

Allegato B2_Criteri valutazione Obiettivi DG ASL Anno 2022

Ai fini della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi, i Direttori Generali dovranno produrre per gli anni 2022 e 2023, una dettagliata e documentata relazione sulle attività svolte in relazione agli obiettivi.

Periodo riferimento 01 Gennaio 2022 – 08 Agosto 2022

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
Rispetto dei tempi di pagamento	L'indicatore di ritardo annuale di pagamento ha l'obiettivo di esprimere la capacità dell'Ente del SSR di pagare le fatture scadute nell'anno di riferimento	L'indicatore è calcolato come la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture, considerando le fatture emesse nell'intero anno di riferimento (Fatture emesse dal 01 Gennaio 2022 al 31 Dicembre 2022). Formula calcolo: Tempo medio ritardo ponderato – 60 GG Fonte di calcolo: Indicatore calcolato dall' Area RGS del MEF (Rif Nota DG Tutela della Salute e Coordinamento del SSR n. PG/2024/0162036)	100 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore minore o uguale a zero; 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni; 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; 50 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni 0 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo	30%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
Percentuale di ultra sessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione ospedaliera	L'indicatore misura l'appropriatezza organizzativa nella gestione della valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI	$\frac{\text{N. dimessi con età } \geq 65 \text{ anni sottoposti a VM per presa in carico entro 2 gg dim.}}{\text{N. dimessi con età } \geq 65 \text{ anni sottoposti a VM}} \times 100$ Fonte di calcolo: Sistema informativo SIAD e sistema informativo SDO <i>Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è riferito all'intero anno 2022. Ai fini del calcolo saranno considerati gli assistiti residenti nell'ASL di riferimento da strutture che insistono sul territorio di competenza della stessa ASL. Sono esclusi i pazienti deceduti in ospedale.</i>	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore maggiore o uguale a 10 punti percentuali; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso fra 9,9 e 9 punti percentuali; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso fra 8,9 e 7 punti percentuali • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso fra 6,9 e 4 punti percentuali • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore inferiore a 3,9 punti percentuali	4%
Percentuale di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno un accesso sul totale delle prese in carico con data di dimissione nell'anno	L'indicatore misura l'efficienza organizzativa nella gestione delle cure domiciliari	$\frac{\text{N. di prese in carico con data di dimissione nell'anno con almeno un accesso}}{\text{N. totale di prese in carico con data di dimissione nell'anno}} \times 100$ Fonte di calcolo: Sistema informativo SIAD <i>Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è riferito all'intero anno 2022.</i>	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore maggiore o uguale a 90 punti percentuali; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso fra 99 e 90 punti percentuali; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore	4%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
			compreso fra 89 e 70 punti percentuali • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso fra 69 e 50 punti percentuali • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore inferiore a 49 punti percentuali	
Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	L'indicatore misura l'appropriatezza organizzativa nella gestione e nell'utilizzo dei reparti chirurgici	$\frac{\text{Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici}}{\text{Numero di dimessi da reparti chirurgici}} \times 100$ Ai fini del calcolo sono inclusi solo i presidi pubblici, con riferimento alle seguenti specialità chirurgiche: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery. Sono altresì esclusi i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD)- CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) e i dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile). <i>Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è compreso tra il 01 Gennaio 2022 e l'8 Agosto 2022.</i> Fonte di calcolo: Sistema Quani – Area di analisi - Report Obiettivi DG 2016 – Allegato B	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore minore o uguale del 25 per cento; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 26 per cento e il 30 per cento; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 31 per cento e il 35 per cento; • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 36 per cento e il 50 per cento; • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore superiore del 50 per cento.	8%
Giorni di degenza media precedenti	L'indicatore Degenza Media		• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un	14%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
l'intervento chirurgico	PreOperatoria (DMPO) misura il tempo medio trascorso in ospedale in Ricovero Ordinario (RO) prima di eseguire un intervento chirurgico	$\frac{\text{Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico}}{\text{Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico}}$ Ai fini del calcolo sono inclusi solo i presidi pubblici. L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Codifiche ICD-9 CM : codici di procedure da 00 a 86 Reparto di ammissione: a) chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica) b) Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico Sono esclusi: I trapiantati (DRG 103,302,480,481,495,512,513) Pancreas: (intervento principale 528) Sono altresì esclusi i dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento, i pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno, i dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione <i>Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è compreso tra il 01 Gennaio 2022 e l'8 Agosto 2022.</i> Fonte di calcolo: Sistema Quani – Area di analisi - Report Obiettivi DG 2016 – Allegato B	indicatore minore o uguale di 1,4 giorni; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 1,5 giorni e 2 giorni; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 2,1 giorni e 3 giorni; • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 3,1 giorni e 4 giorni; • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore superiore del 4,1 giorni;	
Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia	L'indicatore misura la percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione oltre soglia sul totale.	$\frac{\text{N. dimissioni in RO per riabilitazione con degenza oltre soglia}}{\text{N. dimissioni in RO per riabilitazione}} \times 100$ Ai fini del calcolo sono inclusi solo i presidi pubblici. <i>Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è compreso tra il 01 Gennaio 2022 e l'8 Agosto 2022, ove applicabile.</i> Fonte di calcolo: Sistema Quani – Area di analisi - Report Obiettivi DG 2016 – Allegato B	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore minore o uguale del 20 per cento; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 21 per cento e il 25 per cento;	15%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
			• 75 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 26 per cento e il 35 per cento; • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 36 per cento e il 39 per cento; • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore superiore o uguale al 40 per cento.	
Rapporto standardizzato tra il numero di dimissioni per intervento di amputazione maggiore degli arti inferiori determinato dalle complicanze della patologia diabetica e la popolazione residente espresso per 1.000.000 abitanti		$\frac{\text{N. dimissioni per intervento di amputazione nei residenti } \geq 18 \text{ anni}}{\text{N. soggetti con età } \geq 18 \text{ anni}}$ Sono considerati i ricoveri per acuti in regime ordinario effettuati presso le strutture pubbliche e private accreditate con diagnosi principale cod. ICD - 9- CM 250.7x, diagnosi secondaria cod. ICD - 9 - CM 443.81 e intervento principale cod. ICD - 9- CM 84.15 o 84.17. Sono inclusi i pazienti deceduti in ospedale. Il tasso è standardizzato per età e sesso con la popolazione del censimento dell'anno di riferimento. Fonte di calcolo: Sistema informativo SDO Qualora dalla selezione della coorte delle SDO utili al calcolo dell'indicatore non si rilevino SDO caratterizzate dalla codifica indicata nei precedenti criteri sarà valutato alternativamente l'indicatore Piano Nazionale Esiti "Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici" calcolato come di seguito. • Numeratore: Ricoveri ordinari, Età: 18+ anni Diagnosi (principale o secondaria): 250.x Intervento (principale o secondario): 84.10, 84.12 – 84.19 Esclusi: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390; diagnosi	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore inferiore o uguale a 15 per 1.000.000 ab.; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso tra 15,1 e 16,1 per 1.000.000 ab.; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso tra 16,2 e 16,5 per 1.000.000 ab.; • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso tra 16,6 e 17,0 per 1.000.000 ab.; • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore	5%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
		(principale o secondaria) di amputazione traumatica: 895.0, 897.1, 895.1, 897.2, 896.0, 897.3, 896.1, 897.4, 896.2, 897.5, 896.3, 897.6, 897.0, 897.7; non residenti in Italia Denominatore: Popolazione residente in età 18+ anni (popolazione residente al 1 gennaio dell'anno di analisi) Ai fini del calcolo sarà considerato l'indicatore nella versione grezza. Periodo di riferimento anno 2022 Fonte di calcolo: Sistema PNE	dell'indicatore superiore a 17,1 per 1.000.000 ab. Standard per indicatore PNE 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore grezzo inferiore o uguale 0,07; 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore grezzo compreso tra 0,08 e 0,09; 75 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore grezzo compreso tra 0,10 e 0,11; 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore grezzo compreso tra 0,12 e 0,14; 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore grezzo superiore 0,15.	
Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIs	La normativa di istituzione dei flussi informativi che costituiscono nell'ambito del Nuovo sistema Informativo Sanitario del	I flussi considerati ai fini del calcolo dell'indicatore sono i seguenti: - Emur 118 e PS Mensile - SIAD Valido solo per le ASL Trimestrale - FAR Valido solo per le ASL Trimestrale - HOSPICE Valido solo per le ASL Trimestrale - SISM Valido solo per le ASL Semestrale - SIND Valido solo per le ASL Semestrale - SDO Mensile	100 per cento qualora l'ente sanitario abbia conferito tutti i flussi nelle tempistiche previste; 90 per cento qualora l'ente sanitario abbia conferito tra il 99 per cento e il 90 per cento dei	10%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
	Ministero della Salute prevede Specifiche modalità e una tempistica per l'alimentazione delle informazioni che ciascuna Regione e Provincia Autonoma deve fornire. La tempestiva lettura ed elaborazione dei contenuti informativi è fondamentale per la misura della qualità, dell'efficienza e dell'appropriatezza del Servizio Sanitario Regionale	• CEDAP Valido solo per i punti nascite Semestrale • FLS 11 Valido solo per le ASL Annuale • FLS 12 Valido solo per le ASL Annuale • FLS 18 Valido solo per le ASL Annuale • FLS 21 Valido solo per le ASL Annuale • HSP 11 Annuale • HSP 11 BIS Annuale • HSP 12 Annuale • HSP 13 Valido solo per le ASL Annuale • HSP 14 Annuale • HSP 22 BIS Mensile • HSP 23 Valido solo per le ASL Mensile • HSP 24 Mensile • RIA 11 (quadri a,b,c,e) Valido solo per le ASL Annuale • RIA 11 (quadri f,g,h,i) Valido solo per le ASL Annuale • STS 12 Annuale • STS 14 Annuale • STS 21 Annuale • STS 24 Valido solo per le ASL Annuale • Distribuzione Diretta e per conto dei medicinali Mensile • Consumi Ospedalieri e ambulatori dei medicinali Mensile • Consumi Dispositivi medici Trimestrale • Contratti Dispositivi medici Trimestrale • Apparecchiature Sanitaria Trimestrale Le tempistiche per il corretto conferimento dei flussi sono riportate nella nota Ministero della Salute prot. 9016 del 07/06/2019. Ai fini del calcolo sarà considerato l'intero anno 2022. Fonte di calcolo: Sistema Accoglienza Sinfonia	flussi di propria competenza nelle tempistiche previste; • 75 per cento qualora l'ente sanitario abbia conferito tra l'89 per cento e l'80 per cento dei flussi di propria competenza nelle tempistiche previste; • 50 per cento qualora l'ente sanitario abbia conferito tra il 79 per cento e il 70 per cento dei flussi di propria competenza nelle tempistiche previste; • 0 per cento qualora l'ente sanitario abbia conferito un valore inferiore o uguale al 69 per cento dei flussi di propria competenza nelle tempistiche previste.	
Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO		Grado di adesione alle richieste del Gruppo tematico Regionale Qualora non siano state avanzate richieste di adesione sarà valutato per il raggiungimento dell'obiettivo l'indicatore NSG H04Z "Rapporto tra ricoveri attribuiti	<u>Valutazione richieste Gruppo Tematico</u> • 100 per cento nel caso in cui l'ente aderisca in	10%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
		a DRG ad alto rischio di inappropriately (Allegato B Patto per la Salute 2010 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario” Formula di Calcolo indicatore H04Z $\frac{N. Dimissione attribuite ai 108 DRG ARI}{N. Dimissione non attribuite ai 108 DRG ARI}$ <i>Ai fini del calcolo saranno considerati per i presidi pubblici esclusivamente i ricoveri in degenza ordinaria per acuti riferiti al periodo compreso tra il 01 Gennaio 2022 e l’8 Agosto 2022.</i> Fonte di calcolo: Sistema Quani – Area di analisi – Report NSG	misura superiore o uguale a tutte le richieste del gruppo tematico regionale • 90 per cento nel caso in cui l’ente aderisca in misura compresa tra il 99 per cento e il 70 per cento alle richieste di adesione del gruppo tematico regionale • 75 per cento nel caso in cui l’ente aderisca in misura compresa tra il 69 per cento e il 60 per cento alle richieste di adesione del gruppo tematico regionale • 50 per cento nel caso in cui l’ente aderisca in misura compresa tra il 59 per cento e il 55 per cento alle richieste di adesione del gruppo tematico regionale • 0 per cento nel caso in cui l’ente aderisca in misura inferiore al 54 per cento alle richieste di adesione del gruppo tematico regionale <u>Soglie indicatore H04Z</u> • 100 per cento nel caso in cui l’ente garantisca un valore dell’indicatore inferiore o uguale 0,24 • 90 per cento nel caso in cui l’ente garantisca un valore	

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
			dell'indicatore compreso tra 0,25 e 0,27; • 75 per cento nel caso in cui l'ente garantisca un valore dell'indicatore compreso tra 0,27 e 0,30 • 50 per cento nel caso in cui l'ente garantisca un valore dell'indicatore compreso tra 0,31 e 0,49 • 0 per cento nel caso in cui l'ente garantisca un valore dell'indicatore superiore o uguale a 0,50	

Criteri valutazione Obiettivi DG ASL Anno 2022 e 2023

Periodo riferimento 09 Agosto 2022 – 31 Dicembre 2023

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso Indicatore
Rispetto dei tempi di pagamento	L'indicatore di ritardo annuale di pagamento ha l'obiettivo di esprimere la capacità dell'Ente del SSR di pagare le fatture scadute nell'anno di riferimento	L'indicatore è calcolato come la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture, considerando le fatture emesse nell'intero anno 2022 e 2023 (Fatture emesse dal 01 Gennaio 2022 al 31 Dicembre 2022 e Fatture emesse dal 01 Gennaio 2023 al 31 Dicembre 2023). Formula calcolo: Tempo medio ritardo ponderato – 60 GG Fonte di calcolo: Indicatore calcolato dall' Area RGS del MEF (Rif Nota DG Tutela della Salute e Coordinamento del SSR n. PG/2024/0162036)	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore minore o uguale a zero; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo	40%
Attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale	L'art. n°29 del DL n°73 sancisce che, al fine di adeguare gli standard organizzativi e di personale ai processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano favoriscono il completamento dei processi di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche. A tal scopo è stata individuata quale soglia minima di efficienza l'erogazione di almeno 200.000 prestazioni di laboratorio	Ai fini del calcolo il numero di prestazioni di attività di laboratorio di erogatori pubblici, esclusi i punti prelievo, considerato è pari alla somma delle prestazioni presenti nelle seguenti fonti: STS21(prestazioni interni); File C (prestazione esterni); Emur Pronto Soccorso. La valutazione tiene conto delle prestazioni erogate per gli anni 2022 e 2023, pertanto sarà considerata la media aritmetica delle risultanze attribuite ai singoli periodi di competenza.	• 100 per cento qualora l'ente sanitario garantisca la soglia prevista (≥ 200.000 prestazioni) per tutti i presidi di competenza; • 90 per cento qualora l'ente sanitario garantisca la soglia prevista (≥ 200.000 prestazioni) per una percentuale di laboratori di competenza tra il 99 e il 60 per cento; • 75 per cento qualora l'ente sanitario garantisca la soglia prevista (≥ 200.000 prestazioni) per una percentuale di laboratori di competenza tra il 59 e il 50 per cento; • 50 per cento qualora l'ente sanitario garantisca la soglia prevista (≥ 200.000 prestazioni) per una percentuale di laboratori di competenza tra il 49 e il 40 per cento;	20%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso Indicatore
			• 0 per cento qualora l'ente sanitario garantisca la soglia prevista (≥ 200.000 prestazioni) per una percentuale di laboratori inferiore o uguale a 39 per cento;	
Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali	L'obiettivo misura la digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali	$\frac{\text{N. documenti indicizzati}}{\text{N. documenti prodotti}} \times 100$ In particolare, per "prodotti" si intende il numero di referti prodotti sia in formato cartaceo che in formato digitale mentre con il termine "indicizzati" si intende il numero di referti prodotti e trasmessi con esito positivo al FSE, così come comunicato periodicamente al Gruppo Regionale. Ai fini del calcolo dell'obiettivo saranno considerate le annualità 2022 (Agosto 2022 – Dicembre 2022) e 2023 (Gennaio 2023 – Dicembre 2023), rispetto alle seguenti classi documentali: • Lettera di dimissione ospedaliera • Referto di anatomia patologica • Referto di Laboratorio • Referto di radiologia • Referto specialistico ambulatoriale • Verbale di pronto soccorso Per tale indicatore la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del servizio sanitario regionale, come da nota protocollo della Regione Campania n. 639695 del 21/12/2021, ha fissato specifici target già a partire da Aprile 2022, che si intendono validi anche per il 2023. In considerazione delle complessità organizzative e tecnologiche connesse all'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico si considera ai fini del calcolo di raggiungimento dell'obiettivo la media	• 100 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati pari almeno all'80 per cento • 90 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati compresa tra il 79 per cento e il 70 per cento. • 75 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati compresa tra il 69 per cento e il 60 per cento. • 50 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati compresa tra il 59 per cento e il 50 per cento. • 0 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati inferiore o uguale al 49 per cento.	30%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso Indicatore
		ponderata delle classi documentali dei singoli anni associando pesi distinti alle singole annualità: • Agosto – Dicembre 2022 – 5% • Gennaio – Dicembre 2023 – 25%		
Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali	L'indicatore misura l'efficienza organizzativa dell'ente nell'erogazione del primo ciclo di terapia agli assistiti dimessi da ricovero ordinario	$\frac{\text{N. Erogazioni Farmaci per primo Ciclo}}{\text{N. Dimissioni per primo ciclo cura}} \times 100$ Fonte di calcolo: SAP ECC per l'analisi delle erogazioni e File SDO In caso di incalcolabilità dell'indicatore saranno prese in considerazione anche relazioni esplicative sulle azioni poste in essere per il raggiungimento dell'obiettivo.	• 100 per cento qualora l'ente sanitario garantisca un valore dell'indicatore superiore o uguale all'80 per cento • 90 per cento qualora l'ente sanitario garantisca un valore dell'indicatore compreso tra il 79 per cento e il 70 per cento. • 75 per cento qualora l'ente sanitario garantisca un valore dell'indicatore compreso tra il 69 per cento e il 60 per cento. • 50 per cento qualora l'ente sanitario garantisca un valore dell'indicatore compreso tra il 59 per cento e il 50 per cento; • 0 per cento qualora l'ente sanitario garantisca un valore dell'indicatore inferiore o uguale al 49 per cento.	5%
Puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento	L'indicatore misura l'efficienza organizzativa dell'ente nella attività di monitoraggio delle prestazioni rese in regime di accreditamento	Ai fini del calcolo del raggiungimento dell'obiettivo è necessario che l'ente produca una relazione dettagliata sulle attività svolte, nel periodo di analisi (09 Agosto 2022 – 31 Dicembre 2023), in tema di puntuale monitoraggio delle prestazioni rese in regime di accreditamento.	• 100 per cento qualora l'ente sanitario svolga attività di monitoraggio puntuali con tempistiche idonee a garantire l'efficienza organizzativa del processo • 50 per cento qualora l'ente sanitario svolga attività di monitoraggio periodiche che richiedono interventi migliorativi • 0 per cento qualora le attività di monitoraggio poste in essere non siano tali da garantire un puntuale monitoraggio	5%