

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 22 maggio 2023, n. 197

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 2023

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 2023.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente;

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;
- 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 quale 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”;
- VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 159 del 5/5/2023 con la quale è stato conferito l’incarico ad interim di Direttore della Direzione regionale “Salute e Integrazione sociosanitaria” al dott. Paolo Iannini, Direttore della Direzione Regionale Programmazione Economica;
- 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 dott.ssa 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 2023, 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;

TENUTO CONTO che gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, per l’anno 2023, sono integralmente riportati nei documenti allegati al presente atto, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale, rispettivamente Allegato A “Regolamento in materia di criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai direttori generali delle Aziende e degli enti del SSR; valutazione della performance” ed Allegato B “Obiettivi dei direttori generali per l’anno 2023” 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”*;

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 *“Regolamento in materia di criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai direttori generali delle Aziende e degli enti del SSR; valutazione della performance”* (Allegato A) e *“Obiettivi dei direttori generali per l'anno 2023”* (Allegato B) nei quali sono definiti gli obiettivi di salute e funzionamento di ordine sanitario per l'anno 2023, generali e specifici, 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 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 2023"*.

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

1. Gli obiettivi assegnati sono stati declinati in coerenza con gli atti di programmazione nazionali e regionali e con le linee descritte nei Programmi operativi nel tempo vigenti.

2. L'insieme degli obiettivi assegnati costituisce l'oggetto della valutazione dei Direttori Generali/Commissari Straordinari, secondo quanto previsto nel presente Regolamento.

3. 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.

4. 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.

5. Ogni obiettivo viene definito con il peso, l'indicatore, i valori target e le modalità di rilevazione. Il raggiungimento dell'obiettivo, in funzione delle caratteristiche dello stesso, potrà essere parziale, influenzando, in tale maniera, sulla valutazione complessiva.

6. 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 $10 / 5 * 4 = 8$.

7. 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 riparametrizzazione dei pesi attribuiti agli altri obiettivi. In caso di mancata rimodulazione nei termini di cui sopra, sarà cura della citata Direzione riparametrizzare i pesi dei rimanenti obiettivi, nell'ambito della complessiva valutazione dei diversi singoli casi.

8. 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?”.*

9. 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 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 sociosanitaria, 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 di cui all'allegato B al provvedimento 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 2023.”* 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

1. 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.

Orientieri DG 2023	Description indicator	Modality di calcolo	soglie di valutazione	ASL	AO/AOU/IRCCS	ARES																							
Emergenza PS/DEA	Tempo medio di attesa in PS (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza)	Tempi che interessano tra il Triage medico, cioè il momento in cui il Medico prende in carico il paziente per raccogliere l'anamnesi ed avviare l'iter diagnostico terapeutico, e la dimissione in caso di esito "ricovero in reparto di degenza", rapportato al numero degli accessi in PS che hanno esito "ricovero".	Obiettivo nazionale: $\geq 480' = 100\%$ $\geq 540' = 80\%$ $\geq 600' = 60\%$ $\geq 720' = 40\%$ $\geq 24h = 0$	15	16																								
Piano nazionale delle liste di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A allegato (I)	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A.	Per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" di cui all'allegato (I) entro 30 giorni si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quante di riferimento sia superiore al 90%. (I)	14	15																								
Tempi di pagamento	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.	L'indicatore è calcolato come la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'impegno delle fatture , considerando sia le fatture scadute nell'anno sia le fatture non scadute e pagate nell'anno. Tali indicatori tiene conto dei pagamenti dei debiti di tipo commerciale esclusando da tale calcolo i periodi di insolgiabilità delle somme per "contenzioso", "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.	1) 100% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore minore o uguale a zero e contestuale <u>aumento</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; nessun riconoscimento qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore maggiore di 10.	30	30																								
Concordamento anno 2023	Rispetto del concordamento 2023	(Valore complessivo dei costi consuntivi interi quali costi operativi + la rettifiche contributi c/esercizio per investimenti) / Valore complessivo dei costi concordati 2023 interi quali costi operativi + la rettifiche contributi c/esercizio per investimenti) / Valore complessivo dei costi concordati 2023 interi quali costi operativi + la rettifiche contributi c/esercizio per investimenti [(C/I consuntivo D+A3) - (BEP D+A5)]/(BEP D+A5)	<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%	4	8												
RISULTATO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO																												
0%	100%																												
1% e 5%	75%																												
6% e 10%	50%																												
11% e 15%	25%																												
16%	0%																												
Gestione della Piattaforma per il monitoraggio dei crediti commerciali	L'indicatore di gestione della PCC ha l'obiettivo di verificare la correttezza e tempestività alimentazione della piattaforma PCC da parte delle Aziende Sanitarie.	L'indicatore "Q" verifica l'allineamento contabile ed è calcolato come la media delle rilevazioni trimestrali del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC /stock di debito risultante dal bilancio di verifica trimestrale. (=PCC/STOCK)	Per i ≤ 1 la valutazione è pari a "Q" percentuale. Per i > 1 la valutazione è uguale al valore percentuale della seguente formula: "Q%"= ((1+(i-1))/100)	2	3																								
Attualizzazione del debito/credito scaduto	L'indicatore misura il livello di stratificazione del debito/credito fornendo un punteggio inferiore ore sussistono debiti e crediti ultra-quinquennali	L'indicatore "Q" è dato da: valore 1 – il rapporto tra il valore dei debiti/crediti (dc) con anzianità di formazione maggiore di 5 anni e il valore complessivo dei debiti/crediti (DCT). $Q^* = 1 - dc/DCT$.	La valutazione è sempre uguale alla percentuale di "Q"	2	3																								
Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione del Pap screening mammografico	Tempo di attesa tra la data esecuzione della mammografia di screening e la data di esecuzione dell'appuntamento diagnostico. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'affievolimento percentuale del dato 2023 rispetto all'anno 2022	<table><tr><th>Indicatore (d)</th><th>% raggiungimento obiettivo</th><th colspan="2">obiettivi teorici (t) 2022 Vs 2023</th></tr><tr><th>Popolazione target</th><th>Obiettivo</th><th>2022</th><th>2023</th></tr><tr><td>Pop. < 45 anni</td><td>≥ 90%</td><td>90%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Pop. 45-54 anni</td><td>≥ 90%</td><td>90%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Pop. ≥ 55 anni</td><td>≥ 90%</td><td>90%</td><td>90%</td></tr><tr><td>Pop. totale</td><td>≥ 90%</td><td>90%</td><td>90%</td></tr></table> Metodo di calcolo: (1) Indicatore: - [percentuale che effettua l'apprendimento, nel 2023, entro 28gg dalla data di esecuzione della (2) mammografia di screening] / [percentuale che esegue l'apprendimento diagnostico nel 2023] * 100 (2) Quotiente teorico 2023 Vs 2022 = [(Valori indicatore anno 2021 / Valori indicatore anno 2022)*100] - 100 Fonte dei dati: Sprescore	Indicatore (d)	% raggiungimento obiettivo	obiettivi teorici (t) 2022 Vs 2023		Popolazione target	Obiettivo	2022	2023	Pop. < 45 anni	≥ 90%	90%	90%	Pop. 45-54 anni	≥ 90%	90%	90%	Pop. ≥ 55 anni	≥ 90%	90%	90%	Pop. totale	≥ 90%	90%	90%	2	2	
Indicatore (d)	% raggiungimento obiettivo	obiettivi teorici (t) 2022 Vs 2023																											
Popolazione target	Obiettivo	2022	2023																										
Pop. < 45 anni	≥ 90%	90%	90%																										
Pop. 45-54 anni	≥ 90%	90%	90%																										
Pop. ≥ 55 anni	≥ 90%	90%	90%																										
Pop. totale	≥ 90%	90%	90%																										

Obiettivi dei direttori generali per l'anno 2023

AE.5

Miglioramento del tempo di attesa per l'esecuzione della prima colonscopia di approfondimento diagnostico "screening colon retto"	Tempo di attesa tra la data di refertazione "test sangue occulto fecale" e la data di esecuzione della prima colonscopia. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'incremento percentuale del dato 2023 rispetto all'anno 2022	<table><tr><th>Indicatore (b)</th><th>Target</th><th>Valore</th><th>Valore</th><th>Valore</th></tr><tr><td>Tempo di attesa (in giorni) per la prima colonscopia di approfondimento diagnostico "screening colon retto"</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td></tr><tr><td>2022</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td></tr><tr><td>2023</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td></tr><tr><td>2024</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td></tr><tr><td>2025</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td></tr></table> Metodi di calcolo: (a) Indicatori: Incremento da ultimo anno: l'incremento, nel 2023, entro "Tag" dalla data del referto positivo / persone che esecutano l'approfondimento diagnostico nel 2022 * 100 (b) Incremento percentuale 2023 vs 2022 = (Valore indicatore anno 2023 / Valore indicatore anno 2022 (100) - 100 Fonte dati dati: Separati	Indicatore (b)	Target	Valore	Valore	Valore	Tempo di attesa (in giorni) per la prima colonscopia di approfondimento diagnostico "screening colon retto"	120	120	120	120	2022	120	120	120	120	2023	120	120	120	120	2024	120	120	120	120	2025	120	120	120	120	Da 0 a 100% a seconda del punteggio raggiunto	2	2
Indicatore (b)	Target	Valore	Valore	Valore																															
Tempo di attesa (in giorni) per la prima colonscopia di approfondimento diagnostico "screening colon retto"	120	120	120	120																															
2022	120	120	120	120																															
2023	120	120	120	120																															
2024	120	120	120	120																															
2025	120	120	120	120																															
Screening HCV	Offerta del test di screening HCV	n. persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte all'anagrafe unitaria della Regione Lazio (ASUR) (inclusi STP) contattate per l'offerta del test di screening con referto testing / totale persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte nel 2023 all'anagrafe unitaria della Regione Lazio (ASUR) (inclusi STP) 100	<table><tr><th colspan="2">L'indicatore sarà valutato secondo la seguente griglia di punteggi</th></tr><tr><th>Valore indicatore</th><th>Raggiungimento obiettivo</th></tr><tr><td><50%</td><td>0</td></tr><tr><td>≥50% < 75%</td><td>50%</td></tr><tr><td>≥75%</td><td>100%</td></tr></table>	L'indicatore sarà valutato secondo la seguente griglia di punteggi		Valore indicatore	Raggiungimento obiettivo	<50%	0	≥50% < 75%	50%	≥75%	100%	2	2																				
L'indicatore sarà valutato secondo la seguente griglia di punteggi																																			
Valore indicatore	Raggiungimento obiettivo																																		
<50%	0																																		
≥50% < 75%	50%																																		
≥75%	100%																																		
Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC - M6 C2 1.3.1	Attuazione del CIS di cui alla DGR 332/2022 M6 C2 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSI) (b) "Adozione e utilizzo FSI da parte delle Regioni"	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: A) per tutti gli interventi di cui al CIS (DGR 332/2022) saranno effettuate tutte le attività richieste in qualità di soggetto attuatore delegato (i.e. REGIS, documentazione necessaria all'attuazione del CIS, avvio atti preordinati alla contrattualizzazione con gli Operatori economici, qualora individuati) per il raggiungimento di milestone e target; B) entro il 30 giugno 2023, così come previsto dal DM di riferimento, conferimento all'infrastruttura FSI regionale dei dati e documenti fidejurti parti del "nucleo minimo" prodotti dai sistemi aziendali secondo le specifiche tecniche vigenti (FSI 2.0): - referto medicina di laboratorio; - lettere di dimissione; - referti di radiologia; - referto di specialistica ambulatoriale; C) 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. Se uno degli indicatori non è attuato l'obiettivo non si intende raggiunto	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%	3	3																														
Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L.67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità a progetti esecutivi)	Il raggiungimento dell'obiettivo relativo agli interventi ex art 20 L. 67/88 sarà riconosciuto se, 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 sarà 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	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%	3	3																														
Flusso informativo contratti di dispositivi medici	Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati	La percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi dell'anno oggetto di osservazione (Anno 2021 - Da Gennaio a Dicembre) sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi nell'anno oggetto di osservazione (2023) ha una copertura maggiore o uguale al 75%. Nel calcolo sono inclusi tutti i dispositivi dotati di codice di repertorio e tipo di dispositivo (tipo DM-1, tipo DM-2), ad eccezione dei dispositivi di cui codice repertorio è appartenente alle categorie CND Q ed L.	Coperture ≥ 75% = 100% Coperture < 75% = 0	2	2																														
Flusso informativo consumi di dispositivi medici	Percentuale di copertura rispetto al Modello CE	La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo oggetto di osservazione (Anno 2021 - Da Gennaio a Dicembre) copre l' 80% dei costi indicati da Modello CE (voti B.I.A.3.1 Dispositivi medici e B.I.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi). I codici del calcolo dell'indicatore le spese rilevate nel flusso ed allineate le seguenti categorie CND: Z "Apparecchiature, sistemi e relativi componenti accessori e materiali", ad eccezione delle 02200113 "Sistemi per il monitoraggio delle funzioni" delle 02200120 "Intensificatori portatili per microscopia" e delle 0221 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica". W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D.Lgs. 332/2009)" Tali categorie, seppure non incluse nel calcolo dell'indicatore, devono continuare ad essere regolarmente trasmesse nel flusso regionale.	Coperture ≥ 80% = 100% Coperture < 80% = 0	2	2																														

Obiettivi dei direttori generali per l'anno 2023

AE.8

Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi	La trasmissione dei dati relativi al consumo dei medicinali in Distribuzione Diretta (punti Flusso F) ed Ospedieri (Flusso R) è riferita a tutti i mesi del periodo oggetto di osservazione (Anno 2023 - 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 inviate nel sistema regionale (per scartaggio invii errati) e l'importo delle rettifiche transmesse (in merito alla qualità dei dati dichiarati).	12 trasmissioni con qualità del dato = 100%	2	2
Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Dati flusso SIAT	Il valore relativo alle prese in carico individuali per tutte le classi CIA è almeno pari al 6,92% della popolazione ultra sessantacinquenne (PIC Valde Population > 65 anni) (Population > 65 anni)	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore > 6,92% della popolazione ultra sessantacinquenne	2	
Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	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 (Indicatori DIZZ dal NSC)	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2023 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): ≥ 4,00 = 1 punto Livello II (CIA 2): ≥ 2,50 = 2 punti Livello III (CIA 3): ≥ 2,00 = 3 punti	Punti 2.3 = 40% Punti 2.4 = 60% Punti 2.5 = 80% Punti 6 = 100%	2	
Ricetta dematerializzata	Aumentare la percentuale di ricette dematerializzata alla soglia del 90%	analisi delle informazioni inserite nel sistema TS	L'obiettivo si intende raggiunto al superamento della soglia del 90% di ricette dematerializzate	3	3
Reti Ictus	Trasporto primario in ospedale con PSE/UTN1/UTN2 di pazienti con codice giallo neurovascolare, confermato al target	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 trombectomia	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore dell'indicatore è maggiore del 60%		4
Centralizzazione paziente con trauma maggiore	Trasporto primario in CTS/CTZ/PST dei pazienti con trauma grave in codice rosso confermato al target	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 delle reti	> 95% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto		4
Applicazione Protocollo TELEMED	Trasporto diretto in emodinamica dei pazienti con ECG positivo per STEMI, effettuato dal mezzo ARIS 118 al target	L'indicatore viene calcolato sulla base del numero totale di pazienti gestiti con sistema TELEMED che hanno presentato un ECG, effettuato dal Centro di Riferimento Regionale, positivo per STEMI e centralizzati presso una struttura ospedaliera con emodinamica	> 95% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto		4
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	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	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 entità presunta Basso; - selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto; - considerare solo le missioni non annullate (esito missione F 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 minuto o superiore a 180 minuti.	> 95% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto		4
Interventi per patologie First Hour Quintet FHQ effettuati con mezzi di soccorso avanzato	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)	L'indicatore verrà calcolato considerando come Numeratore la somma degli interventi effettuati con mezzo di soccorso avanzato (AS) 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 ricostituita" al momento dell'intervento: - per l'arresto cardio-circulatorio sono stati selezionati i codici di "patologia ricostituita": C0205, C0208 esclusa la classe C01; - per la sindrome coronarica acuta sono stati selezionati i codici di "patologia ricostituita": C0205, C0206; - per l'insufficienza respiratoria acuta sono stati selezionati i codici di "patologia ricostituita": C0301, C0305, C0306; - per lo Stroke (ictus) sono stati selezionati i codici di "patologia ricostituita": C0404; - per il trauma maggiore: critico sono stati selezionati i codici di "patologia ricostituita": da C0101 a C0116. I° stata selezionata la "valutazione somatica" 13 e 14.	> 95% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto		4
Attivazione delle Centrali Operative Territoriali	Attivazione delle COT	Attivazione entro il 31/12/2023 di almeno il 60% delle COT previste in Azienda	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 60% delle COT previste in azienda	2	

Obiettivi dei direttori generali per l'anno 2023

AE.5

Determinazione Budget e Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.	Provvedimento Assegnazione Budget/Sottoscrizione Contratto	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.	•100% - Adozione e trasmissione alla Regione Lazio Provvedimento budget: Per le prestazioni assicurate per le quali la Regione Lazio è l'unico massimo compilatore di finanziamento, l'Assemblea 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'Assemblea 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'Assemblea Sanitaria provvede alla sottoscrizione del 90% dei contratti previsti entro i 30 giorni successivi all'adozione della relativa deliberazione aziendale di assegnazione del budget, solo qualora sia stata sottoscritta la parte di contratto da parte del provider, o a tutti gli indicatori previsti. •50% - Adozione e trasmissione alla Regione Lazio Provvedimento budget: Per le prestazioni assicurate per le quali la Regione Lazio è l'unico massimo compilatore di finanziamento, l'Assemblea 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'Assemblea Sanitaria provvede alla sottoscrizione del contratto in media, dopo i 30 giorni successivi all'adozione della deliberazione aziendale di assegnazione del budget. •0% - Neppure riconoscimento qualora l'Assemblea 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.			2	
Adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) per l'anno 2023	Adozione, con delibera aziendale, del PAP aggiornato al 2023 in coerenza con il PNP e il PRP	Trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale di prevenzione per l'anno 2023	data di trasmissione		-2	-2	-2
Contenimento tempi di risposta alla chiamata da parte della CUR 112 finalizzata al passaggio dell'utente in fonia	Tempo medio delle chiamate provenienti dalla CUR NUE 112 finalizzata al passaggio dell'utente in fonia alle quali si è dato risposta inferiore a 40 secondi	L'indicatore viene calcolato sulla base del tempo medio delle attivazioni del PSAP2 118 da parte della CUR NUE 112	> 95% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto				5
Numero Europeo Armonizzato 116117	Attivazione del Numero Europeo Armonizzato 116117	L'indicatore viene calcolato sull'attivazione a sei mesi dal finanziamento del Numero Europeo Armonizzato 116117	> 95% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto				5
Raggiungimento delle adempimenti relative alla trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri - Flusso EMUR, Flusso Consumi Dispositivi Medici e Flusso Consumi File R	<i>Adempimenti Trasmissione Flussi Informativi</i> <i>Flussi Adempimenti Trasmissione Flussi Informativi</i>	L'indicatore viene calcolato sulle adempimenti relative alla trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri	> 95% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto				5
Piattaforma Monitoraggio Posti Letti	Avvio e Monitoraggio della Piattaforma	L'indicatore viene calcolato sull'avvio e sull'operatività entro il 31.12 della Piattaforma Monitoraggio Posti Letti	> 95% obiettivo raggiunto al 100% > 80% obiettivo raggiunto all'80% > 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto				5
Adozione del Piano Pandemico aziendale per l'anno 2023	Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2023 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022	Trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale per l'anno 2023, con evidenza della nomina del coordinatore del aziendale	data di trasmissione		-2	-2	-2
				100%	100%	100%	

Obiettivi dei direttori generali per l'anno 2023

AE.5

I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di Monitoraggio sono indicati nella tabella sottostante:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	65.2x; 65.31; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4.00; 5.60.61; 60.62; 60.69; 60.90; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
6	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	68.3x o 68.9	179; 180; 183.x; 185; 184; 198.6; 198.82
8	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	183
8	Oy pass aortocoronarici	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	