

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

DECRETO N. DEL

OGGETTO: Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per gli anni 2016-2017.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e ss. mm. e ii., recante la disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio, della dirigenza e del personale regionale;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 e ss. mm. ed ii., concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale;

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"*";
- L'art. 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e in particolare il comma 88, il quale 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*;

DATO ATTO, che:

- con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, 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;
- con deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'1 dicembre 2014, l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato sub commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- con Deliberazione della Giunta regionale 14 dicembre 2015 n. 723, è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione Regionale "Salute e Politiche Sociali" al dott. Vincenzo Panella;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

Segue decreto n. _____

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

VISTO 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'art. 3-bis comma 5, il quale prevede che “*al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei Direttori stessi*”;
- l'articolo 3 bis comma 6, il quale dispone che la procedura ivi prevista per la verifica dei risultati aziendali conseguiti e del raggiungimento degli obiettivi sia applicata in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del Direttore generale;
- l'articolo 3 bis commi 7 e 7bis, i quali prevedono, tra l'altro, la risoluzione del contratto del direttore generale e la decadenza dello stesso nei casi di grave disavanzo, di violazione dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione ed il mancato conseguimento degli obiettivi di salute;

VISTI:

- 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 ed, 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

VF

Segue decreto n. _____

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

contrattuale e comporta l'applicazione dell'articolo 3 bis, comma 7, del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., con la previsione della decadenza automatica dei direttori generali;

- l'art.4, comma 4 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni in Legge 8 novembre 2012, n.189, che stabilisce: "*Ciascuna regione promuove, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in raccordo con il programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e con il coinvolgimento dei direttori di dipartimento*";
- il decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 e ss. mm. ed ii., recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria;
- il Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 286 "*Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59*";
- l'art.1, commi 73-76 della Legge Regionale del Lazio 11 agosto 2008 n.14 e s.m. ed i.;
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e successive modifiche e integrazioni;

VISTO l'articolo 4 del decreto legge 1° ottobre 2007, n.159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modificazioni e in particolare il comma 2, il quale prevede che il Commissario *ad acta*, al fine di garantire l'attuazione del Piano di rientro, possa disporre motivatamente la sospensione dalle funzioni in atto dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e delle aziende ospedaliere universitarie nonché la loro sostituzione;

PRESO ATTO che con Atto di Organizzazione n. G03680 del 13 aprile 2016 si è provveduto ad una profonda riorganizzazione della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, conseguente alla ristrutturazione dell'intero apparato regionale per l'ottimizzazione delle procedure ed il riordino delle competenze;

PRESO ATTO del Decreto del Commissario ad Acta n. U00606 del 30 dicembre 2015, recante: "*Attuazione dei Programmi Operativi 2013 – 2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. "Roma 1" e "Roma 2". Soppressione delle*

Segue decreto n. _____

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

AA.SS.LL. "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E". Ridenominazione delle AA.SS.LL. "Roma D" come "Roma 3", "Roma F" come "Roma 4", "Roma G" come "Roma 5" e "Roma H" come "Roma 6" con il quale, a far data dal 1° gennaio 2016 si è avviata una profonda riorganizzazione delle Aziende Sanitarie Locali del Lazio;

CONSIDERATO che detta riorganizzazione ha inciso significativamente sugli assetti gestionali e operativi delle ASL, rendendo di fatto necessaria una attenta ridefinizione degli atti regionali afferenti all'operato dei Direttori generali;

VISTO l'atto di organizzazione della Direzione Salute e Politiche Sociali approvato con Delibera n. G03680 del 13 aprile 2016, modificato con Delibera n. G04602 del 5 maggio 2016, con cui la competenza in materia di obiettivi dei Direttori Generali delle ASL è stata assegnata all'Area Pianificazione e controllo strategico, verifiche e accreditamenti;

CONSIDERATO che, in adempimento alle norme relative al Piano di Rientro, la Regione Lazio ha elaborato, all'inizio del 2016, il Programma Operativo 2016/2018;

DATO ATTO che la proposta del nuovo Programma Operativo 2016/2018 è stata trasmessa ai Ministeri Vigilanti con nota prot. n. 1949/CZ del 20 luglio 2016;

PRESO ATTO che, successivamente alla trasmissione di cui sopra, i Ministeri affiancanti, con nota del 12 ottobre 2016 prot. n. 2048CZ, hanno chiesto alla Regione di apportare alcune modifiche al richiamato Programma Operativo 2016/2018;

PRESO ATTO che tale richiesta è stata recepita dalla Regione Lazio che, con nota del 5 dicembre 2016 prot. n. 605088 ha trasmesso ai Ministeri affiancanti la nuova versione del citato Programma Operativo 2016/2018;

VISTO 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"*;

CONSIDERATA l'importanza strategica delle azioni e degli obiettivi previsti nel "Programma Straordinario", contenuto nel citato Programma Operativo 2016-2018;

RITENUTO che le azioni considerate prioritarie dal sopramenzionato "Programma straordinario", debbano costituire oggetto di valutazione regionale dell'operato dei direttori generali;

CONSIDERATO che obiettivo principale del nuovo programma operativo 2016/2018 è quello di sviluppare una organizzazione dei servizi rispondente ai fabbisogni di

Segue decreto n. _____

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

assistenza, rispettando l'esigenza di impiegare al meglio le risorse disponibili, individuando manovre di contenimento dei costi nelle "aree di inefficienza" e di sviluppo per interventi di ammodernamento e potenziamento delle infrastrutture e valorizzazione delle *best practices*;

CONSIDERATO che gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali devono essere coerenti con il programma Operativo e che, pertanto, la redazione del medesimo nei termini di cui sopra, ha reso possibile l'elaborazione e l'assegnazione dei richiamati obiettivi;

CONSIDERATO, pertanto, che per una efficace e adeguata realizzazione delle linee di intervento previste dal nuovo programma operativo 2016/2018, si è resa opportuna una fase di analisi delle azioni poste in essere dalle Aziende a chiusura del programma operativo 2013/2015, indispensabile per procedere ad un aggiornamento degli obiettivi da assegnare ai direttori generali in coerenza con le indicazioni contenute nel nuovo programma operativo e con i nuovi obiettivi contrattuali;

CONSIDERATO inoltre che nella riunione del 12 luglio 2016, è stato presentato ai direttori generali il nuovo "sistema obiettivi", articolato su due principali categorie di obiettivi:

- contrattuali generali riferiti al mandato del direttore generale;
- contrattuali di salute e funzionamento dei servizi da assegnare annualmente ai direttori generali.

PRESO ATTO che in coerenza con l'articolazione del nuovo sistema obiettivi, con Deliberazione di Giunta regionale n. 573 del 7 ottobre 2016 sono stati individuati i nuovi obiettivi da assegnare ai direttori generali all'atto della stipula del contratto;

CONSIDERATO, inoltre, che il modello del nuovo sistema obiettivi prevede una diversa modalità di monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi stessi, legata anche ad un confronto periodico e costruttivo con le Aziende sanitarie;

RAVVISATA, pertanto, la necessità di procedere alla verifica dei risultati aziendali conseguiti e del raggiungimento degli obiettivi considerando complessivamente gli anni 2016 e 2017, al fine di valutare sia la fase di chiusura dei programmi operativi 2013-2015, sia quella di avvio del nuovo programma operativo;

RAVVISATA la necessità di assegnare ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR obiettivi economico gestionali, di salute e funzionamento dei servizi che siano finalizzati, ai sensi delle disposizioni sopra richiamate, all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico 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 dai suddetti nuovi Programmi Operativi;

Segue decreto n. _____

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

VISTO il DCA n. U00248 del 12 giugno 2015, con il quale si provvedeva, tra l'altro, per l'anno 2015:

- all'assegnazione degli obiettivi per l'anno in corso;
- all'approvazione del "Regolamento in materia di criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai Direttori Generali delle Aziende del SSR"

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 3 bis, comma 5, del d.lgs. 502/1992, adottare nuove procedure di valutazione con il regolamento di cui all'Allegato A del presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;

RITENUTO, altresì, necessario definire per ciascun obiettivo da assegnare ai Direttori generali, gli indicatori, i risultati attesi e quelli minimi accettabili, il peso strategico o punteggio da attribuire in caso di integrale raggiungimento;

PRESO ATTO che una parte significativa degli obiettivi assegnati ai Direttori generali per l'anno 2015 aveva ad oggetto attività rilevanti svolte anche nel 2016;

PRESO ATTO altresì che gli obiettivi e le attività di cui sopra trovano rispondenza anche in alcuni obiettivi relativi all'anno 2017;

CONSIDERATA la necessità di assicurare una valutazione obiettiva ed uniforme che, in ragione della fase di passaggio dal Programma operativo 2013 – 2015 al Programma operativo 2016 – 2018, tenga conto delle attività poste in essere nell'anno 2016 vagliandole alla luce di quanto disposto nei richiamati atti programmatori;

PRESO ATTO che i sopra menzionati obiettivi assegnati ai Direttori Generali, per il 2017, sono integralmente riportati nell'allegato B al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;

RITENUTO pertanto opportuno confermare per il 2016 gli obiettivi assegnati per il 2015, limitatamente a quelli presenti anche nell'allegato B di cui al presente Decreto;

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, equivalente al riconoscimento della intera quota integrativa e che sarà dovuto in misura proporzionale alla durata dell'incarico;

PRESO ATTO che l'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico non debba essere prevista qualora il direttore generale sia dichiarato decaduto per cause riconducibili, relativamente all'annualità oggetto di valutazione, alle fattispecie indicate

Segue decreto n. _____

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

nell'art. 3 bis, comma 7, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., nonché qualora emerga una valutazione negativa che, per una delle cause previste nel relativo contratto, determini la cessazione del rapporto;

DECRETA

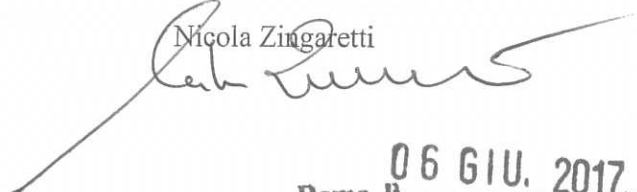
per le motivazioni espone in premessa, che integralmente si richiamano:

1. di confermare per il 2016 gli obiettivi assegnati, con il citato DCA n. 248/2015 per l'anno 2015, limitatamente a quelli presenti anche nell'allegato B di cui al presente Decreto;
2. di assegnare ai Direttori Generali delle ASL, AO, ARES 118 ed IRCCS di diritto pubblico gli obiettivi di salute e funzionamento di ordine sanitario per l'anno 2017;
3. di approvare l'Allegato A, che forma parte integrante 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*";
4. di approvare l'Allegato B, che forma parte integrante del presente decreto, denominato "*Obiettivi di salute e funzionamento di ordine sanitario*", nel quale sono indicati, per ciascuna Azienda, gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, ivi compresi gli indicatori, i pesi, i risultati attesi, nonché la procedura da osservare e le Aree della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali preposte alla valutazione degli obiettivi assegnati;
5. di stabilire, per gli anni 2016 e 2017 il riconoscimento di una quota integrativa del trattamento economico nei limiti percentuali di cui all'art. 1, comma 5, del DPCM 502/1995 e s.m.i., da porre direttamente a carico dei bilanci aziendali;
6. di stabilire che il riconoscimento della quota integrativa del trattamento economico deve essere valutato anche alla luce del contributo delle singole Aziende al raggiungimento delle azioni previste nel "Programma Straordinario";
7. di stabilire che gli allegati A e B, parte integrante del presente provvedimento, potranno essere integrati laddove si renda necessario per esigenze connesse alla programmazione regionale e/o a sopravvenute norme di legge;
8. di pubblicare il presente Decreto nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e di disporre la notificazione a tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie, Fondazione Policlinico Tor Vergata, I.R.C.C.S. di diritto pubblico, ARES 118).

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 COMMISSARIO AD ACTA

Nicola Zingaretti



Roma, li 06 GIU. 2017



Allegato A

Allegato "*A*" al DECRETO N. *00214/2017*

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

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 strutture sanitarie universitarie:**

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 -SG

❖ **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 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per gli anni 2016-2017"*, che assegna, per gli anni 2016 e 2017, gli obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende del SSR per la relativa valutazione.
3. Il Le procedure di valutazione disciplinate dal presente Regolamento si applicano, in quanto compatibili, anche per la valutazione prevista dall'art. 3 bis, comma 6, del d. lgs. 502/1992, alla scadenza dei 18 mesi dalla nomina.

4. In questa prima fase, il nuovo sistema obiettivi si sviluppa nell'arco del biennio 2016-2017 e si propone, nei termini di cui al presente DCA, di valutare l'attività svolta dai direttori generali delle aziende del servizio sanitario nel corso del 2016 e del 2017, con valutazione separata per ciascun anno.
5. Per l'anno 2016 gli obiettivi saranno valutati laddove gli stessi (già assegnati per il 2015 con il DCA n. 248/2015) risultino presenti nella griglia obiettivi 2017.

Art. 2 – OBIETTIVI

1. Gli obiettivi 2017 assegnati 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 Operativa 2016-2018, in fase di approvazione ad opera dei Ministeri affiancanti al momento della redazione del presente regolamento.
2. Gli obiettivi assegnati, sia quelli assegnati per il 2016 sia quelli assegnati per il 2017, sono articolati in:
 - **Obiettivi sanitari** relativi ai seguenti argomenti:
 - Prevenzione
 - Assistenza territoriale
 - Autosufficienza sangue e derivati
 - Funzionamento Pronto Soccorso
 - Appropriatelyzza ricoveri ospedalieri
 - Esiti e appropriatezza clinica
 - **Obiettivi organizzativi** relativi ai seguenti argomenti:
 - Patrimonio immobiliare e tecnologie sanitarie
 - Gestione Personale
 - Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente
 - Appropriatelyzza clinica
3. Alcuni obiettivi, per la loro specificità, sono declinati per singola Azienda Sanitaria e/o per tipologia di azienda (territoriale/ospedaliera).
4. L'insieme degli obiettivi assegnati costituirà il parametro per la valutazione dei Direttori Generali, secondo quanto previsto nel presente Regolamento.
5. Per l'anno 2017 potrà essere inoltre definito, anche in corso d'anno, ad opera della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, un obiettivo specifico relativo ad una questione particolarmente rilevante. La verifica del raggiungimento di tale obiettivo determinerà l'accesso alla valutazione complessiva del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente.
6. 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.

7. 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 Politiche Sociali, con conseguente riparametrazione dei pesi attribuiti agli altri obiettivi. In caso di mancata rimodulazione nei termini di cui sopra, sarà cura della citata Direzione Salute e Politiche Sociali definire l'utilizzo dei richiamati pesi nell'ambito di una complessiva valutazione dei singoli casi.
8. Gli obiettivi relativi all'anno 2016 saranno valutati, per uniformità, con i punteggi indicati nell'allegato B del presente provvedimento.

Art. 3 – PROCEDURA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

1. E' prevista una attività di monitoraggio che si realizzerà anche attraverso *auditing* tra le Aree della Direzione Salute e Politiche Sociali competenti per materia - con il supporto tecnico di Agenas in vigenza di convenzione - ed i competenti Uffici di ciascuna Azienda allo scopo di chiarire e superare eventuali criticità nella compilazione delle schede relative al grado di raggiungimento degli obiettivi. Compatibilmente con le caratteristiche proprie dei singoli obiettivi, in preparazione degli incontri di monitoraggio, i Direttori Generali predisporranno e invieranno via mail alla Direzione Salute e Politiche Sociali un documento di sintesi rispetto allo stato di avanzamento sugli obiettivi con evidenza delle eventuali criticità e indicazione prospettica sul livello atteso di raggiungimento degli stessi al termine dell'anno di riferimento. Se necessario, a supporto di tale attività, i Direttori Generali accompagneranno il documento di sintesi con la documentazione ritenuta utile o richiesta dalla stessa Direzione Salute e Politiche Sociali. Entro 30 giorni dalla fine del monitoraggio di cui sopra, ciascuna Azienda dovrà inviare la relazione finale corredata dalle schede compilate, dal file riepilogativo e da tutta la documentazione attestante il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati.
2. La Direzione Salute e Politiche Sociali provvederà a definire un calendario di incontri con ciascuna Azienda per le attività legate al monitoraggio periodico.
3. Il referente individuato dalla Direzione per le suddette attività di monitoraggio è il Dirigente dell'Area Pianificazione Strategica, Verifica e Controlli Attività Sanitaria - che in sede di monitoraggio, sia periodico che finale - potrà chiedere integrazioni, chiarimenti e/o supporti documentali ulteriori rispetto a quelli eventualmente già inviati.
4. Ai fini della valutazione finale e dell'attribuzione del punteggio da assegnare, i Direttori Generali dovranno inviare, seguendo le indicazioni operative che saranno fornite dalla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali esclusivamente in modalità digitale, un documento di sintesi sul raggiungimento di tutti gli obiettivi assegnati, una relazione sintetica che lo accompagni 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.

5. Tenendo conto delle tempistiche di approvazione dei bilanci, la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, avvalendosi delle aree regionali competenti, del Dipartimento di Epidemiologia del SSR/ASL RME e del supporto tecnico di Agenas in vigenza di convenzione, fornirà all'OIV Regionale, per il seguito di competenza, le risultanze della propria valutazione ("RELAZIONE DELLA DIREZIONE REGIONALE") in ordine al raggiungimento degli obiettivi.
6. Al termine del procedimento di valutazione, la quota percentuale del trattamento economico riconosciuta dalla Regione Lazio verrà comunicata alle direzioni generali aziendali

Art. 4 - ESITO DELLE VALUTAZIONI

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, equivalente al riconoscimento 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. Gli obiettivi contrattuali di salute e funzionamento incideranno sulla premialità dei DG 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 dell'intero importo di premialità predefinito oltre a determinare quanto previsto dalle normative nazionali e atti regionali vigenti, per cui, al di sotto della soglia minima di 60 punti non è consentito l'accesso alla quota integrativa, mentre al di sopra dei 60 punti la quota integrativa è incrementata in misura percentuale predefinita per ogni punto in più da 60 a 100.
3. 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.
4. 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.
5. 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., e quantificata nel 7% della retribuzione annua.

Art. 5 - SCHEDE DI VALUTAZIONE

1. La "SCHEDE OBIETTIVI" (cfr. Allegato B al Decreto) definisce gli obiettivi assegnati per ciascuna azienda del SSR. A ciascun obiettivo assegnato, come sopra precisato, viene attribuito un peso o punteggio. Il totale dei pesi o punteggi corrisponde a 100/100.

2. 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, ovvero, nei casi di maggiore gravità, sulla decadenza dei Direttori Generali.

Art. 6 - TRASPARENZA DEI RISULTATI

1. L'esito della valutazione sarà comunicato agli interessati e verrà pubblicato, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trasparenza, sul portale regionale.

Art. 7 – VALUTAZIONE DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVI E DEI DIRETTORI SANITARI DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

1. I Direttori Generali delle Aziende del SSR sono tenuti ad assegnare ai rispettivi Direttori Amministrativi e Sanitari obiettivi specifici armonizzati con il presente provvedimento, comunque condizionando l'attribuzione pro-quota, del trattamento integrativo al conseguimento di una percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi non inferiore al 60%.

Art. 8 - NORMA DI RINVIO

1. Per quanto non previsto dal presente Regolamento si rinvia al D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e al Regolamento Regionale n. 1 del 2002 e ss. mm. e ii.

Allegato " § " al DECRETO N. 00216/2017

**OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO
di ORDINE SANITARIO**

ASL – AO – IRCCS

Obiettivi 2016 e 2017

PREVENZIONE DELLA SALUTE

OBIETTIVO n° 1: Area PREVENZIONE della SALUTE	
DESCRIZIONE e ARTICOLAZIONE	<p>Nel corso della vigenza del Programma Operativo 2013-2015, come attestato dal Tavolo di Verifica, sono stati conseguiti importanti obiettivi di miglioramento nell'ambito della prevenzione, pur permanendo situazioni di criticità per gli Screening oncologici e le vaccinazioni, che con il nuovo Programma Operativo 2016-2018 si intendono superare, consolidando e migliorando contemporaneamente i risultati raggiunti ai fini dell'erogazione dei LEA.</p> <p>Pertanto sono stati individuati i seguenti sub obiettivi e relativi indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Miglioramento delle coperture degli screening oncologici 2) Miglioramento delle coperture vaccinali previste per la vaccinazione MPR (Morbilli – Parotite - Rosolia) e adozione dell'offerta attiva delle vaccinazioni come standard operativo per l'età evolutiva.
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 7 • 2017: 7
PESO AO	<i>non applicabile</i>
PESO IRCCS	<i>non applicabile</i>

SUB OBIETTIVO n° 1.1 - COPERTURA TEST SCREENING ONCOLOGICI

	<p>I programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto sono interventi di sanità pubblica basati su solide evidenze scientifiche che hanno come obiettivo la riduzione di incidenza e/o mortalità per tali neoplasie.</p> <p>Al fine di riorganizzare l'offerta dei test di prevenzione per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto ed integrare lo screening opportunistico erogato sulla stessa fascia di popolazione oggetto degli screening oncologici, la Regione Lazio ha emanato il DCA U00191 del 14 maggio 2015 attraverso il quale ha definito i bacini di utenza e i requisiti minimi dei centri, allo scopo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse di personale e strumentali e permettere la riorganizzazione dei parte delle ASL.</p> <p>Dal confronto dei dati 2015 vs 2014 si osserva sui tre programmi di screening un aumento della copertura dei test insufficiente per il raggiungimento dell'adempimento LEA.</p> <p>Alla luce di quanto sopra riportato si ripropone l'indicatore di copertura test (indicatore LEA) per i tre programmi di screening.</p> <p>1.1. screening del tumore della mammella: aumento del numero delle mammografie effettuate alle donne di età compresa tra i 50-69 anni, nello screening organizzato.</p> <p>1.2. screening del tumore della cervice uterina: aumento del numero di pap-test/test HPV-DNA effettuati alle donne di età compresa tra i 25-64 anni, nello screening organizzato.</p> <p>1.3. screening del tumore del colon retto: aumento del numero di test per la ricerca del sangue occulto fecale effettuati alla popolazione target (uomini e donne) di età compresa tra i 50-74 anni, nello screening organizzato.</p>
PESO ASL	• 2017: 4
PESO AO	<i>non applicabile</i>
PESO IRCCS	<i>non applicabile</i>

INDICATORE 1.1: copertura test screening mammografico

<p>L'obiettivo principale dei programmi di screening mammografico è diminuire la mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione invitata ad effettuare controlli periodici. Grazie all'anticipazione diagnostica non solo si possono ridurre i tassi di malattia diagnosticata in stadio avanzato, ma si può decisamente migliorare la qualità di vita delle pazienti, favorendo la diffusione di trattamenti di tipo conservativo. L'offerta della mammografia attraverso un programma organizzato rivolto in modo attivo a tutta la popolazione favorisce l'equità di accesso anche per le donne più svantaggiate o meno consapevoli dell'importanza della prevenzione secondaria. Il raggiungimento di tali obiettivi di salute, sulla popolazione target è strettamente legato alla copertura del programma di screening, ossia al numero delle mammografie erogate sulla popolazione bersaglio.</p>	
INDICATORE	Numero di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni) nel programma di screening organizzato, calcolate nel periodo di riferimento X 100
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017

	≥ 60%										
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo di partenza corrispondente allo score LEA. Se il valore dell'indicatore è inferiore alla soglia di partenza l'obiettivo si considera non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando la seguente scala di valori</p> <table border="1"> <tr> <td>scala</td> <td><35%</td> <td>35-49%</td> <td>50-59%</td> <td>≥ 60%</td> </tr> <tr> <td>score</td> <td>0</td> <td>0,6</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	scala	<35%	35-49%	50-59%	≥ 60%	score	0	0,6	1	2
scala	<35%	35-49%	50-59%	≥ 60%							
score	0	0,6	1	2							
TRACKING	Monitoraggio con periodicità semestrale attraverso il Sistema Informativo degli Screening Oncologici (SIPSOweb)										
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 2 										
PESO AO	non applicabile										
PESO IRCCS	non applicabile										
NOTE											
INDICATORE 1.2: copertura test screening cervicocarcinoma											
<p>Il programma di screening della cervice uterina è rivolto alle donne in fascia di età compresa tra 25-64 anni. Tale intervento di sanità pubblica, oltre alla riduzione della mortalità mira a ridurre l'incidenza del cervicocarcinoma, evidenziando le lesioni ad alto rischio di degenerazione neoplastica. Nel 2015 l'81% della popolazione target è stata invitata ad effettuare il test di screening, ma il tasso di adesione registrato è inferiore all'atteso (25% vs 40%, valore atteso). Tali risultati (incompleta estensione invito e bassa adesione al test) non garantiscono la corretta copertura di popolazione (indicatore LEA), essenziale a raggiungere gli obiettivi di salute prefissati. E' necessario riorientare lo screening opportunistico nei percorsi organizzati, per raggiungere adeguati tassi di adesione, garantendo appropriatezza e migliore utilizzo delle risorse.</p> <p>Nella Regione Lazio, si sta procedendo al passaggio al test HPV- DNA come test primario, già in uso presso alcune ASL.</p>											
INDICATORE	Numero di test di screening (pap-test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni) nel programma di screening organizzato, calcolati nel periodo di riferimento X100										
VALORE OBIETTIVO	<p>2016 e 2017</p> <p>≥ 50%</p>										

SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo di partenza corrispondente allo score LEA. Se il valore dell'indicatore è inferiore alla soglia di partenza l'obiettivo si considera non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando la seguente scala di valori:</p> <table border="1"> <tr> <td>scala</td> <td><24%</td> <td>25-39%</td> <td>40-49%</td> <td>≥ 50%</td> </tr> <tr> <td>Score</td> <td>0</td> <td>0,6</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	scala	<24%	25-39%	40-49%	≥ 50%	Score	0	0,6	1	2
scala	<24%	25-39%	40-49%	≥ 50%							
Score	0	0,6	1	2							
TRACKING	Monitoraggio con periodicità semestrale attraverso il Sistema Informativo degli Screening Oncologici (SIPSOweb)										
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> 2017 1 										
PESO AO	non applicabile										
PESO IRCCS	non applicabile										
NOTE											
INDICATORE 1.3: copertura test screening colon retto											
<p>Il programma di screening del colon retto è rivolto agli uomini e donne in fascia di età compresa tra 50-74 anni. Tale intervento di sanità pubblica, oltre alla riduzione della mortalità mira a ridurre l'incidenza della patologia, evidenziando le lesioni ad alto rischio di degenerazione neoplastica. Nel 2015 si è osservato un notevole aumento dell'estensione invito che ha raggiunto il 74% della popolazione target; il tasso di adesione al test di screening per la ricerca del sangue occulto fecale è notevolmente inferiore all'atteso (22.5% vs 45%, valore atteso). Tali risultati (incompleta estensione invito e bassa adesione al test) non garantiscono la corretta copertura di popolazione (indicatore LEA), essenziale a raggiungere gli obiettivi di salute prefissati. E' necessario riorientare lo screening opportunistico nei percorsi organizzati, per raggiungere adeguati tassi di adesione, garantendo appropriatezza e migliore utilizzo delle risorse.</p>											
INDICATORE	Numero di test di screening per la ricerca del sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni) nel programma di screening organizzato, calcolati nel periodo di riferimento X100										
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 ≥ 50%										
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto a partire da un valore minimo di partenza corrispondente allo score LEA. Se il valore dell'indicatore è inferiore alla soglia di partenza l'obiettivo si considera non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando la seguente scala di valori</p> <table border="1"> <tr> <td>scala</td> <td><24%</td> <td>25-44%</td> <td>45-49%</td> <td>≥ 50%</td> </tr> <tr> <td>score</td> <td>0</td> <td>0,6</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	scala	<24%	25-44%	45-49%	≥ 50%	score	0	0,6	1	2
scala	<24%	25-44%	45-49%	≥ 50%							
score	0	0,6	1	2							

TRACKING	Monitoraggio con periodicità semestrale attraverso il Sistema Informativo degli Screening Oncologici (SIPSOweb)
PESO ASL	• 2017 1
PESO AO	non applicabile
PESO IRCCS	non applicabile
NOTE	

SUB OBIETTIVO N. 1.2 - MIGLIORARE E CONSOLIDARE LA COPERTURA VACCINALE PREVISTA PER LA VACCINAZIONE MPR (MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA) E ADOTTARE L'OFFERTA ATTIVA DELLE VACCINAZIONI COME STANDARD OPERATIVO PER L'ETÀ EVOLUTIVA

In Italia la copertura vaccinale per MPR è ancora lontana dal 95%, valore necessario a garantire il controllo della malattia e la sua successiva eliminazione. Infatti, dopo un aumento delle coperture vaccinali registrato dall'avvio del Piano Nazionale di eliminazione nel 2003, dal 2007 la copertura vaccinale contro il morbillo e la rosolia si è assestata intorno al 90%, con minime variazioni da un anno all'altro, fino agli anni 2013-14 quando addirittura è scesa a poco meno dell'87%. Nel Lazio si è scesi dal 90,9% del 2013 all'88,5% del 2014. Diventa necessario quindi sostenere una estesa campagna di vaccinazione della popolazione <2 anni di età, prevista dal PRP 2014-18 tra i principali interventi perseguibili.

Altresì, nonostante la disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci e i sostanziali progressi compiuti sul fronte della riduzione delle malattie prevenibili mediante vaccinazione, l'esecuzione delle vaccinazioni raccomandate e l'accettazione delle stesse da parte dell'utenza continuano a rappresentare fattori di fondamentale importanza per ridurre ulteriormente ed eliminare le cause di morbilità e mortalità prevenibili mediante vaccinazione. Nel corso degli ultimi anni si assiste ad un graduale peggioramento degli indicatori di efficacia dell'attività vaccinale con un calo delle coperture vaccinali che corre il rischio di vanificare i risultati sin qui raggiunti. La chiamata attiva alle vaccinazioni e i solleciti per chi non si presenta all'appuntamento sono tra le azioni di comprovata efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali. Tale "buona pratica", realizzata attraverso l'invio di appositi promemoria (telefonici, epistolari) e la corretta e tempestiva identificazione degli inadempienti rappresenta pertanto una modalità di offerta vaccinale "fortemente raccomandata" all'interno del PRP 2014-2018, e la sua progressiva implementazione è ivi indicata tra i principali obiettivi di processo perseguibili.

INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR N. nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita
VALORE OBIETTIVO	<p>2016</p> <ol style="list-style-type: none"> 95% copertura per vaccinazione MPR 60% nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita <p>2017</p> <ol style="list-style-type: none"> 95% copertura per vaccinazione MPR 80% nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita

SCALA	1.	<table border="1"> <tr> <td>scala</td> <td>≤ 91,9%</td> <td>92 – 94,9%</td> <td>≥ 95%</td> </tr> <tr> <td>score</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>			scala	≤ 91,9%	92 – 94,9%	≥ 95%	score	0	1	2
	scala	≤ 91,9%	92 – 94,9%	≥ 95%								
score	0	1	2									
	2. SI/NO - Punti 2											
TRACKING	Monitoraggio semestrale e valutazione annuale, ad opera del Seresmi attraverso i flussi informativi dalle anagrafi vaccinali aziendali											
PESO ASL	• 2017: 3											
PESO AO	<i>non applicabile</i>											
PESO IRCCS	<i>non applicabile</i>											
NOTE												

ASSISTENZA TERRITORIALE

OBIETTIVO n°2: Assistenza territoriale

DESCRIZIONE e ARTICOLAZIONE	<p>La Regione Lazio intende proseguire nelle azioni di qualificazione e potenziamento dell'assistenza territoriale. A tal fine occorre realizzare un sistema integrato di interventi e servizi sanitari, sociali e sociosanitari che trova la sua compiuta attuazione nella rete dei servizi territoriali finalizzati alla promozione della tutela sanitaria, sociale e sociosanitaria delle persone in condizioni di bisogno, delle fasce di popolazione deboli e per rispondere agli emergenti bisogni di salute in un quadro demografico ed epidemiologico in evoluzione.</p> <p>Pertanto sono stati individuati i seguenti sub obiettivi e relativi indicatori:</p> <p>2.1 Potenziamento dell'assistenza domiciliare: raggiungimento a livello regionale della copertura di almeno il 4% della popolazione di età uguale o superiore a 65 anni seguita in assistenza domiciliare come previsto dagli standard LEA..</p> <p>2.2 Avvio in esercizio del Sistema Informativo di Assistenza Territoriale della Regione Lazio – SIAT nelle Aziende Sanitarie Locali: per l'anno 2016 si prevede l'attivazione del sistema presso tutte le Aziende Sanitarie Locali, con utilizzo della metodologia InterRai</p> <p>2.3 Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali: progressiva presa in carico a livello territoriale delle persone con patologia cronica con gestione integrata del percorso tra medico di medicina generale e ambito specialistico.</p>
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 13 • 2017: 13
PESO AO	<i>non applicabile</i>
PESO IRCCS	<i>non applicabile</i>

SUB-OBIETTIVO n°2.1: Potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI)

Lo standard previsto dalla griglia di valutazione dell'adempimento LEA, per l'indicatore *Percentuale anziani assistiti in assistenza domiciliare di età ≥ 65 anni* è pari a $\geq 1,8$; il valore espresso dal Lazio nel 2014 è pari a 0,80 (dovuto in parte a sottostima sistema informativo – SIAD). Da una rianalisi dei dati effettuata successivamente ad una azione di miglioramento della completezza del SIAD l'indicatore in questione risulta essere, nel 2014, pari a 3,07 %. L'obiettivo è il raggiungimento in ciascuna ASL di almeno il 4% di copertura della popolazione di età ≥ 65 anni.

INDICATORE	% di persone di età ≥ 65 anni seguite in AD residenti nella ASL (Fonte dati SIAT) / numero di persone di età ≥ 65 anni residenti nella ASL (Fonte dati ISTAT)
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none">• 2016: \geq al 1,80%• 2017: \geq al 2%
SCALA	SI/NO
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso dati SIAT
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none">• 2017: 6
PESO AO	Non applicabile
PESO IRCCS	Non applicabile
NOTE	Si ritiene di considerare raggiunto l'obiettivo se il valore conseguito nell'anno 2016 sarà \geq al 1,80% e per il 2017 $\geq 2,00$, anche per le aziende che storicamente presentano valori superiori e che dovranno impegnarsi a mantenere non scendendo al di sotto del valore soglia.

SUB-OBIETTIVO n° 2.2: Avvio in esercizio del Sistema Informativo di Assistenza Territoriale della Regione Lazio – SIAT nelle Aziende Sanitarie Locali

Il SIAT, è il sistema regionale messo a disposizione delle ASL per permettere la gestione dell'intero processo di definizione, erogazione e monitoraggio di un progetto assistenziale, nell'ambito dei seguenti servizi:

- "assistenza domiciliare non autosufficienza";
- "assistenza residenziale non autosufficienza";
- "assistenza semiresidenziale non autosufficienza";
- "assistenza residenziale cure palliative";
- "assistenza domiciliare cure palliative";
- "assistenza riabilitativa residenziale, semiresidenziale, domiciliare e ambulatoriale"

L'accesso a questi servizi avviene attraverso un complesso workflow che gestisce le fasi di accettazione, inquadramento e valutazione del bisogno. Il SIAT ha previsto l'integrazione degli strumenti di valutazione messi a disposizione alle Unità di valutazione Multidimensionale distrettuale delle Aziende Sanitarie

- InterRai Long Term Care Facility – LTCF per il regime residenziale e semiresidenziale;
- InterRai Home Care – HC per l'Assistenza Domiciliare Integrata – ADI
- InterRai Contact Assessment – CA integrato per la componente sociale – per il PUA Punto Unico di Accesso;

<ul style="list-style-type: none"> • InterRai Palliative Care – PC • SVAM.DI. <p>L'utilizzo del sistema SIAT da parte delle aziende sanitarie locali favorisce un miglioramento in termini di governo e di qualità dell'Assistenza territoriale.</p>	
INDICATORE	Dati di produzione del sistema SIAT con particolare riferimento alle prese in carico registrate rispetto ai diversi setting assistenziali gestiti dal sistema entro il 31/12/2016
VALORE OBIETTIVO	<p>2016 e 2017</p> <p>Presenza dati attività, intesi come:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La registrazione dei dati anagrafici dell'assistito; - La presenza di una valutazione multidimensionale; - La presenza di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) o Piano di Riabilitazione Individuale (PRI) - L'erogazione delle prestazioni previste dal PAI / PRI
SCALA	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 <ul style="list-style-type: none"> - Avvio in esercizio del sistema SIAT e gestione attraverso il sistema delle fasi di accoglienza/inquadramento (PUA), valutazione multidimensionale e gestione dei Piani di Assistenza nell'ambito del servizio di Assistenza Domiciliare = 50% del peso dell'obiettivo - Avvio in esercizio del modulo del sistema SIAT per la gestione delle Valutazioni multidimensionali e dei Piani di Assistenza Individuali nell'ambito del servizio "Cure Palliative" = 20% del peso dell'obiettivo - Avvio in esercizio del modulo di Assistenza Riabilitativa Residenziale e Semiresidenziale del SIAT per la gestione delle fasi di accoglienza/inquadramento (PUA), valutazione multidimensionale e gestione dei PRI nell'ambito del servizio = 15% del peso dell'obiettivo - Avvio in esercizio del modulo di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale non autosufficienza del SIAT per la gestione delle fasi di accoglienza/inquadramento (PUA), valutazione multidimensionale e gestione dei PAI nell'ambito del servizio = 15% del peso dell'obiettivo • 2017 SI/NO sul totale delle attività indicate: <ul style="list-style-type: none"> - Pieno esercizio del sistema SIAT e gestione attraverso il sistema delle fasi di accoglienza/inquadramento (PUA), valutazione multidimensionale e gestione dei Piani di Assistenza nell'ambito del servizio di Assistenza Domiciliare - Pieno esercizio del modulo del sistema SIAT per la gestione delle Valutazioni multidimensionali e dei Piani di Assistenza Individuali nell'ambito del servizio "Cure Palliative" - Pieno esercizio del modulo di Assistenza Riabilitativa Residenziale e Semiresidenziale del SIAT per la gestione delle fasi di accoglienza/inquadramento (PUA), valutazione multidimensionale e gestione dei PRI nell'ambito del servizi - Pieno esercizio del modulo di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale non autosufficienza del SIAT per la gestione delle fasi di accoglienza/inquadramento (PUA), valutazione multidimensionale e gestione dei PAI nell'ambito del servizio
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale

PESO ASL	• 2017: 2
PESO AO	Non applicabile
PESO IRCCS	Non applicabile
NOTE	Con riferimento al "valore obiettivo" e alla relativa "scala" della presente scheda, i dati attività saranno rappresentati su specifici report messi a disposizione dal sistema SIAT.

SUB-OBIETTIVO n° 2.3 - Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali

Implementazione progressive dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali a livello territoriale, con particolare riferimento a quelli relativi al Diabete e alla Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che, in termini di prevalenza, interessano complessivamente oltre il 13% della popolazione laziale. Ciò al fine di migliorare il controllo della patologia e la qualità dell'assistenza, ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero e l'accesso al pronto soccorso.

INDICATORE	Presenza in carico di pazienti affetti da diabete e/o BPCO (neo diagnosticati e/o prevalenti): vedi Nota
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 SI in tutti i Distretti dell'ASL
SCALA	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 2 Distretti dell'ASL: punteggio assegnato = 4 - In un solo Distretto dell'ASL: punteggio assegnato = 2 - In nessun Distretto: punteggio assegnato = 0 • 2017 <ul style="list-style-type: none"> - In tutti i Distretti dell'ASL: punteggio assegnato = 4 - Solo in alcuni Distretti della ASL: punteggio assegnato in proporzione al numero di Distretti in cui c'è stata presa in carico - In un solo Distretto dell'ASL: punteggio assegnato = 1,5 - In nessun Distretto: punteggio assegnato = 0
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale
PESO ASL	• 2017: 5
PESO AO	Non applicabile
PESO IRCCS	Non applicabile
NOTE	Per presa in carico in un Distretto si intende la messa a disposizione, in almeno il 25% delle UCP presenti nel singolo Distretto, di quanto previsto dalla normativa regionale sui PDTA (ad es. agende prenotazione prestazioni dedicate) e l'avvio dell'effettivo reclutamento in almeno un percorso (diabete o BPCO) di pazienti (attestato dallo specifico consenso informato e della prenotazione delle relative prestazioni sulle agende riservate RECUP).

AUTOSUFFICIENZA SANGUE E DERIVATI

OBIETTIVO 3 - RAGGIUNGERE L'AUTOSUFFICIENZA DI SANGUE A LIVELLO REGIONALE

Il sangue spesso è fondamentale in particolari condizioni cliniche dovute a gravi traumi ed incidenti, per interventi chirurgici, nei trapianti di organi, nelle anemie croniche, nelle malattie oncologiche e in molti altri casi.

In Lazio servono circa 800 unità di sangue ogni giorno. Il perseguimento dell'autosufficienza del sangue, degli emo-componenti e dei farmaci emoderivati rappresenta un obiettivo strategico regionale a cui devono concorrere tutti gli attori del sistema a partire dai Servizi di Medicina Trasfusionale.

INDICATORI	Incremento dell'attività di raccolta nell'anno indice rispetto a quello dell'anno precedente
VALORI OBIETTIVO	2016 e 2017 100%
SCALA	Raggiungimento del valore di incremento definito dal CRS per singola azienda sede di SIMT
TRACKING	Monitoraggio al 31/12 di ogni anno
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: non applicabile • 2017: 5
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: non applicabile • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: non applicabile • 2017: Spallanzani non applicabile; IFO 5
PESO ARES	Non applicabile
NOTE	La percentuale di incremento viene modulata per singola Azienda, in base al numero delle unità di sangue raccolte sulla popolazione residente nell'anno precedente a quello indice

FUNZIONAMENTO DEI PRONTI SOCCORSO

OBIETTIVO 4 - RIDUZIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	
DESCRIZIONE	<p>Il sovraffollamento in PS, pur essendo un fenomeno complesso determinato da fattori difficilmente modificabili come il numero di accessi ed il numero di posti letto nella struttura, è anche indicativo della capacità della struttura di organizzare adeguatamente i percorsi ospedalieri interni sia per i pazienti in destinazione di ricovero che per quelli che possono essere inseriti in un percorso di specialistica ambulatoriale. Da maggio 2014 è presente un sistema di monitoraggio mensile di quattro indicatori sulla permanenza in PS.</p> <p>Pertanto sono stati individuati i seguenti sub obiettivi e relativi indicatori:</p> <p>4.1 Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore</p> <p>4.2 Rapporto fra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS/DEA alle ore 14</p> <p>4.3 Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore</p> <p>4.4 Accessi con triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore</p>
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 15 • 2017: 15
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 25 • 2017: 25
PESO IRCCS	<i>non applicabile</i>

SUB OBIETTIVO 4.1: Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore

Le raccomandazioni nazionali indicano le 12 ore come valore soglia massimo di chiusura di una cartella di Pronto Soccorso, ritenendo questo tempo assolutamente idoneo a destinare il paziente o in un percorso di ricovero o in un percorso di assistenza specialistica o viceversa a completare il trattamento con il ritorno a domicilio.

INDICATORE	Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 > 95,0 %
SCALA	SI/NO
TRACKING	Monitoraggio con periodicità mensile.
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none">• 2017: 5
PESO AO	<ul style="list-style-type: none">• 2017: 8
PESO IRCCS	Non applicabile
NOTE	<ul style="list-style-type: none">• L'indicatore viene calcolato al netto degli accessi assistiti in OBI e di quelli afferenti a PS specialistici.• Per le ASL con più presidi ospedalieri l'obiettivo è calcolato per ciascun presidio, e raggiunto se tutti lo rispettano.

SUB OBIETTIVO 4.2: Rapporto fra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS/DEA alle ore 14

Dal monitoraggio mensile sull'emergenza ospedaliera effettuato dalla Direzione Salute e Politiche Sociali emerge che le ore 14 rappresentano uno dei momenti più critici di sovrappollamento in PS/DEA per la compresenza fra maggiore afflusso di accessi e difficoltà dell'ospedale a pianificare nella mattinata le dimissioni da reparto.

INDICATORE	Rapporto fra pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento e pazienti in PS/DEA, alle ore 14.00.
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 < 10,0%
SCALA	SI in almeno il 75% delle giornate/mese
TRACKING	Monitoraggio con periodicità mensile.

PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 4
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 7
PESO IRCCS	Non applicabile
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • L'indicatore è definito come numero di giorni/mese entro soglia superiore al 75,0% • Per le ASL con più presidi ospedalieri l'obiettivo è calcolato per ciascun presidio, e raggiunto se tutti lo rispettano.

SUB OBIETTIVO 4.3: Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore

La quota di pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento ma ancora presenti in PS/DEA influisce in modo negativo sulla capacità della struttura ospedaliera di risposta all'emergenza-urgenza in quanto i professionisti che lavorano in questa area assistenziale devono continuare a prestare assistenza anche a soggetti di competenza del reparto o dell'ospedale di destinazione.

INDICATORE	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale pazienti con esito ricovero/trasferimento
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 < 10,0%
SCALA	SI/NO
TRACKING	Monitoraggio con periodicità mensile.
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 3
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	Non applicabile
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • L'indicatore viene calcolato al netto degli accessi assistiti in OBI e di quelli afferenti a PS specialistici. • Per le ASL con più presidi ospedalieri l'obiettivo è calcolato per ciascun presidio, e raggiunto se tutti lo rispettano.

SUB OBIETTIVO 4.4: Accessi con triage rosso, esito ricovero /trasferimento e tempo di permanenza >24 ore

Fra gli accessi con triage rosso vanno considerati i pazienti a maggiore complessità che in molti casi possono avere necessità di un'assistenza specialistica tempestiva come ad esempio i pazienti con trauma grave o con Ictus. Una permanenza in PS/DEA molto prolungata (superiore alle 24 ore) determina sia impegno assistenziale improprio da parte del dipartimento di emergenza-urgenza sia impedisce l'attivazione di percorsi di immediata presa in carico (fast-track) da parte dei reparti specialistici.

INDICATORE	Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 < 10,0%
SCALA	SI / NO
TRACKING	Monitoraggio con periodicità mensile
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none">• 2017: 3
PESO AO	<ul style="list-style-type: none">• 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none">• Non applicabile
NOTE	<ul style="list-style-type: none">• L'indicatore viene calcolato al netto degli accessi assistiti in OBI e di quelli afferenti a PS specialistici.• Per le ASL con più presidi ospedalieri l'obiettivo è calcolato per ciascun presidio, e raggiunto se tutti lo rispettano.

APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI

OBIETTIVO N.5: APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	
DESCRIZIONE	<p>La realizzazione di percorsi intraospedalieri orientati per livelli omogenei per intensità di cura, il contenimento della durata della degenza nell'area medica e chirurgica e l'utilizzo appropriato del ricovero diurno sono elementi qualificanti di un miglior utilizzo dell'ospedale sia per i ricoveri programmati che in emergenza-urgenza.</p> <p>Pertanto sono stati individuati i seguenti sub obiettivi e relativi indicatori:</p> <p>5.1 Riduzione Ricoveri diurni</p> <p>5.2 Durata della degenza in area medica e preoperatoria</p> <p>5.3 Trasparenza delle Agende di prenotazione</p>
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none">• 2016: 10• 2017: 10
PESO AO	<ul style="list-style-type: none">• 2016: 15• 2017: 15
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none">• 2016: 25• 2017: 25 (IFO 20)

SUB OBIETTIVO 5.1: Riduzione dei Ricoveri Diurni

La Regione si caratterizza per un elevato ricorso all'ospedalizzazione diurna per prestazioni di area medica che potrebbero trovare una collocazione più appropriata in un setting ambulatoriale.

INDICATORE	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 < 25%
SCALA	SI / NO
TRACKING	Monitoraggio 31/12 di ogni anno
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none">2017: 4
PESO AO	<ul style="list-style-type: none">2017: 6
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none">2017: 8 (IFO 6)
NOTE	Per le ASL con più presidi ospedalieri l'obiettivo è calcolato per ciascun presidio ed è raggiunto se tutti lo rispettano.

SUB-OBIETTIVO 5.2: Degenza in area medica e degenza preoperatoria

Una quota consistente di giornate di degenza nei reparti di medicina generale è utilizzata per assistere paziente particolarmente fragili che hanno superato la fase di acuzie. L'obiettivo è quello ridurre la durata della degenza assicurando l'eventuale prosecuzione del percorso in altri setting come la lungodegenza o l'assistenza extraospedaliera.

Una inadeguata organizzazione dell'ospedale fa sì che la durata della degenza pre-operatoria per i ricoveri chirurgici in elezione sia eccessivamente lunga per la necessità di effettuare accertamenti diagnostici in regime di ricovero o per una inefficiente organizzazione delle sale operatorie. L'obiettivo è quello ridurre la durata della degenza preoperatoria.

INDICATORI	<ol style="list-style-type: none">Numero giornate di degenza ordinarie in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generaleNumero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione /DRG chirurgico
VALORI OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none">2016: 1 ≤ 9,0 giorni; 2 ≤ 1,7 giorni2017: 1 ≤ 8,5 giorni; 2 ≤ 1,7 giorni
SCALA	SI/NO
TRACKING	Monitoraggio con periodicità annuale

PESO ASL	• 2017: 3
PESO AO	• 2017: 5
PESO IRCCS	• 2017: 8 (IFO 6)
NOTE	

SUB-OBIETTIVO 5.3 : Trasparenza delle agende di prenotazione

Le linee di azione regionali sul tema sono state indicate nel PRGLA 2013-15 (DCA 437/2013).

La Task Force Liste di Attesa (DGR 482/2014) ha monitorato le attività previste dal Piano ed ha recentemente individuato azioni prioritarie per il 2016 e successivi. Tali azioni, e i relativi obiettivi regionali, verranno sintetizzate in sede di redazione dei Programmi Operativi 2016-2018.

Si ritiene che le azioni programmate possano portare, nella prospettiva temporale del triennio, ad una significativa riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni "di primo accesso" per le quali il medico prescrittore abbia indicato un'alta priorità (classe "B" e classe "D") e al raggiungimento degli standard indicati nel Piano Nazionale (90% entro i tempi massimo).

Il permanere, presso le strutture pubbliche, di agende non visibili al sistema ReCUP introduce elementi di disparità di accesso e impedisce la disponibilità di dati veritieri sulle liste di attesa; analogamente la registrazione di prestazioni in 'accettazione' cioè senza evidenza della prenotazione non consentono la corretta valutazione della trasparenza del sistema e dei tempi di attesa.

INDICATORE	Prestazioni specialistiche "senza prenotazione" erogate nel IV trimestre 2016 / Prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo (escluso il Laboratorio di analisi ed altre Unità o Branche specialistiche ad accesso diretto senza prenotazione, le prestazioni erogate in ambito PAC/APA e quelle tipicamente erogate in cicli)
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 20% • 2017: 10%
SCALA	<p>2016</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per valori > 40% punti assegnati = 0 • Per valori compresi tra il 40% e il 20%: assegnato punteggio intermedio in termini proporzionali • Per valori < 20% punti assegnati = 3 (ASL) o 4 (AO) <p>2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per valori > 30% punti assegnati = 0 • Per valori compresi tra il 30% e il 10%: assegnato punteggio intermedio in termini proporzionali • Per valori < 10% punti assegnati = 3 (ASL) o 4 (AO)
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale

PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 3
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 4
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 9 (IFO 8)
NOTE	<p>Riferimento normativo: DCA 437/2013 – Piano Regionale Governo Liste di Attesa E DDCCAA n.244/2014 e n.248/2015 – Obiettivi DDGG</p> <p>Metodo di rilevazione: Si rileva il dato delle prestazioni erogate che risultano registrate sul DB ReCUP in fase di 'accettazione' ovvero al momento della erogazione; si rapporta tale valore al numero delle prestazioni erogate totali registrate sul DB ReCUP.</p> <p>Il periodo di rilevazione è il mese di erogazione</p>

ESITI E APPROPRIATEZZA CLINICA

OBIETTIVO 6: ESITI (Qualità - Promozione dell'offerta di interventi di provata efficacia)	
DESCRIZIONE e ARTICOLAZIONE	<p>Si stima che solo un terzo degli interventi sanitari disponibili sia basato su prove di efficacia; è pertanto necessario concentrare le risorse disponibili nell'area rappresentata dagli interventi efficaci, incentivando l'offerta di percorsi di cura basati su prove scientifiche.</p> <p>Volumi di attività ed esito delle cure rappresentano uno degli elementi qualificanti considerati sia nel DM70/2015 "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che nella norma per il piano di rientro per il rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, definito nel comma 524, lettera b), della legge di stabilità 2016; sono inoltre ricompresi nel sistema di garanzia dei nuovi livelli essenziali di assistenza, nella DCA U00038/2015 e nel Programma operativo 2016-2018 della regione Lazio.</p> <p>Gli indicatori considerati sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento della tempestività dell'esecuzione di PTCA nei pazienti con STEMI 2. Aumento della tempestività dell'esecuzione degli interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano 3. Riduzione della degenza post-operatoria dopo intervento di colecistectomia laparoscopica e riorganizzazione dell'attività chirurgica 4. Riduzione del numero di nuovi interventi di resezione successivi ad un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella. 5. Riduzione delle complicanze evitabili a breve e lungo termine nei pazienti diabetici 6. Riduzione dei ricoveri per riacutizzazione della bronco pneumopatia cronica ostruttiva nei pazienti con BPCO 7. Riduzione del ricorso potenzialmente inappropriato al taglio cesareo nelle donne senza pregresso cesareo.
SCALA	Il punteggio verrà calcolato come media ponderata tra le percentuali di raggiungimento dei 7 indicatori sopra citati, secondo le metriche riportate nelle schede successive alla presente
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 15 • 2017: 10
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 20 • 2017: 15
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 2 (solo IFO) • 2017: 2 (solo IFO)

INDICATORE 1: Aumento della tempestività dell'esecuzione di PTCA nei pazienti con STEMI

Nei pazienti con STEMI, la PTCA è considerata il trattamento di scelta che può garantire i migliori esiti delle cure, quando può essere eseguita da personale esperto, in un laboratorio di emodinamica appropriato, entro 90 minuti dal primo contatto con il Servizio Sanitario.

INDICATORE	Proporzione di infarti miocardici con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti dalla data e ora di accesso nella struttura di ricovero sul numero di episodi di STEMI ricoverati nella stessa struttura. La data di accesso corrisponde alla data del primo ricovero per STEMI o, dove presente, alla data dell'accesso nel PS della stessa struttura di ricovero
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none">• 2016: 60%• 2017: 60%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo al 100% sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60%, se il valore osservato nell'anno di valutazione è inferiore al valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità semestrale
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none">• 2017: 2
PESO AO	<ul style="list-style-type: none">• 2017: 3
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none">• <i>Non applicabile</i>
NOTE	

INDICATORE 2: Aumento della tempestività dell'esecuzione degli interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano

Il trattamento migliore delle fratture del collo del femore prevede un approccio di tipo chirurgico la cui strategia chirurgica dipende da diversi fattori quali il tipo di frattura e l'età del paziente.

Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.

INDICATORE	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano. Numero di ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni dalla data di accesso nella struttura di ricovero in pazienti ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore in pazienti ultrasessantacinquenni. La data di accesso corrisponde alla data di ricovero per frattura del collo del femore o, dove presente, alla data dell'accesso nel PS della stessa struttura di ricovero.
-------------------	---

VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 60% • 2017: 60%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo al 100% sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 60%, se il valore osservato nell'anno di valutazione è inferiore al valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità semestrale
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 2
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 4
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Non applicabile</i>
NOTE	
INDICATORE 3: Riduzione della degenza post-operatoria dopo intervento di colecistectomia laparoscopica e riorganizzazione dell'attività chirurgica	
La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi sintomatici e non complicati. Le evidenze scientifiche disponibili dimostrano una diminuzione del rischio di complicanze all'aumentare del volume di attività, inoltre la degenza post operatoria non dovrebbe superare i 3 giorni.	
INDICATORE	<p>Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni.</p> <p>Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica.</p>
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 70% • 2017: 70%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo al 100% sarà riconosciuto a partire da un valore minimo del 70%. Se il valore osservato nell'anno di valutazione è inferiore al valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità semestrale
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 1
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 2
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Non applicabile</i>

NOTE	
INDICATORE 4: Riduzione del numero di nuovi interventi di resezione successivi ad un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella e riorganizzazione dell'attività chirurgica	
I Centri di Senologia rappresentano la sede ideale per tutti gli atti chirurgici scopo profilattico, diagnostico, oncologico e ricostruttivo. La soglia minima di attività chirurgica annua per i Centri di Senologia è di 150 nuovi interventi annui, che devono essere effettuati da un'unica UO di Chirurgia senologica; idealmente l'attività deve essere svolta da almeno 2 chirurghi, ognuno con una esperienza di almeno 50 nuovi interventi l'anno eseguiti come primo operatore.	
INDICATORE	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella. Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella sul totale degli interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella.
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 10% • 2017: 10%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo al 100% sarà riconosciuto a partire da un valore massimo del 10%. Se il valore osservato nell'anno di valutazione è superiore al valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare. Il valore dell'obiettivo è pari a 0 se il numero di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella eseguiti è inferiore all'80% o se la struttura ospedaliera non è stata identificata come centro di senologia.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità semestrale
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 1
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 2
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 2 - IFO • 2017: 2 - IFO
NOTE	
INDICATORE 5: Ridurre le complicanze evitabili a breve e lungo termine nei pazienti diabetici	
Il diabete mellito è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e la cui prevalenza è in continuo aumento. È un disordine metabolico caratterizzato da iperglicemia cronica con alterazioni del metabolismo dei carboidrati, dei lipidi e delle proteine derivanti da difetti della secrezione e/o dell'azione dell'insulina. Il paziente affetto da diabete mellito può andare incontro a numerose complicanze. Le complicanze a breve termine del diabete (chetoacidosi, iperosmolarità e coma) possono derivare da una gestione non appropriata della malattia, da un'errata somministrazione di insulina o una scarsa compliance del paziente alla dieta. Le complicanze a lungo termine derivano invece da uno scarso controllo della malattia e comprendono essenzialmente complicanze circolatorie periferiche, la retinopatia, la nefropatia e la neuropatia diabetica. L'intervento di amputazione è eseguito più frequentemente in soggetti che hanno una storia di gestione della patologia non ottimale; viceversa, un appropriato controllo glicemico a lungo termine, l'educazione all'autogestione della malattia, la cura dei piedi sono alcuni degli interventi in grado di ridurre l'incidenza di infezione, neuropatia e malattia microvascolare implicati nella comparsa di gangrena. La riduzione delle	

complicanze evitabili a breve e lungo termine nei pazienti diabetici è un importante indicatore di valutazione dell'implementazione del PDTA	
INDICATORE	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici Numero dei ricoveri per complicanze a breve e a lungo termine del diabete sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da diabete
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 75‰ • 2017: 75‰
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo al 100% sarà riconosciuto a partire da un valore massimo del 75‰, se il valore osservato nell'anno di valutazione è superiore al valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità annuale
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 1
PESO AO	<i>Non applicabile</i>
PESO IRCCS	<i>Non applicabile</i>
NOTE	
INDICATORE 6: Ridurre i ricoveri per riacutizzazione della broncopneumopatia cronica ostruttiva nei pazienti con BPCO	
<p>La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è caratterizzata da una limitazione del flusso aereo non completamente reversibile, di solito progressiva, e associata ad un'anormale risposta infiammatoria polmonare in seguito all'inalazione di particelle o gas nocivi, soprattutto fumo di sigaretta. La BPCO rappresenta una delle cause più importanti di mortalità e morbosità nei paesi industrializzati; è ritenuta attualmente la quarta causa di morte nel mondo e si prevede che raggiungerà il terzo posto nell'anno 2020.</p> <p>La stima del numero di ospedalizzazioni per BPCO permette di valutare la qualità dell'assistenza territoriale per tale patologia, dal momento che una gestione adeguata a livello extra-ospedaliero permette di ridurre l'insorgenza di complicanze e di conseguenza il ricorso all'ospedalizzazione per tali pazienti. La riduzione dell'ospedalizzazione per riacutizzazione della broncopneumopatia cronica in pazienti con BPCO è un importante indicatore di valutazione dell'implementazione del PDTA</p>	
INDICATORE	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronico ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO Numero di ricoveri per BPCO sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da BPCO.
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 14‰ • 2017: 14‰
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo al 100% sarà riconosciuto a partire da un valore massimo del 14‰, se il valore osservato nell'anno di valutazione è superiore al valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.

TRACKING	Monitoraggio con periodicità annuale
PESO ASL	• 2017: 1
PESO AO	Non applicabile
PESO IRCCS	Non applicabile
NOTE	
INDICATORE 7: Ridurre il ricorso potenzialmente inappropriato al taglio cesareo nelle donne senza pregresso cesareo	
<p>L'Italia è il paese con la più alta proporzione di parti cesarei, il 36.1% nel 2013. La riduzione del ricorso al parto cesareo è un obiettivo molto difficile da raggiungere; il Programma Nazionale Esiti (PNE) misura la proporzione di parti cesarei primari (in donne senza pregresso cesareo) aggiustato per fattori di rischio clinici e demografici, sia perché la proporzione di parto cesareo dopo precedente cesareo è superiore al 90% e non molto eterogenea tra strutture, sia perché è più facile promuovere il ricorso al parto vaginale in donne senza precedente cesareo. I dati PNE mostrano una lieve riduzione a partire dal 2007 (29.6% di parti cesarei primari) fino al 2014 (25.7%). La "Proporzione di parti con taglio cesareo primario" è un indicatore che può essere utilizzato per valutare la qualità dell'assistenza materno infantile, anche in considerazione del fatto che il parto cesareo rispetto al parto vaginale comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino e dovrebbe essere effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche. Gli ospedali e i sistemi sanitari sono spesso confrontati sulla base di questo indicatore, dal momento che valori più bassi, a parità di fattori di rischio, possono riflettere una pratica clinica più appropriata e che una parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per ragioni non mediche.</p>	
INDICATORE	<p>Proporzione di parti con taglio cesareo primario Numero di ricoveri per parto cesareo primario sul totale dei parti con nessun pregresso cesareo. I parti cesarei primari sono definiti come parti cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo.</p>
VALORE OBIETTIVO	<p>2016 e 2'17</p> <p>25% (strutture con un volume maggiore di 1000 parti annui) 15% (strutture con un volume maggiore di 500 e inferiore a 1000 parti annui)</p>
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto al 100% a partire da un valore massimo di 25% (strutture con un volume maggiore di 1000 parti annui) o di 15% (strutture con un volume maggiore di 500 e inferiore a 1000 parti annui), se il valore osservato nell'anno di valutazione è superiore al valore obiettivo il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p>
TRACKING	Monitoraggio con periodicità semestrale
PESO ASL	• 2017: 2
PESO AO	• 2017: 4
PESO IRCCS	Non applicabile

OBIETTIVI di SALUTE e FUNZIONAMENTO
di ORDINE
ORGANIZZATIVO

PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE

OBIETTIVO 1 - PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE	
DESCRIZIONE e ARTICOLAZIONE	<p>L'obiettivo è finalizzato alla verifica di attuazione del percorso di adeguamento e messa a norma degli immobili alla normativa vigente e all'ammodernamento e implementazione del parco tecnologico in uso presso le Aziende del SSR.</p> <p>In particolare con i fondi assegnati si autorizza un programma di investimenti per la riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico. Riveste particolare rilevanza pertanto la percentuale di avanzamento in termini di spesa del singolo finanziamento assegnato, anche rapportato alla data di assegnazione e la regolare rendicontazione dei finanziamenti assegnati.</p> <p>Si articola in tre sub-obiettivi:</p> <p>1.1- Attuazione interventi finanziati con risorse in conto capitale;</p> <p>1.2 - Tecnologie sanitarie</p> <p>1.3 - Beni immobili</p>
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 15 • 2017: 10
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 15 • 2017: 10
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 25 (23 IFO) • 2017: 25 (23 IFO)

SUB OBIETTIVO n°1.1: Attuazione degli interventi finanziati con risorse in conto capitale o con altre fonti ad investimento specificamente assegnate

Monitoraggio dell'utilizzo dei fondi assegnati in conto capitale per le manutenzioni straordinarie degli spazi funzionali, degli impianti e delle tecnologie sanitarie finalizzato alla verifica dell'avanzamento e della regolare rendicontazione

INDICATORE	Raggiungimento della percentuale di avanzamento (*) in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori ed attrezzature) <u>riproporzionata</u> in rapporto alla durata complessiva dell'appalto nell'ottica del completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini ultimi previsti
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 Percentuale avanzamento al 100% della spesa obiettivo (IMP_OBIETTIVO) per ogni finanziamento non ancora totalmente liquidato
SCALA	<p>Tenuto conto che la data limite è posta pari alla data di assegnazione del finanziamento, aumentata di 3 anni, la spesa obiettivo (IMP_OBIETTIVO) sarà determinata secondo la seguente formula:</p> $IMP_OBIETTIVO = IMP_RES \times \frac{GG}{GG_{RES}}$ <p>ove: <i>IMP_RES</i>: Importo assegnato con Delibera di Giunta Regionale (fondi regionali) eventualmente diminuito dell'importo già liquidato dall'Area Investimenti alla data di assessment del 17/3/2016 <i>GG</i>: numero di giorni a partire dal 17/3/2016 (data dell'assessment), fino al 31/12/2016 (data di riferimento della consuntivazione), oppure fino alla data limite se questa è inferiore al 31/12/2016. <i>GG_RES</i>: giorni residui a partire dalla data dell'assessment fino alla data limite</p> <p>La percentuale di avanzamento totale (riproporzionata) sarà pari al rapporto tra la somma gli importi liquidati (***) e la somma degli importi obiettivi moltiplicato 100. In formule (IMP_LIQ: Importo liquidato):</p> $\% \text{ avanzamento totale} = \frac{\sum IMP_LIQ}{\sum IMP_OBIETTIVO} \times 100$ $\% \text{ avanzamento singolo finanziamento} = \frac{IMP_LIQ}{IMP_OBIETTIVO} \times 100$ <p>L'obiettivo è raggiunto totalmente se la percentuale avanzamento totale è pari al 100% o superiore al 100%. Se la percentuale avanzamento totale è inferiore a 60% l'obiettivo si intende non raggiunto. Per valori differenti si procederà per interpolazione lineare.</p> <p>Inoltre per raggiungere almeno parzialmente l'obiettivo è necessario che la percentuale di avanzamento di ogni singolo finanziamento sia superiore al 40%</p>
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale e successiva comunicazione degli esiti all'azienda
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 4
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 4

PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 9 (IFO 8)
NOTE	<p>*: La percentuale di avanzamento non terrà conto delle rendicontazioni in cui siano presenti fatture non adeguatamente imputate (ovvero in assenza di codice di blocco)</p> <p>** : Per importo liquidato si intende la somma degli importi liquidati dall'Area Investimenti a partire dal 17/3/2016 (data di assessment) fino alla fine dell'anno ma comunque prima della data limite.</p>
SUB OBIETTIVO n°1.2: Aggiornamento inventario delle apparecchiature sanitarie presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014)	
Monitoraggio ed alimentazione del flusso informativo per le alte tecnologie per le strutture pubbliche e private di cui al DM 22/04/2014 e ss.mm.	
INDICATORE	Alimentazione del flusso informativo ministeriale
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 100%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se sarà effettuata l'alimentazione dei flussi informativi al 100% secondo i termini temporali indicati nel DM 22/04/2014. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale e presentazione di report all'Area competente circa lo stato di avanzamento dell'alimentazione dei flussi sul sistema NSIS.
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 3
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 3
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 8 (IFO 8)
NOTE	<p>Non si applica all'Ares 118 in quanto non detiene le attrezzature di cui al DM 24/04/2014</p> <p>Sono previsti incontri trimestrali con i delegati aziendali per la definizione degli stati di avanzamento e per il coordinamento Aziende/Strutture private</p>
SUB-OBIETTIVO n°1.3: Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi	
Piano di assetto e valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso alle aziende finalizzato all'economicità di gestione e all'efficienza organizzativa	
INDICATORE	<p>2016 Aggiornamento del quadro riepilogativo degli immobili entro il 31/12</p> <p>2017 Presentazione del piano di assetto e di valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso entro 31/12</p>

VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 100%
SCALA	2016: SI/NO Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se sarà presentato l'aggiornamento del quadro riepilogativo compilato in modo completo come da format già trasmesso. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto 2017: SI/NO Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se sarà presentato il piano di assetto e di valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale e presentazione del piano entro il primo trimestre di ogni anno
PESO ASL	• 2017: 3
PESO AO	• 2017: 3
PESO IRCCS	• 2017: 8 (IFO 7)
NOTE	In allegato si riportano le linee di indirizzo per la predisposizione del piano di assetto del parco immobiliare.

Allegato all'obiettivo 1.3:

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DI ASSETTO DEL PARCO IMMOBILIARE

Il Piano di riordino dell'assetto immobiliare, che dovrà ispirarsi ad obiettivi di massima efficienza funzionale ed economicità di gestione, dovrà seguire la seguente articolazione:

1. Ricognizione ed analisi degli immobili detenuti a vario titolo

Raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare (descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere, ...) ed elaborazione dei più significativi indicatori descrittivi (ampiezza media delle sedi, tassi di proprietà per unità, per superfici, ...).

2. Modalità di utilizzo e costi di gestione

Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità, ... Peso e distribuzione dei costi di gestione per singola unità e categoria di spesa (manutenzione edilizia, vigilanza, pulizia, conduzione, ...) e dei costi di locazione (canoni medi per sede, superfici, tassi di sotto/inutilizzo di sedi e superfici, ...).

3. Stima dei fabbisogni attuali e futuri

Quadro dei fabbisogni immobiliari (localizzativi, dimensionali, ...) in relazione allo stato attuale e stima dei fabbisogni futuri in considerazione dell'evoluzione del contesto socio-sanitario di riferimento, degli indirizzi strategici adottati e dei conseguenti processi di riorganizzazione dell'offerta.

4. Piano di razionalizzazione del sistema edilizio-immobiliare

Strategie di razionalizzazione delle dotazioni edilizio-immobiliari in funzione degli obiettivi di riduzione/abbattimento del peso delle locazioni passive, miglioramento dell'efficienza organizzativa ed economicità di gestione. Indicazione dei risultati attesi nel breve-medio periodo, priorità di intervento, eventuali investimenti necessari, economie via via conseguibili.

5. Progetti di valorizzazione/dismissione

Relativamente alla eventuale presenza di immobili in proprietà in condizioni di sotto/inutilizzo o non più strettamente funzionali alle esigenze dell'Azienda dovranno essere singolarmente valutate le possibili ipotesi di valorizzazione (messa a reddito, permuta, dismissione, ...) ed indicato il percorso attuativo che si intende compiere.

GESTIONE PERSONALE

OBIETTIVO 2 – DOTAZIONI ORGANICHE

Nel corso del triennio 2016-2018 si intende avviare e compiere una nuova serie di interventi e di azioni finalizzate alla realizzazione di una effettiva e incisiva gestione del personale. Negli anni precedenti la Regione, dovendo adempiere agli obblighi imposti dal piano di rientro, che costituiscono in definitiva adempimenti di natura comunitaria, ha contribuito a sviluppare una modalità di gestione del personale di natura emergenziale, provvisoria e talvolta carente di una visione esaustiva delle necessità e delle priorità di ciascuna Azienda, imponendo il blocco del turn over e applicando una speciale disciplina in tema di mobilità e di sostituzione del personale assente. Nell'ambito di tale generale ridefinizione e del conseguente avvio della nuova fase triennale di programmazione delle politiche gestionali del personale, con il DCA n. U00156 del 12 maggio 2016, si è previsto di definire un budget assunzionale, in termini sia di valore complessivo sia in termini di teste, attribuendo la facoltà di assumere all'interno del budget concordato alle Aziende e agli Enti del SSR. In tale nuova fase rileva da un lato l'autonomia e la conseguente responsabilità aziendale e, dall'altro lato, il fondamentale rispetto della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010) e s.m.i nonché dell'equilibrio economico-finanziario del SSR e degli obiettivi di controllo della spesa del personale.

Pertanto, nell'ambito di tale impostazione programmatica di gestione del personale, assume notevole importanza il completamento della procedura di definizione e conseguente approvazione delle dotazioni organiche aziendali. Ciò allo scopo di garantire la coerenza e la sistematicità del livello di personale di ciascuna azienda o ente del servizio sanitario regionale con la nuova struttura della rete assistenziale, con quanto previsto dai piani strategici triennali e degli atti aziendali.

Si intende quindi sviluppare il seguente obiettivo: definizione e approvazione delle dotazioni organiche

INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: invio della griglia del fabbisogno di personale compilata in coerenza al format • 2017: Deliberazione di approvazione
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 100%
SCALA	SI/NO
TRACKING	Invio di report trimestrale, nonché tramite appositi incontri trimestrali con le strutture regionali in merito al corretto andamento della procedura finalizzata alla definitiva approvazione del documento.
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 5 • 2017: 5
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 5 • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 25 • 2017: 20
NOTE	<p>Si specifica che i fattori esogeni non possono in alcun modo essere determinati da atti o da comportamenti riconducibili a inadempienze aziendali.</p> <p>La Regione verifica le motivazioni poste dall'azienda in caso di mancato raggiungimento con eventuale contraddittorio</p>

RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE

OBIETTIVO 3: RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE	
DESCRIZIONE e ARTICOLAZIONE	<p>La Regione Lazio a partire dall'anno 2014 ha introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione per gli anni 2015 e 2016 di obiettivi operativi misurabili in materia di Rischio Clinico.</p> <p>Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità si propone di assegnare un obiettivo ai Direttori Generali in materia di Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente:</p> <p>Adozione di un Piano di Azioni di Miglioramento per la prevenzione delle cadute secondo le Linee di indirizzo Regionali con particolare attenzione alle criticità legate ai dispositivi medici (letti) strutturali e a quelle organizzative e gestionali dei pazienti valutati ad alto rischio.</p>
INDICATORE	Presenza del Piano Prevenzione delle Cadute sul sito intranet.
VALORE OBIETTIVO	SI
SCALA	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: non applicabile • 2017: SI/NO
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: non applicabile • 2017: 5
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: non applicabile • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: non applicabile • 2017: 5

APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO n° 4: APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA

**DESCRIZIONE e
ARTICOLAZIONE**

AZIENDE TERRITORIALI

Nel corso del periodo 2010-2015 l'andamento complessivo della spesa per farmaci, convenzionata ed acquisti diretti, e per dispositivi medici ha evidenziato una riduzione complessiva (al netto dei farmaci per il trattamento per l'HCV).

Si ritiene di favorire il trend registrato mediante la definizione dei seguenti indicatori:

1. 2016 - Spesa farmaceutica territoriale: rispetto del tetto di spesa farmaceutica territoriale 11,35% sul fabbisogno sanitario;
2017 - Spesa farmaceutica convenzionata: rispetto del tetto di spesa farmaceutica convenzionata 7,96% sul fabbisogno sanitario
2. 2016 e 2017: Adempienza trasmissione Flussi Informativi – Adempimenti LEA in ambito farmaceutica

AZIENDE OSPEDALIERE E IRCCS

Nel corso dell'ultimo triennio le Aziende Ospedaliere del SSR hanno fatto registrare un rilevante aumento della spesa farmaceutica ospedaliera a fronte di una riduzione della spesa per dispositivi medici.

Si ritiene di favorire il trend registrato per la spesa per dispositivi medici e regolare l'aumento della spesa farmaceutica ospedaliera, prevalentemente File F, mediante i seguenti indicatori:

1. 2016 e 2017: Appropriately prescrittiva e contenimento spesa farmaceutica
2. 2016 e 2017: Contenimento spesa per dispositivi medici: percentuale di incidenza della spesa per dispositivi medici rispetto alla produzione correlata erogata nel medesimo periodo;
3. 2016 e 2017: Spesa farmaci File F (flussi)
4. 2016 e 2017: Adempienza trasmissione Flussi Informativi – Adempimenti LEA in ambito farmaceutica

PESO ASL

- 2016: 20
- 2017: 20

PESO AO

- 2016: 20
- 2017: 20

PESO IRCCS

- 2016: 25
- 2017: 25

INDICATORE 1 ASL : Spesa Farmaceutica Territoriale	
Verifica rispetto del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale e convenzionata rispetto al fabbisogno sanitario regionale, assegnato interamente per quota capitaria a livello regionale	
INDICATORE	2016: $\frac{\text{Spesa Farmaceutica Territoriale}}{\text{Riparto Quota Capitaria Fabbisogno Sanitario Regionale}}$ 2017: $\frac{\text{Spesa Farmaceutica Convenzionata}}{\text{Riparto Quota Capitaria Fabbisogno Sanitario Regionale}}$
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 11,35% • 2017: 7,85%
SCALA	Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (CE Trimestrali)
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 15
PESO AO	<i>Non applicabile</i>
PESO IRCCS	<i>Non applicabile</i>
NOTE	
INDICATORE 2 ASL: Adempienza trasmissione Flussi Informativi Adempimenti LEA in ambito farmaceutica	
Raggiungimento delle adempienze relative alla trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri e raggiungimento degli obiettivi relativi agli indicatori di appropriatezza valutati nell'ambito degli Adempimenti LEA (attualmente in corso di formalizzazione)	
INDICATORE	$\frac{\text{Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA raggiunte}}{\text{Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA}}$
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 100%
SCALA	Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore obiettivo, l'obiettivo non è considerato raggiunto
TRACKING	Annuale
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO AO	<i>Non applicabile</i>

PESO IRCCS	<i>Non applicabile</i>
NOTE	
INDICATORE 1 AO E IRCCS: SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	
<p>Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060); <p>al netto del valore dei farmaci erogati in Distribuzione Diretta e in Somministrazione in Trattamento, rispetto al valore della produzione erogata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato 	
INDICATORE	$\frac{\sum CE\ Consuntivo}{\sum Valore\ Produzione}$ <p>delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati al netto del file F (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p>
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • SAN CAMILLO 2016: ≤ 4.8% ; 2017: ≤ 4.8% • SAN GIOVANNI 2016: ≤ 6% ; 2017: ≤ 6% • UMBERTO I 2016: ≤ 7.8% ; 2017: ≤ 7.8% • INMI 2016: = 0% ; 2017: = 0% • IFO 2016: ≤ 7.8% ; 2017: ≤ 7.8% • SANT ANDREA 2016: ≤ 7% ; 2017: ≤ 7% • TOR VERGATA 2016: ≤ 7,5% ; 2017: ≤ 7,5 %
SCALA	<p>SI/NO</p> <p>Se il valore dell'indicatore è inferiore o uguale al valore obiettivo, l'obiettivo è considerato raggiunto.</p>
TRACKING	<p>Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (CE Trimestrali e dati produzione)</p>
PESO ASL	Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	<p>L'obiettivo è calcolato in base alla percentuale di incidenza della spesa per farmaci rispetto alla produzione erogata al IV Trimestre dell'anno precedente</p>

INDICATORE 2 AO – SAN CAMILLO: SPESA DISPOSITIVI MEDICI

Razionale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:

- dispositivi medici (BA0220);
- dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230);
- dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240);

rispetto al valore della produzione erogata:

- acuzie;
- neonato;
- riabilitazione;
- lungodegenza;
- pronto soccorso extra regione;
- ambulatoriali;
- finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato

INDICATORE	$\frac{\sum CE\ Consuntivo}{\sum Valore\ Produzione}$ <p>delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p>
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: ≤10% • 2017: ≤10%
SCALA	SI/NO L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore dell'indicatore è uguale o inferiore al valore obiettivo
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (CE Trimestrali e dati produzione)
PESO ASL	Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	L'obiettivo è calcolato in base alla percentuale di incidenza della spesa per dispositivi medici rispetto alla produzione erogata al IV Trimestre dell'anno precedente.

INDICATORE 3 AO – SAN CAMILLO: SPESA FARMACI (file F)

Razionale: Valore file F rispetto all'anno precedente

INDICATORE	Valore file F Anno x - valore File F Anno X-1
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 <ul style="list-style-type: none"> • Incremento ≤ 3% per farmaci oncologici e malattie rare • Incremento 0% per tutti gli altri farmaci
SCALA	SI/NO In considerazione di nuove commercializzazioni di farmaci oncologici e malattie rare dall'anno 2016 e anche per gli anni 2017 e 2018, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto fino ad un incremento massimo per ogni annualità del +3% ascrivibile ai soli farmaci sopra citati.

	La valutazione terrà conto delle eventuali ulteriori autorizzazioni di farmaci ad alto costo che interverranno durante il triennio e che comporteranno incrementi sostanziali a livello nazionale.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (Dati produzione)
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 5
NOTE	
INDICATORE 2 AO – SAN GIOVANNI: SPESA DISPOSITIVI MEDICI	
<p>Razionale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); <p>rispetto al valore della produzione erogata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato 	
INDICATORE	$\frac{\sum CE\ Consumivo}{\sum Valore\ Produzione}$ <p>delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p>
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> 2016: ≤ 9% 2017: ≤ 9%
SCALA	SI/NO L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore dell'indicatore è uguale o inferiore al valore obiettivo
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (CE Trimestrali e dati produzione)
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 5
NOTE	L'obiettivo è calcolato in base alla percentuale di incidenza della spesa per dispositivi medici rispetto alla produzione erogata al IV Trimestre dell'anno precedente.

INDICATORE 3 AO – SAN GIOVANNI: SPESA FARMACI (file F)**Razionale:** Valore file F rispetto all'anno precedente

INDICATORE	Valore file F Anno x - valore File F Anno X-1
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 <ul style="list-style-type: none"> • Incremento ≤ 3% per farmaci oncologici e malattie rare • Incremento 0% per tutti gli altri farmaci
SCALA	SI/NO In considerazione di nuove commercializzazioni di farmaci oncologici e malattie rare dall'anno 2016 e anche per gli anni 2017 e 2018, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto fino ad un incremento massimo per ogni annualità del +3% ascrivibile ai soli farmaci sopra citati. La valutazione terrà conto delle eventuali ulteriori autorizzazioni di farmaci ad alto costo che interverranno durante il triennio e che comporteranno incrementi sostanziali a livello nazionale.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (Dati produzione)
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	

INDICATORE 2 – POLICLINICO UMBERTO I : SPESA DISPOSITIVI MEDICI**Razionale:** Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:

- dispositivi medici (BA0220);
 - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230);
 - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240);
- rispetto al valore della produzione erogata:

- acuzie;
- neonato;
- riabilitazione;
- lungodegenza;
- pronto soccorso extra regione;
- ambulatoriali;
- finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato

INDICATORE	$\frac{\sum CE\ Consumivo}{\sum Valore\ Produzione}$ <p>delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p>
-------------------	---

VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: ≤11% • 2017: ≤11%
SCALA	SI/NO L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore dell'indicatore è uguale o inferiore al valore obiettivo
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (CE Trimestrali e dati produzione)
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	L'obiettivo è calcolato in base alla percentuale di incidenza della spesa per dispositivi medici rispetto alla produzione erogata al IV Trimestre dell'anno precedente.
INDICATORE 3 – POLICLINICO UMBERTO I: SPESA FARMACI (file F)	
Razionale: Valore file F rispetto all'anno precedente	
INDICATORE	Valore file F Anno X - valore File F Anno X-1
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 <ul style="list-style-type: none"> • Incremento ≤ 2% per farmaci oncologici e malattie rare • Incremento ≤ 1% per tutti gli altri farmaci
SCALA	SI/NO In considerazione di nuove commercializzazioni di farmaci oncologici e malattie rare dall'anno 2016 e anche per gli anni 2017 e 2018, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto fino ad un incremento massimo per ogni annualità del +2% ascrivibile ai soli farmaci sopra citati e al +1% ascrivibile a tutti gli altri farmaci. La valutazione terrà conto delle eventuali ulteriori autorizzazioni di farmaci ad alto costo che interverranno durante il triennio e che comporteranno incrementi sostanziali a livello nazionale.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (Dati produzione)
PESO ASL	<ul style="list-style-type: none"> • Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	
INDICATORE 2 - INMI: SPESA DISPOSITIVI MEDICI	
Razionale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: <ul style="list-style-type: none"> - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); 	

rispetto al valore della produzione erogata:	
<ul style="list-style-type: none"> - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato 	
INDICATORE	$\frac{\sum CE \text{ Consuntivo}}{\sum \text{Valore Produzione}}$ <p>delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p>
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: ≤ 9% • 2017: ≤ 9%
SCALA	SI/NO L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore dell'indicatore è uguale o inferiore al valore obiettivo
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (CE Trimestrali e dati produzione)
PESO ASL	Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	L'obiettivo è calcolato in base alla percentuale di incidenza della spesa per dispositivi medici rispetto alla produzione erogata al IV Trimestre dell'anno precedente
INDICATORE 3 - INMI: SPESA FARMACI (file F)	
Razionale: Valore file F rispetto all'anno precedente	
INDICATORE	Valore file F Anno x - valore File F Anno X-1
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 <ul style="list-style-type: none"> • Incremento ≤ 5% per farmaci antivirali e malattie rare • Incremento 0% per tutti gli altri farmaci
SCALA	SI/NO In considerazione di nuove commercializzazioni di farmaci antivirali e malattie rare dall'anno 2016 e anche per gli anni 2017 e 2018, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto fino ad un incremento massimo per ogni annualità del +5% ascrivibile ai soli farmaci sopra citati. La valutazione terrà conto delle eventuali ulteriori autorizzazioni di farmaci ad alto costo che interverranno durante il triennio e che comporteranno incrementi sostanziali a livello nazionale.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (Dati produzione)

PESO ASL	Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	
INDICATORE 2 - IFO: SPESA DISPOSITIVI MEDICI	
<p>Razionale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); <p>rispetto al valore della produzione erogata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato 	
INDICATORE	$\frac{\sum CE\ Consuntivo}{\sum Valore\ Produzione}$ <p>delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p>
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: ≤12% • 2017: ≤12%
SCALA	<p>SI/NO</p> <p>L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore dell'indicatore è uguale o inferiore al valore obiettivo</p>
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (CE Trimestrali e dati produzione)
PESO ASL	Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	L'obiettivo è calcolato in base alla percentuale di incidenza della spesa per dispositivi medici rispetto alla produzione erogata al IV Trimestre dell'anno precedente.

INDICATORE 3 - IFO: SPESA FARMACI (file F)	
Razionale: Valore file F rispetto all'anno precedente	
INDICATORE	Valore file F Anno X - valore File F X-1
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 <ul style="list-style-type: none"> Incremento ≤ 5% per farmaci oncologici e malattie rare Incremento 0% per tutti gli altri farmaci
SCALA	In considerazione di nuove commercializzazioni di farmaci oncologici e malattie rare dall'anno 2016 e anche per gli anni 2017 e 2018, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto fino ad un incremento massimo per ogni annualità del +5% ascrivibile ai soli farmaci sopra citati. La valutazione terrà conto delle eventuali ulteriori autorizzazioni di farmaci ad alto costo che interverranno durante il triennio e che comporteranno incrementi sostanziali a livello nazionale.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (Dati produzione)
PESO ASL	Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> 2017: 5
NOTE	
INDICATORE 2 AO – SANT'ANDREA: SPESA DISPOSITIVI MEDICI	
<p>Razionale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); <p>rispetto al valore della produzione erogata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato 	
INDICATORE	$\frac{\sum CE\ Consuntivo}{\sum Valore\ Produzione}$ <p>delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p>
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> 2016: ≤10% 2016: ≤10%

SCALA	SI/NO L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore dell'indicatore è uguale o inferiore al valore obiettivo
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (CE Trimestrali e dati produzione)
PESO ASL	Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	L'obiettivo è calcolato in base alla percentuale di incidenza della spesa per dispositivi medici rispetto alla produzione erogata al IV Trimestre dell'anno precedente

INDICATORE 3 AO – SANT'ANDREA: SPESA FARMACI (file F)

Razionale: Valore file F rispetto all'anno precedente

INDICATORE	Valore file F Anno x - valore File F X-1
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 <ul style="list-style-type: none"> • Incremento $\leq 3\%$ per farmaci oncologici e malattie rare • Incremento $\leq 1\%$ per tutti gli altri farmaci
SCALA	SI/NO In considerazione di nuove commercializzazioni di farmaci oncologici e malattie rare dall'anno 2016 e anche per gli anni 2017 e 2018, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto fino ad un incremento massimo per ogni annualità del +3% ascrivibile ai soli farmaci sopra citati e al +1% ascrivibile a tutti gli altri farmaci. La valutazione terrà conto delle eventuali ulteriori autorizzazioni di farmaci ad alto costo che interverranno durante il triennio e che comporteranno incrementi sostanziali a livello nazionale.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (Dati produzione)
PESO ASL	Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	

INDICATORE 2 – POLICLINICO TOR VERGATA: SPESA DISPOSITIVI MEDICI

Razionale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:

- dispositivi medici (BA0220);
 - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230);
 - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240);
- rispetto al valore della produzione erogata:
- acuzie;

- neonato;
- riabilitazione;
- lungodegenza;
- pronto soccorso extra regione;
- ambulatoriali;
- finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato

INDICATORE	$\frac{\sum CE\ Consuntivo}{\sum Valore\ Produzione}$ <p>delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p>
VALORE OBIETTIVO	2016: ≤12% 2017: ≤12%
SCALA	SI/NO L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore dell'indicatore è uguale o inferiore al valore obiettivo
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (CE Trimestrali e dati produzione)
PESO ASL	Non applicabile
PESO AO	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
PESO IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> • 2017: 5
NOTE	L'obiettivo è calcolato in base alla percentuale di incidenza della spesa per dispositivi medici rispetto alla produzione erogata al IV Trimestre dell'anno precedente
INDICATORE 3 – POLICLINICO TOR VERGATA: SPESA FARMACI (file F)	
Razionale: Valore file F rispetto all'anno precedente	
INDICATORE	Valore file F Anno X - valore File F X-1
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 <ul style="list-style-type: none"> • Incremento ≤ 2% per farmaci oncologici e malattie rare • Incremento ≤ 1% per tutti gli altri farmaci
SCALA	SI/NO In considerazione di nuove commercializzazioni di farmaci oncologici dall'anno 2016 e anche per gli anni 2017 e 2018, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto fino ad un incremento massimo per ogni annualità del +2% ascrivibile ai soli farmaci sopra citati e al +1% ascrivibile a tutti gli altri farmaci. La valutazione terrà conto delle eventuali ulteriori autorizzazioni di farmaci ad alto costo che interverranno durante il triennio e che comporteranno incrementi sostanziali a livello nazionale.
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale attraverso la fornitura da parte delle aziende dei dati in loro possesso (Dati produzione)
PESO ASL	Non applicabile

PESO AO	• 2017: 5
PESO IRCCS	• 2017: 5
NOTE	
INDICATORE 4 AO E IRCCS: Adempienza trasmissione Flussi Informativi Adempimenti LEA in ambito farmaceutica	
Raggiungimento delle adempienze relative alla trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri e raggiungimento degli obiettivi relativi agli indicatori di appropriatezza valutati nell'ambito degli Adempimenti LEA (attualmente in corso di formalizzazione)	
INDICATORE	<i>Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA raggiunte</i> <i>Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi e Adempienze LEA</i>
VALORE OBIETTIVO	2016 e 2017 100%
SCALA	Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore obiettivo, l'obiettivo non è considerato raggiunto
TRACKING	Annuale
PESO ASL	Non applicabile
PESO AO	• 2017: 5
PESO IRCCS	• 2017: 10
NOTE	

ARES 118

OBIETTIVI 2016

DOTAZIONE STRUMENTALE E SERVIZI

OBIETTIVO 1 - MEZZI DI SOCCORSO E SERVIZI	
DESCRIZIONE e ARTICOLAZIONE	L'obiettivo è finalizzato all'estensione della funzionalità del servizio di soccorso attraverso il controllo sull' intervallo allarme target dei mezzi di soccorso in minuti
PESO	30

SUB-OBIETTIVO n° 1.1: Intervallo allarme target (punto E del questionario LEA)	
INDICATORE	Intervallo allarme target dei mezzi di soccorso in minuti (≤ 18)
VALORE OBIETTIVO	(indicatore 21 della Griglia LEA 2016) ≤ 18 minuti -
SCALA	SI/NO
TRACKING	Semestrale
PESO	30

distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno.
vedi anche decreto 17/12/2008

PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE

OBIETTIVO 3 - PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE

DESCRIZIONE e ARTICOLAZIONE	<p>L'obiettivo è finalizzato alla verifica di attuazione del percorso di adeguamento e messa a norma degli immobili alla normativa vigente e all'ammodernamento e implementazione del parco tecnologico in uso presso le Aziende del SSR. In particolare con i fondi assegnati si autorizza un programma di investimenti per la riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico. Riveste particolare rilevanza pertanto la percentuale di avanzamento in termini di spesa del singolo finanziamento assegnato, anche rapportato alla data di assegnazione e la regolare rendicontazione dei finanziamenti assegnati.</p> <p>Si articola in due sub-obiettivi:</p> <p>3.1- Attuazione interventi finanziati con risorse in conto capitale;</p> <p>3.2 - Beni immobili</p>
PESO	25

SUB-OBIETTIVO n°3.1: Attuazione degli interventi finanziati con risorse in conto capitale o con altre fonti ad investimento specificamente assegnate

Monitoraggio dell'utilizzo dei fondi assegnati in conto capitale per le manutenzioni straordinarie degli spazi funzionali, degli impianti e delle tecnologie sanitarie finalizzato alla verifica dell'avanzamento e della regolare rendicontazione

INDICATORE	Raggiungimento della percentuale di avanzamento (*) in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori ed attrezzature) <u>riproporzionata</u> in rapporto alla durata complessiva dell'appalto nell'ottica del completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini ultimi previsti
VALORE OBIETTIVO	Percentuale avanzamento al 100% della spesa obiettivo (IMP_OBIETTIVO) per ogni finanziamento non ancora totalmente liquidato
SCALA	<p>Tenuto conto che la data limite è posta pari alla data di assegnazione del finanziamento, aumentata di 3 anni, la spesa obiettivo (IMP_OBIETTIVO) sarà determinata secondo la seguente formula:</p> $IMP_OBIETTIVO = IMP_RES \times \frac{GG}{GG_{RES}}$ <p>ove: IMP_RES: Importo assegnato con Delibera di Giunta Regionale (fondi regionali) eventualmente diminuito dell'importo già liquidato dall'Area Investimenti alla data di assessment del 17/3/2016 GG: numero di giorni a partire dal 17/3/2016 (data dell'assessment), fino al 31/12/2016 (data di riferimento della consuntivazione), oppure fino alla data limite se questa è inferiore al 31/12/2016. GG_RES: giorni residui a partire dalla data dell'assessment fino alla data limite</p> <p>La percentuale di avanzamento totale (riproporzionata) sarà pari al rapporto tra la somma gli importi liquidati (**) e la somma degli importi obiettivi moltiplicato 100. In formule (IMP_LIQ: Importo liquidato):</p> $\% \text{ avanzamento totale} = \frac{\sum IMP_LIQ}{\sum IMP_OBIETTIVO} \times 100$ $\% \text{ avanzamento singolo finanziamento} = \frac{IMP_LIQ}{IMP_OBIETTIVO} \times 100$ <p>L'obiettivo è raggiunto totalmente se la percentuale avanzamento totale è pari al 100% o superiore al 100%. Se la percentuale avanzamento totale è inferiore a 60% l'obiettivo si intende non raggiunto. Per valori differenti si procederà per interpolazione lineare.</p> <p>Inoltre per raggiungere almeno parzialmente l'obiettivo è necessario che la percentuale di avanzamento di ogni singolo finanziamento sia superiore al 40%</p>
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale e successiva comunicazione degli esiti all'azienda
PESO	13
NOTE	<p>*: La percentuale di avanzamento non terrà conto delle rendicontazioni in cui siano presenti fatture non adeguatamente imputate (ovvero in assenza di codice di blocco) **: Per importo liquidato si intende la somma degli importi liquidati dall'Area Investimenti a partire dal 17/3/2016 (data di assessment) fino alla fine dell'anno ma comunque prima della data limite.</p>

SUB-OBIETTIVO n°3.2: Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi

Piano di assetto e valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso alle aziende finalizzato all'economicità di gestione e all'efficienza organizzativa

INDICATORE	Aggiornamento del quadro riepilogativo degli immobili entro il 31/12
VALORE OBIETTIVO	100%
SCALA	SI/NO Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se sarà presentato l'aggiornamento del quadro riepilogativo compilato in modo completo come da format già trasmesso. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale e presentazione del piano entro il primo trimestre di ogni anno
PESO	12
NOTE	In allegato si riportano le linee di indirizzo per la predisposizione del piano di assetto del parco immobiliare.

Allegato all'sub obiettivo 1.2:

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DI ASSETTO DEL PARCO IMMOBILIARE

Il Piano di riordino dell'assetto immobiliare, che dovrà ispirarsi ad obiettivi di massima efficienza funzionale ed economicità di gestione, dovrà seguire la seguente articolazione:

1. Ricognizione ed analisi degli immobili detenuti a vario titolo

Raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare (descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere, ...) ed elaborazione dei più significativi indicatori descrittivi (ampiezza media delle sedi, tassi di proprietà per unità, per superfici, ...).

2. Modalità di utilizzo e costi di gestione

Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità, ... Peso e distribuzione dei costi di gestione per singola unità e categoria di spesa (manutenzione edilizia, vigilanza, pulizia, conduzione, ...) e dei costi di locazione (canoni medi per sede, superfici, tassi di sotto/inutilizzo di sedi e superfici, ...).

3. Stima dei fabbisogni attuali e futuri

Quadro dei fabbisogni immobiliari (localizzativi, dimensionali, ...) in relazione allo stato attuale e stima dei fabbisogni futuri in considerazione dell'evoluzione del contesto socio-sanitario di riferimento, degli indirizzi strategici adottati e dei conseguenti processi di riorganizzazione dell'offerta.

4. Piano di razionalizzazione del sistema edilizio-immobiliare

Strategie di razionalizzazione delle dotazioni edilizio-immobiliari in funzione degli obiettivi di riduzione/abbattimento del peso delle locazioni passive, miglioramento dell'efficienza organizzativa ed economicità di gestione. Indicazione dei risultati attesi nel breve-medio periodo, priorità di intervento, eventuali investimenti necessari, economie via via conseguibili.

5. Progetti di valorizzazione/dismissione

Relativamente alla eventuale presenza di immobili in proprietà in condizioni di sotto/inutilizzo o non più strettamente funzionali alle esigenze dell'Azienda dovranno essere singolarmente valutate le possibili ipotesi di valorizzazione (messa a reddito, permuta, dismissione, ...) ed indicato il percorso attuativo che si intende compiere.

GESTIONE PERSONALE

OBIETTIVO 4 – DOTAZIONI ORGANICHE

Nel corso del triennio 2016-2018 si intende avviare e compiere una nuova serie di interventi e di azioni finalizzate alla realizzazione di una effettiva e incisiva gestione del personale. Negli anni precedenti la Regione, dovendo adempiere agli obblighi imposti dal piano di rientro, che costituiscono in definitiva adempimenti di natura comunitaria, ha contribuito a sviluppare una modalità di gestione del personale di natura emergenziale, provvisoria e talvolta carente di una visione esaustiva delle necessità e delle priorità di ciascuna Azienda, imponendo il blocco del turn over e applicando una speciale disciplina in tema di mobilità e di sostituzione del personale assente.

Nell'ambito di tale generale ridefinizione e del conseguente avvio della nuova fase triennale di programmazione delle politiche gestionali del personale, con il DCA n. U00156 del 12 maggio 2016, si è previsto di definire un budget assunzionale, in termini sia di valore complessivo sia in termini di teste, attribuendo la facoltà di assumere all'interno del budget concordato alle Aziende e agli Enti del SSR. In tale nuova fase rileva da un lato l'autonomia e la conseguente responsabilità aziendale e, dall'altro lato, il fondamentale rispetto della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010) e s.m.i nonché dell'equilibrio economico-finanziario del SSR e degli obiettivi di controllo della spesa del personale.

Pertanto, nell'ambito di tale impostazione programmatica di gestione del personale, assume notevole importanza il completamento della procedura di definizione e conseguente approvazione delle dotazioni organiche aziendali. Ciò allo scopo di garantire la coerenza e la sistematicità del livello di personale di ciascuna azienda o ente del servizio sanitario regionale con la nuova struttura della rete assistenziale, con quanto previsto dai piani strategici triennali e degli atti aziendali.

Si intende quindi sviluppare il seguente obiettivo: definizione e approvazione delle dotazioni organiche

INDICATORE	Invio della griglia del fabbisogno di personale compilata in coerenza al format
VALORE OBIETTIVO	100%
SCALA	SI/NO
TRACKING	Invio di report trimestrale, nonché tramite appositi incontri trimestrali con le strutture regionali in merito al corretto andamento della procedura finalizzata alla definitiva approvazione del documento.
PESO	20
NOTE	Si specifica che i fattori esogeni non possono in alcun modo essere determinati da atti o da comportamenti riconducibili a inadempienze aziendali. La Regione verifica le motivazioni poste dall'azienda in caso di mancato raggiungimento con eventuale contraddittorio

APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO 5 : ADEMPIENZA TRASMISSIONE FLUSSI INFORMATIVI	
Raggiungimento delle adempienze relative alla trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri e raggiungimento degli obiettivi relativi agli indicatori di appropriatezza valutati nell'ambito degli Adempimenti LEA (attualmente in corso di formalizzazione)	
INDICATORE	$\frac{\text{Adempienze Trasmissione Flussi Informativi}}{\text{Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi}}$
VALORE OBIETTIVO	100%
SCALA	Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore obiettivo, l'obiettivo non è considerato raggiunto
TRACKING	Annuale
PESO	25
NOTE	

OBIETTIVI 2017

DOTAZIONE STRUMENTALE E SERVIZI

OBIETTIVO 1 - MEZZI DI SOCCORSO E SERVIZI	
DESCRIZIONE e ARTICOLAZIONE	L'obiettivo è finalizzato all'estensione della copertura e al miglioramento di alcuni dei servizi in carico all'Azienda. Si articola in tre sub-obiettivi: 1.1 - Servizio attività trapiantologica 1.2 – Copertura punti di atterraggio elisoccorso 1.3 – Servizio di trasporto secondario
PESO	25

SUB-OBIETTIVO n°1.1: Servizio Trapianti	
INDICATORE	N. trasporti connessi all'attività trapiantologica effettuati / tot. richieste di trasporto connesse all'attività trapiantologia da parte del Centro Regionale Trapianti
VALORE OBIETTIVO	≥ 95%
SCALA	SI/NO
TRACKING	Trimestrale
PESO	10

SUB-OBIETTIVO n°1.2: Punti di Atterraggio zone sismiche	
INDICATORE	Identificazione di ulteriori punti di atterraggio in H 24
VALORE OBIETTIVO	≥ 50% dei comuni delle aree sismiche 1 e 2
SCALA	SI/NO
TRACKING	Trimestrale
PESO	5
NOTE	Ai sensi del regolamento europeo n. 965 del 5/10/2012 recepito con legge regionale n. 11/2014 nelle aree sismiche 1 e 2 della regione Lazio

SUB-OBIETTIVO n° 1.3: Trasporto secondario	
INDICATORE	Adeguamento eliambulanza di Roma per il trasporto neonatale assistito dal personale dello STEN
VALORE OBIETTIVO	100%
SCALA	SI/NO
TRACKING	Annuale
PESO	10

RETI E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

OBIETTIVO 2 - RETI E CONTINUITA' ASSISTENZIALE	
DESCRIZIONE e ARTICOLAZIONE	L'obiettivo è finalizzato all'estensione o miglioramento dei servizi di rete perinatale e di continuità assistenziale Si articola in tre sub-obiettivi: 2.1 - Inserimento nel sistema di monitoraggio informatico delle strutture ospedaliere di rete emergenza 2.2 – Attivazione servizio STAM 2.3 - Accorpamento delle Centrali di Ascolto
PESO	10

SUB-OBIETTIVO n° 2.1: Posti Letto Area Critica

INDICATORE	Totale delle strutture ospedaliere della rete dell'emergenza inserite nel sistema
VALORE OBIETTIVO	100%
SCALA	SI/NO
TRACKING	Trimestrale
PESO	3

SUB-OBIETTIVO n° 2.2: STAM

INDICATORE	Attivazione del servizio materno assistito
VALORE OBIETTIVO	100%
SCALA	SI/NO
TRACKING	Semestrale
PESO	3

SUB-OBIETTIVO n° 2.3: Centrali di Ascolto

INDICATORE	<ul style="list-style-type: none">• Centrale unica di Ascolto di Roma e Provincia• Centrale unica di Ascolto di Rieti e Viterbo• Centrale unica di Ascolto di Latina e Frosinone
VALORE OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none">1. Presenza del piano di riorganizzazione e integrazione2. Piena operatività delle 3 centrali uniche
SCALA	SI/NO
TRACKING	Trimestrale
PESO	4

PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE

OBIETTIVO 3- PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE	
DESCRIZIONE e ARTICOLAZIONE	<p>L'obiettivo è finalizzato alla verifica di attuazione del percorso di adeguamento e messa a norma degli immobili alla normativa vigente e all'ammodernamento e implementazione del parco tecnologico in uso presso le Aziende del SSR.</p> <p>In particolare con i fondi assegnati si autorizza un programma di investimenti per la riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico. Riveste particolare rilevanza pertanto la percentuale di avanzamento in termini di spesa del singolo finanziamento assegnato, anche rapportato alla data di assegnazione e la regolare rendicontazione dei finanziamenti assegnati.</p> <p>Si articola in due sub-obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none">3.1- Attuazione interventi finanziati con risorse in conto capitale;3.2 - Beni immobili
PESO	25

SUB-OBIETTIVO n°3.1: Attuazione degli interventi finanziati con risorse in conto capitale o con altre fonti ad investimento specificamente assegnate

Monitoraggio dell'utilizzo dei fondi assegnati in conto capitale per le manutenzioni straordinarie degli spazi funzionali, degli impianti e delle tecnologie sanitarie finalizzato alla verifica dell'avanzamento e della regolare rendicontazione

INDICATORE	Raggiungimento della percentuale di avanzamento (*) in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori ed attrezzature) <u>riproporzionata</u> in rapporto alla durata complessiva dell'appalto nell'ottica del completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini ultimi previsti
VALORE OBIETTIVO	Percentuale avanzamento al 100% della spesa obiettivo (IMP_OBIETTIVO) per ogni finanziamento non ancora totalmente liquidato
SCALA	<p>Tenuto conto che la data limite è posta pari alla data di assegnazione del finanziamento, aumentata di 3 anni, la spesa obiettivo (IMP_OBIETTIVO) sarà determinata secondo la seguente formula:</p> $IMP_OBIETTIVO = IMP_RES \times \frac{GG}{GG_RES}$ <p>ove: <i>IMP_RES</i>: Importo assegnato con Delibera di Giunta Regionale (fondi regionali) eventualmente diminuito dell'importo già liquidato dall'Area Investimenti alla data di assessment del 17/3/2016 <i>GG</i>: numero di giorni a partire dal 17/3/2016 (data dell'assessment), fino al 31/12/2016 (data di riferimento della consuntivazione), oppure fino alla data limite se questa è inferiore al 31/12/2016. <i>GG_RES</i>: giorni residui a partire dalla data dell'assessment fino alla data limite</p> <p>La percentuale di avanzamento totale (riproporzionata) sarà pari al rapporto tra la somma gli importi liquidati (**) e la somma degli importi obiettivi moltiplicato 100. In formule (IMP_LIQ: Importo liquidato):</p> $\% \text{ avanzamento totale} = \frac{\sum IMP_LIQ}{\sum IMP_OBIETTIVO} \times 100$ $\% \text{ avanzamento singolo finanziamento} = \frac{IMP_LIQ}{IMP_OBIETTIVO} \times 100$ <p>L'obiettivo è raggiunto totalmente se la percentuale avanzamento totale è pari al 100% o superiore al 100%. Se la percentuale avanzamento totale è inferiore a 60% l'obiettivo si intende non raggiunto. Per valori differenti si procederà per interpolazione lineare.</p> <p>Inoltre per raggiungere almeno parzialmente l'obiettivo è necessario che la percentuale di avanzamento di ogni singolo finanziamento sia superiore al 40%</p>
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale e successiva comunicazione degli esiti all'azienda
PESO	15
NOTE	<p>*: La percentuale di avanzamento non terrà conto delle rendicontazioni in cui siano presenti fatture non adeguatamente imputate (ovvero in assenza di codice di blocco)</p> <p>** : Per importo liquidato si intende la somma degli importi liquidati dall'Area Investimenti a partire dal 17/3/2016 (data di assessment) fino alla fine dell'anno ma comunque prima della data limite.</p>

SUB-OBIETTIVO n°3.2: Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi

Piano di assetto e valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso alle aziende finalizzato all'economicità di gestione e all'efficienza organizzativa

INDICATORE	Presentazione del piano di assetto e di valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso entro 31/12
VALORE OBIETTIVO	100%
SCALA	SI/NO Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se sarà presentato il piano di assetto e di valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso. Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto
TRACKING	Monitoraggio con periodicità trimestrale e presentazione del piano entro il primo trimestre di ogni anno
PESO ARES	10
NOTE	In allegato si riportano le linee di indirizzo per la predisposizione del piano di assetto del parco immobiliare.

Allegato all'sub obiettivo 3.2:

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DI ASSETTO DEL PARCO IMMOBILIARE

Il Piano di riordino dell'assetto immobiliare, che dovrà ispirarsi ad obiettivi di massima efficienza funzionale ed economicità di gestione, dovrà seguire la seguente articolazione:

1. Ricognizione ed analisi degli immobili detenuti a vario titolo

Raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare (descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere, ...) ed elaborazione dei più significativi indicatori descrittivi (ampiezza media delle sedi, tassi di proprietà per unità, per superfici, ...).

2. Modalità di utilizzo e costi di gestione

Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità, ... Peso e distribuzione dei costi di gestione per singola unità e categoria di spesa (manutenzione edilizia, vigilanza, pulizia, conduzione, ...) e dei costi di locazione (canoni medi per sede, superfici, tassi di sotto/inutilizzo di sedi e superfici, ...).

3. Stima dei fabbisogni attuali e futuri

Quadro dei fabbisogni immobiliari (localizzativi, dimensionali, ...) in relazione allo stato attuale e stima dei fabbisogni futuri in considerazione dell'evoluzione del contesto socio-sanitario di riferimento, degli indirizzi strategici adottati e dei conseguenti processi di riorganizzazione dell'offerta.

4. Piano di razionalizzazione del sistema edilizio-immobiliare

Strategie di razionalizzazione delle dotazioni edilizio-immobiliari in funzione degli obiettivi di riduzione/abbattimento del peso delle locazioni passive, miglioramento dell'efficienza organizzativa ed economicità di gestione. Indicazione dei risultati attesi nel breve-medio periodo, priorità di intervento, eventuali investimenti necessari, economie via via conseguibili.

5. Progetti di valorizzazione/dismissione

Relativamente alla eventuale presenza di immobili in proprietà in condizioni di sotto/inutilizzo o non più strettamente funzionali alle esigenze dell'Azienda dovranno essere singolarmente valutate le possibili ipotesi di valorizzazione (messa a reddito, permuta, dismissione, ...) ed indicato il percorso attuativo che si intende compiere.

GESTIONE PERSONALE

OBIETTIVO 4 – DOTAZIONI ORGANICHE

Nel corso del triennio 2016-2018 si intende avviare e compiere una nuova serie di interventi e di azioni finalizzate alla realizzazione di una effettiva e incisiva gestione del personale. Negli anni precedenti la Regione, dovendo adempiere agli obblighi imposti dal piano di rientro, che costituiscono in definitiva adempimenti di natura comunitaria, ha contribuito a sviluppare una modalità di gestione del personale di natura emergenziale, provvisoria e talvolta carente di una visione esaustiva delle necessità e delle priorità di ciascuna Azienda, imponendo il blocco del turn over e applicando una speciale disciplina in tema di mobilità e di sostituzione del personale assente.

Nell'ambito di tale generale ridefinizione e del conseguente avvio della nuova fase triennale di programmazione delle politiche gestionali del personale, con il DCA n. U00156 del 12 maggio 2016, si è previsto di definire un budget assunzionale, in termini sia di valore complessivo sia in termini di teste, attribuendo la facoltà di assumere all'interno del budget concordato alle Aziende e agli Enti del SSR. In tale nuova fase rileva da un lato l'autonomia e la conseguente responsabilità aziendale e, dall'altro lato, il fondamentale rispetto della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010) e s.m.i nonché dell'equilibrio economico-finanziario del SSR e degli obiettivi di controllo della spesa del personale.

Pertanto, nell'ambito di tale impostazione programmatica di gestione del personale, assume notevole importanza il completamento della procedura di definizione e conseguente approvazione delle dotazioni organiche aziendali. Ciò allo scopo di garantire la coerenza e la sistematicità del livello di personale di ciascuna azienda o ente del servizio sanitario regionale con la nuova struttura della rete assistenziale, con quanto previsto dai piani strategici triennali e degli atti aziendali.

Si intende quindi sviluppare il seguente obiettivo: definizione e approvazione delle dotazioni organiche

INDICATORE	Deliberazione di approvazione
VALORE OBIETTIVO	100%
SCALA	SI/NO
TRACKING	Invio di report trimestrale, nonché tramite appositi incontri trimestrali con le strutture regionali in merito al corretto andamento della procedura finalizzata alla definitiva approvazione del documento.
PESO ARES	25
NOTE	Si specifica che i fattori esogeni non possono in alcun modo essere determinati da atti o da comportamenti riconducibili a inadempienze aziendali. La Regione verifica le motivazioni poste dall'azienda in caso di mancato raggiungimento con eventuale contraddittorio

APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA

OBIETTIVO 5 : ADEMPIENZA TRASMISSIONE FLUSSI INFORMATIVI

Raggiungimento delle adempienze relative alla trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri e raggiungimento degli obiettivi relativi agli indicatori di appropriatezza valutati nell'ambito degli Adempimenti LEA (attualmente in corso di formalizzazione)

INDICATORE	$\frac{\text{Adempienze Trasmissione Flussi Informativi}}{\text{Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi}}$
VALORE OBIETTIVO	100%
SCALA	Se il valore dell'indicatore è inferiore al valore obiettivo, l'obiettivo non è considerato raggiunto
TRACKING	Annuale
PESO	15
NOTE	

