

Obiettivo generale		Obiettivo specifico		Descrizione indicatore		Modalità calcolo indicatore	Soglie di valutazione	risultato raggiunto	peso assegnato dalla RL	punteggio acquisito
1	Economico Finanziario	1.1	Budget 2022	1.1.1	Concordamento anno 2022	$\frac{[(CE \text{ costi consuntivi operativi } D+A5) - (BEP \text{ } D+A5)]}{(BEP \text{ } D+A5)}$ A5 =la rettifica contributi c/esercizio per investimenti	R 0% ragg. 100% tra 1% e 5 % ragg. 75% tra 6% e 10% ragg. 50% tra 11% e 15% ragg. 25% 16% ragg. 0%	100%	21	21
		1.2	Tempi di pagamento	1.2.1	Riduzione del tempo medio 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'importo delle fatture, considerando sia le fatture scadute nell'anno sia le fatture non scadute e pagate nell'anno. Tale indicatore tiene conto dei pagamenti dei debiti di tipo commerciale escludendo da tale calcolo i periodi di inesigibilità delle somme per "contestazione", "contenzioso" e "adempimenti normativi." In relazione alle fatture scadute e non pagate nell'anno di riferimento, sarà attribuita come "data pagamento" il 31/12 dell'anno di riferimento.	100% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore minore o uguale a zero e contestuale azzeramento 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.	100%	30	30
2	Tempi di attesa	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	2.1.1	erogazione del 75% delle visite specialistiche previste dallo specifico progetto trasmesso	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	Erogazione >50%= raggiunto al 100% entro il 31.12.2022 Erogazione 10-50%= raggiunto al 50% entro il 31.12.2022	100%	5	5
		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 prestazioni di diagnostica strumentale previste dallo specifico progetto trasmesso	2.2.1	Incremento erogazione prestazioni diagnostica	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.	Erogazione >50%= raggiunto al 100% entro il 31.12.2022 Erogazione 10-50%= raggiunto al 50% entro il 31.12.2022	100%	5	5

3	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera	3.1	Emergenza PS/DEA	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	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se verrà elaborato e trasmesso il Piano Aziendale per il contrasto al sovraffollamento in PS entro il 31 dicembre 2022. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto.	100%	100%	3	3
		3.2	Attuazione Percorso chirurgico per setting assistenziale e complessità di cure	3.2.1	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	Approvazione del Piano Aziendale per l'attività chirurgica (PSAAC) per ASL e AO, AOU e IRCCS (Det. N. G11271/2020). 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	100%	100%	3	3
				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.	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.	Trasmissione del provvedimento aziendale = 100%	100%	3	3

3	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera	3.3	valutazione degli esiti	3.3.2	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>Trasmissione del provvedimento aziendale = 100%</p>	100%	3	3
		3.4	Governo clinico	3.4.1	<p>Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRR) 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.</p>	<p>La citata 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 CRR. 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.</p>	<p>75 % Adozione e trasmissione del PARS al CRR 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;</p>	100%	3	3
		3.5	Governo clinico	3.5.1	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>100 % Trasmissione del piano di azione locale come allegato del PARS.</p>	100%	3	3

<p>3</p> <p>Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera</p>	<p>3.6</p> <p>Governo clinico</p>	<p>3.6.1</p> <p>Pianificazione di interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute nei percorsi di prevenzione e cura</p>	<p>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 Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali (PAE), 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.</p> <p>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.</p>	<p>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</p>	<p>100%</p>	<p>3</p>	<p>3</p>
<p>4</p> <p>Patrimonio edilizio e tecnologico e gestione della sicurezza informatica</p>	<p>4.1</p> <p>Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC</p>	<p>4.1.1</p> <p>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</p>	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 <p>Se uno degli indicatori non è attuato l'obiettivo non si intende raggiunto</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%</p>	<p>100%</p>	<p>3</p>	<p>3,00</p>

		4.2	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	4.2.1	Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi)	<p>Per tutti gli interventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 riconosciuto, ai sensi della L. n. 205/2017 art.1 comma 436, se: <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Per gli altri fondi statali:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%	100%	3	3,00
4	Patrimonio edilizio e tecnologico e gestione della sicurezza informatica	4.2	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	4.2.2	Invio documentazione	<p>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.</p>	L'obiettivo si intende raggiunto se il piano è stato adottato con deliberazione aziendale entro il 31/12/2022	100%	3	3,00
5	Farmaceutica	5.1	Flusso informativo contratti di dispositivi medici	5.1.1	Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati	<p>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%.</p> <p>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.</p>	<p>Coperture > 75% = 100%</p> <p>Coperture < 75% = 0</p>	50%	3	1,50
5	Farmaceutica	5.2	Flusso informativo consumi di dispositivi medici	5.2.1	Percentuale di copertura rispetto al Modello CE	<p>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)*.</p> <p>* è esclusa dal calcolo dell'indicatore la spesa rilevata nel flusso ed afferente le seguenti categorie CND:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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") <p>Tali categorie, seppure non incluse nel calcolo dell'indicatore, devono continuare ad essere regolarmente trasmesse nel flusso regionale.</p>	<p>Coperture > 80% = 100%</p> <p>Coperture < 80% = 0</p> <p>PUNTEGGIO PROVVISORIO</p>	100%	3	3,00

5	Farmaceutica	5.3	Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)	5.3.1	<p>Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi</p> <p>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.</p> <p>La trasmissione del Flusso R viene effettuata entro il 15° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale.</p> <p>Miglioramento della qualità e attendibilità dei dati mensilmente dichiarati (con particolare riferimento all'andamento del costo di acquisto e dei medicinali dichiarati).</p> <p>* 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).</p>	12 trasmissioni con qualità del dato = 100%	100%	3	3,00
						TOTALE		100	98,5