

allegato 1

Sistema di valutazione

2025-2027

REGIONE BASILICATA

Direzione generale per la Salute e le Politiche della Persona

SISTEMA DI VALUTAZIONE 2025-2027

PREMESSA

Il presente documento descrive le aree di risultato e i relativi obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie per il triennio 2025-2027. Nell'estensione del sistema di valutazione si è tenuto conto di alcuni indicatori di valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), del programma nazionale di valutazione degli esiti (PNE), del Sistema di valutazione delle performance del network dei sistemi sanitari regionali della Scuola Superiore Sant'Anna oltre che del sistema di valutazione connesso al nuovo Sistema di garanzie (NSG) di cui al D.M. 12 marzo 2019.

Il sistema di valutazione degli obiettivi si compone di 3 principali aree di risultato:

- **Tutela della salute**
- **Performance organizzative e cliniche aziendali**
- **Conseguimento di obiettivi strategici regionali**

Ciascuna area di risultato si concretizza in più obiettivi. In particolare:

Per l'area denominata "**Tutela della salute**" gli obiettivi sono:

- Prevenzione primaria
- Promozione stili di vita sani
- Screening oncologici
- Sicurezza sul lavoro
- Sanità veterinaria

Per l'area denominata "**Performance organizzative e cliniche aziendali**" gli obiettivi sono:

- Appropriately area clinica
- Appropriately organizzativa
- Efficacia assistenziale territoriale
- Efficacia Percorso Emergenza-Urgenza
- Appropriately prescrittiva farmaceutica
- Appropriately prescrittiva diagnostica
- Efficienza mobilità ospedaliera

Per l'area denominata "**Conseguimento di obiettivi strategici regionali**" gli obiettivi sono:

- Valutazione ricerca
- Cure Palliative
- Utilizzo dei flussi informativi
- Risk management
- Controllo cartelle cliniche
- Monitoraggio spesa del personale sanitario

Gli obiettivi sono valutati per il tramite di una serie di indicatori individuati dall'Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica degli Obiettivi, Innovazione e Qualità e condivisi con gli altri Uffici della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona e hanno volutamente natura sintetica e non esaustiva dell'intero panel di indicatori che possono monitorare l'andamento delle Aziende Sanitarie della Regione.

Nei prospetti successivi vengono illustrati gli indicatori per ogni area di risultato e obiettivo:

Risultato	Obiettivo	Codice Indicatore	Indicatore
TUTELA DELLA SALUTE	Prevenzione primaria	1.a.1	Governance Piano Regionale della Prevenzione: rendicontazione analitica delle attività e raggiungimento degli obiettivi previsti per ciascun programma
		1.a.2	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza
		1.a.3	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)
		1.a.4	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio
		1.a.5	Grado di copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi
		1.a.6	Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese
		1.a.7	Grado di Copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi
	Promozione stili di vita sani	1.b.1	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica
		1.b.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro personale sanitario di perdere o mantenere peso
		1.b.3	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno
		1.b.4	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare
	Screening oncologici	1.c.1	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina
		1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella
		1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto
	Sicurezza sul lavoro	1.d.1	N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti
		1.d.2	N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati
		1.d.3	N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL
		1.d.4	N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL
	Sanità veterinaria	1.e.1	Raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale
		1.e.2	Raggiungimento e/o mantenimento dello status di territorio indenne per brucellosi e tubercolosi nei bovini e bufalini e per brucellosi negli ovi-caprini
		1.e.3	Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

Risultato	Obiettivo	Codice Indicatore	Indicatore
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	Appropriatezza Area clinica	2.a.1	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti
		2.a.2	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici
		2.a.3	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
		2.a.4	Percentuale di interventi conservativi sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
		2.a.8	Mortalità a trenta giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)
		2.a.9	Mortalità a trenta giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache
		2.a.10	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti
		2.a.12	Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)
		2.a.13	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
		2.a.14	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
		2.a.15	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
	Appropriatezza organizzativa	2.b.1	Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri
	Efficacia assistenza territoriale	2.c.1	Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni)

Risultato	Obiettivo	Codice Indicatore	Indicatore
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	Efficacia percorso emergenza urgenza	2.d.1	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice arancione visitati entro 15 minuti
		2.d.2	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice azzurro visitati entro 1 ora
		2.d.3	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 2 ore
		2.d.4	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)
	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	3.a.1	Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari
		3.b.1	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (≥ 65 anni)
	Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	Recupero della mobilità passiva ospedaliera
		3.d.2	Soddisfamento del fabbisogno interno
		3.d.3	Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera

Risultato	Obiettivo	Codice Indicatore	Indicatore
C O Z		4.a.1	Numero medio pubblicazioni per dirigente

	Valutazione ricerca	4.a.2	Percentuale di dirigenti medici produttivi
	Cure palliative		
		4.b.2	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa
		4.c.2	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici
			Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici
	Risk Management	4.d.1	Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico
		4.d.2	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico
	Controllo cartelle cliniche	4.e.1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche
	Monitoraggio spesa del personale sanitario	4.h.1	Contenimento della spesa del personale sanitario
		4.h.2	Adozione e approvazione PTFP 2025-2027
		4.h.3	Attuazione del <i>piano stralcio</i> di fabbisogno di personale territoriale 2025- 2027
		4.h.4	Attuazione Accordi Integrativi Regionali e conseguenti Accordi Attuativi Aziendali
		4.h.5	Comunicazione entro il 31 gennaio di ogni anno dei dati per la pubblicazione degli incarichi vacanti (Ruolo unico Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) – 2025/2027
		4.h.6	Attuazione del Piano straordinario di applicazione delle competenze del personale sanitario

METODOLOGIA

Per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo. È previsto, per ogni indicatore, sia un punteggio minimo, al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero, che un punteggio oltre il quale l'obiettivo è conseguito al 100%. Per alcuni indicatori è prevista la possibilità di conseguire un punteggio pari al 50%, che rappresenta il raggiungimento parziale dell'obiettivo.

Il punteggio di ogni indicatore, con l'esplicitazione dell'intervallo, per ogni obiettivo e area di riferimento, è stabilito nelle schede allegate. La Direzione Generale alla Salute e Politiche della Persona, qualora ne ravvisasse la necessità, si riserva la possibilità modificare e/o integrare obiettivi e indicatori per gli anni cui il presente provvedimento si riferisce.

Al sistema di valutazione degli obiettivi è correlata la retribuzione di risultato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, quale trattamento integrativo di cui al comma 5 dell'art.1 del DPCM 502/95. L'accesso alla valutazione degli obiettivi di cui al presente documento è condizionato al rispetto di quanto previsto negli atti di nomina.

Ai fini del parere di confermabilità nell'incarico di Direzione Generale dopo il 24esimo mese, fermo restando quanto previsto in ambito contrattuale, si fa riferimento alla metodologia, successivamente riportata per ciascuna Azienda, individuando un numero ristretto di indicatori.

Il parere di confermabilità è favorevole se il numero degli indicatori individuati che sono migliorati è maggiore del numero degli indicatori peggiorati. Gli indicatori sono scelti appositamente in numero dispari per ciascuna Azienda. Nel caso in cui uno o più indicatori non possono essere oggettivamente calcolati il parere di confermabilità è favorevole anche se il numero degli indicatori individuati che sono migliorati è pari al numero degli indicatori peggiorati.

Per gli indicatori il cui risultato è un valore quantitativo viene confrontato il valore annuale conseguito nell'anno solare precedente l'inizio del mandato con l'anno solare di inizio del mandato. Per esempio, nel caso in cui il Direttore Generale è stato nominato a gennaio 2025, dopo dicembre 2026 la valutazione per il parere di confermabilità viene effettuata sugli indicatori individuati tra l'anno 2025 e l'anno 2024.

Per gli indicatori il cui risultato è un valore qualitativo (SI / NO) viene rilevato il valore annuale conseguito nell'anno solare di inizio del mandato. Per esempio, nel caso in cui il Direttore è stato nominato a gennaio 2025, dopo dicembre 2026 la valutazione per il parere di confermabilità viene effettuata sull'indicatori rilevato per l'anno 2025.

IRCCS-CROB

Indicatori quantitativi:

- Percentuale di interventi conservativi sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
- Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri
- Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari
- Numero medio pubblicazioni per dirigente

Se il singolo indicatore è rimasto uguale o migliorato si attribuisce un segno positivo (+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-).

Indicatori qualitativi:

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa
- Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico
- Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche

Se l'indicatore è valutato positivamente (SI) si attribuisce un segno positivo (+), viceversa un segno negativo (-).

Il parere di confermabilità è favorevole se i segni positivi (+) sono in numero uguale o maggiore dei segni negativi (-).

Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo

Indicatori quantitativi:

- Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
- Percentuale di interventi conservativi sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
- Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti
- Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari

Se il singolo indicatore è rimasto uguale o migliorato si attribuisce un segno positivo (+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-).

Indicatori qualitativi:

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa
- Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico
- Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche

Se l'indicatore è valutato positivamente (SI) si attribuisce un segno positivo (+), viceversa un segno negativo (-).

Il parere di confermabilità è favorevole se i segni positivi (+) sono in numero uguale o maggiore dei segni negativi (-).

Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)

Indicatori quantitativi:

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)
- N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni)

- Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)
- Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
- Consumo territoriale di farmaci oppioidi

Se il singolo indicatore è rimasto uguale o migliorato si attribuisce un segno positivo (+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-).

Indicatori qualitativi:

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa
- Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

Se l'indicatore è valutato positivamente (SI) si attribuisce un segno positivo (+), viceversa un segno negativo (-).

Il parere di confermabilità è favorevole se i segni positivi (+) sono in numero uguale o maggiore dei segni negativi (-).

Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM)

Indicatori quantitativi:

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)
- N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni)
- Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
- Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Percentuale utilizzo farmaci biosimilari
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
- Consumo territoriale di farmaci oppioidi

Se il singolo indicatore è rimasto uguale o migliorato si attribuisce un segno positivo (+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-).

Indicatori qualitativi:

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa

- Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

Se l'indicatore è valutato positivamente (SI) si attribuisce un segno positivo (+), viceversa un segno negativo (-).

Il parere di confermabilità è favorevole se i segni positivi (+) sono in numero uguale o maggiore dei segni negativi (-).

La valutazione della performance aziendale viene effettuata con cadenza annuale – ex comma 7, art. 9 L.R. 39/2001. Nel caso in cui un indicatore non può essere oggettivamente calcolato, il punteggio ad esso attribuito viene ripartito in egual misura ai rimanenti indicatori dell'obiettivo monitorato. Nel caso estremo in cui nessun indicatore dell'obiettivo può essere oggettivamente calcolato, il punteggio è ripartito in egual misura ai rimanenti indicatori degli altri obiettivi dell'area di risultato di riferimento.

La valutazione totale degli obiettivi è espressa in centesimi, suddivisi come di seguito indicato:

- 70/100 deve essere attribuita alla valutazione degli indicatori di salute e di appropriatezza di cui al presente allegato 1;
- 30/100 è attribuito alla valutazione dell'indicatore di cui all'allegato 2, relativo ai tempi di pagamento.

La valutazione della performance aziendale viene effettuata con cadenza annuale – ex comma 7, art. 9 L.R. 39/2001. Nel caso in cui un indicatore non può essere oggettivamente calcolato, il punteggio ad esso attribuito viene ripartito in egual misura ai rimanenti indicatori dell'obiettivo monitorato. Nel caso estremo in cui nessun indicatore dell'obiettivo può essere oggettivamente calcolato, il punteggio è ripartito in egual misura ai rimanenti indicatori degli altri obiettivi dell'area di risultato di riferimento.

La valutazione totale degli obiettivi è espressa in centesimi, suddivisi come di seguito indicato:

- 70/100 deve essere attribuita alla valutazione degli indicatori di salute e di appropriatezza di cui al presente allegato 1;
- 30/100 è attribuito alla valutazione dell'indicatore di cui all'allegato 2, relativo ai tempi di pagamento.

Scheda dei punteggi dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
24	TUTELA DELLA SALUTE	10	Prevenzione primaria	1.a.1	NO	--	SI	4
				1.a.2	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
				1.a.3	meno di 60	tra 60 e 75	più di 75	1
				1.a.4	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	1
				1.a.5	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
				1.a.6	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
				1.a.7	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
		4	Promozione stili di vita sani	1.b.1	meno di 23	tra 23 e 33	più di 33	1
				1.b.2	meno di 25	tra 25 e 45	più di 45	1
				1.b.3	meno di 3	tra 3 e 9	più di 9	1
				1.b.4	meno di 35	tra 35 e 55	più di 55	1
		3	Screening oncologici	1.c.1	meno di 25	tra 25 e 50	più di 50	1
				1.c.2	meno di 35	tra 35 e 60	più di 60	1
				1.c.3	meno di 25	tra 25 e 50	più di 50	1
		4	Sicurezza sul lavoro	1.d.1	meno di 5	tra 5 e 10	più di 10	1
				1.d.2	meno di 20	tra 20 e 30	più di 30	1
				1.d.3	meno di 40	tra 40 e 50	più di 50	1
				1.d.4	meno di 70	tra 70 e 90	più di 90	1
		3	Sanità veterinaria	1.e.1	NO	-	SI	1
				1.e.2	NO	-	SI	1
				1.e.3	NO	-	SI	1

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
14	PERFORMANCE ORGANIZZATIV E E CLINICHE	2	Appropriatezza area clinica	2.a.1	più di 3	Tra 3 e 1,5	meno di 1,5	2
		5	Efficacia assistenziale territoriale	2.c.1	meno di 10%	-----	= />10 %	5
		7	Efficacia percorso Emergenza-Urgenza	2.d.4	più di 26	tra 26 e 20	Meno di 20	7
9	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	5	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.1	meno di 70	tra 70 e 94	più di 94	2
				3.b.1	Più di 15	Tra 15 e 12	Meno di 12	3
		4	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	3.c.1	più di 30	tra 30 e 20	meno di 20	4
23	CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	2	Cure palliative	4.b.1	meno di 2,1	tra 2,1 e 4	più di 4	2
		6	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	NO	-	SI	2
				4.c.2	meno di 15	tra 15 e 25	più di 25	2
				4.c.3	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	2
		2	Risk management	4.d.1	NO	-	SI	1
				4.d.2	NO	-	SI	1
		1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	NO	-	SI	1
		12	Monitoraggio spesa del personale sanitario	4.h.1	NO	-	SI	2
				4.h.2	NO	-	SI	2
				4.h.3	NO	-	SI	2
				4.h.4	meno di 50	tra 50 e 75	più di 75	2
				4.h.5	No (cfr. scheda	-	Si (cfr. scheda)	2
				4.h.6	No (cfr. scheda)	-	SI (cfr. scheda)	2

Scheda dei punteggi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM)

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
24	TUTELA DELLA SALUTE	10	Prevenzione primaria	1.a.1	NO	-	SI	4
				1.a.2	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
				1.a.3	meno di 60	tra 60 e 75	più di 75	1
				1.a.4	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	1
				1.a.5	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
				1.a.6	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
				1.a.7	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
		4	Promozione stili di vita sani	1.b.1	meno di 23	tra 23 e 33	più di 33	1
				1.b.2	meno di 25	tra 25 e 45	più di 45	1
				1.b.3	meno di 3	Tra 3 e 9	più di 9	1
				1.b.4	meno di 35	tra 35 e 55	più di 55	1
		3	Screening oncologici	1.c.1	meno di 25	tra 25 e 50	più di 50	1
				1.c.2	meno di 35	tra 35 e 60	più di 60	1
				1.c.3	meno di 25	tra 25 e 50	più di 50	1
		4	Sicurezza sul lavoro	1.d.1	meno di 5	tra 5 e 10	più di 10	1
				1.d.2	meno di 20	tra 20 e 30	più di 30	1
				1.d.3	meno di 40	tra 40 e 50	più di 50	1
				1.d.4	meno di 70	tra 70 e 90	più di 90	1
		3	Sanità veterinaria	1.e.1	NO	-	SI	1
				1.e.2	NO	-	SI	1
				1.e.3	NO	-	SI	1

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
14	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE	6	Appropriatezza area clinica	2.a.1	più di 3	Tra 3 e 1,5	meno di 1,5	0,5
				2.a.2	meno di 45	Tra 45 e 75	più di 75	1
				2.a.3	meno di 50	tra 50 e 60	più di 60	0,5
				2.a.7	Meno di 40	Tra 40 e 60	Più di 60	1
				2.a.8	più di 8,0	tra 6,0 e 8,00	meno di 6	0,5
				2.a.9	meno di 50	tra 50 e 60	più di 60	1
				2.a.10	più di 15	-	meno di 15	1
				2.a.11	più di 20	tra 20 e 15	meno di 15	0,5
		5	Efficacia assistenziale territoriale	2.c.1	meno di 10%	-----	= />10 %	5
		3	Efficacia percorso Emergenza-Urgenza	2.d.1	meno di 80	tra 80 e 93	più di 93	1
				2.d.2	meno di 50	tra 50 e 70	più di 70	1
				2.d.3	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	1
10	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	3	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.1	meno di 70	tra 70 e 94	più di 94	1
				3.b.1	più di 15	tra 15 e 12	meno di 12	2
		1	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	3.c.1	più di 30	tra 30 e 20	meno di 20	1
		6	Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	meno di 4	tra 4 e 12	più di 12	2
				3.d.2	Meno di 2 %	Tra 0 % e 2 %	Uguale o > del target	2
				3.d.3	meno di 2%	tra 0 % e 2%	Uguale o > del target	2

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
22	CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	2	Cure palliative	4.b.1	meno di 2,1	tra 2,1 e 4	più di 4	2
		5	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	NO	-	SI	3
				4.c.2	meno di 15	tra 15 e 25	più di 25	1
				4.c.3	più di 70	tra 70 e 80	meno di 80	1
		2	Risk management	4.d.1	NO	-	SI	1
				4.d.2	NO	-	SI	1
		1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	NO	-	SI	1
		12	Monitoraggio spesa del personale sanitario	4.h.1	NO	-	SI	2
				4.h.2	NO	-	SI	2
				4.h.3	NO (cfr. scheda)	-	SI (cfr. scheda)	2
				4.h.4	Meno di 50	Da 50 a 75	Più di 75	2
				4.h.5	NO	-	SI	2
				4.h.6	NO (cfr. scheda)	-	SI (cfr. scheda)	2

Scheda dei punteggi dell'Azienda Ospedaliera San Carlo (AO San Carlo)

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
3	TUTELA DELLA SALUTE	3	Piano della prevenzione	1.a.1	NO	-	SI	3
31	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	24	Appropriatezza area clinica	2.a.2	meno di 45	tra 45 e 75	più di 75	2
				2.a.3	meno di 50	tra 50 e 60	più di 60	3
				2.a.4	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	2
				2.a.5	più di 4,15	tra 4,15 e 2,15	meno di 2,15	3
				2.a.6	più di 3,6	tra 3,6 e 2,6	meno di 2,6	2
				2.a.7	Meno di 40	Tra 40 e 60	Più di 60	3
				2.a.8	Più di 8,0	Tra 6,0 e 8,0	Meno di 6	3
				2.a.9	meno di 50	tra 50 e 60	più di 60	2
				2.a.10*	più di 15 presidi; più di 25 San Carlo		Meno di 15 Presidi; meno di 25 San Carlo	2
				2.a.11	più di 20	tra 20 e 15	Meno di 15	2
		7	Efficacia percorso Emergenza-Urgenza	2.d.1	meno di 80	tra 80 e 93	più di 93	3
				2.d.2	meno di 50	tra 50 e 70	più di 70	2
				2.d.3	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	2
18	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	3	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.1	meno di 70	tra 70 e 94	Più di 94	3
		15	Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	meno di 6	tra 6 e 18	più di 18	5
				3.d.2	meno di 2%	tra 0% e 2%	Uguale o > del target	5

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
				3.d.3	meno di 2%	tra 0% e 2%	Uguale o > del target	5
18	CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	5	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	NO	-	SI	3
				4.c.2	Meno di 15	tra 15 e 35	più di 35	1
				4.c.3	più di 70	tra 70 e 80	più di 80	1
		2	Risk management	4.d.1	NO	-	SI	1
				4.d.2	NO	-	SI	1
		2	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	NO	-	SI	2
		9	Monitoraggio spesa del personale sanitario	4.h.1	NO	-	SI	3
				4.h.2	NO	-	SI	3
				4.h.6	NO (cfr. scheda)	-	SI (cfr. scheda)	3

*il punteggio viene ripartito al 50% sull' Ospedale San Carlo di Potenza, al 25% sull'Ospedale di Melfi e al 25% sull'Ospedale di Lagonegro. Quest'ultimi hanno le fasce di valutazioni differenti: PIÙ DI 15 -TARGET NON RAGGIUNTO 0%; MENO DI 15-COMPLETO 100%

Scheda dei punteggi dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB)

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
3	TUTELA DELLA SALUTE	3	Piano della prevenzione	1.a.1	No	-	Si	3
20	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE	15	Appropriatezza area clinica	2.a.2	Meno Di 45	Tra 45 E 85	Più Di 85	4
				2.a.4	Meno Di 70	Tra 70 E 80	Più Di 80	4
				2.a.11	Più Di 8	Tra 8 E 5	Meno Di 5	4
				2.b.1	Meno Di 80	Tra 80 E 90	Più Di 90	3
		5	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.1	Meno Di 70	Tra 70 E 94	Più Di 94	5
14	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	14	Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	Meno Di 2	Tra 2 E 3	Più Di 3	5
				3.d.2	Meno 2%	Tra 0% E 2%	Uguale o del Target	4
				3.d.3	Meno 2%	Tra 0% E 2%	Uguale o del Target	5
33	CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	13	Valutazione ricerca	4.a.1	Meno Di 1	Tra 1 E 2	Più Di 2	6
				4.a.2	Meno Di 50	Tra 50 E 70	Più Di 70	7
		5	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	No	-	Si	3
				4.c.2	Meno Di 25	Tra 25 E 35	Più Di 35	1
				4.c.3	Meno Di 70	Tra 70 E 80	Più Di 80	1
		4	Risk management	4.d.1	No	-	Si	2
				4.d.2	No	-	Si	2
		2	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	No	-	Si	2
		9	Monitoraggio spesa del personale sanitario	4.h.1	No	-	Si	3
				4.h.2	No	-	Si	3
				4.h.6	NO (cfr. scheda)	-	SI (cfr. scheda)	3

Codice 1.a.1

Denominazione: Governance Piano Regionale della Prevenzione: rendicontazione analitica delle attività e raggiungimento degli obiettivi previsti per ciascun programma

Razionale: Il PRP è il documento programmatico di riferimento per le attività di prevenzione; lo scopo è rafforzare il sistema di governance regionale ed aziendale al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi attesi

Note per l’elaborazione: redazione delle relazioni di attività previste in riferimento al PRP 2021-2025 entro il 31 gennaio dell’anno successivo a quello oggetto di valutazione.

La valutazione si intende positiva se l’Azienda invia tutte le relazioni di competenza per l’anno di riferimento al Dipartimento politiche della Persona entro i termini previsti. La valutazione è negativa se l’Azienda non ha inviato una o più relazioni entro il termine previsto nell’anno di riferimento

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Piano Regionale della Prevenzione

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 1.a.2

Denominazione: Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell’anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza

Razionale: Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.

Note per l’elaborazione: Usare per l'anno 2025 la coorte di bambini nati nell'anno 2023. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.

Numeratore: Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)

Denominatore: N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell’anno di rilevazione

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019 indicatore P01C)
- Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 1.a.3

Denominazione: Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)

Razionale: La vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio, anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio ecc.. I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono, comunque, considerati il target prioritario per la vaccinazione. L'indicatore, quindi, è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, secondo i dati ISTAT.

Note per l'elaborazione: Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno.

Numeratore: Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni

Denominatore: Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore P06C)
- Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 60	TRA 60 E 75	PIÙ DI 75
ASM	MENO DI 60	TRA 60 E 75	PIÙ DI 75

Codice: 1.a.4

Denominazione: Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio

Razionale: La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell’insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell’azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di due iniezioni intramuscolari nell’arco di sei mesi. Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell’utero.

L’indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell’anno di rilevazione e il numero di bambine e bambini che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all’attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.

Note per l’elaborazione: (*) Utilizzare la coorte nate nel 2013 per il 2025.

Numeratore: Cicli vaccinali completati (2° dose registrata entro l’anno) entro 31 dicembre dell’anno di rilevazione nella coorte di riferimento (*)

Denominatore: Numero bambine e bambini residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (nate nel (*))

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80
ASM	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80

Codice: 1.a.5

Denominazione: Grado di copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi

Razionale: Il meningococco ("Neisseria Menigitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo, ma, se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi come la malattia "meningococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello). I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti possono essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è l'arma più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni. Questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.

Note per l'elaborazione: Usare per l'anno 2025 la coorte di bambini nati nell'anno 2021. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.

Numeratore: Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica

Denominatore: Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore P04C)

- Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 1.a.6

Denominazione: Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese

Razionale: Lo pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*) appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel naso di molti soggetti sani, senza dare alcun sintomo; può succedere però che arrivi nel sangue e provochi la cosiddetta "malattia pneumococcica invasiva". Questa grave infezione può colpire soggetti di ogni età, anche se sono più a rischio i bambini al di sotto dei 2 anni d'età, e soprattutto i bambini affetti da una patologia cronica. La disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace rappresenta il più importante strumento di prevenzione contro le più gravi patologie da pneumococco nel bambino. Questa vaccinazione è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.

Note per l'elaborazione: (*) Il vaccino cui si fa riferimento è il 13 valente. Usare per l'anno 2025 la coorte di bambini nati nell'anno 2021. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.

Numeratore: Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica (*)

Denominatore: N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore P03C)
- Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 1.a.7

Denominazione: Grado di Copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi

Razionale: Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B (HIB, una forma influenzale). L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.

Note per l'elaborazione: Usare per l'anno 2021 la coorte di bambini nati nell'anno 2019. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.

Numeratore: Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per esavalente

Denominatore: Numero bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore P01C)
- Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 1.b.1

Denominazione: Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Razionale: Svolgere una regolare attività fisica favorisce uno stile di vita sano e, secondo l’opinione degli esperti, riduce il rischio di mortalità del 10% per tutte le cause. L’attività fisica, infatti, protegge dall’insorgenza di numerose malattie ed è un supporto per il trattamento di diversi tipi di patologie. È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un’adeguata attività fisica: i loro consigli, insieme ad altri interventi mirati, possono essere utili ad incrementare l’esercizio fisico regolare sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche.

Note per l’elaborazione: Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione a valere sul triennio (per esempio per l’anno 2025 il triennio di riferimento è 2023, 2024 e 2025).

Numeratore: N. totale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni.

Denominatore: Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Fonte: Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

	2025	2026	2027
PERIODO DATI	Da 2023 a 2025	Da 2024 a 2026	Da 2025 a 2027

Parole chiave: attività fisica, consigli dal medico o altro operatore sanitario

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 23	TRA 23 E 33	PIÙ DI 33
ASM	MENO DI 23	TRA 23 E 33	PIÙ DI 33

Codice: 1.b.2

Denominazione: Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso

Razionale: La situazione nutrizionale è una determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie quali ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, ictus o alcuni tipi di tumore come l'endometriale, il colon-rettale, della colecisti e della mammella. L'eccesso ponderale (persone sovrappeso/obese) è uno dei principali fattori di rischio su cui è possibile intervenire per migliorare lo stato di salute della popolazione. È importante che gli operatori sanitari pongano un'adeguata attenzione a questo aspetto.

Note per l'elaborazione: Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<18,5); normopeso (Imc 18.5-24,9); sovrappeso (Imc 25-29.9); obeso (Imc>=30). Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione a valere sul triennio (per esempio per l'anno 2025 il triennio di riferimento è 2023, 2024 e 2025).

Numeratore: N.totale di persone intervistate sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni.

Denominatore: Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nei tre anni.

Fonte: Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

	2025	2026	2027
PERIODO DATI	Da 2023 a 2025	Da 2024 a 2026	Da 2025 a 2027

Parole chiave: persone sovrappeso o obese, perdere o mantenere peso, consigli dal medico o altro operatoresanitario

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 25	TRA 25 E 45	PIÙ DI 45
ASM	MENO DI 25	TRA 25 E 45	PIÙ DI 45

Codice: 1.b.3

Denominazione Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

Razionale: L'alcol ha assunto, nell'ambito della promozione degli stili di vita sani, un'importanza sempre maggiore per le conseguenze negative che può avere il suo eccessivo consumo. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima, infatti, che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria. I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol, diffondendo la percezione del rischio legata al consumo eccessivo di bevande alcoliche.

Note per l'elaborazione: Consumatore di alcol a maggior rischio: bevitore fuori pasto o bevitore binge (persone che hanno consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni almeno 4 Unità Alcoliche per gli uomini e almeno 3 Unità Alcoliche per le donne - definizione OMS) o forte bevitore (uomini che bevono più di 2 Unità Alcoliche al giorno e donne che bevono più di 1 Unità Alcolica al giorno). Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal (definizione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN). Una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio non è la somma dei singoli comportamenti. Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione a valere sul triennio (per esempio per l'anno 2025 il triennio di riferimento è 2023, 2024 e 2025).

Nel caso l'azienda sanitaria non abbia prodotto i dati relativi allo studio PASSI il target dell'indicatore si intende non raggiunto.

Numeratore: N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nei tre anni.

Denominatore: Sommatoria dei bevitori a maggior rischio nei tre anni

Fonte: Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

	2025	2026	2027
PERIODO DATI	Da 2023 a 2025	Da 2024 a 2026	Da 2025 a 2027

Parole chiave: bevitori a maggior rischio, consigli dal medico o altro operatore sanitario

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 3	TRA 3 E 9	PIÙ DI 9
ASM	MENO DI 3	TRA 3 E 9	PIÙ DI 9

Codice: 1.b.4

Denominazione Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

Razionale: Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Inoltre, il fumo è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità. Evidenze scientifiche mostrano che l'interruzione dell'abitudine al fumo porta al dimezzamento del rischio di infarto del miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore.

Note per l’elaborazione: “Fumatore”: chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi. Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione a valere sul triennio ((per esempio per l’anno 2025 il triennio di riferimento è 2023, 2024 e 2025). Nel caso l’azienda sanitaria non abbia prodotto i dati relativi allo studio PASSI il target dell’indicatore si intende non raggiunto.

Numeratore: N. fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare nei tre anni.

Denominatore: N. fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei tre anni.

Fonte: Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

	2025	2026	2027
PERIODO DATI	Da 2023 a 2025	Da 2024 a 2026	Da 2025 a 2027

Parole chiave: fumatori, consigli dal medico o altro operatore sanitario

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 35	TRA 35 E 55	PIÙ DI 55
ASM	MENO DI 35	TRA 35 E 55	PIÙ DI 55

Codice: 1.c.1

Denominazione Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina

Razionale: La regione ha dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori non sempre controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Note per l'elaborazione: Nell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). Nel caso in cui non vengono forniti i dati al sistema informativo Ministeriale il target dell'indicatore si considera non raggiunto.

Numeratore: Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina

Denominatore: Donne residenti (25-34) / 3 (anni) + Donne residenti (35-64) / 5 (anni)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore P15C)
- Network del Laboratorio MeS

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B) \ Sistema informativo socio sanitario

Parole chiave: programma organizzato, test di screening

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 25	TRA 35 E 50	PIÙ DI 50
ASM	MENO DI 25	TRA 35 E 50	PIÙ DI 50

Codice: 1.c.2

Denominazione Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella

Razionale: La regione ha dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori non sempre controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Note per l'elaborazione: Nell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). Nel caso in cui non vengono forniti i dati al sistema informativo Ministeriale il target dell'indicatore si considera non raggiunto.

Numeratore: Persone in età target che seguono il test di screening per carcinoma mammella

Denominatore: Donne residenti (45-49) + Donne residenti (50-74) / 2 (anni)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore P15C)
- Network del Laboratorio MeS

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B) \ Sistema informativo socio sanitario

Parole chiave: programma organizzato, test di screening

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 35	TRA 35 E 60	PIÙ DI 60
ASM	MENO DI 35	TRA 35 E 60	PIÙ DI 60

Codice: 1.c.3

Denominazione Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto

Razionale: La regione ha dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori non sempre controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Note per l'elaborazione: Nell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). Nel caso in cui non vengono forniti i dati al sistema informativo Ministeriale il target dell'indicatore si considera non raggiunto.

Numeratore: Persone in età target che seguono il test di screening per tumore colon retto

Denominatore: **Persone** residenti (50-70) / 2 (anni)

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B) \ Sistema informativo socio sanitario

Riferimento: **Nuovo** Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore P15C)

- Network del Laboratorio MeS

Parole chiave: programma organizzato, test di screening

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 25	TRA 25 E 50	PIÙ DI 50
ASM	MENO DI 25	TRA 25 E 50	PIÙ DI 50

Codice: 1.d.1

Denominazione N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti

Razionale: L' indicatore permette di valutare la copertura del territorio e misura la porzione di aziende sottoposte a controllo rapportato al numero di aziende con dipendenti.

Note per l'elaborazione: Numero aziende ispezionate: numero complessivo di aziende dell'industria e servizi (compreso edilizia) e agricoltura ispezionate dal Servizio nel corso dell'anno (incluse quelle ispezionate per l'espressione di pareri) voce 2.5 A,B,C (voce 6.2 scheda di attività). Numero aziende con dipendenti: numero PAT della gestione industria e servizi ancora attive al 31 dicembre dell'ultimo anno disponibile al momento della definizione degli obiettivi annuali (per il 2021 è utilizzato il 2019) con numero di addetti (dipendenti addetti speciali) >= 1 o con numero di artigiani >= 2.

Numeratore: Numero aziende ispezionate

Denominatore: Numero aziende con dipendenti

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: aziende ispezionate, sicurezza

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 5	TRA 5 E 10	PIÙ DI 10
ASM	MENO DI 5	TRA 5 E 10	PIÙ DI 10

Codice: 1.d.2

Denominazione N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati

Razionale: L’indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero di cantieri sottoposti a controllo e il numero di cantieri notificati. Misura cioè l'attività sulla base dei cantieri noti.

Note per l’elaborazione: Numero cantieri ispezionati: voce 2.2 Numero cantieri notificati: voce 2.1.

Numeratore: Numero cantieri ispezionati

Denominatore: Numero cantieri notificati

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: aziende ispezionate, sicurezza

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 20	TRA 20 E 30	PIÙ DI 30
ASM	MENO DI 20	TRA 20 E 30	PIÙ DI 30

Codice: 1.d.3

Denominazione N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL

Razionale: Questo indicatore permette di valutare l’efficienza produttiva e misura il numero di aziende ispezionate rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

Note per l’elaborazione: Numero aziende ispezionate: numero complessivo di aziende dell'industria servizi (compreso edilizia) e agricoltura ispezionate dal Servizio nel corso dell'anno (incluse quelle ispezionate per l'espressione di pareri) voce 2.5 A, B, C (6.2) Numero personale UPG (Ufficiali polizia giudiziaria) SPSAL (Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro): colonna F della tabella 15 scheda ministeriale A.

Numeratore: Numero aziende ispezionate

Denominatore: Numero personale UPG ponderato SPSAL

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: aziende ispezionate, sicurezza

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 40	TRA 40 E 50	PIÙ DI 50
ASM	MENO DI 40	TRA 40 E 50	PIÙ DI 50

Codice: 1.d.4

Denominazione N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL

Razionale: Questo indicatore permette di valutare l’efficienza produttiva e misura il numero di sopralluoghi rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

Note per l’elaborazione: Numero sopralluoghi: voce 2.2 A, Scheda ministeriale B Numero personale UPG (ufficiale polizia giudiziaria) SPSAL (servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro): Scheda ministeriale A, colonna F.

Numeratore: Numero sopralluoghi (voce 2.4 D scheda di attività)

Denominatore: Numero personale UPG SPSAL

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: sopralluoghi, sicurezza

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 70	TRA 70 E 90	PIÙ DI 90
ASM	MENO DI 70	TRA 70 E 90	PIÙ DI 90

Codice: 1.e.1

Denominazione Raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale.

Razionale: Il Controllo Ufficiale sui residui di fitosanitari nei prodotti alimentari rappresenta una delle priorità sanitarie più rilevanti nell’ambito della sicurezza alimentare ed ha lo scopo di valutare il rischio, per la salute pubblica, derivante dal grado di contaminazione dei prodotti alimentari e conoscere l’andamento dei controlli svolti in Italia, sui residui di prodotti fitosanitari. L’indicatore misura il grado di realizzazione dei controlli previsti nelle tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992.

Note per l’elaborazione: Per il calcolo della copertura percentuale al numeratore viene indicato il numero di campioni effettuati inseriti in NSIS e al denominatore il numero di campioni assegnati. L’Indicatore vale SI se si raggiunge la copertura di tutti i campioni previsti nella percentuale del 100% e NO in tutti gli altri casi.

Fonte: Sistema informativo NSIS - pesticidi

Riferimento: Adempimento LEA

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: fitosanitari, alimenti di origine vegetale

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI

Codice: 1.e.2

Denominazione Raggiungimento e/o mantenimento dello status di territorio indenne per brucellosi e tubercolosi nei bovini e bufalini e per brucellosi negli ovi-caprini.

Razionale: raggiungimento e il mantenimento delle qualifiche di territorio indenne per brucellosi e tubercolosi nei bovini e bufalini e per brucellosi negli ovi-caprini rappresenta un obiettivo fondamentale ai fini della tutela della salute animale e di quella umana trattandosi di zoonosi

Note per l’elaborazione: Per il calcolo della copertura percentuale al numeratore viene indicato il numero di allevamenti ed animali da sottoporre a controllo e al denominatore il numero di allevamenti ed animali controllati. L’Indicatore vale SI se si raggiunge la copertura di tutti i campioni previsti nella percentuale del 100% e NO in tutti gli altri casi.

Fonte: Sistemi informativi VetInfo

Riferimento: Adempimento D.Lgs. 2 maggio 2024 – Adozione dei programmi nazionali obbligatori di eradicazione per brucellosi e tubercolosi nei bovini e per brucellosi negli ovi-caprini

Calcolo:

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Raggiungimento e/o mantenimento dello status di territorio indenne

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI

Codice: 1.e.3

Denominazione Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

Razionale: Il Piano Nazionale per la ricerca di Residui è un piano di sorveglianza del processo di allevamento degli animali e di prima trasformazione dei prodotti di origine animale che, oltre alla valenza in termini di prevenzione per la salute, mira a svelare i casi di somministrazione illecita di sostanze vietate, di somministrazione abusiva di sostanze autorizzate, a verificare la conformità dei residui di medicinali veterinari, di antiparassitari nonché di agenti contaminanti per l’ambiente con i limiti massimi di residui o i tenori massimi fissati dalle normative comunitarie e nazionali.

Note per l’elaborazione: Per il calcolo della copertura percentuale al numeratore viene indicato il numero di campioni effettuati e al denominatore il numero di campioni programmati. L’indicatore vale SI se si raggiunge la copertura di tutti i campioni previsti nella percentuale del 100% e NO in tutti gli altri casi.

Fonte: Sistema informativo NSIS – pnr new

Riferimento: Adempimento LEA

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: contaminanti, alimenti di origine animale

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI

Codice: 2.a.1

Denominazione Tasso di ricovero diurno di tipo medico diagnostico in rapporto alla popolazione-residente

Razionale: I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore misura l'appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital.

Note per l'elaborazione: Si considerano le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate dei residenti in regione per ricovero di Day Hospital per acuti con finalità diagnostica. Nel campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diurno diagnostico". Si escludono:

- i codici 190.5–Tumori maligni della retina, V10.84–Anamnesi personale di tumore maligno dell'occhio, V16.8–Anamnesi familiare di altro tumore maligno specificato, V42.1–Cuore sostituito da trapianto, 996.83–Complicazioni di trapianto di cuore, V42.6–Polmone sostituito da trapianto, 996.84–Complicazioni di trapianto di polmone da qualsiasi diagnosi
- la specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro"
- relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (diagnosi di dimissione V580–Sessione di radioterapia, V581–Chemioterapia e immunoterapia antineoplastica)
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)
- i deceduti.

Numeratore: N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica

Denominatore: N. residenti

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore H06Z) – Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital, accertamenti diagnostici

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 3	TRA 3 E 1,5	MENO DI 1,5
ASM	PIÙ DI 3	TRA 3 E 1,5	MENO DI 1,5

Codice: 2.a.2

Denominazione Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici

Razionale: Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore e la media ponderata dei tassi aggiustati delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.

Note per l'elaborazione: I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 8, 36, 38, 40, 41, 42, 51, 55, 59, 60, 61, 62, 158, 160, 162, 163, 168, 169, 227, 228, 229, 232, 262, 266, 268, 270, 339, 340, 342, 343, 345, 360, 362, 364, 377, 381, 503, 538. Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale:

- 006 – Decompressione del tunnel carpale
- 039 – Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
- 119 – legature e stripping di vene

Per ogni azienda si considerano i DRG che presentano almeno 30 casi l'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Si considera esclusa la One Day-Surgery al numeratore. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)

Numeratore: N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici

Denominatore: N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Parole chiave: appropriatezza dei ricoveri chirurgici

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AO SAN CARLO	MENO DI 45	TRA 45 E 75	PIÙ DI 75
CROB	MENO DI 45	TRA 45 E 85	PIÙ DI 85
ASM	MENO DI 45	TRA 45 E 75	PIÙ DI 75

Codice: 2.a.3

Denominazione Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell’anziano

Razionale: Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell’età anziana. Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore e di tipo chirurgico. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l’intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall’ingresso in ospedale. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell’indicatore e la media ponderata dei tassi aggiustati delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.

Note per l’elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente (anni 65+) e sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni)

Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore H13C) – Network del Laboratorio MeS - Piano Nazionale Esiti (PNE)

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: frattura del collo del femore, intervento chirurgico entro 2 giorni

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AO SAN CARLO	MENO DI 50	TRA 50 E 60	PIÙ DI 60
ASM	MENO DI 50	TRA 50 E 60	PIÙ DI 60

Codice: 2.a.4

Denominazione Percentuale di interventi conservativi alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella

Razionale: L'indicatore misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in conservative o demolitive. Questo indicatore supera questa netta classificazione proponendo di considerare, ai fini della valutazione della qualità del trattamento chirurgico, unitamente la percentuale di interventi conservativi e la percentuale di interventi che preservano la cute o il capezzolo o prevedono la ricostruzione, in contrapposizione alle mastectomie a cui non segue una ricostruzione. La valutazione dei risultati avviene tenendo conto degli standard individuati dall'European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) per gli interventi conservativi (Rosselli del Turco et al, 2010).

Note per l'elaborazione: si considerano i ricoveri in regione in regime di ricovero ordinario o DH di pazienti di genere femminile residenti ovunque.

Gli interventi si suddividono in:

A) Conservativi

Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* Asportazione o demolizione di tessuto della mammella o 85.31 Mammoplastica riduttiva monolaterale o 85.32 Mammoplastica riduttiva bilaterale .**B) Nipple/Skin sparing**

Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: [85.4* Mastectomia (esclusi i codici 85.47 Mastectomia radicale monolaterale allargata e 85.48 Mastectomia radicale bilaterale allargata) e (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella)] o [(85.34 Altra mammectomia sottocutanea monolaterale o 85.36 Altra mammectomia sottocutanea bilaterale) e (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella)] o 85.33 Mastectomia sottocutanea monolaterale o 85.35 Mastectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi.

C) Demolitivi **Codici** ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174. * o Carcinoma in situ: 233.0 e codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: [85.4* Mastectomia NON abbinata a (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella)] o [(85.34 Altra mammectomia sottocutanea monolaterale o 85.36 Altra mammectomia sottocutanea bilaterale) NON abbinata a (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella)]. Tutte le procedure devono essere diverse da 85.33 Mastectomia sottocutanea monolaterale o 85.35 Mastectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi.

Numeratore: codice A (numero interventi conservativi su corpo mammario per carcinoma infiltrante e in situ

Denominatore: codici A+B+C (numero interventi chirurgici alla mammella per carcinoma infiltrante e in situ

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2023
--------------	------	------	------

Parole chiave: interventi conservativi o nipple e skin, tumore maligno della mammella

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80
AO SAN CARLO	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80

Codice: 2.a.5

Denominazione: Mortalità a trenta giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)

Razionale: Il by-pass aorto-coronarico consiste nella sostituzione del tratto di arteria coronaria compromesso da una lesione aterosclerotica, attraverso l'innesto di un segmento di vaso (vena o arteria) che permette di aggirare l'ostruzione. L'intervento è indicato per alleviare i sintomi anginosi, quando questi resistono alla terapia medica, e da risultati migliori delle cure mediche nel prolungare la sopravvivenza dei pazienti con malattia coronarica avanzata. L'intervento di BPAC è preferibile alla PTCA nella maggior parte dei pazienti con forme estese di coronaropatia. Il numero di by-pass che si possono effettuare dipende dal numero di coronarie o di rami delle coronarie ostruiti. I rischi potenziali sono essenzialmente condizionati da fattori legati allo stato generale di salute del paziente. Si stima che per un paziente con funzione ventricolare sinistra conservata, in buone condizioni generali e senza gravi malattie, il rischio di decesso è intorno al 2%. Si definisce isolato il BPAC non associato ad interventi sulle valvole cardiache o a endoarteriectomia

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento

Denominatore: Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato

Fonte: Schede di dimissione ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Tributaria

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: by-pass aorto-coronarico, sopravvivenza del paziente

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AO SAN CARLO	PIÙ DI 4,15	TRA 4,15 E 2,15	MENO DI 2,15

Codice: 2.a.6

Denominazione: Mortalità a trenta giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache

Razionale: La chirurgia sulle valvole cardiache permette di riparare o sostituire valvole stenotiche oppure non continenti (insufficienti). Gli interventi di anuloplastica o valvuloplastica possono essere eseguiti per riparare una valvola mitralica stenotica (separazione delle commissure fuse) oppure insufficiente (impianto di protesi anulare o asportazione di lembo posteriore ed impianto di corde sintetiche). La riparazione, pur meno frequentemente, può essere eseguita anche sulla valvola aortica. Quando la riparazione non è possibile si deve procedere alla sostituzione con valvole meccaniche o biologiche (animali oppure eterologhe). L'indicatore misura un esito a breve termine dell'intervento e può rappresentare un buon indicatore della qualità dell'attività delle strutture di cardiocirurgia. Si definisce isolato l'intervento di valvuloplastica o di sostituzione non associato ad interventi di by-pass, di endoarteriectomia, ad altri interventi cardiaci o sulla aorta.

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di ricoveri con esecuzione di valvuloplastica isolata o sostituzione di valvole cardiache isolata, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento

Denominatore: Numero di ricoveri con esecuzione di valvuloplastica isolata o sostituzione di valvole cardiache isolata

Fonte: Schede di dimissione ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Tributaria

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache, sopravvivenza del paziente

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AO SAN CARLO	PIÙ DI 3,6	TRA 3,6 E 2,6	MENO DI 2,6

Codice: 2.a.7

Denominazione: Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti

Razionale: La PTCA è una metodica mini-invasiva che consente di dilatare le arterie che diffondono il sangue alle strutture cardiache (arterie coronariche) nel caso in cui siano totalmente o parzialmente occluse dalle placche aterosclerotiche. Ha lo scopo di ripristinare in una determinata regione del muscolo cardiaco un adeguato flusso sanguigno evitando la comparsa degli eventi clinici che caratterizzano l'ischemia miocardica (angina, infarto miocardico). Più alti volumi sono stati associati con migliori outcome, soprattutto quando la PTCA è eseguita nella fase precoce di un IMA, in cui è richiesta maggiore abilità ed esperienza rispetto ad un intervento di routine in un paziente stabile (PTCA in elezione), ed in letteratura è dimostrato il rapporto inverso tra la tempestività di esecuzione della procedura nel paziente con IMA (tempo door-to-balloon) e la mortalità a breve termine. L'indicatore viene calcolato sui 90 minuti dall'arrivo dei pazienti STEMI presso la struttura di ricovero a partire dal primo contatto in PS.

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti

Denominatore: Numero di episodi di IMA

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO)

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: IMA, PTCA entro 90 minuti

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 40	TRA 40 E 60	PIÙ DI 60
AO SAN CARLO	MENO DI 40	TRA 40 E 60	PIÙ DI 60

Codice: 2.a.8

Denominazione: Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)

Razionale: Trattamenti tempestivi ed efficaci sono essenziali per la sopravvivenza del paziente con infarto miocardico acuto (IMA). Il periodo di tempo più critico nell’IMA è la sua fase più precoce. La mortalità degli attacchi cardiaci acuti nel primo mese è tra il 30% e il 50%, e di queste morti circa la metà si verifica entro due ore, di solito per fibrillazione ventricolare. L’alta mortalità iniziale sembra essere cambiata poco negli ultimi 30 anni; al contrario, c’è stata una notevole riduzione della mortalità dei casi trattati in ospedale. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell’indicatore e la media ponderata dei tassi aggiustati delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.

Note per l’elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di episodi di IMA, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data del ricovero indice

Denominatore: Numero di episodi di IMA

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO) e l’Anagrafe Tributaria

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Parole chiave: infarto miocardico acuto, sopravvivenza del paziente

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	PIÙ DI 8,0	TRA 6,0 E 8,0	MENO DI 6
AO SAN CARLO	PIÙ DI 8,0	TRA 6,0 E 8,0	MENO DI 6

Codice: 2.a.9

Denominazione: Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Razionale: La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto.

Note per l’elaborazione: Protocollo operativo del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) indicatore H05Z

Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a 3 giorni

Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore H05Z) – Network del Laboratorio MeS -

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: colecistectomia, Day Surgery

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 50	TRA 50 E 60	PIÙ DI 60
AO SAN CARLO	MENO DI 50	TRA 50 E 60	PIÙ DI 60

Codice: 2.a.10

Denominazione: Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Razionale: La “Proporzione di parti con taglio cesareo primario” è un indicatore che può essere utilizzato per valutare la qualità dell’assistenza fornita alle partorienti. Gli ospedali e i sistemi sanitari sono spesso confrontati sulla base di questo indicatore, dal momento che valori più bassi possono riflettere una pratica clinica più appropriata e che una parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per “ragioni non mediche”. L’indicatore è costruito sui parti cesarei primari, definiti come cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo. La riduzione del numero di parti cesarei può essere ottenuta sia riducendo il numero di parti cesarei primari sia promuovendo il ricorso al parto naturale nelle donne con pregresso parto cesareo che non hanno controindicazioni al parto vaginale. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell’indicatore e la media ponderata dei tassi aggiustati delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi. Per le fasce di valutazione si fa riferimento a quanto previsto dal D.M. 70 /2015 - Cap 4 – volumi ed esiti che stabilisce le seguenti soglie di rischio di esito:

- proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti: max 15%
- proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti: max 25%

Note per l’elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE). Per l’AOR San Carlo il punteggio viene ripartito al 50% sull’ Ospedale San Carlo di Potenza, al 25% sull’Ospedale di Melfi e al 25% sull’Ospedale di Lagonegro. Qualora in uno degli ospedali di I livello dell’AOR venisse chiuso il Punto Nascita suo punteggio verrebbe assorbito dall’altro ospedale di I livello

Numeratore: Numero di parti cesarei primari

Denominatore: Numero totale di parti

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore H17 C e H18C) – Network del Laboratorio MeS - Piano Nazionale Esiti (PNE)

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: parti cesarei primari, parto naturale

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	PIÙ DI 15	-	MENO DI 15
AO SAN CARLO	PIÙ DI 25	-	MENO DI 25
AOR PRESIDI OSPEDALIERI	PIÙ DI 15	-	MENO DI 15

Codice: 2.a.11

Denominazione: Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica

Razionale: La necessità di valutare questo indicatore discende dal fatto che gli accertamenti diagnostici possono essere eseguiti in regime ambulatoriale lasciando i posti letto disponibili per i casi di effettivo bisogno.

Note per l'elaborazione: Si considerano le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate dei residenti in regione per ricovero di Day Hospital per acuti con finalità diagnostica. Nel campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diurno diagnostico". Si escludono:

- i codici 190.5–Tumori maligni della retina, V10.84–Anamnesi personale di tumore maligno dell'occhio, V16.8–Anamnesi familiare di altro tumore maligno specificato, V42.1-Cuore sostituito da trapianto, 996.83-Complicazioni di trapianto di cuore, V42.6-Polmone sostituito da trapianto, 996.84-Complicazioni di trapianto di polmone da qualsiasi diagnosi
- la specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro"
- relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (diagnosi di dimissione V580-Sessione di radioterapia, V581-Chemioterapia e immunoterapia antineoplastica)
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)
- i deceduti.

Numeratore: N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica

Denominatore: N. di ricoveri per acuti in DH

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore H06Z) – Network del Laboratorio MeS -

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital, accertamenti diagnostici

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	PIÙ DI 20	TRA 20 E 15	MENO DI 15
AO SAN CARLO	PIÙ DI 20	TRA 20 E 15	MENO DI 15
CROB	PIÙ DI 8	TRA 8 E 5	MENO DI 5

Codice: 2.b.1

Denominazione: Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri

Razionale: L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB) è riconosciuto a livello nazionale con Decreto del Ministro della Salute del 10 marzo 2008 nella specializzazione oncologica.

Note per l’elaborazione: Per diagnosi tumorale si considerano i seguenti Codici ICD9CM (2007) >=140 e <=2399, oppure V580 oppure V5811.

Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi principale o secondaria tumorale e quelli con anamnesi di tumore (V10.xx)

Denominatore: Numero di Ricoveri (si escludono dal calcolo i ricoveri effettuati per terapia del dolore)

Fonte: Ufficio Pianificazione Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Riferimento: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Calcolo:

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: ricoveri oncologici, SDO

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	MENO DI 80	TRA 80 E 90	PIÙ DI 90

Codice: 2.c.1

Denominazione: Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari sul totale della popolazione anziana (>= 65 anni)

Razionale: L'indicatore rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione del caso, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare. Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali monoprofessionali occasionali.

Il decreto del 13 marzo 2023 di assegnazione dei fondi PNRR pone come obiettivo il raggiungimento a partire all’anno 2025 di Assistere in ADI una percentuale di pazienti > 65 anni > al 10% della popolazione over 65 anni.

Note per l’elaborazione: L'indicatore monitora la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione o per un percorso socio-sanitario o per un percorso sanitario; sono quindi escluse le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione.

Numeratore: Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione

Denominatore: Popolazione residente >= 65 anni

Fonte: Flusso SIAD (Assistenza Domiciliare Integrata)

Calcolo:

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Cure domiciliari, Unità di Valutazione Multidisciplinare

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO di 10%	---	= / > 10%
ASM	MENO di 10%	---	= /> 10%

Codice: 2.d.1

Denominazione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice arancione visitati entro 15 minuti

Razionale: I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso, e questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto che lunghi tempi di attesa, in termini di tempestività delle visite, hanno sull'outcome dei pazienti con codici di maggiore gravità, ma anche sui livelli di soddisfazione dei professionisti, sottoposti a elevato stress, e dei pazienti. L'Accordo CSR 143 del 1.8.19 recepito con al DGR 916 del 14.11.2021 stabilisce tempi e modi di valutazione per il triage infermieristico al pronto soccorso. L'indicatore pertanto monitora la tempestività delle visite ai pazienti con codice arancione, misurando la percentuale di accessi con codice arancione che sono trattati entro 15 minuti dal momento dell'accettazione (triage). Per la valutazione degli indicatori sul percorso del paziente si fa riferimento ai target stabiliti nell'Accordo CSR 143/2019.

L'indicatore pertanto monitora la tempestività delle visite ai pazienti con codice giallo, misurando la percentuale di accessi con codice giallo che sono trattati entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).

Note per l'elaborazione: Si considerano gli accessi con codice colore arancione al triage. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 14 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, gli accessi:

- con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti.
- con esito "giunto cadavere" (codice EMUR=9)

Il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di presa in carico e la data di entrata in Pronto Soccorso.

Numeratore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice arancione visitati entro 15 minuti

Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice arancione

Fonte: Flusso EMUR

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Pronto Soccorso, tempo di attesa

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 80	TRA 80 E 93	PIÙ DI 93
AO SAN CARLO	MENO DI 80	TRA 80 E 93	PIÙ DI 93

Codice: 2.d.2

Denominazione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice azzurro visitati entro 1 ora

Razionale: L'indicatore monitora la percentuale di accessi con codice verde che sono trattati entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage). Questo indicatore rileva quindi la tempestività del Pronto Soccorso nel rispondere ai bisogni dei pazienti con urgenza differibile.

L'Accordo CSR 143 del 1.8.19 recepito con al DGR 916 del 14.11.2021 stabilisce tempi e modi di valutazione per il triage infermieristico al pronto soccorso. L'indicatore pertanto monitora la tempestività delle visite ai pazienti con urgenza differibile, misurando la percentuale di accessi con codice azzurro che sono trattati entro 60 minuti dal momento dell'accettazione (triage). Per la valutazione degli indicatori sul percorso del paziente si fa riferimento ai target stabiliti nell'Accordo CSR 143/2019

Note per l'elaborazione: Si considerano gli accessi con codice colore al triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 59 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, gli accessi:

- con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti.
- con esito "giunto cadavere" (codice EMUR=9)

Il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di presa in carico e la data di entrata in Pronto Soccorso.

Numeratore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice azzurro visitati entro 1 ora

Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice azzurro

Fonte: Flusso EMUR

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Pronto Soccorso, tempo di attesa

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 50	TRA 50 E 70	PIÙ DI 70
AO SAN CARLO	MENO DI 50	TRA 50 E 70	PIÙ DI 70

Codice: 2.d.3

Denominazione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 2 ore

Razionale: L'indicatore misura la percentuale di accessi con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 2 ore dal momento di assegnazione del codice colore. Questo indicatore, pertanto, misura l'efficienza dell'intero percorso del paziente, non inviato al ricovero o all'OBI, anche in termini di effettuazione di esami diagnostici o di visite tramite consulenze specialistiche

Note per l'elaborazione: Si considerano gli accessi:

- con codice colore triage verde,
- esito "dimissione a domicilio" (Codifica EMUR =1)
- esito "dimissione a strutture ambulatoriali" (Codifica EMUR =8)

Al numeratore si considerano i tempi di permanenza inferiori o uguali a 119 minuti e 59 secondi. Sono esclusi gli accessi:

- con tempo di permanenza negativi e superiori a 4320 minuti,
- inviati in Osservazione Breve.

Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di entrata in Pronto Soccorso e la data di dimissione.

Numeratore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 2 ore

Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero

Fonte: Flusso Pronto Soccorso

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Pronto Soccorso, tempo di attesa

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80
AO SAN CARLO	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80

Codice: 2.d.4

Denominazione: Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)

Razionale: L'indicatore fornisce una importante descrizione e misura dell'offerta assistenziale erogata dai sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "Griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target).

Note per l'elaborazione: L'indicatore considera il 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata (allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target). Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con Codice Criticità presunta valorizzato con Rosso o Giallo. Sono escluse le missioni di elisoccorso.

Numeratore:

Denominatore:

Fonte: flusso EMUR

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore D09Z)

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: emergenza, tempo di attesa

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 26	TRA 26 E 20	MENO DI 20

Codice 3.a.1

Denominazione: Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari

Razionale: Con il termine “biosimilare” viene indicato un medicinale, autorizzato ad esito di una procedura registrativa in Europa, simile a un prodotto biologico di riferimento già autorizzato e per il quale sia scaduta la copertura brevettuale. In particolare, il concetto di “medicinale biologico simile” è stato introdotto nella legislazione dell'Unione Europea dalla direttiva 2001/83/CE e successive modificazioni1, che all’articolo 10(4) ha fornito una definizione implicita di prodotto biosimilare, successivamente recepita nella normativa italiana tramite il decreto legislativo n.219/2006 all’articolo 10 punto 7. Pur considerando che la scelta di trattamento con un farmaco biologico di riferimento o con un biosimilare rimane una decisione clinica affidata al medico prescrittore, l’AIFA considera che i biosimilari costituiscono un’opzione terapeutica il cui rapporto rischio/beneficio è il medesimo di quello dei corrispondenti originatori di riferimento, come dimostrato dal processo regolatorio di autorizzazione. Tale considerazione vale anche per i pazienti già in cura, nei quali l’opportunità di sostituzione resta affidata al giudizio clinico. Si richiede la piena applicazione della Determinazione Dirigenziale n. 104/del 28/03/2024e della DGR 704/2024

Note per l’elaborazione: Si considerano al numeratore e al denominatore le unità posologiche relative ai biosimilari dell’ATC 5° livello.

Numeratore: Totale unità posologiche solo biosimilari

Denominatore: Totale unità posologiche (biosimilari + originator)

Fonte: Flussi Nsis e/o Farmastat

Riferimento: Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico del Dip.to Politiche della Persona

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: biosimilare, ATC 5° livello

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 70	TRA 70 E 94	PIÙ DI 94
ASM	MENO DI 70	TRA 70 E 94	PIÙ DI 94
AO San Carlo	MENO DI 70	TRA 70 E 94	PIÙ DI 94
CROB	MENO DI 70	TRA 70 E 94	PIÙ DI 94

Codice 3.b.1

Denominazione: Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

Razionale: La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. Oggi si parla di “superbatteri” contro cui gli antibiotici attualmente in uso sono quasi inefficaci. In Italia le infezioni sostenute da tali germi rappresentano una vera e propria emergenza, sia per la valenza clinica (elevata mortalità o associazione con numerose complicanze gravi), sia per l’alta incidenza. L’impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali.

Note per l’elaborazione: I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomicoterapeutica) J01. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all’indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. È presa in considerazione l'erogazione degli antibiotici in regime convenzionale, in distribuzione diretta.

Numeratore: DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo (diretta e convenzionata)
Denominatore: Popolazione pesata x 365
Fonte: Flusso regionale farmaceutica
Riferimento: Network del Laboratorio MeS
Calcolo:

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Antibiotici, Defined Daily Dose (DDD)

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 15	TRA 15 E 12	MENO DI 12
ASM	PIÙ DI 15	TRA 15 E 12	MENO DI 12

Codice: 3.c.1

Denominazione: Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (≥ 65 anni)

Razionale: Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica è spesso usata per l'approfondimento diagnostico di problemi di artrosi degenerativa. La procedura non è tuttavia risolutiva e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. Un tasso elevato è pertanto segnaletico di un'attività prescrittiva potenzialmente inappropriata.

Note per l'elaborazione: Selezione sulle RM muscolo scheletriche. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.

Numeratore: Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti ≥ 65 anni, relativi ai residenti

Denominatore: Popolazione residente ≥ 65 anni

Fonte: Flusso regionale prestazioni ambulatoriali

Riferimento: Nuovo Sistema di Garanzie (D.M. 12 marzo 2019- indicatore H13C)

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica, pazienti ≥ 65 anni

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 30	TRA 30 E 20	MENO DI 20
ASM	PIÙ DI 30	TRA 30 E 20	MENO DI 20

Codice: 3.d.1

Denominazione: Recupero della mobilità passiva ospedaliera -2025-2026-2027

Razionale: La Regione Basilicata presenta una mobilità passiva in termini percentuali non giustificabili considerata l'offerta sanitaria ospedaliera complessiva pur accettando una discreta numerosità di residenti virtuali in quanto domiciliati in altre regioni, oltre alla cosiddetta “mobilità di confine”, espressione con la quale si vuole intendere lo spostamento degli utenti da una regione ad un'altra confinante legato ad esigenze di prossimità del servizio. Pertanto, è necessaria una politica di controllo sulla qualità e attrattività dell'offerta in essere. Le aziende, quindi, devono concorrere in maniera concertata all'abbattimento selettivo delle voci maggiori di spesa per ricoveri in mobilità passiva.

Note per l'elaborazione: La previsione per il recupero della spesa sostenuta dal sistema sanitario lucano per i ricoveri eseguiti in mobilità passiva dai propri residenti è basata sulle informazioni ricavate dall'anno 2023 (ultimo anno disponibile). In particolare, sono stati selezionati i primi DRG in ordine decrescente di spesa su cui fondare il miglioramento dell'attuale situazione debitoria. La valutazione dell'indicatore viene effettuata secondo la seguente modalità: Per ogni DRG selezionato viene attribuito un tetto di valorizzazione annua massima ammissibile (valore dell'anno 2023) per il 2025 e per i successivi una riduzione del 5% dell'anno precedente, in base alla politica di recupero della spesa prevista. Ciascuna azienda concorre in egual misura nel raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa per il DRG selezionato e su cui ha la capacità di intervenire, segnalata con una X nella tabella riassuntiva successiva. L'indicatore annuale è il numero dei DRG per i quali non si è superata la soglia massima ammissibile a livello regionale.

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Direzione Generale — P.O. Mobilità Sanitaria- Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

Calcolo:

DRG	DESCRIZIONE DRG	SAN CARLO	CROB	ASM	TETTO 2025	TETTO 2026	TETTO 2027
54	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	X		X	6.182.524,17	-5% del 2025	-5% del 2026
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	X	X	X	1.215.152,73	-5% del 2025	-5% del 2026
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	X	X	X	1.215.152,73	-5% del 2025	-5% del 2026
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	X		X	1.021.029,77	-5% del 2025	-5% del 2026
009	Malattie e traumi del midollo spinale	X		X	754.965,48	-5% del 2025	-5% del 2026
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	X		X	727.200,79	-5% del 2025	-5% del 2026
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	X		X	641.128,48	-5% del 2025	-5% del 2026
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	X		X	619.072,75	-5% del 2025	-5% del 2026
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	X			575.384,99	-5% del 2025	-5% del 2026
481	Trapianto di midollo osseo	X	X		545.430,72	-5% del 2025	-5% del 2026

558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	X		X	538.509,14	-5% del 2025	-5% del 2026
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	X			505.590,75	-5% del 2025	-5% del 2026
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	X		X	495.321,00	-5% del 2025	-5% del 2026
225	Interventi sul piede	X		X	432.679,47	-5% del 2025	-5% del 2026
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	X	X	X	349.242,45	-5% del 2025	-5% del 2026
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	X		X	316.319,61	-5% del 2025	-5% del 2026
035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	X		X	243.250,42	-5% del 2025	-5% del 2026
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	X			209.562,81	-5% del 2025	-5% del 2026
002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	X			194.107,20	-5% del 2025	-5% del 2026
550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	X			46.076,36	-5% del 2025	-5% del 2026

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: mobilità passiva, spesa

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AOR SAN CARLO	MENO DI 6	TRA 6 E 18	PIÙ DI 18
ASM	MENO DI 4	TRA 4 E 12	PIÙ DI 12
CROB	MENO DI 2	TRA 2 E 3	PIÙ DI 3

Codice: 3.d.2

Denominazione: Soddiscimento del fabbisogno interno

Razionale: La Regione Basilicata presenta una mobilità passiva non favorevole; pertanto, è necessaria una politica di controllo sulla qualità dell'offerta da misurare ponendo in rapporto la mobilità passiva e la produttività aziendale per i cittadini residenti, così da misurare il fabbisogno di cura dei residenti sul territorio. L'indicatore indica il soddisfacimento di tale fabbisogno del bacino di utenza. Le aziende, quindi, devono concorrere in maniera concertata all'abbattimento selettivo delle voci maggiori di spesa per ricoveri in mobilità passiva e migliorare l'offerta sul territorio.

Note per l'elaborazione: Tutte le aziende concorrono in egual misura al raggiungimento del miglioramento del saldo mobilità ospedaliera della regione

Numeratore: Valore economico della mobilità passiva ospedaliera

Denominatore: Valore economico del fabbisogno (somma della mobilità passiva ospedaliera e produttività aziendale per i residenti)

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Direzione Generale — P.O. Mobilità Sanitaria- Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Obiettivi target di riferimento per il calcolo:

AOR SAN CARLO	13%	13%	13%
ASM	47%	44%	40%
CROB	63%	62%	60%

Parole chiave: mobilità attiva e passiva, spesa

Fasce di valutazione aziendale: scostamento percentuale rispetto all'obiettivo target indicato:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AOR SAN CARLO	Superiore al 2%	Tra 0% e 2%	Uguale o migliore del target
ASM	Superiore al 2%	Tra 0% e 2%	Uguale o migliore del target
CROB	Superiore al 2%	Tra 0% e 2%	Uguale o migliore del target

Codice: 3.d.3

Denominazione: Miglioramento della mobilità ospedaliera attiva in rapporto alla produttività aziendale

Razionale: Il rapporto tra la mobilità attiva e la produttività aziendale può consentire un'adeguata risposta alle esigenze di una distribuzione dell'offerta di prestazioni sanitarie equilibrata ed una attrattività rispetto soprattutto ai centri di alta specializzazione. Si potrebbero evidenziare i punti di forza del sistema sanitario regionale sui quali lavorare per garantire un sistema efficiente, in grado di fornire una risposta adeguata ed un appropriato impiego delle risorse che le stesse strutture utilizzerebbero per migliorare l'offerta. E' necessaria una politica di controllo sulla qualità e attrattività dell'offerta in essere.

Note per l'elaborazione: Tutte le aziende concorrono in egual misura al raggiungimento del miglioramento del saldo mobilità ospedaliera della regione.

Numeratore: Valore economico della mobilità attiva ospedaliera

Denominatore: Valore economico della produttività aziendale

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Direzione Generale — P.O. Mobilità Sanitaria- Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Calcolo:

AOR SAN CARLO	15%	17%	20%
ASM	13%	15%	18%
CROB	37%	37%	37%

Parole chiave: mobilità attiva e passiva, spesa

Fasce di valutazione aziendale: scostamento percentuale rispetto all'obiettivo target indicato:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AOR SAN CARLO	Superiore al 2%	Tra 0% e 2%	Uguale o migliore del target
ASM	Superiore al 2%	Tra 0% e 2%	Uguale o migliore del target
CROB	Superiore al 2%	Tra 0% e 2%	Uguale o migliore del target

Codice: 4.a.1

Denominazione: Numero medio pubblicazioni per dirigente

Razionale: L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB) è riconosciuto a livello nazionale con Decreto del Ministro della Salute del 10 marzo 2008 nella specializzazione oncologica.

Note per l'elaborazione: Si considerano le pubblicazioni (articles, review articles, conference papers, editorials, books and book chapters) indicizzate nel database Scopus nel triennio precedente (per la valutazione 2025 si considera il triennio 2023-2025, per la valutazione 2026 si considera il triennio 2024-2026, per la valutazione 2027 si considera il triennio 2025-2027). L'estrazione della produzione scientifica viene effettuata a partire dal database del personale dirigente sanitario (medici e non medici) così come individuato per il CROB di Rionero nel workflow della ricerca del Ministero della Salute e l'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa avviene mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships sviluppato dal Laboratorio MeS.

Numeratore: Totale pubblicazioni

Denominatore: N. dirigenti medici

Fonte: SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

	2025	2026	2027
PERIODO DATI	DA 2023 A 2025	DA 2024 A 2026	DA 2025 A 2027

Parole chiave: pubblicazioni, ricerca

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	MENO DI 1	TRA 1 E 2	PIÙ DI 2

Codice: 4.a.2

Denominazione: Percentuale di dirigenti medici produttivi

Razionale: L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB) è riconosciuto a livello nazionale con Decreto del Ministro della Salute del 10 marzo 2008 nella specializzazione oncologica.

Note per l'elaborazione: Il dato sui dirigenti medici produttivi è ricavato da SciVal, mentre il dato sul numero totale di dirigenti medici impiegati presso l'azienda è fornito dall'Azienda stessa. Con "produttivo" si intende un dirigente medico che, al contempo, sia in possesso di un codice univoco Scopus ed abbia pubblicato almeno un prodotto a partire dall'anno 1996.

Numeratore: Numero di dirigenti medici dell'AOU con codice univoco Scopus e almeno un prodotto pubblicato a partire dal 1996

Denominatore: N. dirigenti medici impiegati al 1° gennaio dell'anno di valutazione

Fonte: SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2025	2026	2027
PERIODO DATI	DA 2023 A 2025	DA 2024 A 2026	DA 2024 A 2027

Parole chiave: pubblicazioni, ricerca

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	MENO DI 50	TRA 50 E 70	PIÙ DI 70

Codice: 4.b.1

Denominazione: Consumo territoriale di farmaci oppioidi

Razionale: Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione diretta e per conto.

Note per l'elaborazione: I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomicoterapeutica) N02A. Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): Morfina (ATC N02AA01), Morfina ed antispastici (ATC N02AG01), Buprenorfina (ATC N02AE01), Fentanile (ATC N02AB03), Ossicodone (ATC N02AA05), Oxycodoneassociazioni (N02AA55) e Idromorfone (ATC N02AA03). Dal 2013 è incluso nel calcolo anche il Tapentadolo (ATC N02AX06). Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.

Numeratore: DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno

Denominatore: N. residenti x 365

Fonte: Flussi regionali farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: DDD farmaci oppioidi maggiori, trattamento del dolore severo

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 2,1	TRA 2,1 – 4,0	PIÙ DI 4,0
ASM	MENO DI 2,1	TRA 2,1- 4,0	PIÙ DI 4,0

Codice: 4.c.1**Denominazione:** Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa**Razionale:** L'adempimento al debito informativo in termini sia quantitativo che qualitativo, nonché in termini di rispetto delle tempistiche di trasmissione, è una misura obbligatoria al fine di rispettare disposizioni e normative a livello regionale e nazionale**Note per l'elaborazione:** La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha inviato secondo le modalità definite entro i termini previsti (trasmesso al Dipartimento Politiche della Persona) nell'anno di riferimento tutti i flussi di seguito indicati in tabella. La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha inviato uno o più di uno solo dei flussi di seguito indicati in tabella secondo le modalità definite entro i termini previsti nell'anno di riferimento.

Flusso	Tempistica Invio	Azienda
Assistenza Domiciliare Integrata - DM 17/12/2008 (A.D.I.) Flusso SIAD	Mensile (entro 20 mese successivo)	ASP ASM
Assistenza Sanitaria Internazionale (ASPE)	Entro 90 giorni dalla emissione della fattura	ASP ASM
Assistenza Sanitaria Internazionale (TECAS: Trasferimenti all'estero per cure ad altissima specializzazione)	Semestrale (entro il mese successivo al semestre)	ASP ASM
Certificati Assistenza Parto (CEDAP)	Trimestrale (entro il 20 del mese successivo)	AO San Carlo ASM
Flussi di struttura (FLS 11, FLS 12, STS 11, STS 14, RIA 11, HSP 11, HSP 11bis, HSP 12, HSP 13, HSP 14, HSP 16)	annuale (30 aprile dell'anno di riferimento)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Flussi di attività (FLS 18, FLS 21, STS 21, STS 24, RIA 11)	Annuale (31 gennaio dell'anno successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Flussi relativi ad attività di ricovero (HSP 22bis, HSP23, HSP 24)	Trimestrale (entro il mese successivo al trimestre)	ASM AO San Carlo CROB
Emergenza (118) - Urgenza DM 17/12/2008 (DEA - P.Soccorso)	Mensile (entro 20 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo
Farmaceutica (Diretta o per Conto)	Mensile (entro 15 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Farmaceutica (Ospedaliera)	Mensile (entro 15 mese successivo)	ASM AO San Carlo CROB
Flussi economici: conto economico (mod. CE)	Trimestrale (entro il 30 del mese successivo) +CE preventivo entro febbraio e consuntivo entro maggio	ASP ASM AO San Carlo CROB
Flussi economici: stato patrimoniale (mod. SP)	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB

Flusso	Tempistica Invio	Azienda
Flussi economici: costi dei presidi (mod. CP)	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Flussi economici: costi per livello di assistenza (mod. LA)	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Monitoraggio Consumi Dispositivi Medici (DM 11/06/2010)	Trimestrale (entro 20 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES)	eventi sentinella: scheda A al verificarsi, scheda B entro 45 giorni (validazione Regione) denuncia sinistri: annuale entro il 31/01 anno successivo (validazione regione)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Monitoraggio Tempi di Attesa (PNCTA)	Semestrale (entro 15 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Residenziali/semiresidenziali DM 17/12/2008 (FAR)	Mensile (entro 20 mese successivo)	ASP ASM
Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) – DM 15/10/2010	Semestrale (entro il 30 del mese successivo al semestre)	ASP ASM
Schede dimissione ospedaliera (SDO)	Mensile (entro il 15 mese successivo)	ASM ASP AO San Carlo CROB
ANAGRAFE OVICAPRINA - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	(entro 30 mese successivo)	ASP ASM
ANAGRAFE BOVINA - livello minimo dei controlli aziende bovine	Annuale	ASP ASM
OGM - Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2009- 2011	Semestre 31/7 e annuale 31/01	ASP ASM
AUDIT SU STABILIMENTI - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale	Annuale (31 gennaio dell'anno)	ASP ASM
PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	Completo al 31/12	ASP ASM
RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Risposta entro 7 giorni	ASP ASM
FITOSANITARI SU ALIMENTI -DM 23 DICEMBRE 1992 – controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine	Annuale 31/3	ASP ASM
Disturbi comportamento alimentare (SDCDA)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM
Emergenza – Urgenza (Trasporti)	Trimestrale (entro 30 del mese successivo)	ASP
Farmaceutica (Territoriale)	Trimestrale (entro 45giorni successivi)	ASP ASM
Farmaceutica (Mobilità Sanitaria - File F)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM

Flusso	Tempistica Invio	Azienda
Medicina (Ass. Medica Base)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM
Prestazioni ambulatoriali pubbliche (CUP)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Prestazioni ambulatoriali private (CEA)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM
SIAR (TR1 e 2)	Trimestrale (entro il 5 del secondo mese successivo al trimestre di riferimento)	ASP ASM
SIAR (TR3)	Annuale entro il 28/02 anno successivo)	ASP ASM
Residui manicomiali Sostituire con flusso REMS da attivare da parte delle AA.SS.		ASM ASP
Ruoli Professionali	Semestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Studio PASSI	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM

Fonte: Sistema informativo socio sanitario del Dip.to Politiche della Persona

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: debito informativo, flussi

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 4.c.2

Denominazione: Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici

Razionale: La raccolta sistematica e completa del flusso contratti consente alla regione di controllare le scadenze dei contratti e a verificare i costi di acquisto. La qualità e la quantità delle informazioni conferite consente il confronto di benchmarking con le altre aziende sanitarie del SSN. Tale indicatore è presente negli adempimenti LEA.

Note per l'elaborazione: Il calcolo è riferito al report NSIS "Monitoraggio Dispositivi Medici - CNS_CTR_002 Verifica completezza invio dati per Azienda Sanitaria" e si confronta la voce "DM distinti presenti su tracciato contratti ma non su tracciato consumi" con la voce "DM distinti presenti su tracciato consumi ma non su tracciato contratti". Il calcolo è a livello di singola Azienda e sono escluse le categorie CND Q ed L.

Numeratore: Numeri di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti

Denominatore: Numeri di repertorio/BD trasmessi con il flusso consumi

Fonte: Flusso NSIS

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: flusso contratti, dispositivi medici

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 15	TRA 15 E 25	PIÙ DI 25
ASM	MENO DI 15	TRA 15 E 25	PIÙ DI 25
AO SAN CARLO	MENO DI 25	TRA 25 E 35	PIÙ DI 35
CROB	MENO DI 25	TRA 25 E 35	PIÙ DI 35

Codice: 4.c.3

Denominazione: Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici

Razionale: La raccolta sistematica e completa dei consumi è essenziale per la gestione dei dispositivi medici. Solo la qualità e la quantità delle informazioni conferite consentono di poter analizzare in modo corretto l’impatto sui costi e sugli esiti. Tale indicatore è presente negli adempimenti LEA.

Note per l’elaborazione: Il calcolo è riferito al report NSIS “Monitoraggio Dispositivi Medici - CNS_CTR_002 Verifica completezza invio dati per Azienda Sanitaria” e si confronta la voce “DM distinti presenti su tracciato contratti ma non su tracciato consumi” con la voce “DM distinti presenti su tracciato consumi ma non su tracciato contratti”. Il calcolo è a livello di singola Azienda e sono escluse le categorie CND Q ed L.

Il dato calcolato per l’anno 2024, come media regionale, si attesta su un valore di circa 77,6% e il Ministero della Salute prevede che tale percentuale sia incrementale rispetto all’anno precedente

Il valore riferito al “flusso consumi” ministeriale NSIS – è desunto dal report “CNS_018 Verifica dei dati acquisiti per Azienda Sanitaria e mese”. Il valore riferito ai costi totali è desunto del Modello di conto economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi)

Numeratore: Consumi nel periodo gennaio-dicembre rilevati dal “flusso consumi” ministeriale NSIS

Denominatore: Costi rilevati dal Modello di conto economico

Fonte: Flusso NSIS

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: flusso contratti, dispositivi medici

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80
ASM	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80
AO SAN CARLO	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80
CROB	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80

Codice: 4.d.1

Denominazione: Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico

Razionale: La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari dal momento che tutti i sistemi organizzativi presentano condizioni latenti di insicurezza in cui si collocano le azioni umane che possono portare alla realizzazione dell'evento avverso. La Regione Basilicata ha adottato con la Determinazione Dirigenziale 13BE.2023/D.00500 il "Programma regionale per la prevenzione del rischio clinico e per la sicurezza dei pazienti – triennio 2023-2025 promosso dal Gruppo di coordinamento regionale" individuando le aree di interesse e le modalità di realizzazione delle azioni.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha adottato/attualizzato e inviato entro il 30 giugno (trasmesso alla Direzione generale per la Salute e le Politiche della Persona) il proprio piano aziendale in virtù dei contenuti degli Atti regionali di programmazione. Il Piano aziendale deve necessariamente contenere almeno tutte le seguenti condizioni:

- implementazione delle raccomandazioni ministeriali (almeno 90% di quelle potenzialmente applicabili in Azienda, tenendo conto delle peculiarità dei contesti aziendali)
- implementazione delle procedure per la riduzione delle infezioni legate all'assistenza (compreso il contesto delle residenze),
- attuazione dei contenuti del piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (accordo REP atti 188 del 2.11.2017)

La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha adottato/attualizzato e inviato entro il 30 giugno dell'anno di riferimento il proprio piano aziendale oppure anche in assenza di una sola delle condizioni sopraindicate.

Fonte: Ufficio Pianificazione Sanitaria della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

Riferimento: Adempimento LEA

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: prevenzione del rischio clinico, sicurezza del paziente

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 4.d.2

Denominazione: Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico

Razionale: La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari dal momento che tutti i sistemi organizzativi presentano condizioni latenti di insicurezza in cui si collocano le azioni umane che possono portare alla realizzazione dell'eventi avverso.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha trasmesso entro il 28 febbraio dell'anno successivo (per esempio per l'anno 2025 la relazione è presentata nell'anno 2026) la relazione sullo stato di attuazione del piano di prevenzione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti al Dipartimento Politiche della Persona. La relazione dovrà contenere specifici riferimenti ai punti indicati alle aree di intervento indicate nelle note per la redazione del piano. La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha trasmesso entro il 28 febbraio dell'anno successivo dell'anno di riferimento la relazione sullo stato di attuazione del piano e non contiene specifici riferimenti ai punti indicati alle aree di intervento indicate nelle note per la redazione del piano.

Fonte: Ufficio Pianificazione Sanitaria della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

Riferimento: Adempimento LEA

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: prevenzione del rischio clinico, sicurezza del paziente

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 4.e.1

Denominazione: Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche

Razionale: La completezza, la correttezza e l'accuratezza della scheda di dimissione ospedaliera oltre che un obbligo di legge costituisce un requisito essenziale affinché i dati contenuti possano essere utilizzati per l'analisi della tipologia e della qualità dell'assistenza sanitaria erogata. La necessità dei controlli viene sancita dall'Art. 79, comma 1-septies, del Decreto Legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133 che prevede un controllo analitico annuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche prodotte da ciascun erogatore, e dal Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009 (G.U. n. 122 del 27/05/2010) "Controlli sulle cartelle cliniche", che stabilisce che le Regioni assicurino per ciascun soggetto erogatore un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate come ad alto rischio di inappropriately, rappresentando che tali controlli analitici debbano riguardare almeno il 2,5% delle cartelle prodotte su base regionale sia dei ricoveri per acuti che quelli post-acuti.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se ogni azienda ha realizzato il programma di controllo definito dalla Regione Basilicata ed ha trasmesso gli esiti secondo le modalità e i termini specificati dello stesso programma. La valutazione è negativa (NO) se l'azienda non ha realizzato il programma di controllo.

Fonte: Ufficio Pianificazione Sanitaria della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

Riferimento: Adempimento LEA

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Appropriately, cartelle cliniche

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 4.h.1

Denominazione: Contenimento della spesa del personale sanitario

Razionale: L'articolo 11, commi da 1 a 4-ter, del decreto-legge 35/2019 (c.d. Decreto Calabria) ha operato una revisione della disciplina sui limiti di spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario Nazionale. Il Nuovo limite (decorrente dall'anno 2019) non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti, o, se superiore, il corrispondente ammontare riferito al 2004, diminuito dell'1,4 %.

I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Sono stati confermati, infine, con riferimento al nuovo limite di spesa per il personale, i criteri di applicazione già posti dalla precedente disciplina (concernenti gli oneri da comprendere nel computo e quelli invece da escludere).

Note per l'elaborazione: La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda ha sfiorato il limite di spesa annuale per il personale, fissato dalla deliberazione di Giunta regionale 06.09.2024, n. 521.

La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha rispettato il tetto di spesa annuale per il personale fissato con la predetta deliberazione di Giunta regionale.

Fonte: Ufficio Personale del Servizio Sanitario Regionale.

Riferimento: spesa annuale del personale e rispetto dei tetti fissati da ultimo con DGR 06.09.2024, n. 521

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Spesa per il personale.

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 4.h.2

Denominazione: Adozione e Approvazione PTFP 2025-2027.

Razionale: Con la DGR 06.11.2019, n. 799, la Regione Basilicata ha adottato la direttiva contenente le "Indicazioni operative e la definizione delle modalità di approvazione dei *"Piani triennali dei fabbisogni di personale delle Aziende ed Enti del SSR"* - ai sensi degli Artt. 6 e 6-ter del D. Lgs. 165/2001 e del Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018.

L'approvazione di tali Piani triennali è di fondamentale premessa per l'attuazione di concrete politiche per il personale che mirino a garantire il soddisfacimento dei LEA mediante il superamento del precariato, l'efficiente strutturazione dei servizi con contingente di personale adeguato, per il rispetto di quanto previsto dalla programmazione sanitaria, nazionale, regionale. Le Aziende del SSR devono adottare il proprio P.T.F.P. entro il 15 ottobre di ciascun anno antecedente il triennio di riferimento per consentire l'approvazione da parte della Regione Basilicata e la conseguente approvazione definitiva di ciascuna Azienda /Ente/Istituto entro il 31 dicembre dello stesso anno.

Note per l'elaborazione: Il concretizzarsi delle previsioni contenute nei PTFP 2025-2027, pertanto, risulta determinante per il SSR e, dunque, obiettivo della presente scheda è quello di misurarne l'effettiva attuazione in termini quantitativi nell'ambito di ciascuna annualità di riferimento.

Si accede alla sottostante valutazione solo se, entro il termine il termine previsto (entro il 15 ottobre di ciascun anno antecedente il triennio di riferimento) le Aziende ed Enti del SSR hanno adottato il rispettivo PTFP.

Numeratore: Numero delle assunzioni effettuate con le procedure di reclutamento del personale indette ed avviate nell'anno.

Denominatore: Numero totale delle assunzioni previste dal PTFP 2025-2027 per il medesimo anno.

Fonte: Ufficio Risorse Umane del Servizio Sanitario Regionale.

Riferimento: Artt. 6 e 6-ter del D. Lgs. 165/2001, D.M. 08.05.2018 e P.T.F.P.

Calcolo: assunzioni effettuate / assunzioni previste x 100

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Assunzione personale

Fasce di valutazione aziendale:

Si accede alla sottostante valutazione solo se, entro il termine il termine previsto (entro il 15 ottobre di ciascun anno antecedente il triennio di riferimento) le Aziende ed Enti del SSR hanno adottato il rispettivo PTFP

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 4.h.3

Denominazione: Attuazione del **Piano stralcio** di fabbisogno di personale territoriale 2025-2027

Razionale: Con la DGR n. 948 del 30.12.2022, la Regione Basilicata ha approvato il Piano Operativo Territoriale, inteso quale provvedimento generale di programmazione dell'assistenza sanitaria territoriale ai sensi dell'art.1, comma 2 dello stesso D.M. 77/2022.

In tale contesto normativo, a seguito dell'adozione dell'Atto aziendale stralcio, l'approvazione dei PTFP stralcio è di fondamentale premessa per l'attuazione di concrete politiche per il personale che mirino a dare attuazione alla strategia che riguarda l'assistenza territoriale. Le Aziende Sanitarie del SSR (ASP e ASM) hanno adottato il proprio **PTFP stralcio** territoriale che è stato approvato da parte della Regione Basilicata.

Note per l'elaborazione: Il concretizzarsi delle previsioni contenute nei PTFP stralcio territoriale 2025-2027, pertanto, risulta determinante per il SSR e, dunque, obiettivo della presente scheda è quello di misurarne l'effettiva attuazione in termini quantitativi nell'ambito di ciascuna annualità di riferimento. La valutazione è negativa (NO) se ciascuna Azienda sanitaria non espleta almeno il 20% dei corsi indicati nel Piano/Catalogo di cui alla DGR 28/03/2025, n. 148 nell'anno 2025 ed almeno il 40% negli anni 2026 e 2027. La valutazione è positiva (SI) se ciascuna Azienda rispetta la percentuale di espletamento dei corsi suindicata.

Numeratore: Numero delle assunzioni effettuate con le procedure di reclutamento del personale indette ed avviate nell'anno.

Denominatore: Numero totale delle assunzioni previste dal PTFP stralcio territoriale 2025-2027 relativamente a ciascun anno di riferimento.

Fonte: Ufficio Risorse Umane del Servizio sanitario Regionale.

Riferimento: DM 77 del 23.05.2022, DGR n. 948 del 30.12.2022 e Piani Stralcio Fabbisogno Personale.

Calcolo: assunzioni effettuate / assunzioni previste x 100.

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Assunzioni personale previste nei Piani stralcio territoriali

Fasce di valutazione aziendale:

	Anno 2025		Anno 2026		Anno 2027	
	Target non raggiunto <20%	Target raggiunto >20%	Target non raggiunto <40%	Target raggiunto ≥ 40%	Target non raggiunto <40%	Target raggiunto =40%
ASP	NO	SI	NO	SI	NO	SI
ASM	NO	SI	NO	SI	NO	SI

Codice: 4.h.4

Denominazione: Attuazione Accordi Integrativi Regionali e conseguenti Accordi Attuativi Aziendali.

Razionale: Gli AACCN per la Medicina Generale, per la Specialistica Ambulatoriale e per la Pediatria di Libera Scelta, i primi due del 04.04.2024 e l'ultimo del 25.07.2024, nonché i relativi AAIIR, stabiliscono la necessità che le AASS provvedano alla definizione degli Accordi Attuativi Aziendali, anche al fine di porre in essere i c.d. *“programmi e progetti finalizzati”*, i cui principi e criteri sono definiti nell'ambito della contrattazione nazionale e specificati a livello Regionale. Pertanto, gli Accordi Attuativi Aziendali e la programmazione Aziendale hanno il compito di dare prosieguo ed attuare i programmi e i progetti consentendo ai medici convenzionati di partecipare alla realizzazione degli obiettivi di cui agli AACCN e agli AAIIR, anche al fine di consentire la distribuzione della quota variabile la quale dev'essere utilizzata *“nell'ambito dei programmi regionali ed aziendali, finalizzata al raggiungimento di standard organizzativi, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di qualificazione, appropriatezza.”* e secondo le regole di gestione dettate dagli AAIIR.

Note per l'elaborazione: L'effettiva attività di Programmazione Aziendale risulta determinante per il Servizio Sanitario Regionale, pertanto l'obiettivo della presente scheda è finalizzato al monitoraggio della percentuale di utilizzazione del fondo di parte variabile.

Numeratore: Risorse economiche impiegate per la realizzazione dei programmi e progetti finalizzati.

Denominatore: Totale fondi di parte variabile.

Fonte: Ufficio Risorse Umane del Servizio Sanitario Regionale.

Riferimento: AACCN MMG (04.04.2024), SPEC.AMB. (04.04.2024) e PLS (25.07.2024) e AAIIR vigenti.

Calcolo: risorse utilizzate/fondi di quota variabile x 100 al 31 dicembre di ogni anno.

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Programmi e progetti finalizzati.

Fasce di valutazione aziendale

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 50	TRA 50 E 75	PIÙ DI 75
ASM	MENO DI 50	TRA 50 E 75	PIÙ DI 75

Codice: 4.h.5

Denominazione: Comunicazione entro il 31 gennaio di ogni anno dei dati per la pubblicazione degli incarichi vacanti (Ruolo Unico Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) – 2025/2027.

Razionale: L'ACN 04.04.2024 per la Medicina Generale, definisce le modalità di pubblicazione delle località carenti relative ai medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria così come previsto dall'art. 34 comma 1: *“Dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo, entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 32.”*;

Così come l'ACN 25.07.2024 per la Pediatria di Libera Scelta definisce all'art. 32, comma 1 che *“Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 30.”*

Le predette comunicazioni cui sono tenute le Aziende Sanitarie Locali ASP e ASM consentono alla Regione Basilicata la Pubblicazione delle Località Carenti entro i termini di legge ai fini delle assegnazioni degli incarichi vacanti relativi a ciascun settore.

Note per l'elaborazione: la Valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha comunicato nei tempi stabiliti dagli AACNN al fine di consentire la pubblicazione entro il 31 marzo di ogni anno. La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha rispettato i su indicati termini.

Fonte: Ufficio Risorse Umane del Servizio Sanitario Regionale.

Riferimento: ACN Medicina Generale 04.04.2024 e ACN Pediatria di Libera Scelta 25.07.2024.

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Pubblicazioni località carenti Ruolo Unico MMG e PLS – comunicazione dei dati.
Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	COMPLETO 100%
ASP	NO	SI
ASM	NO	SI

Codice: 4.h.6

Denominazione: Attuazione del “Piano straordinario di qualificazione delle competenze del personale sanitario.”

Razionale: Con la DGR 28/03/2025, n. 148 la Regione Basilicata ha approvato il Piano straordinario di qualificazione delle competenze del personale sanitario 2024/2026, che contiene le esigenze formative rappresentate dalle quattro Aziende Sanitarie regionali e trova la copertura finanziaria con i fondi FESR FSE + 2021/2027 all’Azione 8.4.11.C – Priorità 8 Inclusione e Salute – Obiettivo specifico ES04.11.

Note per l’elaborazione: La valutazione è negativa (NO) se ciascuna Azienda sanitaria non espleta almeno il 20% dei corsi indicati nel Piano/Catalogo di cui alla DGR 28/03/2025, n. 148 nell’anno 2025 ed almeno il 40% negli anni 2026 e 2027.
La valutazione è positiva (SI) se ciascuna Azienda rispetta la percentuale di espletamento dei corsi suindicata.

Numeratore: Numero dei corsi espletati dalle Aziende Sanitarie in ciascun anno di riferimento.

Denominatore: Numero totale dei corsi presenti nel Catalogo/Piano attribuiti a ciascuna Azienda Sanitaria.

Fonte: Ufficio Risorse Umane del SSR.

Riferimento: “Catalogo” approvato con la DGR 28/03/2025, n. 148.

Calcolo: Percentuale dei corsi espletati da Catalogo.

PERIODO DATI	2025	2026	2027
--------------	------	------	------

Parole chiave: Catalogo per la formazione straordinaria.

Fasce di valutazione aziendale:

	Anno 2025		Anno 2026		Anno 2027	
	Target raggiunto <20%	Target non raggiunto ≥ 20%	Target non raggiunto <40%	Target raggiunto ≥ 40%	Target non raggiunto <40%	Target raggiunto =40%
ASP	NO	SI	NO	SI	NO	SI
ASM	NO	SI	NO	SI	NO	SI
AOR San Carlo	NO	SI	NO	SI	NO	SI
IRCCS CROB	NO	SI	NO	SI	NO	SI