

Obiettivi Aziendali 2023	Descrizione indicatore	Modalità di calcolo		Soglie di Valutazione		PESO																																			
Emergenza PS/DEA	Tempo medio di attesa in PS (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza)	Tempi che interconnoano 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 ≥ 480' = 100% ≥ 540' = 80% ≥ 600' = 60% ≥ 720' = 40% > 24 h = 0		15																																			
Piano nazionale delle liste di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per <u>Classe di priorità A</u> allegato (1)	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 (1) 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 quartile di riferimento sia superiore al 90%. (1)		14																																			
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 <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.		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. nessun riconoscimento qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore maggiore di 10.		30																																			
Concordamento anno 2023	Rispetto del concordamento 2023	(Valore complessivo dei costi consuntivi intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti - Valore complessivo dei costi concordati 2023 intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti) / Valore complessivo dei costi concordati 2023 intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti [(CE consuntivo D+A5) – (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																								
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 corretta e tempestiva alimentazione della piattaforma PCC da parte delle Aziende Sanitarie	L'indicatore “i” 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. (i=PCC/STOCK)		Per i ≤ 1 la valutazione è pari a “i” percentuale Per i > 1 la valutazione è uguale al valore percentuale della seguente formula: “i”%= (1+(1-i))/100		2																																			
Attualizzazione del debito/credito scaduto	L'indicatore misura il livello di stratificazione del debito/credito conferendo un punteggio inferiore ove sussistano debiti e crediti ultra-quinquennali	L'indicatore “i” 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). “i” = 1 – dc/DCT.		La valutazione è sempre uguale alla percentuale di “i”		2																																			
Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione dell' approfondimento diagnostico “screening mammografico	Tempo di attesa tra la data esecuzione della mammografia di screening e la data di esecuzione dell'approfondimento diagnostico. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'incremento percentuale del dato 2023 rispetto all'anno 2022	<table><tr><td>Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 28 gg</td><td>% raggiungimento obiettivo</td><td colspan="3">ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021</td></tr><tr><td>>=90</td><td>100%</td><td>1-25%</td><td>26-50%</td><td>>50%</td></tr><tr><td></td><td></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> Metodi di calcolo: (1)Indicatore: *- (persone che effettuano l'approfondimento, nel 2023, entro 28gg dalla data di esecuzione della mammografia di screening/ persone che eseguono l'approfondimento diagnostico nel 2023) * 100 (2)Ulteriore incremento 2023 Vs 2022: *- (Valore indicatore anno 2023 / Valore indicatore anno 2022*100) – 100	Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 28 gg	% raggiungimento obiettivo	ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021			>=90	100%	1-25%	26-50%	>50%			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%	Da 0 a 100% a seconda del punteggio raggiunto			2
Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 28 gg	% raggiungimento obiettivo	ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021																																							
>=90	100%	1-25%	26-50%	>50%																																					
		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%																																					
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><td>Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 30 gg</td><td>% raggiungimento obiettivo</td><td colspan="3">ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021</td></tr><tr><td>>=90</td><td>100%</td><td>1-25%</td><td>26-50%</td><td>>50%</td></tr><tr><td></td><td></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> Metodi di calcolo: (1) Indicatore: *- (persone che effettuano l'approfondimento, nel 2023, entro 30gg dalla data del referto positivo / persone che eseguono l'approfondimento diagnostico nel 2022) * 100 (2) Incremento percentuale 2023 Vs 2022: *- (Valore indicatore anno 2023 / Valore indicatore anno 2022*100) – 100 Fonte dei dati: Sipsoweb	Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 30 gg	% raggiungimento obiettivo	ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021			>=90	100%	1-25%	26-50%	>50%			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%	Da 0 a 100% a seconda del punteggio raggiunto			2
Indicatore (1): % soggetti con approfondimento diagnostico entro 30 gg	% raggiungimento obiettivo	ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021																																							
>=90	100%	1-25%	26-50%	>50%																																					
		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%																																					

Screening HCV	Offerta del test di screening HCV	n. persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte all’anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR) (inclusi STP) contattate per l’offerta del test di screening con reflex testing / totale persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte nel 2023 all’anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR) (inclusi STP) * 100	L’indicatore sarà valutato secondo la seguente griglia di punteggio:		2
			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 (FSE) (b) “Adozione e utilizzo FSE 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 (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; B) entro il 30 giugno 2023, così come previsto dal DM di riferimento, conferimento all’infrastruttura FSE regionale dei dati e documenti facenti parti del "nucleo minimo" prodotti dai sistemi aziendali secondo le specifiche tecniche vigenti (FSE 2.0): - referti medicina di laboratorio; - lettera 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
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 ai 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: 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%		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 2023 – Da Gennaio a Dicembre) sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi nell’anno oggetto di osservazione (2023) ha una copertura maggiore o uguale al 75%.Nel calcolo sono inclusi tutti i dispositivi dotati di codice di repertorio e tipi di dispositivo (tipo DM=1, tipo DM=2), ad eccezione dei dispositivi il cui codice repertorio è appartenente alle categorie CND Q ed L.	Coperture ≥ 75% = 100% Coperture < 75% = 0		2
Flusso informativo contratti di dispositivi medici	Percentuale di copertura rispetto al Modello CE	La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo oggetto di osservazione (Anno 2023 – 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.	Coperture ≥ 80% = 100% Coperture < 80% = 0		2
Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi	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 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 attivate nel sistema regionale (per accogliere invii tardivi) e l’impatto delle rettifiche trasmesse (in merito alla qualità dei dati dichiarati).	12 trasmissioni con qualità del dato = 100%		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 Valide Popolazione > 65 anni / Popolazione > 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 (Indicatore D22Z del NSG)	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 ≥ 3 = 40% Punti ≥ 4 = 60% Punti ≥ 5 = 80% Punti ≥ 6 = 100%	2
Ricetta dematerializzata	Aumentare la percentuale di ricetta 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
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
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 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.	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	nota di trasmissione	2
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 coordinator del aziendale	nota di trasmissione	2
				100