrizione indicatore	5.2.1	Percentuale di copertura rispetto al Modello CE
Modalità di calcolo dell'indicatore	La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo oggetto di osservazione (Anno 2022 – Da Gennaio a Dicembre) copre l' 80% dei costi rilevati da Modello CE (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi)*. è esclusa dal calcolo dell'indicatore la spesa rilevata nel flusso ed afferente le	

	seguenti categorie CND: 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)" Tali categorie, seppure non incluse nel calcolo dell'indicatore, devono continuare ad essere regolarmente trasmesse nel flusso regionale.
Soglie di valutazione	Coperture $\geq 80\% = 100\%$ Coperture $< 80\% = 0$
Peso	2

Obiettivo generale	5	Farmaceutica
Obiettivo specifico	5.3	Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)
Descrizione indicatore	5.3.1	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi
Modalità di calcolo dell'indicatore	Le trasmissioni dei dati relativi al consumo dei medicinali in Distribuzione Diretta pura (Flusso F) ed Ospedalieri (Flusso R) è riferita a tutti i mesi del periodo oggetto di osservazione (Anno 2022 – Da Gennaio a Dicembre). La trasmissione del Flusso F viene effettuata entro il 10° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale. La trasmissione del Flusso R viene effettuata entro il 15° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale. Miglioramento della qualità e attendibilità dei dati mensilmente dichiarati (con particolare riferimento all'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).	
Soglie di valutazione	12 trasmissioni con qualità del dato = 100%	
Peso	1	

Obiettivo generale	5	Farmaceutica
Obiettivo specifico	5.4	Rispetto del tetto della farmaceutica convenzionata
Descrizione indicatore	5.4.1	Verifica del rispetto dei tetti programmati da parte di AIFA della spesa per la farmaceutica convenzionata
Modalità di calcolo dell'indicatore	Il calcolo verrà effettuato prendendo come base le DCR dell'anno di valutazione detratto del PAY back 1,83%	

Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto quando la spesa è uguale o inferiore al tetto fissato da AIFA
Peso	3

Obiettivo generale	6	Adempimenti amministrativi ed informativi
Obiettivo specifico	6.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente
Descrizione indicatore	6.1.1	Dati flusso SIAT
Modalità di calcolo dell'indicatore	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: il valore relativo alle prese in carico individuali per tutte le classi CIA è almeno pari al 3% della popolazione ultra sessantacinquenne [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 100%	
Peso	3	

Obiettivo generale	6	Adempimenti amministrativi ed informativi
Obiettivo specifico	6.2	Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale
Descrizione indicatore	6.2.1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)- Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)
Modalità di calcolo dell'indicatore	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2022 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,18 = 2 punti Livello III (CIA 3>0,50): >0,40 = 3 punti	
Soglie di valutazione	Il raggiungimento parziale dell'obiettivo sarà riconosciuto se l'ASL abbia ottenuto un punteggio minimo totale di almeno 3 punti. Il raggiungimento totale se raggiunge i 6 punti. A punteggi intermedi saranno riconosciuti raggiungimenti dell'obiettivo in proporzione.	
Peso	3	

Obiettivo generale	6	Adempimenti amministrativi ed informativi
Obiettivo specifico	6.3	Attivazione delle Centrali Operative Territoriali
Descrizione indicatore	6.3.1	Comunicazione formale attivazione COT
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'obiettivo è raggiunto se viene data evidenza della attivazione di almeno una COT nella Azienda entro il 31/12/2022	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 100%	
Peso	3	

Obiettivo generale	6	Adempimenti amministrativi ed informativi
Obiettivo specifico	6.4	Determinazione Budget e Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii
Descrizione indicatore	6.4.1	Provvedimento Assegnazione Budget/Sottoscrizione Contratto
Modalità di calcolo dell'indicatore	Riduzione dei tempi per l'emanazione del provvedimento di assegnazione del budget e sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.	
Soglie di valutazione	• 100%) - Adozione e trasmissione alla Regione Lazio Provvedimento budget: Per le prestazioni assistenziali per le quali la Regione fissa il livello massimo complessivo di finanziamento, l'Azienda Sanitaria provvede all'adozione ed alla trasmissione alla Regione Lazio della relativa delibera di budget entro 30 giorni successivi alla comunicazione del provvedimento regionale. - Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii : L'Azienda Sanitaria provvede alla sottoscrizione del contratto entro i 30 giorni successivi all'adozione della relativa deliberazione aziendale di assegnazione del budget. L'obiettivo si intende raggiunto al 100% anche se l'Azienda Sanitaria provvede alla sottoscrizione del 98% dei contratti previsti entro i 30 giorni successivi all'adozione della relativa deliberazione aziendale di assegnazione del budget, <u>solo qualora la mancata sottoscrizione sia causata da sospensione da parte del giudice o a causa di giudizio pendente.</u> • 50%) - Adozione e trasmissione alla Regione Lazio Provvedimento budget: Per le prestazioni assistenziali per le quali la Regione fissa il livello massimo complessivo	

	di finanziamento, l'Azienda Sanitaria provvede all'adozione ed alla trasmissione alla Regione Lazio della relativa delibera di budget entro 30 giorni successivi alla comunicazione del provvedimento regionale - Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii: L'Azienda Sanitaria procede alla sottoscrizione del contratto in ritardo, dopo i 30 giorni successivi all'adozione della deliberazione aziendale di assegnazione del budget. • 0%) - Nessun riconoscimento qualora l'Azienda Sanitaria registri ritardi superiori ai 30 giorni sia per l'adozione/trasmissione alla Regione Lazio del Provvedimento budget, che per la Sottoscrizione dell'Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.
Peso	3

Obiettivo generale	6	Adempimenti amministrativi ed informativi
Obiettivo specifico	6.5	Saldi produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture private accreditate
Descrizione indicatore	6.5.1	L'indicatore ha l'obiettivo di esprimere la capacità e la tempestività dell'Ente del SSR nel definire il saldo delle partite di debito/credito, da comunicarsi alle strutture private accreditate al fine di consentire a quest'ultime l'emissione delle relative fatture
Modalità di calcolo dell'indicatore		Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate entro: • 30 giorni dalla notifica degli atti amministrativi di definizione della remunerazione, in relazione alle case di cura private e ai laboratori analisi/centri specialistici; • 30 giorni dalla notifica degli atti amministrativi di definizione dei saldi, in relazione agli Ospedali classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari privati. con successiva trasmissione alla Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria entro le scadenze stabilite di cui sopra di un report in cui vengono riportati per ogni struttura privata accreditata (identificata con la P.IVA, Ragione Sociale, Codice NSIS/SIAS, Denominazione Presidio) il valore del saldo comunicato, la data di comunicazione, la relativa modalità di comunicazione (Nota, PEC, ecc.)
Soglie di valutazione		1. 80% qualora l'ente registri ritardi compresi 1 e 10 giorni rispetto alla scadenza; 2. 65% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 11 e 30 giorni rispetto alla scadenza; 3. 40% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 31 e 60 giorni rispetto alla scadenza; 4. nessun riconoscimento qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a 60 giorni rispetto alla scadenza.
Peso	3	

Indicatori Obiettivo per le Aziende Ospedaliere, Ospedaliere universitarie e IRCCS

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario
Obiettivo specifico	1.1	Budget
Descrizione indicatore	1.1.1	Concordamento anno 2022
Modalità di calcolo dell'indicatore	(Valore complessivo dei costi consuntivi intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti - Valore complessivo dei costi concordati 2022 intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti) / Valore complessivo dei costi concordati 2022 intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti $[(CE \text{ consuntivo } D+A5) - (BEP \text{ } D+A5)] / (BEP \text{ } D+A5)$	
Soglie di valutazione	RISULTATO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
	0%	100%
	1% e 5%	75%
	6% e 10%	50%
	11% e 15%	25%
	16%	0%
Peso	21	

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario
Obiettivo specifico	1.2	Tempi di pagamento
Descrizione indicatore	1.2.1	L'indicatore di ritardo annuale di pagamento ha l'obiettivo di esprimere la capacità dell'Ente del SSR di pagare le fatture scadute nell'anno di riferimento.
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è calcolato come <u>la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture</u>, 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.
Soglie di valutazione	100% qualora l’ente sanitario registri un indicatore con valore minore o uguale a zero e contestuale <u>azzeramento</u> dello stock di debito scaduto non bloccato al 31/12; 75% qualora l’ente sanitario registri un indicatore con valore compreso fra 1 e 5; 45% qualora l’ente sanitario registri un indicatore con valore compreso fra 6 e 10. nessun riconoscimento qualora l’ente sanitario registri un indicatore con valore maggiore di 10.
Peso	30

Obiettivo generale	2	Tempi di attesa
Obiettivo specifico	2.1	Piano operativo liste di attesa- adempimenti di cui all’articolo 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234: erogazione del 75% delle visite specialistiche previste dallo specifico progetto trasmesso
Descrizione indicatore	2.1.1	erogazione del 75% delle visite specialistiche previste dallo specifico progetto trasmesso
Modalità di calcolo dell’indicatore	n. visite specialistiche, primo accesso, delle prestazioni critiche erogate nell’anno 2022 / n. visite specialistiche, primo accesso, delle prestazioni critiche previste nel progetto relativo al piano operativo liste di attesa Fonte dei dati: SIASXL	
Soglie di valutazione	Erogazione 10-50%= raggiunto al 50% entro il 31.12.2022 Erogazione >50%= raggiunto al 100% entro il 31.12.2022	
Peso	5	

Obiettivo generale	2	Tempi di attesa
Obiettivo specifico	2.2	Piano operativo liste di attesa- adempimenti di cui all’articolo 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234: erogazione del 75% delle prestazioni di diagnostica strumentale previste dallo specifico progetto trasmesso
Descrizione indicatore	2.2.1	Incremento erogazione prestazioni diagnostica
Modalità di calcolo dell’indicatore	n. prestazioni diagnostica strumentale delle prestazioni critiche erogate nell’anno 2022 / n. prestazioni diagnostica strumentale previste nel progetto relativo al piano operativo liste di attesa. Fonte dei dati: SIASXL	
Soglie di valutazione	Erogazione 10-50%= raggiunto al 50% entro il 31.12.2022	

	Erogazione >50%= raggiunto al 100% entro il 31.12.2022
Peso	5

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.1	Emergenza PS/DEA
Descrizione indicatore	3.1.1	Approvazione del Piano Aziendale per il contrasto al sovraffollamento in PS/DEA (DCA U00543/2019 e nota prot. 482670 del 17.05.2022) per tutte le Aziende sede di PS/DEA
Modalità di calcolo dell'indicatore	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se verrà elaborato e trasmesso il Piano Aziendale per il contrasto al sovraffollamento in PS entro il 15 dicembre 2022. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 100%	
Peso	3	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.2	Attuazione Percorso chirurgico per setting assistenziale e complessità di cure
Descrizione indicatore	3.2.1	Approvazione del Piano Aziendale per l'attività chirurgica (PSAAC) per ASL e AO, AOU e IRCCS (Det. N. G11271/2020)
Modalità di calcolo dell'indicatore	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se verrà approvato e trasmesso il Piano Aziendale per la chirurgia entro il mese di novembre. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto	
Soglie di valutazione	L'obiettivo si considera raggiunto se il valore è pari al 100%	
Peso	3	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.3	Valutazione degli esiti
Descrizione indicatore	3.3.1	Approvazione di un provvedimento aziendale - entro il 31 dicembre 2022 - inerente alla definizione di azioni e obiettivi di miglioramento riguardo al percorso del paziente ultrasessantacinquenne con frattura del collo del femore e che contenga: -la relazione inerente un audit multidisciplinare sul percorso dei casi operati oltre le 48 ore -l'obiettivo fissato per il 2023 che in nessun caso può

		essere inferiore alle soglie previste dal DM70. L'audit dovrà coinvolgere il personale dedicato insieme alla Direzione Sanitaria. Dovrà essere verbalizzato l'esito dell'audit sui casi indice.
Modalità di calcolo dell'indicatore		L'indicatore si riterrà raggiunto a seguito dell'emanazione del provvedimento e con l'invio alla Direzione regionale Salute – Area Rete Ospedaliera. Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.
Soglie di valutazione		Trasmissione del provvedimento aziendale = 100%
Peso	3	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.3	Valutazione degli esiti – riduzione parti cesarei
Descrizione indicatore	3.3.2	Approvazione di un provvedimento aziendale - entro il 31 dicembre 2022 - inerente la definizione di azioni e obiettivi di miglioramento e che contenga la relazione inerente un audit multidisciplinare sui casi di parto cesareo dell'anno 2021. L'audit dovrà coinvolgere il personale dedicato al percorso nascita insieme alla Direzione Sanitaria e dovrà effettuare una valutazione generale dei casi e lo studio approfondito di casi indice. I casi indice devono essere a basso rischio ostetrico (appartenenti alle prime 4 classi di Robson). Dovrà essere verbalizzato l'esito dell'audit sui casi indice.
Modalità di calcolo dell'indicatore		L'indicatore si riterrà raggiunto a seguito dell'emanazione del provvedimento e invio alla Direzione regionale Salute – Area Rete Ospedaliera Per le aziende con più stabilimenti/presidi, l'indicatore è calcolato per ciascuno di essi e l'obiettivo si intende raggiunto se tutti lo conseguono.
Soglie di valutazione		Trasmissione del provvedimento aziendale = 100%
Peso	3	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.4	Governo clinico
Descrizione indicatore	3.4.1	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 e pubblicazione del documento (o presenza di un link che rimandi direttamente al documento) sulla home page della struttura.

Modalità di calcolo dell'indicatore	La succitata Determinazione stabilisce che entro il 28 febbraio di ogni anno le strutture del SSR adottino il PARS e lo trasmettano entro il 28 febbraio al CRRC. Il PARS prevede l'obbligo della pubblicazione del documento (o la presenza di un link che rimandi direttamente al documento) sulla home page della struttura.	
Soglie di valutazione	75 % Adozione e trasmissione del PARS al CRRC entro i termini stabiliti. In caso di mancato adempimento decurtare 2,0 % dall'obiettivo generale; 25 % Pubblicazione PARS o presenza di un link che rimandi direttamente al documento) sulla home page della struttura. In caso di mancato adempimento si propone di decurtare lo 0,75 % dall'obiettivo generale;	
Peso	3	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.5	Governo clinico
Descrizione indicatore	3.5.1	Trasmissione del Piano di azione locale per l'implementazione del "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani" come allegato del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS), adottato con Determinazione n. G00643 del 25/01/2022.
Modalità di calcolo dell'indicatore	Nell'ambito del capitolo "Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo", il PARS individua come obiettivo strategico regionale la "Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi", e come attività mandatoria la trasmissione del suddetto piano come allegato del PARS.	
Soglie di valutazione	100 % Trasmissione del piano di azione locale come allegato del PARS.	
Peso	3	

Obiettivo generale	3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza
Obiettivo specifico	3.6	Pianificazione di interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute nei percorsi di prevenzione e cura
Descrizione indicatore	3.6.1	Con Determinazione n. G05812 del 12/05/2022 è stato avviato un percorso volto a favorire una sensibilità diffusa sull'equità quale criterio con cui guidare la revisione di scelte organizzative delle attività assistenziali, sempre più capaci di assicurare risposte commisurate al bisogno delle singole

		persone. Lo sviluppo di tale percorso muove dall'adozione del <u>Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE)</u> , strumento di programmazione di interventi orientati all'equità sociale e di genere, a livello aziendale, in modo coordinato e sinergico con le azioni individuate in coerenza con altri strumenti di programmazione regionale come il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 (DGR n. 970 del 21/12/2021) e con gli interventi ricompresi nella Missione 6 del PNRR.
Modalità di calcolo dell'indicatore		L'indicatore consiste <u>nell'elaborazione del Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE)</u> , sulla base del <u>format allegato alla Determinazione n. G05812 del 12/05/2022</u> . Le Direzioni Aziendali individuano le priorità di intervento a partire dall'analisi istruttoria, messa a disposizione anche attraverso il Dipartimento di Epidemiologia del SSR, e dal proprio <i>assessment</i> volto ad identificare, nelle diverse Macrostrutture Aziendali (Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, presidi ospedalieri, ecc.), gli snodi organizzativi in grado di incidere sui meccanismi di generazione di disuguaglianze nei percorsi di prevenzione e cura.
Soglie di valutazione		L'indicatore è raggiunto se entro il 31 dicembre 2022 è stato adottato il Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali
Peso	3	

Obiettivo generale	4	Patrimonio edilizio e tecnologico e gestione della sicurezza informatica
Obiettivo specifico	4.1	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC
Descrizione indicatore	4.1.1	Attuazione del CIS di cui alla DGR 332/2022 per: M6C1 - 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona M6C1 - 1.2.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina - COT M6C1 - 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità” M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero” (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature) M6C2 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile PNC – Verso un ospedale sicuro e sostenibile M6C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Rafforzamento strutturale del SSN) – progetti in essere

Modalità di calcolo dell'indicatore	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: 1. per tutti gli interventi di cui al CIS (DGR 332/2022) saranno effettuate tutte le attività richieste in qualità di soggetto attuatore delegato (Es: REGIS, documentazione necessaria all'attuazione del CIS, avvio atti propedeutici alla contrattualizzazione con gli Operatori economici, qualora individuati) per il raggiungimento di <i>milestone</i> e target; 2. per le COT: approvazioni dei progetti idonei per la procedura di gara per la realizzazione dell'intervento e assegnazione dei relativi codici CIG entro 31/12/2022; 3. GRANDI APPARECCHIATURE e ANTISIMICA: sia per le procedure regionali che le procedure CONSIP/INVITALIA, fornire tutte le indicazioni necessarie alla predisposizione degli atti di gara; 4. per gli interventi ex DL 34/2021 verrà garantita la tempistica degli interventi e la correttezza degli atti amministrativi/contabili relativi alla rendicontazione secondo il format fornito dall'Unità di Missione e/o dagli Enti sovraordinati 5. <u>Per tutti gli interventi</u> - regolare contributo al monitoraggio mensile per l'attuazione dell'intervento; rispetto del principio del DNSH ai fini della riconoscibilità del finanziamento, secondo la percentuale green tag indicata negli allegati alla DGR 332/2022, e dei principi del PNRR Se uno degli indicatori non è attuato l'obiettivo non si intende raggiunto
Soglie di valutazione	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%
Peso	3

Obiettivo generale	4	Patrimonio edilizio e tecnologico e gestione della sicurezza informatica
Obiettivo specifico	4.2	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali
Descrizione indicatore	4.2.1	Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi)
Modalità di calcolo dell'indicatore	Per tutti gli interventi: 1. regolare contributo al monitoraggio mensile per l'attuazione dell'intervento; 2. rispetto del principio del DNSH ai fini della riconoscibilità del finanziamento, secondo la percentuale green tag indicata negli allegati alla DGR 332/2022, e dei principi del PNRR Il raggiungimento dell'obiettivo relativo agli interventi ex art 20 L 67/88 sarà riconosciuto, ai sensi della L. n. 205/2017 art.1 comma 436, se: - sarà presentato all'Area competente il progetto degli interventi entro 30 mesi dalla data di sottoscrizione	

	dell'accordo di Programma; - sarà comunicata l'avvenuta aggiudicazione entro 18 mesi dall'ammissione a finanziamento. Per gli altri fondi statali: - sia rispettata la tempistica prevista nelle specifiche convenzioni stipulate dalla Regione Lazio con gli enti finanziatori Se uno degli indicatori non è attuato l'obiettivo non si intende raggiunto
Soglie di valutazione	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%
Peso	3

Obiettivo generale	4	Patrimonio edilizio e tecnologico e gestione della sicurezza informatica
Obiettivo specifico	4.2	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali
Descrizione indicatore	4.2.2	Invio documentazione
Modalità di calcolo dell'indicatore	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto, ai sensi della L. n. 205/2017 art.1 comma 436, se l'Azienda renderà disponibile un piano aziendale che preveda la mappatura dei rischi e gli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce informatiche.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo si intende raggiunto se il piano è stato adottato con deliberazione aziendale entro il 31/12/2022	
Peso	3	

Obiettivo generale	5	Farmaceutica
Obiettivo specifico	5.1	Flusso informativo contratti di dispositivi medici
Descrizione indicatore	5.1.1	Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati
Modalità di calcolo dell'indicatore	La percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi dell'anno oggetto di osservazione (anno 2022 – da Gennaio a Dicembre) sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi nell'anno oggetto di osservazione (2022) deve avere 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.	
Soglie di valutazione	Coperture $\geq 75\%$ = 100% Coperture $< 75\%$ = 0	
Peso	3	

Obiettivo generale	5	Farmaceutica
Obiettivo specifico	5.2	Flusso informativo consumi di dispositivi medici
Descrizione indicatore	5.2.1	Percentuale di copertura rispetto al Modello CE
Modalità di calcolo dell'indicatore	La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo oggetto di osservazione (anno 2022 – da Gennaio a Dicembre) copre l'80% dei costi rilevati da Modello CE (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi)*. * è esclusa dal calcolo dell'indicatore la spesa rilevata nel flusso ed afferente le seguenti categorie CND: - 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)" Tali categorie, seppure non incluse nel calcolo dell'indicatore, devono continuare ad essere regolarmente trasmesse nel flusso regionale.	
Soglie di valutazione	Coperture $\geq 80\%$ = 100% Coperture $< 80\%$ = 0	
Peso	3	

Obiettivo generale	5	Farmaceutica
Obiettivo specifico	5.3	Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)
Descrizione indicatore	5.3.1	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi
Modalità di calcolo dell'indicatore	Le trasmissioni dei dati relativi al consumo dei medicinali in Distribuzione Diretta pura (Flusso F) ed Ospedalieri (Flusso R) è riferita a tutti i mesi del periodo oggetto di osservazione (anno 2022 – da Gennaio a Dicembre). La trasmissione del Flusso F viene effettuata entro il 10° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale. La trasmissione del Flusso R viene effettuata entro il 15° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale. Miglioramento della qualità e attendibilità dei dati mensilmente dichiarati (con particolare riferimento all'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).	
Soglie di valutazione	12 trasmissioni con qualità del dato = 100%	
Peso	3	

Indicatori Obiettivo per ARES 118

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario												
Obiettivo specifico	1.1	Budget												
Descrizione indicatore	1.1.1	Concordamento anno 2022												
Modalità di calcolo dell'indicatore	(Valore complessivo dei costi consuntivi intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti – Valore complessivo dei costi concordati 2022 intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti) / Valore complessivo dei costi concordati 2022 intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti [(CE consuntivo D+A5) – (BEP D+A5)]/(BEP D+A5)													
Soglie di valutazione	<table><tr><th>RISULTATO</th><th>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO</th></tr><tr><td>0%</td><td>100%</td></tr><tr><td>1% e 5%</td><td>75%</td></tr><tr><td>6% e 10%</td><td>50%</td></tr><tr><td>11% e 15%</td><td>25%</td></tr><tr><td>16%</td><td>0%</td></tr></table>		RISULTATO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO	0%	100%	1% e 5%	75%	6% e 10%	50%	11% e 15%	25%	16%	0%
	RISULTATO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO												
	0%	100%												
	1% e 5%	75%												
	6% e 10%	50%												
	11% e 15%	25%												
	16%	0%												
Peso	20													

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario
Obiettivo specifico	1.2	Tempi di pagamento
Descrizione indicatore	1.2.1	L'indicatore di ritardo annuale di pagamento ha l'obiettivo di esprimere la capacità dell'Ente del SSR di pagare le fatture scadute nell'anno di riferimento.
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è calcolato come <u>la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture</u>, 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.
Soglie di valutazione	1) 100% qualora l’ente sanitario registri un indicatore con valore minore o uguale a zero e contestuale <u>azzeramento</u> dello stock di debito scaduto non bloccato al 31/12; 2) 75% qualora l’ente sanitario registri un indicatore con valore compreso fra 1 e 5; 3) 45% qualora l’ente sanitario registri un indicatore con valore compreso fra 6 e 10. 4) nessun riconoscimento qualora l’ente sanitario registri un indicatore con valore maggiore di 10.
Peso	30

Obiettivo generale	2	Tempi di intervento
Obiettivo specifico	2.1	Contenimento tempi di risposta alla chiamata da parte della CUR 112 finalizzata al passaggio dell'utente in fonia
Descrizione indicatore	2.1.1	Tempo medio delle chiamate proveniente dalla CUR NUE 112 finalizzata al passaggio dell'utente in fonia alle quali si è data risposta inferiore a 40 secondi
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore viene calcolato sulla base del tempo medio delle attivazioni del PSAP2 118 da parte della CUR NUE 112	
Soglie di valutazione	> 90% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% > 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto	
peso	12	

Obiettivo generale	3	Patrimonio edilizio e tecnologico
Obiettivo specifico	3.1	Stato di attuazione del processo edilizio e del processo tecnologico relativo al finanziamento della seconda annualità del progetto di re-internalizzazione del servizio di soccorso di emergenza urgenza in area extra-ospedaliera
Descrizione indicatore	3.1.1	Atti di gara seconda annualità del progetto di reinternalizzazione
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore viene calcolato sulla pubblicazione degli atti di gara relativi alla seconda annualità del progetto di re-internalizzazione del servizio di soccorso di emergenza urgenza in area extra-ospedaliera	

Soglie di valutazione	> 90% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% > 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto
Peso	10

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza
Obiettivo specifico	4.1	Rete Ictus
Descrizione indicatore	4.1.1	Trasporto primario in ospedale con PSE/UTN1/UTN2 di pazienti con codice giallo neurovascolare, confermato al target
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore viene calcolato sul numero totale di pazienti soccorsi con codice giallo neurovascolare, confermato al target e centralizzati presso un nodo della rete in grado di effettuare la trombolisi	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a: • > 60% obiettivo raggiunto al 100% • < 60% obiettivo non raggiunto	
Peso	5	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza
Obiettivo specifico	4.2	Centralizzazione paziente con trauma maggiore
Descrizione indicatore	4.2.1	Trasporto primario in CTS/CTZ/PST dei pazienti con trauma grave in codice rosso confermato al target
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore viene calcolato sul totale del numero di pazienti soccorsi con trauma grave in codice rosso, confermato al target, centralizzati in via primaria presso i nodi della rete	
Soglie di valutazione	> 95% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% > 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto	
Peso	5	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza
Obiettivo specifico	4.3	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso
Descrizione indicatore	4.3.1	Tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono dall'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata pari o inferiore al valore del 2021 (22' 11")
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è espresso in minuti ed è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono dall'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata. Ai fini del calcolo dell'indicatore, bisogna considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti e applicare i seguenti criteri: - considerare i codici di criticità presunta Rosso; - selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto; - considerare solo le missioni non annullate (esito missione $\neq$ 1); - si escludono dal calcolo le missioni per le quali il tempo tra la chiamata e l'arrivo del mezzo di soccorso risulta inferiore a 1 minuti o superiore a 180 minuti.	
Soglie di valutazione	> 95% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% > 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto	
Peso	5	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza
Obiettivo specifico	4.4	Interventi per patologie First Hour Quintet FHQ effettuati con mezzi di soccorso avanzato
Descrizione indicatore	4.4.1	Numero di interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ)
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore verrà calcolato considerando come Numeratore la somma degli interventi effettuati con mezzo di soccorso avanzato (ALS) per patologie FHQ; come Denominatore la somma degli interventi effettuati per le patologie FHQ; come Fattore di scala (x 100). Ai fini del calcolo dell'indicatore, bisogna considerare i codici EMUR di "patologia riscontrata" al momento dell'intervento: - per l'arresto cardio-circolatorio sono stati selezionati i	

	codici di "patologia riscontrata": C0205, C0208 esclusa la classe C01; - per la sindrome coronarica acuta sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": C0203, C0206; - per l'insufficienza respiratoria acuta sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": C0301, C0303, C0305; - per lo Stroke (ictus) sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": C0404; - per il trauma maggiore critico sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": da C0101 a C0116. E' stata selezionata la "valutazione sanitaria" I3 e I4.
Soglie di valutazione	> 90% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% > 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto
Peso	5

Obiettivo generale	5	Adempimenti amministrativi ed informativi
Obiettivo specifico	5.1	Raggiungimento delle adempienze relative alla trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri - Flusso EMUR, Flusso Consumi Dispositivi Medici e Flusso Consumi File R
Descrizione indicatore	5.1.1	<i>Adempienze Trasmissione Flussi Informativi</i> <i>Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi</i>
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore viene calcolato sulle adempienze relative alla trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri	
Soglie di valutazione	> 90% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% > 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto	
Peso	8	