

**COMPENSO INTEGRATIVO DEL TRATTAMENTO ECONOMICO
DEI DIRETTORI GENERALI DEGLI ENTI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE
PER L'ANNO 2024
– CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE**

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

1- PREREQUISITI PER L'ACCESSO AL COMPENSO INTEGRATIVO DEI DIRETTORI GENERALI

Costituisce prerequisito per tutti gli Enti, ai fini dell'eventuale riconoscimento ed erogazione della quota integrativa, il raggiungimento del pareggio di bilancio, in attuazione dell'art. 3, comma 2, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito in legge con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405. La presenza di una perdita d'esercizio nell'anno di riferimento, pertanto, comporta la non corresponsione del compenso integrativo al direttore generale dell'Ente per lo stesso anno.

Per i direttori generali degli enti che nell'anno di riferimento non abbiano compiutamente adempiuto ai vigenti obblighi di rispetto dei tempi di pagamento vige, peraltro, l'obbligo di riduzione, fino al trenta per cento, della misura dell'eventuale compenso integrativo in applicazione dei criteri indicati all'articolo 1, commi 860, 861 e 865, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021*), con conseguente analoga riduzione da applicarsi ai sensi di legge anche al trattamento economico integrativo del Direttore amministrativo.

2- OBIETTIVI 2024

Gli obiettivi assegnati ai Direttori generali per l'anno 2024 afferiscono a:

- ambiti di intervento individuati con le Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2024 di cui alla D.G.R. n. 48 del 19 gennaio 2024 e da ulteriori deliberazioni della Giunta regionale intervenute;
- livelli assistenziali misurati da indicatori afferenti al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) o al sistema di Valutazione Sant'Anna (Bersaglio);
- azioni da svolgere per dare attuazione al PNRR, al DM n. 77/2022 e al D.M. n. 70/2015;
- azioni a garanzia dei generali obblighi di vigilanza previsti dalla normativa vigente a carico degli enti del S.S.R.

Per l'anno 2024 per tutti i direttori generali degli Enti del Servizio sanitario regionale il compenso integrativo massimo attribuibile, fermi restando gli obblighi normativi vigenti, è pari al venti per cento del compenso annuo onnicomprensivo lordo spettante.

La quota è suddivisa in 100 punti secondo lo schema riportato nell'apposita sezione del presente documento (paragrafo 4-OBIETTIVI, INDICATORI E CRITERI DI QUANTIFICAZIONE, VALUTAZIONE E ATTRIBUZIONE SPECIFICI). Si precisa che, nella stessa sezione, per alcuni degli obiettivi più complessi, misurati analiticamente con criteri quantitativi e differenziati per Ente o graduati in maniera diversa per tipologia di sub attività valutata, indicatori e/o target rimandano a valori riportati in specifiche e

richiamate tabelle riportate in calce, nelle quali sono definite le specifiche dimensioni e i dettagliati parametri tecnici con riferimento ai quali verrà effettuata la valutazione.

Si precisa, ancora, che relativamente agli obiettivi assegnati al Direttore generale dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), tale assegnazione di obiettivi è tesa a valorizzare funzione, ruolo e responsabilità di ARCS all'interno del complessivo Sistema sanitario regionale nel coordinamento e controllo delle reti cliniche, delle azioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica nonché nel generale coordinamento clinico regionale, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. c), nn. 1), 2) e 4), della legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 e in coerenza con quanto disposto nelle Linee di gestione del S.S.R. per l'anno 2024 approvate con d.g.r. n. 48/2024.

La relazione tra obiettivi affidati ad ARCS e quelli affidati alle altre aziende sanitarie regionali stabilita dal presente atto persegue, infatti, primariamente il rafforzamento della necessaria corresponsabilizzazione di ARCS, quale ente di governo regionale di livello intermedio così come definito dall'art. 4 della l.r. n. 27/2018, rispetto al complessivo livello di raggiungimento dei risultati da parte del sistema aziendale sanitario regionale.

3- CRITERI E MODALITÀ GENERALI DI VALUTAZIONE

Ciascun obiettivo viene valutato mediante accertamento dell'effettiva realizzazione dei risultati attesi ad esso correlati, come:

- a) "raggiunto": qualora i risultati attesi siano stati pienamente conseguiti, entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento o – se espressamente previsto - entro il diverso specifico termine temporale fissato per il raggiungimento dell'obiettivo, e le condizioni di raggiungimento siano state pienamente soddisfatte secondo le modalità di valutazione rappresentate nelle schede degli obiettivi e dei risultati attesi. Il mancato rispetto anche di una sola condizione porta alla valutazione di "non raggiunto" o, solo qualora ciò sia espressamente previsto, a una valutazione di "parzialmente raggiunto" sempre numericamente quantificata in punti percentuali rispetto al punteggio massimo assegnabile;
- b) "parzialmente raggiunto", con specificazione della percentuale di raggiungimento: qualora il target non sia stato pienamente raggiunto, ma sia possibile applicare una graduazione così come espressamente definito nelle modalità di valutazione rappresentate nelle schede degli obiettivi;
- c) "non raggiunto", qualora il target non sia totalmente raggiunto e non sia applicabile quanto previsto alla precedente lettera b).

Tutta la documentazione attestante il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'esercizio di riferimento dovrà essere trasmessa dagli Enti del Servizio sanitario regionale ad ARCS e, per quanto riguarda ARCS, dalla stessa ARCS alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, entro 30 giorni dal decreto di adozione da parte dell'Ente del Bilancio d'esercizio per l'anno di riferimento.

4- OBIETTIVI, INDICATORI E CRITERI DI QUANTIFICAZIONE, VALUTAZIONE E ATTRIBUZIONE SPECIFICI

Ai fini dell'applicazione dei criteri di quantificazione e attribuzione, la quota di compenso integrativo massimo attribuibile è suddivisa in cento punti, da calcolarsi e assegnarsi applicando i criteri come indicato nelle schede riepilogative, e richiamate tabelle, poste di seguito in calce al presente documento, schede e tabelle dove sono riportati obiettivi, indicatori, target, criteri di valutazione e punteggi specificatamente assegnabili ai singoli enti per i vari obiettivi e attività.

Scheda 1 - Obiettivi, indicatori e target assegnati agli Enti: Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AS FO); Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC); Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI).

ord.	Linea di attività	Obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
1	Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa nel percorso integrato - screening e trattamento delle patologie	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso integrato - screening e trattamento - di gestione di patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021	COME DA TABELLA 1 E RICHIAMATE TABELLE 1.A E 1.B	COME DA TABELLA 1 E RICHIAMATE TABELLE 1.A E 1.B	10
2	Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa	Riorganizzazione delle sedute operatorie per l'esecuzione di interventi chirurgici per tumore della mammella nel rispetto degli standard di volume	effettuazione di interventi chirurgici per tumore della mammella solo in Strutture operative che effettuano un numero di tali interventi su base annua \geq a 135	dallo 01.07.2024 effettuazione di interventi chirurgici per tumore della mammella solo in Strutture operative con numero di interventi su base annua \geq a 135	5
3	Liste d'attesa - ricoveri chirurgici	Miglioramento dei tempi di attesa nell'attività di ricovero e d'intervento chirurgico per patologie non oncologiche	COME DA TABELLA 2	COME DA TABELLA 2	5
4	Assistenza ospedaliera - Appropriately e efficacia dell'attività chirurgica	Obiettivo Linee per la gestione del SSR 2024 - migliorare la percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Leacore H13 C - Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	COME DA TABELLA 3	10
5	Liste d'attesa - specialistica ambulatoriale	Obiettivo Ll.gg. 2024 - Lea core D10Z- Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B garantiti dal PNGLA 2019-2021	COME DA TABELLA 4	COME DA TABELLA 4	5
6	Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - obiettivo specifico ADI	Obiettivo Ll.gg. 2024 - B.1.a Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) - Incremento nel 2024 di soggetti età 65+ presi in carico dall'assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 PNRR, Missione 6 Salute, con registrazione e positiva trasmissione dati al Ministero con il flusso ministeriale SIAD	numero di nuovi soggetti età 65+ presi in carico dall'assistenza domiciliare regolarmente registrati con dati positivamente trasmessi nel flusso ministeriale SIAD	raggiungimento valori target aziendali indicati nelle Linee per la gestione del SSR per il 2024 - d.g.r. n. 48/2024 - al punto B.1 - Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale per l'obiettivo B.1.a -; punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	10

ord.	Linea di attività	Obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
7	Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario	Attuazione sub investimento M6C2I2.2 (a) - Borse corso di formazione manageriale - assicurare la partecipazione dei dipendenti, nel numero richiesto, a tutte le attività dei moduli formativi dei corsi secondo programmazione vigente, in modo tale da permettere il rilascio delle attestazioni nel numero e qualità richiesti dal target del sub investimento	evidenza dell'avvenuta positiva partecipazione nell'anno 2024, come da programmazione, dei propri dipendenti nel numero richiesto a tutte le attività dei moduli di formazione dei corsi erogati per le ore programmate ai fini del rilascio delle attestazioni richieste, con puntuale rendicontazione	trasmissione ad ARCS e DCS entro il mese di gennaio 2025 di evidenza e corretta e puntuale rendicontazione dell'avvenuta positiva partecipazione entro il 31.12.2024 del personale target assegnato secondo programmazione vigente- punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5
8	Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario	Attuazione sub investimento M6C2I2.2 (b) - Corso di formazione in infezioni ospedaliere - assicurare la partecipazione dei dipendenti, nel numero richiesto, a tutte le attività dei moduli formativi dei corsi secondo programmazione vigente, in modo tale da permettere il rilascio delle attestazioni nel numero e qualità richiesti dal target del sub investimento	evidenza dell'avvenuta positiva partecipazione nell'anno 2024, come da programmazione, dei propri dipendenti nel numero richiesto a tutte le attività dei moduli di formazione dei corsi erogati per le ore programmate ai fini del rilascio delle attestazioni richieste, con puntuale rendicontazione	trasmissione ad ARCS e DCS entro il mese di gennaio 2025 di evidenza e corretta e puntuale rendicontazione dell'avvenuta positiva partecipazione ai corsi erogati entro il 31.12.2024 del personale target assegnato secondo programmazione vigente- punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5
9	Contenimento della spesa per il personale	Rispetto dei vincoli di spesa per il personale del SSR assegnato all'Ente per l'anno 2024 nei valori indicati al punto 9.1 - Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali - della d.g.r. n. 48 del 19.01.2024 di approvazione delle Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024	valore di spesa per il personale da considerarsi ai fini del rispetto dell'obiettivo di cui al punto 9.1 delle L.igg. 2024 inferiore al valore indicato per l'Ente allo stesso punto 9.1 dell'allegato approvato con d.g.r. n. 48/2024 (valore così come determinato alla data del 19.1.2024)	valore di spesa per il personale da considerarsi ai fini del rispetto dell'obiettivo di cui al punto 9.1 delle L.igg. 2024 inferiore al valore indicato allo stesso punto 9.1 dell'allegato approvato con d.g.r. n. 48/2024 - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	15
10	Attività di prevenzione	efficiente e efficace somministrazione vaccinale in rapporto al numero di dosi ordinate - vaccino antinfluenzale	somministrazione e registrazione di tutti i vaccini antinfluenzali inseriti nel fabbisogno di gara, con eventuale acquisto aggiuntivo, per la campagna antinfluenzale 2024-2025	numero di dosi somministrate e registrate in Siavr entro il 31.12.2024 \geq 85% delle dosi ordinate - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5

ord.	Linea di attività	Obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
11	Attività di prevenzione	miglioramento attività di somministrazione vaccinale anti HPV	somministrazione e registrazione del vaccino anti HPV per le coorti 2011 e 2012	numero di dosi somministrate e registrate in Siavr entro il 31.12.2024 con copertura: a) $\geq 65\%$ del ciclo completo della coorte 2011; b) $\geq 50\%$ della prima dose della coorte 2012. Punteggio assegnabile, in punti percentuali: raggiunta copertura sia per a) che per b): 100 punti; raggiunta copertura solo per a) o solo per b): 40 punti; copertura non raggiunta né per a) né per b): 0 punti.	5
12	Attività di prevenzione	miglioramento attività di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV)	percentuali di raggiungimento di adesione allo screening HCV della popolazione target generale per classe di età e della popolazione target specifica (soggetti in carico ai servizi pubblici per le Dipendenze - SerD- o detenuti in Istituti Penitenziari e REMS)	entro il 31.12.2024 percentuale di adesione allo screening HCV: a) $\geq 30\%$ della popolazione della coorte di nascita dal 1969 al 1989; b) $\geq 75\%$ della popolazione target: soggetti in carico ai servizi pubblici per le Dipendenze (SerD) o detenuti negli Istituti Penitenziari e nelle REMS. Punteggio assegnabile, in punti percentuali: raggiunta percentuale di adesione sia per a) che per b): 100 punti; raggiunta percentuale di adesione solo per a) o solo per b): 40 punti; percentuali di adesione non raggiunte né per a) né per b): 0 punti.	5
13	Gestione Emergenza-Urgenza - SORES ed elisoccorso	stipulazione e attivazione di convenzione tra ARCS e gli enti del S.S.R. per assicurare continuità e funzionalità del Sistema Emergenza Urgenza Territoriale e delle attività di soccorso extraospedaliero, anche per mezzo nel servizio di Elisoccorso (attuazione punto 2.2 del Piano regionale di emergenza-urgenza approvato con d.g.r. n. 2064 del 22 dicembre 2023)	stipulazione e attivazione della convenzione	punteggio assegnabile, in punti percentuali: avvenuta stipulazione e attivazione della convenzione entro il 30.9.2024 - obiettivo raggiunto: 100 punti; stipulazione e attivazione della convenzione dopo il 30.9.2024, ma entro il 30.11.2024 - obiettivo parzialmente raggiunto: 50 punti mancata stipulazione o attivazione della convenzione entro il 30.11.2024 - obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5

ord.	Linea di attività	Obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
14	Vigilanza nelle strutture residenziali per anziani	rafforzamento attività di vigilanza nelle strutture residenziali per anziani accreditate e/o convenzionate con istituzione aziendale di un'unità organizzativa costituita da un gruppo interdisciplinare di vigilanza composto almeno da: un medico di distretto, un infermiere, un farmacista, un fisioterapista e un rappresentante del Dipartimento di prevenzione esperto in materia	istituzione con atto formale da parte dell'Azienda di gruppo interdisciplinare dedicato di vigilanza nelle strutture residenziali per anziani accreditate e/o convenzionate	trasmissione ad ARCS e DCS entro il 31.05.2024 di valida evidenza di avvenuta istituzione - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5
15	Vigilanza nelle strutture residenziali per anziani	rafforzamento attività di vigilanza nelle strutture residenziali per anziani accreditate e/o convenzionate con istituzione aziendale di un'unità organizzativa costituita da un gruppo interdisciplinare di vigilanza composto almeno da: un medico di distretto, un infermiere, un farmacista, un fisioterapista e un rappresentante del Dipartimento di prevenzione esperto in materia	svolgimento dell'attività di vigilanza nelle strutture residenziali per anziani accreditate e/o convenzionate con effettuazione di sopralluoghi nelle strutture sulla base di un piano aziendale di svolgimento delle attività e con trasmissione degli esiti dell'attività di vigilanza svolta alla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità	effettuazione dei sopralluoghi in almeno il 25 per cento delle strutture entro il 31.12.2024 previa approvazione del piano aziendale per lo svolgimento delle attività, con avvenuto invio alla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità entro lo stesso termine degli esiti dell'attività di vigilanza svolta - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5

Scheda 2 - Obiettivi, indicatori e target assegnati all'Ente: I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" di Trieste (IRCCS Burlo)

ord.	Linea di attività	obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
1	Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa nel percorso integrato - screening e trattamento delle patologie	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso integrato - screening e trattamento - di gestione di patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021	COME DA TABELLA 1 E RICHIAMATE TABELLE 1.A E 1.B	COME DA TABELLA 1 E RICHIAMATE TABELLE 1.A E 1.B	15
2	Liste d'attesa - ricoveri chirurgici	Miglioramento dei tempi di attesa nell'attività di ricovero e d'intervento chirurgico per patologie non oncologiche	COME DA TABELLA 2	COME DA TABELLA 2	10
3	Liste d'attesa - specialistica ambulatoriale	Obiettivo Ll.gg. 2024 - Lea core D10Z- Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B garantiti dal PNGLA 2019-2021	COME DA TABELLA 4	COME DA TABELLA 4	5
4	Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario	Attuazione sub investimento M6C2I2.2 (a) - Borse corso di formazione manageriale - assicurare la partecipazione dei dipendenti, nel numero richiesto, a tutte le attività dei moduli formativi dei corsi secondo programmazione vigente, in modo tale da permettere il rilascio delle attestazioni nel numero e qualità richiesti dal target del sub investimento	evidenza dell'avvenuta positiva partecipazione nell'anno 2024, come da programmazione, dei propri dipendenti nel numero richiesto a tutte le attività dei moduli di formazione dei corsi erogati per le ore programmate ai fini del rilascio delle attestazioni richieste, con puntuale rendicontazione	trasmissione ad ARCS e DCS entro il mese di gennaio 2025 di evidenza e corretta e puntuale rendicontazione dell'avvenuta positiva partecipazione entro il 31.12.2024 del personale target assegnato secondo programmazione vigente- punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5
5	Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario	Attuazione sub investimento M6C2I2.2 (b) - Corso di formazione in infezioni ospedaliere - assicurare la partecipazione dei dipendenti, nel numero richiesto, a tutte le attività dei moduli formativi dei corsi secondo programmazione vigente, in modo tale da permettere il rilascio delle attestazioni nel numero e qualità richiesti dal target del sub investimento	evidenza dell'avvenuta positiva partecipazione nell'anno 2024, come da programmazione, dei propri dipendenti nel numero richiesto a tutte le attività dei moduli di formazione dei corsi erogati per le ore programmate ai fini del rilascio delle attestazioni richieste, con puntuale rendicontazione	trasmissione ad ARCS e DCS entro il mese di gennaio 2025 di evidenza e corretta e puntuale rendicontazione dell'avvenuta positiva partecipazione ai corsi erogati entro il 31.12.2024 del personale target assegnato secondo programmazione vigente- punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5

ord.	Linea di attività	obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
6	Contenimento della spesa per il personale	Rispetto dei vincoli di spesa per il personale del SSR assegnato a ciascun Ente del SSR per l'anno 2024 nei valori indicati al punto 9.1 - Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali - della d.g.r. n. 48 del 19.01.2024 di approvazione delle Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024	valore di spesa per il personale da considerarsi ai fini del rispetto dell'obiettivo di cui al punto 9.1 delle Ll.gg. 2024 inferiore al valore indicato allo stesso punto 9.1 dell'allegato approvato con d.g.r. n. 48/2024 (valore così come determinato alla data del 19.1.2024)	valore di spesa per il personale da considerarsi ai fini del rispetto dell'obiettivo di cui al punto 9.1 delle Ll.gg. 2024 inferiore al valore indicato allo stesso punto 9.1 dell'allegato approvato con d.g.r. n. 48/2024 - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	15
7	Gestione Emergenza-Urgenza - SORES ed elisoccorso	stipulazione e attivazione di convenzione tra ARCS e gli enti del S.S.R. per assicurare continuità e funzionalità del Sistema Emergenza Urgenza Territoriale e delle attività di soccorso extraospedaliero, anche per mezzo nel servizio di Elisoccorso (attuazione punto 2.2 del Piano regionale di emergenza-urgenza approvato con d.g.r. n. 2064 del 22 dicembre 2023)	stipulazione e attivazione della convenzione	punteggio assegnabile, in punti percentuali: avvenuta stipulazione e attivazione della convenzione entro il 30.9.2024 - obiettivo raggiunto: 100 punti; stipulazione e attivazione della convenzione dopo il 30.9.2024, ma entro il 30.11.2024 - obiettivo parzialmente raggiunto: 50 punti mancata stipulazione o attivazione della convenzione entro il 30.11.2024 - obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5
8	Attività finalizzata alla conservazione del possesso dei requisiti per il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS	assicurare il superamento della soglia di impact factor normalizzato nell'anno 2024 previsto al punto 1, lett. b), sub 1, dell'Allegato 3 del D.Lgs. n. 200/2022 di modifica del D.Lgs. n. 288/2003	Impact Factor Normalizzato (IFN) prodotto nell'anno	>700 punti/anno per IRCCS Burlo	20
9	Miglioramento di appropriatezza e valore di complessità delle prestazioni di ricovero erogate	Obiettivo Lea core H04Z miglioramento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario, per il miglioramento di appropriatezza e valore di complessità delle prestazioni di ricovero erogate, funzionali alla conservazione del possesso del requisito di adeguata qualità delle prestazioni erogate (art. 13, c. 3, lett. d), del d.lgs. n.288/2003 nel suo testo vigente)	Indicatore NSG LEA CORE H04Z - rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	(valori storici anno 2023 - Burlo: 0,29; Regione FVG: 0,19; anno 2022 - Burlo: 0,24; Regione FVG: 0,19) punteggio assegnabile, in punti percentuali: se <0,200: punti 100; se ≥0,200 e <0,230: punti 95; se ≥0,230 e ≤0,240: punti 50; se >0,240: punti 0.	20

Scheda 3 - Obiettivi, indicatori e target assegnati all'Ente: I.R.C.C.S."Centro di Riferimento oncologico" di Aviano (IRCCS CRO)

ord.	Linea di attività	obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
1	Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa nel percorso integrato - screening e trattamento delle patologie	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso integrato - screening e trattamento - di gestione di patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021	COME DA TABELLA 1 E RICHIAMATE TABELLE 1.A E 1.B	COME DA TABELLA 1 E RICHIAMATE TABELLE 1.A E 1.B	20
2	Liste d'attesa - specialistica ambulatoriale	Obiettivo Ll.gg. 2024 - Lea core D10Z- Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B garantiti dal PNGLA 2019-2021	COME DA TABELLA 4	COME DA TABELLA 4	10
3	Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario	Attuazione sub investimento M6C2I2.2 (a) - Borse corso di formazione manageriale - assicurare la partecipazione dei dipendenti, nel numero richiesto, a tutte le attività dei moduli formativi dei corsi secondo programmazione vigente, in modo tale da permettere il rilascio delle attestazioni nel numero e qualità richiesti dal target del sub investimento	evidenza dell'avvenuta positiva partecipazione nell'anno 2024, come da programmazione, dei propri dipendenti nel numero richiesto a tutte le attività dei moduli di formazione dei corsi erogati per le ore programmate ai fini del rilascio delle attestazioni richieste, con puntuale rendicontazione	trasmissione ad ARCS e DCS entro il mese di gennaio 2025 di evidenza e corretta e puntuale rendicontazione dell'avvenuta positiva partecipazione entro il 31.12.2024 del personale target assegnato secondo programmazione vigente- punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5
4	Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario	Attuazione sub investimento M6C2I2.2 (b) - Corso di formazione in infezioni ospedaliere - assicurare la partecipazione dei dipendenti, nel numero richiesto, a tutte le attività dei moduli formativi dei corsi secondo programmazione vigente, in modo tale da permettere il rilascio delle attestazioni nel numero e qualità richiesti dal target del sub investimento	evidenza dell'avvenuta positiva partecipazione nell'anno 2024, come da programmazione, dei propri dipendenti nel numero richiesto a tutte le attività dei moduli di formazione dei corsi erogati per le ore programmate ai fini del rilascio delle attestazioni richieste, con puntuale rendicontazione	trasmissione ad ARCS e DCS entro il mese di gennaio 2025 di evidenza e corretta e puntuale rendicontazione dell'avvenuta positiva partecipazione ai corsi erogati entro il 31.12.2024 del personale target assegnato secondo programmazione vigente- punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	5

ord.	Linea di attività	obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
5	Contenimento della spesa per il personale	Rispetto dei vincoli di spesa per il personale del SSR assegnato a ciascun Ente del SSR per l'anno 2024 nei valori indicati al punto 9.1 - Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali - della d.g.r. n. 48 del 19.01.2024 di approvazione delle Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024	valore di spesa per il personale da considerarsi ai fini del rispetto dell'obiettivo di cui al punto 9.1 delle L.l.gg. 2024 inferiore al valore indicato allo stesso punto 9.1 dell'allegato approvato con d.g.r. n. 48/2024 (valore così come determinato alla data del 19.1.2024)	valore di spesa per il personale da considerarsi ai fini del rispetto dell'obiettivo di cui al punto 9.1 delle L.l.gg. 2024 inferiore al valore indicato allo stesso punto 9.1 dell'allegato approvato con d.g.r. n. 48/2024 - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	15
6	Regolamento Europeo sulle Sperimentazioni Cliniche - attività di adeguamento	Riorganizzazione dell'attività relativa alle sperimentazioni cliniche con adozione di apposito Regolamento aziendale nonché di Piano di miglioramento	Approvazione del Regolamento aziendale e del Piano di miglioramento	avvenuta approvazione del richiesto Regolamento aziendale nonché del Piano di miglioramento con loro trasmissione alla DCS e ad ARCS; punteggio assegnabile, in punti percentuali: adozione e trasmissione entro il 30.9.2024 - obiettivo raggiunto: 100 punti; adozione e trasmissione dopo il 30.9.2024, ma entro il 30.11.2024 - obiettivo parzialmente raggiunto: 50 punti; adozione e trasmissione dopo il 30.11.2024 - obiettivo non raggiunto: 0 punti.	15
7	Attività finalizzata alla conservazione del possesso dei requisiti per il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS	assicurare il superamento della soglia di impact factor normalizzato nell'anno 2024 previsto al punto 1, lett. b), sub 1, dell'Allegato 3 del D.Lgs. n. 200/2022 di modifica del D.Lgs. n. 288/2003	Impact Factor Normalizzato (IFN) prodotto nell'anno	>900 punti/anno per IRCCS CRO	15
8	Miglioramento di appropriatezza e valore di complessità delle prestazioni di ricovero erogate	Obiettivo Lea core H04Z miglioramento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario, per il miglioramento di appropriatezza e valore di complessità delle prestazioni di ricovero erogate, funzionali alla conservazione del possesso del requisito di adeguata qualità delle prestazioni erogate (art. 13, c. 3, lett. d), del d.lgs. n.288/2003 nel suo testo vigente)	Indicatore NSG LEA CORE H04Z - rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	(valori storici anno 2023 - CRO: 0,48; Regione FVG: 0,19; anno 2022 - CRO: 0,74; Regione FVG: 0,19) punteggio assegnabile, in punti percentuali: se <0,30: punti 100; se ≥0,30 e <0,38: punti 95; se ≥0,38 e <0,46: punti 50; se ≥0,46: punti 0.	15

Tabella 1 (tabella richiamata da: Scheda 1 - Aziende Sanitarie ASFO, ASUFC, ASUGI; Scheda 2 - IRCCS BURLO; Scheda 3 - IRCCS CRO).

Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021
--	---

Il punteggio complessivo per questa linea di attività/obiettivo complesso è il valore risultante dal calcolo di seguito riportato.
 In assenza di conseguimento del sub obiettivo di cui alla col. 1, viene assegnato un punteggio percentuale per l'obiettivo complessivo pari a 0 (zero);
 in presenza di conseguimento del sub obiettivo di cui alla col. 1, viene assegnato il punteggio percentuale per l'obiettivo complessivo calcolato secondo la seguente formula: **(valore richiamato dalla sottoriportata col. 2 più valore richiamato dalla sottoriportata col. 3) diviso 2.**

sottocomponenti dell'obiettivo	Miglioramento del governo dello screening oncologico II livello	Miglioramento di efficienza e efficacia del percorso integrato - sub obiettivo: governo dello screening	Miglioramento di efficienza e efficacia del percorso integrato - screening e trattamento - sub obiettivo: rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021
enti	col. 1	col. 2	col. 3
AS FO	Creazione o, se già presente, riorganizzazione e condivisione informativa con ARCS di efficace agenda delle prestazioni per lo screening oncologico di II livello (tra i suoi requisiti necessari: separata lista d'attesa per il percorso di screening, aggiornamento dei dati almeno giornaliero) per neoplasie di mammella, colon e cervice uterina - evidenza trasmessa ad ARCS e DCS dell'effettiva riorganizzazione operata e dell'attiva condivisione informativa entro il 31 luglio 2024	punteggio percentuale complessivamente riportato dall'ente per le attività/obiettivo di cui alla Tabella 1.a assegnate (somma dei punteggi conseguiti pesati percentualmente rispetto ad ogni attività/obiettivo)	punteggio percentuale complessivamente riportato dall'ente per le attività/obiettivo di cui alla Tabella 1.b assegnate (somma dei punteggi conseguiti pesati percentualmente rispetto ad ogni attività/obiettivo)
ASU FC			
ASU GI			
IRCCS BURLO			
IRCCS CRO			

Tabella 1.a (tabella richiamata da Tabella 1 e, indirettamente, da Scheda 1 - Aziende Sanitarie ASFO, ASUFC, ASUGI; Scheda 2 - IRCCS BURLO; Scheda 3 - IRCCS CRO)

Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa nel percorso integrato - screening e trattamento delle patologie	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso integrato - sub obiettivo: governo dello screening
---	---

punteggi in centesimi assegnati in presenza di raggiungimento della quota numerica percentuale target di prestazioni svolte o erogate nel rispetto dei tempi da garantire indicato nella stessa colonna

ente	attività/obiettivo e correlato indicatore	dato storico perc. 2022	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso obiettivo /attività sul totale per ente (in perc.)
ASFO	Screening Cervice Uterina - obiettivo A.1.1.f -Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	7,50%	<16%	≥16% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	20
ASFO	Screening mammella - obiettivo A.1.2.c - % dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello	9,98%	<20%	≥20% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	20
ASFO	Screening mammella - obiettivo A.1.2.f - % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	88,20%	<85%			≥85%	10
ASFO	Screening colon retto - obiettivo A.1.3.d - % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt	50,60%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e <90%	≥90%	20
ASFO	Screening colon retto - obiettivo A.1.3.e - % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	83,80%	<85%			≥85%	10
ASFO	Screening mammella - obiettivo A.1.2.e - % di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	11,00%	≥10%			<10%	20
ASUFC	Screening Cervice Uterina - obiettivo A.1.1.f -Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	11,20%	<24%	≥24% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	20
ASUFC	Screening mammella - obiettivo A.1.2.c - % dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello	63,59%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	20
ASUFC	Screening mammella - obiettivo A.1.2.f - % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	94,60%	<85%			≥85%	10
ASUFC	Screening colon retto - obiettivo A.1.3.d - % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt	48,40%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e <90%	≥90%	20
ASUFC	Screening colon retto - obiettivo A.1.3.e - % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	82,60%	<85%			≥85%	10

ente	attività/obiettivo e correlato indicatore	dato storico perc. 2022	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso obiettivo /attività sul totale per ente (in perc.)
ASUFC	Screening mammella - obiettivo A.1.2.e - % di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	9,70%	≥10%			<10%	20
ASUGI	Screening Cervice Uterina - obiettivo A.1.1.f -Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	18,00%	<36%	≥36% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	20
ASUGI	Screening mammella - obiettivo A.1.2.c - % dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello	74,15%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	20
ASUGI	Screening mammella - obiettivo A.1.2.f - % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	71,50%	<75%	≥75% e <85%		≥85%	20
ASUGI	Screening colon retto - obiettivo A.1.3.d - % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt	81,10%	<85%	≥85% e <90%		≥90%	10
ASUGI	Screening colon retto - obiettivo A.1.3.e - % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	72,00%	<75%	≥75% e <85%		≥85%	10
ASUGI	Screening mammella - obiettivo A.1.2.e - % di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	12,20%	≥10%			<10%	20
BURLO	Screening Cervice Uterina - obiettivo A.1.1.f -Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	25,80%	<52%	≥52% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	100
CRO	Screening Cervice Uterina - obiettivo A.1.1.f -Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	30,00%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	20
CRO	Screening mammella - obiettivo A.1.2.c - % dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello	11,74%	<24%	≥24% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	20
CRO	Screening mammella - obiettivo A.1.2.f - % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	70,80%	<75%	≥75% e <85%		≥85%	20
CRO	Screening colon retto - obiettivo A.1.3.e - % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	55,30%	<65%	≥65% e <80%	≥80% e <85%	≥85%	20
CRO	Screening mammella - obiettivo A.1.2.e - % di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	7,90%	≥10%			<10%	20

Tabella 1.b (tabella richiamata da Tabella 1 e, indirettamente, da Scheda 1 - Aziende Sanitarie ASFO, ASUFC, ASUGI; Scheda 2 - IRCCS BURLO; Scheda 3 - IRCCS CRO)

Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa nel percorso integrato - screening e trattamento delle patologie	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso integrato - screening e trattamento - sub obiettivo: rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021 - tutte le priorità
---	--

punteggi in centesimi assegnati in presenza di raggiungimento della quota numerica percentuale target indicata nella stessa colonna di interventi erogati nel rispetto dei tempi garantiti

ente	obiettivo: rispetto dei tempi massimi di attesa - tutte le priorità - tipologia di intervento rispetto al quale è valutato il rispetto dei tempi di attesa nell'anno 2024 (percentuale sul totale)	dato storico perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento sul totale per ente (in perc.)
ASFO	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	65,31%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	17
ASFO	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	71,43%	<75%	≥75% e <82%	≥82% e ≤ 90%	>90%	10
ASFO	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	88,13%	<90%		= 90%	>90%	10
ASFO	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	92,19%	<90%		= 90%	>90%	10
ASFO	Interventi chirurgici tumore del Polmone	42,31%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	10
ASFO	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	63,64%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	17
ASFO	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	78,95%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	16
ASFO	Interventi chirurgici per Melanoma	87,80%	<90%		= 90%	>90%	10
ASUFC	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	49,54%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	13
ASUFC	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	53,03%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	13
ASUFC	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	61,67%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	13
ASUFC	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	80,95%	<81%	≥81% e <86%	≥86% e ≤ 90%	>90%	10
ASUFC	Interventi chirurgici per Melanoma	54,67%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	13
ASUFC	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	46,60%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	13

ente	obiettivo: rispetto dei tempi massimi di attesa - tutte le priorità - tipologia di intervento rispetto al quale è valutato il rispetto dei tempi di attesa nell'anno 2024 (percentuale sul totale)	dato storico perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento sul totale per ente (in perc.)
ASUFC	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	57,98%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	13
ASUFC	Interventi chirurgici tumore del Polmone	74,19%	<75%	≥75% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	12
ASUGI	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	45,95%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	14
ASUGI	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	52,63%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	14
ASUGI	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	61,34%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	14
ASUGI	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	77,78%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	10
ASUGI	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	33,56%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	14
ASUGI	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	39,34%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	14
ASUGI	Interventi chirurgici tumore del Polmone	81,06%	<82%	≥82% e <87%	≥87% e ≤ 90%	>90%	10
ASUGI	Interventi chirurgici per Melanoma	82,61%	<83%	≥83% e <88%	≥88% e ≤ 90%	>90%	10
BURLO	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	92,59%	<90%		= 90%	>90%	100
CRO	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	78,08%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	20
CRO	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	84,62%	<85%	≥85% e <90%	= 90%	>90%	20
CRO	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	88,89%	<90%		= 90%	>90%	20
CRO	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	98,11%	<90%		= 90%	>90%	20
CRO	Interventi chirurgici per Melanoma	86,96%	<90%		= 90%	>90%	20

Tabella 2 (tabella richiamata da: Scheda 1 - Aziende Sanitarie ASFO, ASUFC, ASUGI; Scheda 2 - IRCCS BURLO)

Liste d'attesa - ricoveri chirurgici	Miglioramento dei tempi di attesa nell'attività di ricovero e d'intervento chirurgico per patologie non oncologiche - tutte le priorità
---	--

punteggi in centesimi assegnati in presenza di raggiungimento della quota numerica percentuale target di interventi erogati nel rispetto dei tempi garantiti indicata nella stessa colonna

ente	obiettivo: rispetto dei tempi massimi di attesa - tutte le priorità - tipologia di intervento rispetto al quale è valutato il rispetto dei tempi di attesa nell'anno 2024	dato storico perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento sul totale per ente (in perc.)
ASFO	Protesi ginocchio	75,87%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	20
ASFO	Intervento protesi anca	75,66%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	20
ASFO	Artroscopia	85,88%	<90%		= 90%	>90%	15
ASFO	Endoarteriectomia carotidea	36,90%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
ASFO	Emorroidectomia	28,71%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	10
ASFO	Colecistectomia laparoscopica	50,00%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	10
ASFO	Riparazione ernia inguinale	35,34%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	10
ASUFC	Coronarografia	60,03%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
ASUFC	By pass aortocoronarico	63,83%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	7
ASUFC	Angioplastica Coronarica (PTCA)	65,71%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
ASUFC	Protesi ginocchio	31,16%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
ASUFC	Intervento protesi anca	36,71%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
ASUFC	Artroscopia	57,72%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	10
ASUFC	Endoarteriectomia carotidea	5,56%	<30%	≥30% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	8
ASUFC	Emorroidectomia	45,38%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	5

ente	obiettivo: rispetto dei tempi massimi di attesa - tutte le priorità - tipologia di intervento rispetto al quale è valutato il rispetto dei tempi di attesa nell'anno 2024	dato storico perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento sul totale per ente (in perc.)
ASUFC	Colecistectomia laparoscopica	53,30%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	5
ASUFC	Riparazione ernia inguinale	52,02%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	5
ASUGI	Protesi ginocchio	73,55%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	20
ASUGI	Intervento protesi anca	85,14%	<90%		= 90%	>90%	20
ASUGI	Artroscopia	94,31%	<90%		= 90%	>90%	10
ASUGI	Endoarteriectomia carotidea	21,18%	<50%	≥50% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	20
ASUGI	Emorroidectomia	49,71%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	10
ASUGI	Colecistectomia laparoscopica	60,31%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	10
ASUGI	Riparazione ernia inguinale	66,06%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	10
BURLO	Colecistectomia laparoscopica	33,33%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	60
BURLO	Riparazione ernia inguinale	73,86%	<75%	≥75% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	40

Tabella 3 (tabella richiamata da: Scheda 1 - Aziende Sanitarie ASFO, ASUFC, ASUGI)

Assistenza ospedaliera - Appropriata e efficacia dell'attività chirurgica	Obiettivo Linee per la gestione del SSR 2024 - migliorare la percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	indicatore: Leacore H13 C - Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni
--	---	--

punteggi in centesimi assegnati in presenza di raggiungimento della quota numerica percentuale target di prestazioni erogate entro 2 giorni in regime ordinario indicata nella stessa colonna

ente	Miglioramento del rispetto dei tempi massimi di attesa (due giorni) per interventi per frattura del collo del femore in pazienti di età 65+	dato storico perc. 2022	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento sul totale per ente (in perc.)
ASFO	interventi effettuati in Ospedale Hub	77,20%	<65%	≥65% e <75%	≥75% e <77%	≥77%	40
ASFO	interventi effettuati in Ospedale Spoke	36,50%	<50%	≥50% e <70%	≥70% e <80%	≥80%	60
ASUFC	interventi effettuati in Ospedale Hub	18,10%	<45%	≥45% e <60%	≥60% e <65%	≥65%	60
ASUFC	interventi effettuati in Ospedale Spoke	60,00%	<65%	≥65% e <75%	≥75% e <80%	≥80%	40
ASUGI	interventi effettuati in Ospedale Hub	64,00%	<64%	≥64% e <65%		≥65%	50
ASUGI	interventi effettuati in Ospedale Spoke	55,65%	<60%	≥60% e ≤ 70%	≥70% e <80%	≥80%	50

Tabella 4 (tabella richiamata da: da Scheda 1 - Aziende Sanitarie ASFO, ASUFC, ASUGI; Scheda 2 - IRCCS BURLO; Scheda 3 - IRCCS CRO)

Liste d'attesa - attività di specialistica ambulatoriale	Obiettivo L.I. n. 230 del 2020 - Lea core D10Z- Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B garantiti dal PNGLA 2019-2021	% di prestazioni, garantite entro i tempi, in classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni in classe di priorità B – (monitoraggio ex ante - residenti in FVG-)
---	---	---

punteggi in centesimi assegnati in presenza di raggiungimento della quota numerica percentuale target di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi garantiti indicata nella stessa colonna

ente	attività/tipologia di prestazione ambulatoriale rispetto alla quale è valutato il rispetto dei tempi di attesa nell'anno 2024	dato storico perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento sul totale per ente (in perc.)
ASFO	1 - Prima Visita cardiologica	28,97%	<50%	≥50% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	14
ASFO	9 - Prima Visita urologica	16,96%	<40%	≥40% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	12
ASFO	10 - Prima Visita dermatologica	12,08%	<40%	≥40% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	12
ASFO	12 - Prima Visita gastroenterologica	27,48%	<50%	≥50% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	12
ASFO	51 - Colonscopia totale con endoscopio flessibile	21,75%	<50%	≥50% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
ASFO	53 - Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	38,81%	<60%	≥60% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
ASFO	54 - Esofagogastroduodenoscopia	14,60%	<40%	≥40% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
ASFO	55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	16,35%	<40%	≥40% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
ASFO	55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	25,00%	<50%	≥50% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
ASUFC	1 - Prima Visita cardiologica	63,33%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	14
ASUFC	9 - Prima Visita urologica	23,87%	<50%	≥50% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	12
ASUFC	10 - Prima Visita dermatologica	36,03%	<60%	≥60% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	12
ASUFC	12 - Prima Visita gastroenterologica	13,75%	<40%	≥40% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	12
ASUFC	51 - Colonscopia totale con endoscopio flessibile	15,81%	<40%	≥40% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
ASUFC	53 - Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	3,45%	<40%	≥40% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
ASUFC	54 - Esofagogastroduodenoscopia	10,69%	<40%	≥40% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
ASUFC	55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	16,45%	<40%	≥40% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10

ente	attività/tipologia di prestazione ambulatoriale rispetto alla quale è valutato il rispetto dei tempi di attesa nell'anno 2024	dato storico perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento sul totale per ente (in perc.)
ASUFC	55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	21,05%	<50%	≥50% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
ASUGI	1 - Prima Visita cardiologica	72,21%	<75%	≥75% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	10
ASUGI	9 - Prima Visita urologica	95,91%	<90%		= 90%	>90%	10
ASUGI	10 - Prima Visita dermatologica	23,81%	<50%	≥50% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	14
ASUGI	12 - Prima Visita gastroenterologica	36,12%	<60%	≥60% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	14
ASUGI	51 - Colonscopia totale con endoscopio flessibile	93,49%	<90%		= 90%	>90%	8
ASUGI	53 - Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	88,00%	<90%		= 90%	>90%	8
ASUGI	54 - Esofagogastroduodenoscopia	54,22%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	12
ASUGI	55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	47,19%	<60%	≥60% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	12
ASUGI	55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	50,00%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	12
BURLO	1 - Prima Visita cardiologica	75,45%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	20
BURLO	9 - Prima Visita urologica	76,09%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	20
BURLO	10 - Prima Visita dermatologica	38,76%	<60%	≥60% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	30
BURLO	12 - Prima Visita gastroenterologica	32,75%	<60%	≥60% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	30
CRO	10 - Prima Visita dermatologica	79,07%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	20
CRO	12 - Prima Visita gastroenterologica	11,68%	<40%	≥40% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	25
CRO	51 - Colonscopia totale con endoscopio flessibile	65,00%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	25
CRO	54 - Esofagogastroduodenoscopia	80,77%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	15
CRO	55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	81,25%	<81%	≥81% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	15

Scheda 4 - Obiettivi, indicatori e target assegnati all'Ente: Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS)

ord.	Linea di attività	obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
1	Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa nel percorso integrato - screening e trattamento delle patologie	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso integrato - screening e trattamento - di gestione di patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021	COME DA TABELLA 5 - ARCS E RICHIAMATE TABELLE 5.A- ARCS E 5.B-ARCS	COME DA TABELLA 5 - ARCS E RICHIAMATE TABELLE 5.A- ARCS E 5.B-ARCS	20
2	Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa	Riorganizzazione delle sedute operatorie per l'esecuzione di interventi chirurgici per tumore della mammella nel rispetto degli standard di volume	effettuazione di interventi chirurgici per tumore della mammella solo in Strutture operative che effettuano un numero di tali interventi su base annua \geq a 135	dallo 01.07.2024 effettuazione di interventi chirurgici per tumore della mammella solo in Strutture operative con numero di interventi su base annua \geq a 135	5
3	Liste d'attesa - ricoveri chirurgici	Miglioramento dei tempi di attesa nell'attività di ricovero e d'intervento chirurgico per patologie non oncologiche	COME DA TABELLA 6 - ARCS	COME DA TABELLA 6 - ARCS	4
4	Assistenza ospedaliera - Appropriatelyzza e efficacia dell'attività chirurgica	Obiettivo Linee per la gestione del SSR 2024 - migliorare la complessiva percentuale, a livello regionale, di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Leacore H13 C - Percentuale di pazienti a livello regionale di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	COME DA TABELLA 7 - ARCS	5
5	Liste d'attesa - specialistica ambulatoriale	Obiettivo L.l. 2024 - Lea core D10Z- Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le priorità B garantiti dal PNGLA 2019-2021	COME DA TABELLA 8 - ARCS	COME DA TABELLA 8 - ARCS	4
6	Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - obiettivo specifico ADI	Obiettivo L.l. 2024 - B.1.a Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) - Incremento nel 2024 di soggetti età 65+ presi in carico dall'assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 PNRR, Missione 6 Salute, con registrazione e positiva trasmissione dati al Ministero con il flusso ministeriale SIAD - coordinamento e indirizzo	numero di nuovi soggetti età 65+ presi in carico dall'assistenza domiciliare regionale regolarmente registrati con dati positivamente trasmessi nel flusso ministeriale SIAD	raggiungimento valore target regionale (totale complessivo dei target indicati per le aziende nelle Linee per la gestione del SSR per il 2024 - d.g.r. n. 48/2024 - al punto B.1 - Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale per l'obiettivo B.1.a -); punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	10
7	Attuazione del PNRR - Missione 6 - Salute - Investimento 2.2 - Sviluppo	Attuazione sub investimento M6C2I2.2 (a) - Borse corso di formazione manageriale - assicurare la partecipazione dei dipendenti,	evidenza dell'avvenuta positiva attivazione e gestione dei corsi di formazione nell'anno 2024, come	trasmissione a DCS entro il mese di gennaio 2025 di evidenza dell'avvenuta positiva attivazione e gestione dei corsi di formazione secondo programmazione	5

ord.	Linea di attività	obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
	delle competenze tecnico professionali digitali e manageriali del personale del Sistema sanitario	nel numero richiesto, a tutte le attività dei moduli formativi dei corsi secondo programmazione vigente, in modo tale da permettere il rilascio delle attestazioni nel numero e qualità richiesti dal target del sub investimento	da programmazione, erogati per le ore programmate, con puntuale rendicontazione	vigente e loro corretta e puntuale rendicontazione nell'anno 2024 - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	
8	Contenimento della spesa per il personale	Rispetto dei vincoli di spesa per il personale del SSR assegnato all'Ente per l'anno 2024 nei valori indicati al punto 9.1 - Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali - della d.g.r. n. 48 del 19.01.2024 di approvazione delle Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024	valore di spesa per il personale da considerarsi ai fini del rispetto dell'obiettivo di cui al punto 9.1 delle L. gg. 2024 inferiore al valore indicato per l'Ente allo stesso punto 9.1 dell'allegato approvato con d.g.r. n. 48/2024 (valore così come determinato alla data del 19.1.2024)	valore di spesa per il personale da considerarsi ai fini del rispetto dell'obiettivo di cui al punto 9.1 delle L. gg. 2024 inferiore al valore indicato allo stesso punto 9.1 dell'allegato approvato con d.g.r. n. 48/2024 - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	10
9	Monitoraggio sull'andamento della gestione del personale negli Enti del S.S.R.	Gestione del monitoraggio della dotazione organica del personale degli Enti del S.S.R. e analisi delle ricognizioni mensili del personale effettuate dagli enti, con invio alla DCS, entro il giorno 15 rispetto al mese antecedente, di relazione di ARCS che evidenzia trend (scostamenti) e, previa negoziazione con gli Enti sulle misure correttive da assumere, azioni correttive	Invio alla DCS entro il giorno 15, rispetto al mese antecedente, di relazione con gli esiti del monitoraggio mensile effettuato da ARCS in relazione a dotazione organica del personale degli enti e alla ricognizione mensile del personale effettuata dagli enti, con evidenziazione di trend (scostamenti) e, previa negoziazione con gli Enti sulle misure correttive da assumere, le azioni correttive da intraprendere	punteggio, in punti percentuali, assegnabile sulla base del numero di trasmissioni alla DCS di valide relazioni elaborate in rapporto al numero di relazioni dovute per tutti gli enti e tutte le mensilità: a) tutte le relazioni dovute trasmesse, punti assegnati 100; b) mancata trasmissione di massimo due relazioni, relative a enti diversi, punti assegnati 70; c) mancata trasmissione di relazioni, in caso diverso da quello di cui alla lettera b), punti 0.	5
10	Attività di prevenzione	efficiente e efficace somministrazione vaccinale in rapporto al numero di dosi ordinate - vaccino antinfluenzale	somministrazione e registrazione di tutti i vaccini antinfluenzali inseriti nel fabbisogno di gara, con eventuale acquisto aggiuntivo, per la campagna antinfluenzale 2024-2025	numero di dosi somministrate e registrate in Siavr complessivamente a livello regionale entro il 31.12.2024 \geq 85% delle dosi ordinate - punteggio assegnabile, in punti percentuali: obiettivo raggiunto: 100 punti; obiettivo non raggiunto: 0 punti.	4
11	Attività di prevenzione	miglioramento attività di somministrazione vaccinale anti HPV	somministrazione e registrazione del vaccino anti HPV per le coorti 2011 e 2012	numero di dosi somministrate e registrate in Siavr complessivamente a livello regionale entro il 31.12.2024 con copertura: a) \geq 65% del ciclo completo della coorte 2011;	4

ord.	Linea di attività	obiettivo	indicatore	target	punteggio massimo attribuibile (in perc. su totale)
				b) ≥ 50% della prima dose della coorte 2012. Punteggio assegnabile, in punti percentuali: raggiunta copertura sia per a) che per b): 100 punti; raggiunta copertura solo per a) o solo per b): 40 punti; copertura non raggiunta né per a) né per b): 0 punti.	
12	Attività di prevenzione	miglioramento attività di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV)	percentuali di raggiungimento di adesione allo screening HCV della popolazione target generale per classe di età e della popolazione target specifica (soggetti in carico ai servizi pubblici per le Dipendenze -SerD- o detenuti in Istituti Penitenziari e REMS)	entro il 31.12.2024 percentuale di adesione complessiva a livello regionale allo screening HCV: a) ≥ 30% della popolazione della coorte di nascita dal 1969 al 1989; b) ≥ 75% della popolazione target: soggetti in carico ai servizi pubblici per le Dipendenze (SerD) o detenuti negli Istituti Penitenziari e nelle REMS. Punteggio assegnabile, in punti percentuali: raggiunta percentuale di adesione sia per a) che per b): 100 punti; raggiunta percentuale di adesione solo per a) o solo per b): 40 punti; percentuali di adesione non raggiunte né per a) né per b): 0 punti.	4
13	Gestione Emergenza-Urgenza - SORES ed elisoccorso	stipulazione e attivazione di convenzione tra ARCS e gli enti del S.S.R. per assicurare continuità e funzionalità del Sistema Emergenza Urgenza Territoriale e delle attività di soccorso extraospedaliero, anche per mezzo nel servizio di Elisoccorso (attuazione punto 2.2 del Piano regionale di emergenza-urgenza approvato con d.g.r. n. 2064 del 22 dicembre 2023)	stipulazione e attivazione della convenzione	punteggio assegnabile, in punti percentuali: avvenuta stipulazione e attivazione della convenzione entro il 30.9.2024 - obiettivo raggiunto: 100 punti; stipulazione e attivazione della convenzione dopo il 30.9.2024, ma entro il 30.11.2024 - obiettivo parzialmente raggiunto: 50 punti mancata stipulazione o attivazione della convenzione entro il 30.11.2024 - obiettivo non raggiunto: 0 punti.	10
14	Gestione concorsi centralizzati	Espletamento delle procedure centralizzate concorsuali previste al punto 6.3 - Concorsi centralizzati delle Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2024 approvate con d.g.r. n. 48/2024: obiettivi di cui alla tabella esposta al citato punto 6.3	con riferimento alle procedure concorsuali indicate alla tabella di cui al punto 6.3 delle Linee per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024, numero di procedure espletate con graduatoria di merito approvata rispetto al numero complessivo di procedure da espletare	punteggio assegnabile, in punti percentuali, con riferimento al numero di procedure espletate, con approvazione della graduatoria, rispetto al numero complessivo di procedure da espletare: 10 su 10: punti 100; 8 su 10: punti 70; meno di 8 su 10: punti 0.	10

Tabella 5-ARCS (tabella richiamata da: Scheda 4 - ARCS).

Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021
--	---

Il punteggio complessivo per questa linea di attività/obiettivo complesso è il valore risultante dal calcolo di seguito riportato.
 In assenza di conseguimento del sub obiettivo di cui alla col. 1, viene assegnato un punteggio percentuale per l'obiettivo complessivo pari a 0 (zero);
 in presenza di conseguimento del sub obiettivo di cui alla col. 1, viene assegnato il punteggio percentuale per l'obiettivo complessivo calcolato secondo la seguente formula: **(valore richiamato dalla sottoriportata col. 2 più valore richiamato dalla sottoriportata col. 3) diviso 2.**

sottocomponenti dell'obiettivo	Miglioramento del governo dello screening oncologico II livello	Miglioramento di efficienza e efficacia del percorso integrato - sub obiettivo: governo dello screening	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso integrato - sub obiettivo: rispetto dei tempi di attesa, nel Sistema regionale, da parte di tutti gli Enti del SSR per interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021 - tutte le priorità
ente	col. 1	col. 2	col. 3
ARCS	Creazione o, se già presente, riorganizzazione e condivisione informativa di tutti gli enti del SSR con ARCS di efficace agenda delle prestazioni per lo screening oncologico di II livello (tra i suoi requisiti necessari: separata lista d'attesa per il percorso di screening, aggiornamento dei dati almeno giornaliero) per neoplasie di mammella, colon e cervice uterina - evidenza trasmessa alla DCS dell'effettiva riorganizzazione operata e dell'attiva condivisione informativa da parte di tutti gli enti del SSR entro il 31 agosto 2024	punteggio percentuale complessivamente riportato dall'ente per le attività/obiettivo di cui alla Tabella 5.a assegnate (somma dei punteggi conseguiti pesati percentualmente rispetto ad ogni attività/obiettivo)	punteggio percentuale complessivamente riportato dall'ente per le attività/obiettivo di cui alla Tabella 5.b assegnate (somma dei punteggi conseguiti pesati percentualmente rispetto ad ogni attività/obiettivo)

Tabella 5.a (tabella richiamata da Tabella 5-ARCS e, indirettamente, da Scheda 4 -ARCS)

Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa nel percorso integrato - screening e trattamento delle patologie	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso integrato - sub obiettivo: governo regionale dello screening
---	---

punteggi in centesimi assegnati in presenza di raggiungimento della quota numerica percentuale target di prestazioni complessivamente svolte o erogate da tutti gli enti regionali nel rispetto dei tempi da garantire indicato nella stessa colonna

ente	attività/obiettivo e correlato indicatore	dato regionale storico perc. 2022	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso obiettivo /attività sul totale (in perc.)
ARCS	Screening mammella - obiettivo A.1.2.b - % adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni) delle donne convocate	60,8%	<64%			≥64%	20
	Screening mammella - obiettivo A.1.2.c - % dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito non negativo di mammografia di primo livello	52,87%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e <90%	≥90%	20
	Screening mammella - obiettivo A.1.2.e - Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo - % di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	10,20%	≥10%			<10%	20
	Screening colon retto - obiettivo A.1.3.b - Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto - % % adesione alla proposta di screening della popolazione convocata (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 50-74 anni)	57,20%	<60%			≥60%	20
	Screening colon retto - obiettivo A.1.3.d - Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello - % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt	58,70%	<65%	≥65% e <80%	≥80% e <90%	≥90%	20

Tabella 5.b (tabella richiamata da Tabella 5-ARCS e, indirettamente, da Scheda 4 -ARCS)

Oncologia - governo del percorso di gestione delle patologie oncologiche e rispetto dei tempi di attesa nel percorso integrato - screening e trattamento delle patologie	Miglioramento efficienza e efficacia del percorso integrato - screening e trattamento - sub obiettivo: rispetto dei tempi di attesa, nel Sistema regionale, da parte di tutti gli Enti del SSR per interventi chirurgici per patologie oncologiche in attuazione del PNGLA 2019-2021 - tutte le priorità
--	--

punteggi in centesimi assegnati in presenza di raggiungimento della quota numerica percentuale target indicata nella stessa colonna di interventi complessivamente erogati nel Sistema regionale nel rispetto dei tempi garantiti

ente	obiettivo: rispetto dei tempi massimi di attesa - tutte le priorità - tipologia di intervento rispetto al quale è valutato il rispetto dei tempi di attesa nell'anno 2024 (percentuale sul totale regionale)	dato storico regionale perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento sul totale (in perc.)
ARCS	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	66,59%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	51,23%	<65%	≥65% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	76,79%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	10
	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	58,74%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	73,80%	<75%	≥75% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	10
	Interventi chirurgici per Melanoma	75,76%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	10
	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	53,15%	<65%	≥65% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
	Interventi chirurgici tumore del Polmone	74,47%	<75%	≥75% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	10

Tabella 6-ARCS (tabella richiamata da: Scheda 4 - ARCS).

Liste d'attesa - ricoveri chirurgici	Miglioramento dei tempi di attesa da parte del Sistema sanitario regionale e complessivamente dei suoi Enti nell'attività di ricovero e d'intervento chirurgico per patologie non oncologiche - tutte le priorità
--------------------------------------	---

punteggi in centesimi assegnati in presenza di raggiungimento della quota numerica percentuale target di interventi complessivamente erogati nel Sistema sanitario regionale, dai suoi Enti, nel rispetto dei tempi garantiti indicata nella stessa colonna

ente	obiettivo: rispetto dei tempi massimi di attesa da parte del Sistema sanitario regionale e dei suoi Enti - tutte le priorità - tipologia di intervento rispetto al quale è valutato il rispetto dei tempi di attesa nell'anno 2024	dato storico regionale perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento sul totale (in perc.)
ARCS	Angioplastica Coronarica (PTCA)	86,90%	<90%		= 90%	>90%	10
	Coronarografia	83,65%	<85%	≥85% e <90%	= 90%	>90%	10
	By pass aortocoronarico	75,69%	<80%	≥80% e <85%	≥85% e ≤ 90%	>90%	10
	Intervento protesi anca	59,54%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	20
	Protesi ginocchio	59,08%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	20
	Artroscopia	80,39%	<82%	≥82% e <87%	≥87% e ≤ 90%	>90%	10
	Colecistectomia laparoscopica	54,39%	<65%	≥65% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	5
	Emorroidectomia	41,11%	<60%	≥60% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	5
	Endoarteriectomia carotidea	16,91%	<40%	≥40% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	5
Riparazione ernia inguinale	52,03%	<65%	≥65% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	5	

Tabella 7 -ARCS (tabella richiamata da: Scheda 4 - ARCS).

Assistenza ospedaliera - Appropriata e efficacia dell'attività chirurgica	Obiettivo Linee per la gestione del SSR 2024 - migliorare la percentuale, a livello complessivo regionale, di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	indicatore: Leacore H13 C - Percentuale di pazienti, a livello regionale, di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni
--	---	--

punteggi in centesimi assegnati in presenza di raggiungimento della quota numerica percentuale target regionale di prestazioni erogate entro 2 giorni in regime ordinario indicata nella stessa colonna

ente	Miglioramento del rispetto dei tempi massimi di attesa (due giorni) per interventi per frattura del collo del femore in pazienti di età 65+	dato storico regionale perc. 2022	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/intervento sul totale (in perc.)
ARCS	interventi effettuati in Ospedale Hub	52,18%	<57%	≥57% e <62%	≥62% e <65%	≥65%	40
	interventi effettuati in Ospedale Spoke	56,59%	<60%	≥60% e ≤ 70%	≥70% e <80%	≥80%	60

Tabella 8-ARCS (tabella richiamata da: Scheda 4 - ARCS).

Liste d'attesa - attività di specialistica ambulatoriale	Obiettivo L.I. 2024 - Lea core D10Z- Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, a livello complessivo regionale, per le priorità B garantiti dal PNGLA 2019-2021	% di prestazioni, a livello complessivo regionale, garantite entro i tempi, in classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni in classe di priorità B – (monitoraggio ex ante - residenti in FVG-)
---	--	--

punteggi in centesimi assegnati in presenza di raggiungimento della quota numerica percentuale target di prestazioni complessivamente erogate a livello regionale dagli Enti nel rispetto dei tempi garantiti indicata nella stessa colonna

ente	attività/tipologia di prestazione ambulatoriale rispetto alla quale è valutato il rispetto dei tempi di attesa nell'anno 2024	dato storico regionale perc. 2023	punteggio in centesimi assegnato: 0	punteggio in centesimi assegnato: 50	punteggio in centesimi assegnato: 95	punteggio in centesimi assegnato: 100	peso per l'attività/ tipo prestazione sul totale (in percentuale)
ARCS	1 - Prima Visita cardiologica	59,33%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
	9 - Prima Visita urologica	54,96%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	15
	10 - Prima Visita dermatologica	26,97%	<55%	≥55% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	15
	12 - Prima Visita gastroenterologica	25,72%	<55%	≥55% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	15
	51 - Colonscopia totale con endoscopio flessibile	54,02%	<70%	≥70% e <80%	≥80% e ≤ 90%	>90%	10
	53 - Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	40,50%	<60%	≥60% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	5
	54 - Esofagogastroduodenoscopia	25,70%	<55%	≥55% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
	55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	23,72%	<55%	≥55% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	10
	55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	32,71%	<60%	≥60% e <75%	≥75% e ≤ 90%	>90%	5

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE