



Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

N. U00155 del 06/05/2019

Proposta n. 6638

del 18/04/2019

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 2019.

Estensore

Responsabile del Procedimento

Il Dirigente d'Area

FRANCIA CARLO

FRANCIA CARLO

B. SOLINAS

Il Direttore Regionale

R. BOTTI

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

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 2019.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i., recante la disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio, della dirigenza e del personale regionale;
- il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i., concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, il Presidente Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO che:

- con delibera di Giunta regionale del 24.04.2018 n. 203 concernente: “*Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni?*” è stata istituita la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- con delibera di Giunta regionale del 5 giugno 2018 n. 271 è stato conferito, al dott. Renato Botti, l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- con determinazione della Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria n. G07633 del 13 giugno 2018 sono state istituite le nuove strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;

VISTI:

- l'Atto di Organizzazione n. G14566 del 14/11/2018, con il quale è stato conferito l'incarico di Dirigente dell'Area Risorse Umane alla dott.ssa Barbara Solinas;

VISTI per quanto riguarda il Piano di Rientro:

- la DGR n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: “*Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004*”;
- la DGR n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro"*”;
- il Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni in data 3 dicembre 2009, con cui, all'art. 13, comma 14, è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai Piani di Rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo Patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

- La legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo Programmi Operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta;
- il Decreto del Commissario ad acta n. U00052 del 22 febbraio 2017, recante: *“Adozione del Programma Operativo 2016 - 2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”*;

VISTI, per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:

- la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;
- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss. mm. e ii., avente ad oggetto il *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”* e, in particolare:
 - l'articolo 2, comma 2 *sexies*, lettera e), 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”*;
- 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,*

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

in raccordo con il programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e con il coinvolgimento dei direttori di dipartimento”;

- il decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 e s.m.i., recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria;
- il Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 286;
- la legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e successive modifiche e integrazioni;
- la legge 23 dicembre 2014, n. 190;
- il d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171 e, in particolare, l'art. 2 che ha modificato l'art. 3 bis del d. lgs. 502/92;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00412 del 12 novembre 2018 con il quale sono stati assegnati ai Direttori Generali gli obiettivi per l'anno 2018;

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 dell'80% della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2019, nei limiti percentuali previsti dal suddetto art. 1, comma 5 del DPCM 502/1995 e s.m.i. che tengano nella debita considerazione le attività previste dal redigendo Programma Operativo 2019-2021;

RITENUTO opportuno, in conseguenza del nuovo sistema obiettivi ed al fine di garantire la determinazione preventiva dei criteri di valutazione dell'attività dei Direttori generali, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del d.lgs. 171/2016, adottare nuove procedure di valutazione con il regolamento di cui all'Allegato A del presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;

PRESO ATTO che i sopra menzionati obiettivi assegnati ai Direttori Generali, per l'anno 2019, sono integralmente riportati nell'allegato B al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;

PRECISATO che nella declinazione degli obiettivi di cui al citato allegato B si è tenuto conto della previsione dell'art. 1 comma 865 della Legge del 30 dicembre 2018, n. 145 che stabilisce “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;

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- 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”.

DATO ATTO che:

- i singoli obiettivi assegnati, definiti nel citato allegato B, 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%, equivalente al riconoscimento del 80% della quota massima integrativa che sarà attribuita in misura proporzionale alla durata dell’incarico;
- il mancato conseguimento degli obiettivi costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso;

VISTO il d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 concernente la misurazione e valutazione della performance individuale e, in particolare l’art. 9 in cui si stabilisce che tra gli ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale è compresa anche la “qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate”;

RITENUTO opportuno, sulla base di quanto previsto citato d. lgs. 150/2009, inserire nel processo di valutazione l’aspetto inerente i “comportamenti organizzativi” in armonia con quanto previsto anche dalla normativa regionale (l.r. n. 1/2011) e dal Sistema di misurazione e valutazione della performance adottato in ambito regionale (DGR n. 44/2017) indispensabile per un accurato svolgimento del processo di valutazione del management;

RITENUTO, in conseguenza di quanto sopra riportato, di riconoscere la massima quota integrativa prevista dal D.P.C.M. 502/95 e s.m.i. che verrà così ripartita: 80% obiettivi di performance e 20% obiettivi organizzativi;

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”*;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

DECRETA

per le motivazioni esposte in premessa, che integralmente si richiamano:

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

1. di assegnare ai Direttori Generali e/o Commissari Straordinari delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale gli obiettivi di salute e funzionamento di ordine sanitario per l'anno 2019;
2. di approvare l'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente decreto, denominato "*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 valutazione della performance*";
3. di approvare l'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente decreto, denominato "*Obiettivi di salute e funzionamento di ordine sanitario e organizzativo*";
4. di stabilire, per l'anno 2019, il riconoscimento dell'80% della quota massima integrativa del trattamento economico di cui all'art. 1, comma 5, del DPCM 502/1995 e s.m.i., da porre direttamente a carico dei bilanci aziendali;
5. di stabilire che tale quota potrà essere integrata di un ulteriore 20%, pari al raggiungimento del limite massimo previsto dal DPCM 502/95, in esito alla positiva valutazione dei comportamenti organizzativi, ai sensi dell'art. 9 del d. lgs. 150/2009;
6. di pubblicare il presente Decreto nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio con valore di notifica per tutte le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio entro sessanta giorni dalla sua pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato, entro il termine di centoventi giorni.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e gli allegati sono conservati presso la Direzione Salute e integrazione sociosanitaria.

IL COMMISSARIO AD ACTA

Nicola Zingaretti



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

Art. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE

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

❖ **Dieci aziende territoriali:**

1. Azienda Sanitaria Locale Roma 1
2. Azienda Sanitaria Locale Roma 2
3. Azienda Sanitaria Locale Roma 3
4. Azienda Sanitaria Locale Roma 4
5. Azienda Sanitaria Locale Roma 5
6. Azienda Sanitaria Locale Roma 6
7. Azienda Sanitaria Locale Latina
8. Azienda Sanitaria Locale Frosinone
9. Azienda Sanitaria Locale Viterbo
10. Azienda Sanitaria Locale Rieti

❖ **due Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale:**

1. Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
2. Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

❖ **tre enti ospedalieri universitari:**

1. Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I
2. Fondazione “Policlinico Tor Vergata”
3. Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant’Andrea.

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

1. Istituto Nazionale Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”;
2. Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) IRE –ISG

❖ **Azienda Regionale Emergenza Sanitaria A.R.E.S. 118**

2. Il presente regolamento costituisce l’Allegato A al decreto del Commissario ad acta 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 2019”*.

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 2019 assegnati, in alcuni casi ripartiti in sub obiettivi, sono stati calibrati in considerazione della tempistica di assegnazione degli stessi e declinati in coerenza con le linee di azione descritte nella proposta di nuovo Programma Operativo 2019-2021 e sono suddivisi in 6 aree articolate come segue:

Obiettivi individuati per le Aziende Sanitarie Locali

Obiettivo generale		Peso	Obiettivo specifico		Peso
1	Economico Finanziario	50	1.1	<i>Budget 2019</i>	40
			1.2	<i>Tempi di pagamento</i>	60
2	Tempi di attesa	8	2.1	<i>Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	100
3	Farmaceutica	8	3.1	<i>Spesa convenzionata</i>	65
			3.2	<i>Flussi informativi farmaceutica</i>	35
4	Prevenzione	8	4.1	<i>Screening oncologici per tumore della mammella, della cervice uterina, del colon retto.</i>	60
			4.2	<i>Vaccinazione MPR (Morbilli - Parotite - Rosolia).</i>	40
5	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera	10	5.1	<i>Accessi e permanenza nei PS</i>	20
			5.2	<i>Completezza e qualità SDO (nuovo SIO)</i>	20
			5.3	<i>Gestione dei ricoveri per frattura del femore e parti cesarei</i>	20
			5.4	<i>Autosufficienza sangue e suoi derivati</i>	20
			5.5	<i>Degenza ospedaliera</i>	20
6	Patrimonio edilizio e tecnologico	4	6.1	<i>Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento</i>	100
7	Assistenza territoriale	8	7.1	<i>Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente</i>	100
8	Donazione di organi e tessuti	4	8.1	<i>Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo</i>	50
			8.2	<i>Incremento delle donazioni di tessuti</i>	50

Obiettivi individuati per le Aziende Ospedaliere, Ospedaliere universitarie e IRCCS

Obiettivo generale		Peso	Obiettivo specifico		Peso
1	Economico Finanziario	50	1.1	<i>Budget 2019</i>	40
			1.2	<i>Tempi di pagamento</i>	60
2	Tempi di attesa	10	2.1	<i>Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	100
3	Farmaceutica	10	3.1	<i>Budget prodotti farmaceutici ed emoderivati</i>	65
			3.2	<i>Flussi informativi farmaceutica</i>	35
4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera (Solo per le Aziende Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini)	20	4.1	<i>Accessi e permanenza nei PS</i>	15
			4.2	<i>Completezza e qualità SDO (nuovo SIO)</i>	20
			4.3	<i>Gestione dei ricoveri per frattura del femore e parti cesarei</i>	15
			4.4	<i>Autosufficienza sangue e suoi derivati</i>	15
			4.5	<i>Degenza ospedaliera</i>	20
			4.6	<i>Implementazione della Rete Ictus</i>	15
4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera (Eccetto per le Aziende Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini)	20	4.1	<i>Accessi e permanenza nei PS</i>	20
			4.2	<i>Completezza e qualità SDO (nuovo SIO)</i>	20
			4.3	<i>Gestione dei ricoveri per frattura del femore e parti cesarei</i>	20
			4.4	<i>Autosufficienza sangue e suoi derivati</i>	20
			4.5	<i>Degenza ospedaliera</i>	20
5	Patrimonio edilizio e tecnologico	5	5.1	<i>Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento</i>	100
6	Donazione di organi e tessuti	5	6.1	<i>Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo</i>	50
			6.2	<i>Incremento delle donazioni di tessuti</i>	50

Obiettivi individuati per l'ARES 118

Obiettivo generale		Peso	Obiettivo specifico		Peso
1	Economico Finanziario	50	1.1	<i>Budget 2019</i>	40
			1.2	<i>Tempi di pagamento</i>	60
2	Tempi di intervento	15	2.1	<i>Contenimento tempi di risposta alla chiamata da parte della CUR 112 finalizzata al passaggio dell'utente in fonia</i>	50
			2.2	<i>Contenimento del tempo intercorrente tra il termine dell'intervista telefonica all'utente e l'attivazione del mezzo di soccorso</i>	50
3	Centralizzazione paziente critico	15	3.1	<i>Applicazione Protocollo TELEMED</i>	40
			3.2	<i>Implementazione Rete Ictus</i>	30
			3.3	<i>Centralizzazione paziente con Trauma Maggiore</i>	30
4	Sistema Informatico	10	4.1	<i>Nuova Piattaforma Tecnologica ARES 118 (SIE 118)</i>	100
5	Ricorso Enti Esterni	10	5.1	<i>Ricorso Enti Esterni in Implementazione Estemporanea</i>	100

1. L'insieme degli obiettivi assegnati costituirà il parametro per la valutazione dei Direttori Generali/Commissari Straordinari, secondo quanto previsto nel presente Regolamento.
2. All'interno di ciascun macro obiettivo, ogni sub obiettivo viene definito con il proprio peso, indicatore, valori target e modalità di rilevazione. Il raggiungimento di qualche obiettivo, in funzione delle caratteristiche dello stesso potrà essere anche parziale, influenzando sulla valutazione complessiva.
3. 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 " $10 / 5 * 4 = 8$ ".
4. Qualora il raggiungimento di alcuno degli 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 definire l'utilizzo dei richiamati pesi nell'ambito di una complessiva valutazione dei singoli casi.

5. Sulla base di quanto previsto dall'art. 9 del d. lgs. 150/2009 - nel processo di valutazione complessiva - nell'allegato B viene inserito, infine, il quadro di valutazione dei comportamenti organizzativi, che ha la funzione di arricchire in modo complementare il sistema di valutazione in armonia con quanto previsto anche dalla normativa regionale (l.r. n. 1/2011) e dal Sistema di misurazione e valutazione della performance adottato in ambito regionale (DGR n. 44/2017) indispensabile per un accurato svolgimento del processo di valutazione del management; sono stati individuati i "comportamenti organizzativi". Tale valutazione non dà luogo ad alcun punteggio ma contribuisce al riconoscimento di un ulteriore 20% della quota integrativa prevista dal DPCM 502/95.

Vengono previste tre categorie di comportamenti organizzativi:

- a) Programmazione e gestione delle risorse
 - b) Leadership e governo delle relazioni interne/esterne
 - c) Orientamento strategico
6. 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 socio-sanitaria, 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. Al riconoscimento della quota economica integrativa, i singoli obiettivi concorrono con i diversi pesi specificati nell'allegato B, per un punteggio complessivo pari a 100 punti, equivalente al riconoscimento del 80% della quota integrativa nella sua misura massima (20%, ai sensi dell'art. 1, comma 5, DPCM 502/1995 e s.m.i.). 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. Sulla base degli esiti della valutazione dei comportamenti organizzativi come definiti nell'art. 2, punto 5, potrà essere riconosciuto il residuo 20% della quota integrativa nella sua misura massima di cui al DPCM 502/1995.
3. Gli obiettivi assegnati incideranno sulla premialità in funzione del grado di raggiungimento degli stessi, verificato su base annua e con una soglia minima fissata al 60% al di sotto della quale non si procederà alla corresponsione della quota integrativa, oltre a determinare quanto previsto dalle normative nazionali e regionali vigenti, mentre al di sopra dei 60 punti la quota integrativa è incrementata in misura percentuale secondo gli intervalli riportati nella tabella seguente:

Punteggio complessivo	100	99 – 95	94 – 80	79 – 70	69 – 60	< 60
% quota premiale	80%	70%	60%	50%	40%	0%

4. 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, fornirà all'OIV Regionale, per il seguito di competenza, le risultanze della propria valutazione ("RELAZIONE DELLA DIREZIONE REGIONALE") in ordine al raggiungimento degli obiettivi.
5. 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.
6. E' previsto un monitoraggio semestrale, mediante incontri con i Direttori Generali/Commissari Straordinari, per valutare, in itinere, l'andamento dell'attività finalizzata al raggiungimento dei singoli obiettivi.
7. L'OIV, sulla base della relazione trasmessa dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e, previo incontro con gli interessati se opportuno o necessario, acquisito il parere di cui all'art.3, comma 14 del d. lgs. n.502/92 e s.m.i. dalla Conferenza dei Sindaci, provvederà alla valutazione finale e ne trasmetterà le risultanze al Commissario ad acta, indicando il punteggio complessivamente conseguito da ciascun Direttore Generale.

Art. 4 – ESITO DELLE VALUTAZIONI

1. La positiva valutazione, da parte dell'OIV regionale, in ordine all'avvenuto conseguimento degli obiettivi presuppone il complessivo raggiungimento dalla soglia minima dei 60 punti.
2. La verifica si conclude con l'adozione di un Decreto del Commissario ad acta di valutazione del raggiungimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali, previa acquisizione del parere obbligatorio e non vincolante dell'OIV regionale ed il provvedimento verrà trasmesso alle rispettive direzioni generali aziendali.
3. L'eventuale esito negativo della verifica concernente il conseguimento dei risultati aziendali ed il raggiungimento degli obiettivi potrà determinare la risoluzione del rapporto tra Regione Lazio e Direttore Generale e la decadenza dall'ufficio, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 3 bis D. Lgs. 502/1992), nonché il mancato totale o parziale riconoscimento dell'indennità di risultato prevista dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 502 del 19.07.1995 e ss. mm. e ii..
4. La percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai pesi assegnati sarà idonea ad incidere, in conformità alla normativa vigente, sul riconoscimento dell'indennità di risultato in misura pari alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi ottenuta secondo gli intervalli di cui alla tabella sopracitata, ovvero, nei casi di maggiore gravità, sulla decadenza dei Direttori Generali.

Art. 5 - TRASPARENZA DEI RISULTATI

L'esito della valutazione sarà comunicato agli interessati e 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**

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, comunque condizionando l'attribuzione, pro quota, del trattamento integrativo al conseguimento di una percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi considerati non inferiore al 60%.

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.

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.

SCHEMA DI VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI PER L'ANNO 2019

Obiettivi individuati per le Aziende Sanitarie Locali

Obiettivo generale		Peso	Obiettivo specifico		Peso
1	Economico Finanziario	50	1.1	<i>Budget 2019</i>	40
			1.2	<i>Tempi di pagamento</i>	60
2	Tempi di attesa	8	2.1	<i>Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	100
3	Farmaceutica	8	3.1	<i>Spesa convenzionata</i>	65
			3.2	<i>Flussi informativi farmaceutica</i>	35
4	Prevenzione	8	4.1	<i>Screening oncologici per tumore della mammella, della cervice uterina, del colon retto.</i>	60
			4.2	<i>Vaccinazione MPR (Morillo - Parotite - Rosolia).</i>	40
5	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera	10	5.1	<i>Accessi e permanenza nei PS</i>	20
			5.2	<i>Completezza e qualità SDO (nuovo SIO)</i>	20
			5.3	<i>Gestione dei ricoveri per frattura del femore e parti cesarei</i>	20
			5.4	<i>Autosufficienza sangue e suoi derivati</i>	20
			5.5	<i>Degenza ospedaliera</i>	20
6	Patrimonio edilizio e tecnologico	4	6.1	<i>Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento</i>	100
7	Assistenza territoriale	8	7.1	<i>Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente</i>	100
8	Donazione di organi e tessuti	4	8.1	<i>Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo</i>	50
			8.2	<i>Incremento delle donazioni di tessuti</i>	50

Obiettivi individuati per le Aziende Ospedaliere, Ospedaliere universitarie e IRCCS

Obiettivo generale		Peso	Obiettivo specifico		Peso
1	Economico Finanziario	50	1.1	<i>Budget 2019</i>	40
			1.2	<i>Tempi di pagamento</i>	60
2	Tempi di attesa	10	2.1	<i>Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	100
3	Farmaceutica	10	3.1	<i>Budget prodotti farmaceutici ed emoderivati</i>	65
			3.2	<i>Flussi informativi farmaceutica</i>	35
4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera (Solo per le Aziende Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini)	20	4.1	<i>Accessi e permanenza nei PS</i>	15
			4.2	<i>Completezza e qualità SDO (nuovo SIO)</i>	20
			4.3	<i>Gestione dei ricoveri per frattura del femore e parti cesarei</i>	15
			4.4	<i>Autosufficienza sangue e suoi derivati</i>	15
			4.5	<i>Degenza ospedaliera</i>	20
			4.6	<i>Implementazione della Rete Ictus</i>	15
4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera (Eccetto per le Aziende Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini)	20	4.1	<i>Accessi e permanenza nei PS</i>	20
			4.2	<i>Completezza e qualità SDO (nuovo SIO)</i>	20
			4.3	<i>Gestione dei ricoveri per frattura del femore e parti cesarei</i>	20
			4.4	<i>Autosufficienza sangue e suoi derivati</i>	20
			4.5	<i>Degenza ospedaliera</i>	20
5	Patrimonio edilizio e tecnologico	5	5.1	<i>Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento</i>	100
6	Donazione di organi e tessuti	5	6.1	<i>Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo</i>	50
			6.2	<i>Incremento delle donazioni di tessuti</i>	50

Obiettivi individuati per l'ARES 118

Obiettivo generale		Peso	Obiettivo specifico		Peso
1	Economico Finanziario	50	1.1	Budget 2019	40
			1.2	Tempi di pagamento	60
2	Tempi di intervento	15	2.1	Contenimento tempi di risposta alla chiamata da parte della CUR 112 finalizzata al passaggio dell'utente in fonia	50
			2.2	Contenimento del tempo intercorrente tra il termine dell'intervista telefonica all'utente e l'attivazione del mezzo di soccorso	50
3	Centralizzazione paziente critico	15	3.1	Applicazione Protocollo TELEMED	40
			3.2	Implementazione Rete Ictus	30
			3.3	Centralizzazione paziente con Trauma Maggiore	30
4	Sistema Informatico	10	4.1	Nuova Piattaforma Tecnologica ARES 118 (SIE 118)	100
5	Ricorso Enti Esterni	10	5.1	Ricorso Enti Esterni in Implementazione Estemporanea	100

Ai fini dell'accesso alla quota premiale la soglia minima complessiva da raggiungere deve essere pari almeno a 60.

Le quote premiali saranno attribuite percentualmente sulla base del punteggio raggiunto secondo gli intervalli riportati nella seguente tabella.

Punteggio complessivo	100	99 – 95	94 – 80	79 – 70	69 – 60	< 60
% quota premiale	80%	70%	60%	50%	40%	0%

Il restante 20% della quota premiale, sarà assegnata a seguito della valutazione della performance, da parte degli organi della Direzione Generale regionale delle singole aziende, in funzione dei comportamenti organizzativi e gestionali ulteriori rispetto agli obiettivi già valutati.

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".

Indicatori Obiettivo per le Aziende Sanitarie Locali

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario												
Obiettivo specifico	1.1	Budget 2019												
Descrizione indicatore	1.1.1	Risorse aggiuntive rispetto al budget concordamenti												
Modalità di calcolo dell'indicatore	((FSR Indistinto Consuntivo 2019-FSR Indistinto Budget 2019)/FSR Indistinto Consuntivo 2019)													
Soglie di valutazione	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Risultato</th> <th>% raggiungimento obiettivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>0,01% e 0,02%</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>0,21% e 0,4%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>0,41% e 0,6%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>> 0,6%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Le soglie di valutazione potranno subire delle variazioni a conclusione del processo di concordamento del budget 2019 con le singole Aziende</p>		Risultato	% raggiungimento obiettivo	0%	100%	0,01% e 0,02%	75%	0,21% e 0,4%	50%	0,41% e 0,6%	25%	> 0,6%	0%
Risultato	% raggiungimento obiettivo													
0%	100%													
0,01% e 0,02%	75%													
0,21% e 0,4%	50%													
0,41% e 0,6%	25%													
> 0,6%	0%													
Peso	20 - Pari al 40% del peso dell'obiettivo generale													

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario
Obiettivo specifico	1.2	Tempi di pagamento
Descrizione indicatore	1.2.1	Riduzione del tempo medio di pagamento rispetto all'anno precedente. (Soglia definita per singola ASL/ Azienda)
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è calcolato considerando come tempo massimo per il pagamento 30 gg. Le soglie di valutazione, ai fini del calcolo del ritardo nel pagamento, pertanto, sono applicate al netto del suddetto termine.	
Soglie di valutazione	<ol style="list-style-type: none"> 1) 90% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi 1 e 10 giorni 2) 75% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 11 e 30 giorni 3) 50% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 31 e 60 giorni 4) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo 	
Peso	30 - Pari al 60% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	2	Tempi di attesa
Obiettivo specifico	2.1	<i>Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>
Descrizione indicatore	2.1.1	% prestazioni in classe B (su totale classe B) con tempo di attesa entro 10 gg come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è dato dal rapporto tra il numero delle prenotazioni di primo accesso codificate in classe di priorità B, incluse nell'elenco delle prestazioni critiche sotto monitoraggio nazionale e regionale (Paragrafo n.3 – Allegato A – PNGLA 2019 – 2021) evase in 10gg, rispetto al numero totale delle prenotazioni evase, relative alle suddette prestazioni critiche di primo accesso, codificate in classe di priorità B. Fonte dei dati: Laziocrea.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 90% entro il 31 Dicembre	
Peso	4 - Pari al 50% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	2	Tempi di attesa
Obiettivo specifico	2.1	<i>Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>
Descrizione indicatore	2.1.2	% prestazioni in classe P (su totale classe P) con tempo di attesa entro 180gg come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa (entro 120 gg a partire dal 1/1/2020)
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è dato dal rapporto tra il numero delle prenotazioni di primo accesso codificate in classe di priorità P, incluse nell'elenco delle prestazioni critiche sotto monitoraggio nazionale e regionale (Paragrafo n.3 – Allegato A – PNGLA 2019 – 2021) evase in 180gg (entro 120 gg a partire dal 1/1/2020), rispetto al numero totale delle prenotazioni evase, relative alle suddette prestazioni critiche di primo accesso, codificate in classe di priorità P. Fonte dei dati: Laziocrea.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 90% entro il 31 Dicembre	
Peso	4 - Pari al 50% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	3	Farmaceutica
Obiettivo specifico	3.1	Spesa convenzionata
Descrizione indicatore	3.1.1	Raggiungimento del target spesa netta convenzionata ≤ a 7,96% del fondo sanitario indistinto regionale
Modalità di calcolo dell'indicatore	Spesa netta convenzionata/ fondo sanitario indistinto regionale	
Soglie di valutazione	1) Obiettivo raggiunto al 100% se: ≤ 7,96% 2) Obiettivo raggiunto al 43% se: ≥ 7,97% ≤ 8,15%	
Peso	5,2 - Pari al 65% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	3	Farmaceutica
Obiettivo specifico	3.2	Flussi informativi farmaceutica
Descrizione indicatore	3.2.1	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza del File F, File R, DM consumi e contratti
Modalità di calcolo dell'indicatore	Rispetto delle tempistiche normative per l'invio dei dati, nonché della completezza e qualità degli stessi, desumibile dalla congruenza dai suddetti flussi dal CE e dal flusso Traccia.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 100%	
Peso	2,8 - Pari al 35% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	4	Prevenzione																				
Obiettivo specifico	4.1	Screening oncologici per tumore della mammella, della cervice uterina, del colon retto.																				
Descrizione indicatore	4.1.1	Tassi di Copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina, del colon retto																				
Modalità di calcolo dell'indicatore	Somma degli score derivanti dai singoli Tassi di Copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina, del colon retto. Monitoraggio con periodicità semestrale attraverso il Sistema Informativo degli Screening Oncologici (SIPSOweb)																					
Soglie di valutazione	<p>La somma degli score definisce l'indicatore composito di copertura (IC_S) il grado di raggiungimento dell'obiettivo è riconosciuto applicando la seguente scala di valori.</p> <table border="1"> <tr> <td>Score (IC_S)</td> <td>0-4</td> <td>5-6</td> <td>7-8</td> <td>9-10</td> <td>>10</td> </tr> <tr> <td>Punteggio</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>10</td> </tr> </table> <p>È prevista una penalità nel caso un TdC di uno screening non raggiunga la soglia minima richiesta, secondo la tabella riportata:</p> <table border="1"> <tr> <td>Scostamento rispetto alla soglia minima del TdC</td> <td>0,1 – 10%</td> <td>10,1 – 20%</td> <td>>20%</td> </tr> <tr> <td>Penalità dello score</td> <td>0</td> <td>-2</td> <td>-4</td> </tr> </table>		Score (IC_S)	0-4	5-6	7-8	9-10	>10	Punteggio	0	2	4	8	10	Scostamento rispetto alla soglia minima del TdC	0,1 – 10%	10,1 – 20%	>20%	Penalità dello score	0	-2	-4
Score (IC_S)	0-4	5-6	7-8	9-10	>10																	
Punteggio	0	2	4	8	10																	
Scostamento rispetto alla soglia minima del TdC	0,1 – 10%	10,1 – 20%	>20%																			
Penalità dello score	0	-2	-4																			
Peso	4,8 - Pari al 60% del peso dell'obiettivo generale																					

Obiettivo generale	4	Prevenzione								
Obiettivo specifico	4.2	Vaccinazione MPR (Morbilli – Parotite - Rosolia).								
Descrizione indicatore	4.2.1	Tasso di copertura (tdc) a 24 mesi per la prima dose di vaccino MPR								
Modalità di calcolo dell'indicatore	Monitoraggio semestrale e valutazione annuale ad opera del Seresmi, attraverso i flussi informativi dalle anagrafi vaccinali aziendali e dalla Anagrafe Vaccinale Regionale									
Soglie di valutazione	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo di partenza corrispondente allo score LEA:</p> <table border="1"> <tr> <td>Scala</td> <td>TdC < 92%</td> <td>92% ≤ TdC < 95%</td> <td>TdC ≥ 95%</td> </tr> <tr> <td>Score</td> <td>0</td> <td>1 (6 griglia LEA)</td> <td>2 (9 griglia LEA)</td> </tr> </table>		Scala	TdC < 92%	92% ≤ TdC < 95%	TdC ≥ 95%	Score	0	1 (6 griglia LEA)	2 (9 griglia LEA)
Scala	TdC < 92%	92% ≤ TdC < 95%	TdC ≥ 95%							
Score	0	1 (6 griglia LEA)	2 (9 griglia LEA)							
Peso	3,2 - Pari al 40% del peso dell'obiettivo generale									

Obiettivo generale	5	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	5.1	Accessi e permanenza nei PS
Descrizione indicatore	5.1.1	Accessi con esito ricovero o trasferimento e tempo di permanenza >24 h (escluso OBI)
Modalità di calcolo dell'indicatore		<p>1) L'indicatore è quello contenuto nella nota inviata alle Direzioni aziendali del 27/05/2014 (n. Prot. 303975), e definito come il numero di accessi con esito ricovero o trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24h sul totale dei pazienti con esito ricovero o trasferimento. L'indicatore viene calcolato al netto degli accessi assistiti in OBI e di quelli afferenti a PS specialistici. Fonte dati SIES.</p> <p>2) Si applica a PO di ASL</p> <p>3) Per le Aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi.</p>
Soglie di valutazione		L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore inferiore al 20%.
Peso		2 - Pari al 20% del peso dell'obiettivo generale

Obiettivo generale	5	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	5.2	Completezza e qualità SDO (nuovo SIO)
Descrizione indicatore	5.2.1	Numero degli errori di completezza e qualità dei dati rilevati nelle SDO (nuovo SIO) a partire da quelle con dimissione al 1 luglio 2019
Modalità di calcolo dell'indicatore	$x = \frac{\sum E_i}{\text{Totale SDO (con dimissione dal 1 luglio 2019)}}$ <p>Dove E_i = numero schede SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> - Errore Data di prenotazione - Errore Classe di priorità - Errore Data di trasferimento - Errore Ora di trasferimento - Errore Unità operativa di trasferimento - Errore Diagnosi principale - Errore Diagnosi secondaria - Errore Intervento principale - Errore Data intervento principale - Errore Ora intervento principale - Errore Identificativo chirurgo intervento principale - Errore Intervento secondario - Errore Data intervento secondario - Errore Ora intervento secondario - Errore Identificativo chirurgo intervento secondario - Errore Progressivo scheda della puerpera - Errore PRESSIONE ARRIVO (Esiti: IMA) - Errore PRESSIONE PREOPERATORIA (Esiti: IMA) - Errore FRAZIONE EIEZIONE (Esiti: By-pass) - Errore CREATININA PREOPERATORIA (Esiti: By-pass) - Errore INR (Esiti: Frattura Femore) - Errore CREATININA PREOPERATORIA (Esiti: Frattura Femore) - Errore CREATININA ARRIVO (Esiti: Frattura Femore) 	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a ≤ 1	
Peso	2 - Pari al 20% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	5	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	5.3	Gestione dei ricoveri per frattura del femore, e parti cesarei
Descrizione indicatore	5.3.1	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) (struttura di ricovero): l'esito misurato è l'esecuzione dell'intervento entro 2 giorni dalla data di primo accesso e l'esposizione è data dalla struttura di ricovero.
Modalità di calcolo dell'indicatore	Protocollo Operativo PReValE 1) Si applica a PO di ASL 2) Per le Aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi.	
Soglie di valutazione	L'indicatore è raggiunto se rispettata almeno una delle seguenti condizioni: • ≥ 60%	
Peso	1 - Pari al 10% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	5	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	5.3	Gestione dei ricoveri per frattura del femore, e parti cesarei
Descrizione indicatore	5.3.2	Proporzione di Parti con Taglio Cesareo Primario
Modalità di calcolo dell'indicatore	Protocollo Operativo Piano Nazionale Esiti/Programma Regionale Esiti (PREVALE) 1) Si applica a PO di ASL 2) Per le Aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi.	
Soglie di valutazione	L'indicatore è raggiunto, per le strutture con >1000 parti/anno, se rispettata almeno una delle seguenti condizioni: • ≤ 25% L'indicatore è raggiunto, per le strutture con <1000 parti/anno, se rispettata almeno una delle seguenti condizioni: • ≤ 15% Si fa riferimento all'indicatore "aggiustato" pubblicato nell'ambito del PREVALE - dati 2019	
Peso	1 - Pari al 10% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	5	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	5.4	Autosufficienza sangue e suoi derivati
Descrizione indicatore	5.4.1	Incremento del 5% dell'attività di raccolta nell'anno indice rispetto a quello dell'anno precedente
Modalità di calcolo dell'indicatore	Variazione percentuale del numero di unità di sangue raccolte nell'anno in corso rispetto al numero di unità di sangue raccolte nell'anno precedente. Si applica alle ASL dotate di SIMT Fonte dati: Centro Regionale Sangue.	
Soglie di valutazione	Raggiungimento del valore di incremento nella misura almeno del 5%.	
Peso	2 - Pari al 20% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	5	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	5.5	Degenza ospedaliera
Descrizione indicatore	5.5.1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiori a 135 annui
Modalità di calcolo dell'indicatore	Protocollo Operativo Piano Nazionale Esiti/Programma Regionale Esiti (PReValE) Si applica a PO di ASL Per le Aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi.	
Soglie di valutazione	L'indicatore è raggiunto per le strutture ospedaliere che effettuano almeno 135 interventi per tumore maligno della mammella per reparto	
Peso	0,67 - Pari al 7% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	5	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	5.5	Degenza ospedaliera
Descrizione indicatore	5.5.2	Degenza media in medicina generale (codice 26)
Modalità di calcolo dell'indicatore	Numero di giornate di degenza ordinaria transitate in reparto di medicina generale (codice 26) sul numero di transiti in reparto di medicina generale. Si applica a PO di ASL Per le Aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a ≤ 9 giorni	
Peso	0,67 - Pari al 7% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	5	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	5.5	Degenza ospedaliera
Descrizione indicatore	5.5.3	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico
Modalità di calcolo dell'indicatore	Numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico/ totale dei ricoveri diurni con DRG medico. Si applica a PO di ASL Per le Aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari al $\leq 36\%$	
Peso	0,67 - Pari al 7% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	6	Patrimonio edilizio e tecnologico
Obiettivo specifico	6.1	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento
Descrizione indicatore	6.1.1	Invio progetti per gli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018
Modalità di calcolo dell'indicatore		<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se (per gli interventi di cui alla DGR 861/2017 e DGR 180/2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> • sarà presentato l'aggiornamento del cronoprogramma attuativo sul sistema documentale ALFRESCO: dicembre 2019; • sarà presentata la relazione sullo stato attuativo delle fasi procedurali, relativamente a tutte le schede di cui alle DGR suindicate: giugno 2019; • sarà presentato all'Area competente il progetto degli interventi di cui alla DGR 861/2017 e DGR 180/2018 secondo le tempistiche di cui alla nota Regione Lazio 428986 del 13/7/2018 (la determinazione regionale di approvazione esecutiva entro il 09/03/2020): non oltre ottobre 2019 <p>Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto</p>
Soglie di valutazione		L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari al 100%
Peso		4 - Pari al 100% del peso dell'obiettivo generale

Obiettivo generale	7	Assistenza Territoriale
Obiettivo specifico	7.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente
Descrizione indicatore	7.1.1	Dati flusso SIAT
Modalità di calcolo dell'indicatore		<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il valore relativo alle prese incarico individuali con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) uguale o superiore a 0,14 sia almeno pari al 2% della popolazione ultra sessantacinquenne [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]. <p>Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto</p>
Soglie di valutazione		L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 100%
Peso		8 - Pari al 100% del peso dell'obiettivo generale

Obiettivo generale	8	Donazione di organi e tessuti
Obiettivo specifico	8.1	Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo
Descrizione indicatore	8.1.1	Aumento del numero delle segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali acuti Centro regionale Trapianti
Modalità di calcolo dell'indicatore		L'indicatore è dato come il numero delle segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali acuti (Diagnosi principale o prima diagnosi secondaria con codici ICD9-CM (versione 2007): 191-192-225-320-323-348.1-348.4-348.5-430-431-432-433-434-800 - 801-803-804-851-852-853-854) verificatisi nei reparti di rianimazione. 1) Si applica a PO di ASL 2) Per le Aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi. Fonte dei dati: Centro Regionale Trapianti
Soglie di valutazione		L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a <ul style="list-style-type: none"> • 50% entro il 31 Dicembre per gli ospedali con neurochirurgia • 30% entro il 31 Dicembre per gli ospedali senza neurochirurgia
Peso		2 - Pari al 50% del peso dell'obiettivo generale

Obiettivo generale	8	Donazione di organo e tessuti
Obiettivo specifico	8.2	Incremento delle donazioni di tessuti
Descrizione indicatore	8.2.1	Numero di donazioni totali di tessuti per allotrapianto rispetto al numero dei decessi totali in ospedale
Modalità di calcolo dell'indicatore		L'indicatore è dato come il numero di donazioni totali di tessuti per allotrapianto rispetto al numero dei decessi totali in ospedale. 1) Si applica a PO di ASL 2) Per le Aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi. Fonte dei dati: Centro Regionale Trapianti
Soglie di valutazione		L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 4% entro il 31 Dicembre
Peso		2 - Pari al 50% del peso dell'obiettivo generale

Indicatori Obiettivo per le Aziende Ospedaliere, Ospedaliere universitarie e IRCCS

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario												
Obiettivo specifico	1.1	Budget 2019												
Descrizione indicatore	1.1.1	Risorse aggiuntive rispetto al budget concordamenti												
Modalità di calcolo dell'indicatore	((Risultato d'esercizio Consuntivo 2019 - Risultato d'esercizio Budget 2019)/ Risultato d'esercizio Budget 2019))													
Soglie di valutazione	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Risultato</th> <th>% raggiungimento obiettivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>0,01% e 0,02%</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>0,21% e 0,4%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>0,41% e 0,6%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>> 0,6%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Le soglie di valutazione potranno subire delle variazioni a conclusione del processo di concordamento del budget 2019 con le singole Aziende</p>		Risultato	% raggiungimento obiettivo	0%	100%	0,01% e 0,02%	75%	0,21% e 0,4%	50%	0,41% e 0,6%	25%	> 0,6%	0%
Risultato	% raggiungimento obiettivo													
0%	100%													
0,01% e 0,02%	75%													
0,21% e 0,4%	50%													
0,41% e 0,6%	25%													
> 0,6%	0%													
Peso	20 - Pari al 40% del peso dell'obiettivo generale													

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario
Obiettivo specifico	1.2	Tempi di pagamento
Descrizione indicatore	1.2.1	Riduzione del tempo medio di pagamento rispetto all'anno precedente. (Soglia definita per singola ASL/ Azienda)
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è calcolato considerando come tempo massimo per il pagamento 30 gg. Le soglie di valutazione, ai fini del calcolo del ritardo nel pagamento, pertanto, sono applicate al netto del suddetto termine.	
Soglie di valutazione	<ol style="list-style-type: none"> 1) 90% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi 1 e 10 giorni 2) 75% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 11 e 30 giorni 3) 50% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 31 e 60 giorni 4) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo 	
Peso	30 - Pari al 60% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	2	Tempi di attesa
Obiettivo specifico	2.1	<i>Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>
Descrizione indicatore	2.1.1	% prestazioni in classe B (su totale classe B) con tempo di attesa entro 10 gg come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è dato dal rapporto tra il numero delle prenotazioni di primo accesso codificate in classe di priorità B, incluse nell'elenco delle prestazioni critiche sotto monitoraggio nazionale e regionale (Paragrafo n.3 – Allegato A – PNGLA 2019 – 2021) evase in 10gg, rispetto al numero totale delle prenotazioni evase, relative alle suddette prestazioni critiche di primo accesso, codificate in classe di priorità B. Fonte dei dati: Laziocrea.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 90% entro il 31 Dicembre	
Peso	5 - Pari al 50% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	2	Tempi di attesa
Obiettivo specifico	2.1	<i>Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>
Descrizione indicatore	2.1.2	% prestazioni in classe P (su totale classe P) con tempo di attesa entro 180gg come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa (entro 120 gg a partire dal 1/1/2020)
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è dato dal rapporto tra il numero delle prenotazioni di primo accesso codificate in classe di priorità P, incluse nell'elenco delle prestazioni critiche sotto monitoraggio nazionale e regionale (Paragrafo n.3 – Allegato A – PNGLA 2019 – 2021) evase in 180gg (entro 120 gg a partire dal 1/1/2020), rispetto al numero totale delle prenotazioni evase, relative alle suddette prestazioni critiche di primo accesso, codificate in classe di priorità P. Fonte dei dati: Laziocrea	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 90% entro il 31 Dicembre	
Peso	5 - Pari al 50% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	3	Farmaceutica
Obiettivo specifico	3.1	Budget prodotti farmaceutici ed emoderivati
Descrizione indicatore	3.1.1	Rispetto del budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati, al netto della quota innovativi riconosciuta da AIFA
Modalità di calcolo dell'indicatore	(Spesa prodotti farmaceutici ed emoderivati – Quota innovativi riconosciuta da AIFA) ≤ (Budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati)	
Soglie di valutazione	1) Obiettivo raggiunto al 100% se: (Spesa al netto innovativi) ≤ (Budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati) 2) Obiettivo raggiunto al 83% se: (Spesa al netto innovativi)*90% ≤ (Budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati)	
Peso	6,5 - Pari al 65% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	3	Farmaceutica
Obiettivo specifico	3.2	Flussi informativi farmaceutica
Descrizione indicatore	3.2.1	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza del File F, File R, DM consumi e contratti
Modalità di calcolo dell'indicatore	Rispetto delle tempistiche normative per l'invio dei dati, nonché della completezza e qualità degli stessi, desumibile dalla congruenza dai suddetti flussi dal CE e dal flusso Traccia.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 100%	
Peso	3,5 - Pari al 35% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	4.1	Accessi e permanenza nei PS
Descrizione indicatore	4.1.1	Accessi con esito ricovero o trasferimento e tempo di permanenza >24 h (escluso OBI)
Modalità di calcolo dell'indicatore		1) L'indicatore è quello contenuto nella nota inviata alle Direzioni aziendali del 27/05/2014 (n. Prot. 303975), e definito come il numero di accessi con esito ricovero o trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24h sul totale dei pazienti con esito ricovero o trasferimento. L'indicatore viene calcolato al netto degli accessi assistiti in OBI e di quelli afferenti a PS specialistici. Fonte dati SIES.
Soglie di valutazione		L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore inferiore al 20%.
Peso		3 - Pari al 15% del peso dell'obiettivo generale solo per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini. 4 - Pari al 20% del peso dell'obiettivo generale eccetto per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	4.2	Completezza e qualità SDO (nuovo SIO)
Descrizione indicatore	4.2.1	Numero degli errori di completezza e qualità dei dati rilevati nelle SDO (nuovo SIO) a partire da quelle con dimissione al 1 luglio 2019
Modalità di calcolo dell'indicatore	$x = \frac{\sum E_i}{\text{Totale SDO (con dimissione dal 1 luglio 2019)}}$ <p>Dove E_i = numero schede SDO con</p> <ul style="list-style-type: none"> - Errore Data di prenotazione - Errore Classe di priorità - Errore Data di trasferimento - Errore Ora di trasferimento - Errore Unità operativa di trasferimento - Errore Diagnosi principale - Errore Diagnosi secondaria - Errore Intervento principale - Errore Data intervento principale - Errore Ora intervento principale - Errore Identificativo chirurgo intervento principale - Errore Intervento secondario - Errore Data intervento secondario - Errore Ora intervento secondario - Errore Identificativo chirurgo intervento secondario - Errore Progressivo scheda della puerpera - Errore PRESSIONE ARRIVO (Esiti: IMA) - Errore PRESSIONE PREOPERATORIA (Esiti: IMA) - Errore FRAZIONE EIEZIONE (Esiti: By-pass) - Errore CREATININA PREOPERATORIA (Esiti: By-pass) - Errore INR (Esiti: Frattura Femore) - Errore CREATININA PREOPERATORIA (Esiti: Frattura Femore) - Errore CREATININA ARRIVO (Esiti: Frattura Femore) 	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a ≤ 1	
Peso	<p>4 - Pari al 20% del peso dell'obiettivo generale solo per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.</p> <p>4 - Pari al 20% del peso dell'obiettivo generale eccetto per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.</p>	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	4.3	Gestione dei ricoveri per frattura del femore, e parti cesarei
Descrizione indicatore	4.3.1	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) (struttura di ricovero): l'esito misurato è l'esecuzione dell'intervento entro 2 giorni dalla data di primo accesso e l'esposizione è data dalla struttura di ricovero.
Modalità di calcolo dell'indicatore	Protocollo Operativo PReValE	
Soglie di valutazione	L'indicatore è raggiunto se rispettata almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 60\%$ 	
Peso	<p>1,5 - Pari al 8% del peso dell'obiettivo generale solo per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.</p> <p>2 - Pari al 10% del peso dell'obiettivo generale eccetto per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.</p>	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	4.3	Gestione dei ricoveri per frattura del femore, e parti cesarei
Descrizione indicatore	4.3.2	Proporzione di Parti con Taglio Cesareo Primario
Modalità di calcolo dell'indicatore	Protocollo Operativo Piano Nazionale Esiti/Programma Regionale Esiti (PREVALE)	
Soglie di valutazione	<p>L'indicatore è raggiunto, per le strutture con >1000 parti/anno, se rispettata almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 25% <p>L'indicatore è raggiunto, per le strutture con <1000 parti/anno, se rispettata almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 15% <p>Si fa riferimento all'indicatore "aggiustato" pubblicato nell'ambito del PREVALE - dati 2019</p>	
Peso	<p>1,5 - Pari al 8% del peso dell'obiettivo generale solo per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.</p> <p>2 - Pari al 10% del peso dell'obiettivo generale eccetto per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.</p>	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	4.4	Autosufficienza sangue e suoi derivati
Descrizione indicatore	4.4.1	Incremento del 5% dell'attività di raccolta nell'anno indice rispetto a quello dell'anno precedente
Modalità di calcolo dell'indicatore	Variazione percentuale del numero di unità di sangue raccolte nell'anno in corso rispetto al numero di unità di sangue raccolte nell'anno precedente. Si applica alle Aziende Ospedaliere dotate di SIMT Fonte dati: Centro Regionale Sangue.	
Soglie di valutazione	Raggiungimento del valore di incremento nella misura almeno del 5%.	
Peso	3 - Pari al 15% del peso dell'obiettivo generale solo per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini. 4 - Pari al 20% del peso dell'obiettivo generale eccetto per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	4.5	Degenza ospedaliera
Descrizione indicatore	4.5.1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiori a 135 annui
Modalità di calcolo dell'indicatore	Protocollo Operativo Piano Nazionale Esiti/Programma Regionale Esiti (PREValE)	
Soglie di valutazione	L'indicatore è raggiunto per le strutture ospedaliere che effettuano almeno 135 interventi per tumore maligno della mammella per reparto	
Peso	1,33 - Pari al 7% del peso dell'obiettivo generale solo per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini. 1,33 - Pari al 7% del peso dell'obiettivo generale eccetto per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	4.5	Degenza ospedaliera
Descrizione indicatore	4.5.2	Degenza media in medicina generale (codice 26)
Modalità di calcolo dell'indicatore	Numero di giornate di degenza ordinaria transitate in reparto di medicina generale (codice 26) sul numero di transiti in reparto di medicina generale.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a ≤ 9 giorni	
Peso	<p>1,33 - Pari al 7% del peso dell'obiettivo generale solo per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.</p> <p>1,33 - Pari al 7% del peso dell'obiettivo generale eccetto per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.</p>	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	4.5	Degenza ospedaliera
Descrizione indicatore	4.5.3	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico
Modalità di calcolo dell'indicatore	Numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico/ totale dei ricoveri diurni con DRG medico.	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a $\leq 36\%$	
Peso	<p>1,34 - Pari al 7% del peso dell'obiettivo generale solo per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.</p> <p>1,34 - Pari al 7% del peso dell'obiettivo generale eccetto per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.</p>	

Obiettivo generale	4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera
Obiettivo specifico	4.6	Implementazione della Rete Ictus
Descrizione indicatore	4.6.1	Operatività in h24 Neuroradiologia Interventistica
Modalità di calcolo dell'indicatore	<p>Valutazione della operatività in h24 per 365 giorni l'anno, sulla base della dotazione di personale in servizio presso l'Hub al 31/12/2018. L'attività notturna e festiva può essere svolta anche in pronta disponibilità sostitutiva. Il giudizio sulla operatività è formulato dall'Area Regionale competente in materia.</p> <p>Fonte dati: documentazione trasmessa dal centro Hub all'area regionale competente.</p> <p>Indicatore applicabile solo a Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I e Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.</p>	
Soglie di valutazione	Raggiungimento della operatività in h24 entro il 31 dicembre 2018.	
Peso	3 - Pari al 15% del peso dell'obiettivo generale solo per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Umberto I, San Camillo Forlanini.	

Obiettivo generale	5	Patrimonio edilizio e tecnologico
Obiettivo specifico	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento
Descrizione indicatore	5.1.1	Invio progetti per gli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018
Modalità di calcolo dell'indicatore	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se (per gli interventi di cui alla DGR 861/2017 e DGR 180/2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> • sarà presentato l'aggiornamento del cronoprogramma attuativo sul sistema documentale ALFRESCO: dicembre 2019; • sarà presentata la relazione sullo stato attuativo delle fasi procedurali, relativamente a tutte le schede di cui alle DGR suindicate: giugno 2019; • sarà presentato all'Area competente il progetto degli interventi di cui alla DGR 861/2017 e DGR 180/2018 secondo le tempistiche di cui alla nota Regione Lazio 428986 del 13/7/2018 (la determinazione regionale di approvazione esecutiva entro il 09/03/2020): non oltre ottobre 2019 <p>Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto</p>	
Soglie di valutazione	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 100%	
Peso	5 - Pari al 100% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	6	Donazione di organi e tessuti
Obiettivo specifico	6.1	Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo
Descrizione indicatore	6.1.1	Numero delle segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali acuti al Centro regionale Trapianti
Modalità di calcolo dell'indicatore		L'indicatore è dato come il numero delle segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali acuti (Diagnosi principale o prima diagnosi secondaria con codici ICD9-CM (versione 2007): 191-192-225-320-323-348.1-348.4-348.5-430-431-432-433-434-800 - 801-803-804-851-852-853-854) verificatisi nei reparti di rianimazione. Fonte dei dati: Centro Regionale Trapianti
Soglie di valutazione		L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a <ul style="list-style-type: none"> • 50% entro il 31 Dicembre per gli ospedali con neurochirurgia • 30% entro il 31 Dicembre per gli ospedali senza neurochirurgia
Peso		2,5 - Pari al 50% del peso dell'obiettivo generale

Obiettivo generale	6	Donazione di organo e tessuti
Obiettivo specifico	6.2	Incremento delle donazioni di tessuti
Descrizione indicatore	6.2.1	Numero di donazioni totali di tessuti per allotrapianto rispetto al numero dei decessi totali in ospedale
Modalità di calcolo dell'indicatore		L'indicatore è dato come il numero di donazioni totali di tessuti per allotrapianto rispetto al numero dei decessi totali in ospedale. Fonte dei dati: Centro Regionale Trapianti
Soglie di valutazione		L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a $\geq 4\%$ entro il 31 Dicembre
Peso		2,5 - Pari al 50% del peso dell'obiettivo generale

Indicatori Obiettivo per l'ARES 118

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario												
Obiettivo specifico	1.1	Budget 2019												
Descrizione indicatore	1.1.1	Risorse aggiuntive rispetto al budget concordamenti												
Modalità di calcolo dell'indicatore	((Risultato d'esercizio Consuntivo 2019 - Risultato d'esercizio Budget 2019)/ Risultato d'esercizio Budget 2019))													
Soglie di valutazione	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Risultato</th> <th>% raggiungimento obiettivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>0,01% e 0,02%</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>0,21% e 0,4%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>0,41% e 0,6%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>> 0,6%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Le soglie di valutazione potranno subire delle variazioni a conclusione del processo di concordamento del budget 2019 con le singole Aziende</p>		Risultato	% raggiungimento obiettivo	0%	100%	0,01% e 0,02%	75%	0,21% e 0,4%	50%	0,41% e 0,6%	25%	> 0,6%	0%
Risultato	% raggiungimento obiettivo													
0%	100%													
0,01% e 0,02%	75%													
0,21% e 0,4%	50%													
0,41% e 0,6%	25%													
> 0,6%	0%													
Peso	20 - Pari al 40% del peso dell'obiettivo generale													

Obiettivo generale	1	Economico Finanziario
Obiettivo specifico	1.2	Tempi di pagamento
Descrizione indicatore	1.2.1	Riduzione del tempo medio di pagamento rispetto all'anno precedente
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore è calcolato considerando come tempo massimo per il pagamento 30 gg. Le soglie di valutazione, ai fini del calcolo del ritardo nel pagamento, pertanto, sono applicate al netto del suddetto termine.	
Soglie di valutazione	<ol style="list-style-type: none"> 1) 90% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi 1 e 10 giorni 2) 75% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 11 e 30 giorni 3) 50% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra 31 e 60 giorni 4) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo 	
Peso	30 - Pari al 60% del peso dell'obiettivo generale	

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 provenienti dalla CUR NUE 112 finalizzate al passaggio dell'utente in fonia alle quali si è data risposta pari o 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 al 80% ≥ 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto	
Peso	7,5 - Pari al 50% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	2	Tempi di intervento
Obiettivo specifico	2.2	Contenimento del tempo intercorrente tra il termine dell'intervista telefonica all'utente e l'attivazione del mezzo di soccorso in caso di codice rosso
Descrizione indicatore	2.2.1	Tempo medio di attivazioni del mezzo di soccorso per il raggiungimento del target, in caso di codice rosso, pari o inferiore a 3 minuti
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore viene calcolato sulla base del tempo medio di attivazione del primo mezzo di soccorso negli interventi effettuati con esito intervista telefonica "codice rosso"	
Soglie di valutazione	≥ 90% obiettivo raggiunto al 100% ≥ 80% obiettivo raggiunto al 80% ≥ 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto	
Peso	7,5 - Pari al 50% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	3	Centralizzazione paziente critico
Obiettivo specifico	3.1	Applicazione Protocollo TELEMED
Descrizione indicatore	3.1.1	Trasporto diretto in emodinamica dei pazienti con ECG positivo per STEMI, effettuato dal mezzo ARES 118 al target
Modalità di calcolo dell'indicatore		L'indicatore viene calcolato sulla base del numero totale di pazienti gestiti con sistema TELEMED che hanno presentato un ECG, refertato dal Centro di Refertazione Regionale, positivo per STEMI e centralizzati presso una struttura ospedaliera con emodinamica
Soglie di valutazione		≥ 90% obiettivo raggiunto al 100% ≥ 80% obiettivo raggiunto al 80% ≥ 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto
Peso		6 - Pari al 40% del peso dell'obiettivo generale

Obiettivo generale	3	Centralizzazione paziente critico
Obiettivo specifico	3.2	Implementazione Rete Ictus
Descrizione indicatore	3.2.1	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 sulla 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 <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 60% obiettivo raggiunto al 100% • < 60% obiettivo non raggiunto
Peso		4,5 - Pari al 30% del peso dell'obiettivo generale

Obiettivo generale	3	Centralizzazione paziente critico
Obiettivo specifico	3.3	Centralizzazione paziente con trauma maggiore
Descrizione indicatore	3.3.1	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 al 80% ≥ 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto	
Peso	4,5 - Pari al 30% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	4	Sistema Informatico
Obiettivo specifico	4.1	Nuova Piattaforma Tecnologica ARES 118 (SIE 118)
Descrizione indicatore	4.1.1	Implementazione Nuova Piattaforma Tecnologica ARES 118 (SIE 118)
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore viene calcolato sull'operatività della Nuova Piattaforma Tecnologica SIE 118 in sostituzione della precedente presso le Centrali Operative dell'Emergenza Sanitaria	
Soglie di valutazione	≥ 100% obiettivo raggiunto al 100% ≥ 80% obiettivo raggiunto al 80% ≥ 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto	
Peso	10 - Pari al 100% del peso dell'obiettivo generale	

Obiettivo generale	5	Minor ricorso Enti Esterni
Obiettivo specifico	5.1	Minore ricorso ad Enti Esterni in Implementazione Estemporanea
Descrizione indicatore	5.1.1	Contenimento attivazione mezzi di soccorso esterni in sostituzione (cosiddetta "a SPOT")
Modalità di calcolo dell'indicatore	L'indicatore viene calcolato sulle ore di attivazione di mezzi di soccorso esterni in sostituzione (cosiddetta "a SPOT") uguale o minore alle ore di attivazione dell'anno 2017 (ore di attivazione anno 2017 totale 177.705)	
Soglie di valutazione	≥ 100% obiettivo raggiunto al 100% ≥ 80% obiettivo raggiunto al 80% ≥ 70% obiettivo raggiunto al 65% ≥ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto	
Peso	10 - Pari al 100% del peso dell'obiettivo generale	

Copia