2021

Sistema di valutazione

2021-2023

REGIONE BASILICATA
Dipartimento Politiche della Persona

SISTEMA DI VALUTAZIONE 2021-2023

PREMESSA

Il presente documento descrive le aree di risultato e i relativi obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie per il triennio 2021-2023. La metodologia è stata condivisa con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna. 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 e di alcuni specifici indicatori regionali.

Il sistema di valutazione degli obiettivi si compone di 4 principali aree di risultato:

- **Tutela della salute**
- **Performance organizzative e cliniche aziendali**
- **Gestione economico finanziaria**
- **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:

- Appropriatezza area clinica
- Appropriatezza organizzativa
- Efficacia assistenziale territoriale
- Efficacia Percorso Emergenza-Urgenza

Per l'area denominata "**Gestione economico finanziaria**" gli obiettivi sono:

- Efficienza prescrittiva farmaceutica
- Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
- Appropriatezza 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
- Autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche

- Monitoraggio spesa del personale sanitario

Gli obiettivi sono valutati per il tramite di una serie di indicatori individuati dall'Ufficio Pianificazione Sanitaria e condivisi con gli altri Uffici del Dip.to 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**	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza
		1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)
		1.a.3	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 di perdere o mantenere peso
		1.b.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica
		1.b.4	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno
		1.b.5	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 della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE
		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 ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso
		2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti
		2.a.3	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni
		2.a.4	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici
		2.a.8	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
		2.a.9	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
		2.a.10	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per area clinica tumore alla mammella
		2.a.12	Mortalità a trenta giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)
		2.a.13	Mortalità a trenta giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache
		2.a.14	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni
		2.a.15	Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)
		2.a.16	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
		2.a.17	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
		2.a.18	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**	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti
		2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni
		2.c.3	Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni
		2.c.4	Tasso di ospedalizzazione per BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni
		2.c.5	Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (>= 65 anni)
		2.c.6	Percentuale di Prese in Carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari
		2.c.7	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni
		2.c.8	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
		2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 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 giallo visitati entro 30 minuti
		2.d.2	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde 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 4 ore
		2.d.4	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)
	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	**3.a.1**	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
		3.a.2	Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari
		3.b.1	Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)
		3.b.2	Incidenza dei Sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)
		3.b.3	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)
		3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
		3.b.5	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione
		3.b.6	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani
		3.b.7	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione
	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	**3.c.1**	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
		3.c.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi
	Efficienza mobilità ospedaliera	**3.d.1**	Recupero della mobilità passiva ospedaliera
		3.d.2	Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera

Risultato	Obiettivo	Codice Indicatore	Indicatore
CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Valutazione ricerca	**4.a.1**	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti
		4.a.2	Numero medio pubblicazioni per dirigente
		4.a.3	Percentuale di dirigenti medici produttivi
	Cure palliative	**4.b.1**	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni
		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	Percentuale di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse SDO trasmesse
		4.c.3	Percentuale di errori che generano anomalie sul totale delle
		4.c.4	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici
		4.c.5	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
	Autorizzazione/ Accreditamento Strutture sanitarie pubbliche	**4.f.1**	Verifica dell'autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche
	Monitoraggio spesa del personale sanitario	**4.h.1**	Contenimento della spesa del personale sanitario
		4.h.2	Attuazione del PTFP 2021-2023

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 limite minimo al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero, che un limite massimo al di sopra del quale il punteggio 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 aziendali allegate alla fine del presente documento, così come tutte le schede relative ai singoli indicatori corredate della fondamentale descrizione. Il Dipartimento "Politiche della Persona", qualora ne ravvisasse la necessità, si riserva la possibilità di modificare e/o integrare obiettivi e indicatori per gli anni 2021, 2022.

Al sistema di valutazione degli obiettivi è correlata la retribuzione di risultato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, di cui al 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 in ambito contrattuale.

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 2019, dopo dicembre 2021 la valutazione per il parere di confermabilità viene effettuata sugli indicatori individuati tra l'anno 2019 e l'anno 2018.

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 2019 dopo dicembre 2021 la valutazione per il parere di confermabilità viene effettuata sull'indicatori rilevato per l'anno 2019.

IRCCS-CROB

Indicatori quantitativi:

- Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella 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 o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
- Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni
- 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)
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
- Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

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 di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
- Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

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 viene effettuata con cadenza annuale – ex comma 7, art. 9 L.R. 39/2001. Il punteggio massimo raggiungibile per le valutazioni di cui al presente documento è pari a cento, come già indicato nelle schede aziendali allegate alla fine del presente documento. 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.
Per valorizzare il trend positivo o negativo che il management ha saputo realizzare nella gestione della propria Azienda si è deciso di verificare contestualmente anche la performance globale

dell'azienda. La Valutazione Globale di Performance (VGP) è calcolata su un set ridotto di indicatori di seguito riportati per ciascuna azienda.

Per l'**IRCCS-CROB** il set di indicatori scelti è:

- Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella 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

Per l'**Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo** il set di indicatori scelti è

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

In particolare, per l'**Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)** il set di indicatori scelti è:

- 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)
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

In particolare, per l'**Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM)** il set di indicatori scelti è:

- 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 di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

La VGP è un parametro basato sul confronto tra il posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi. Il calcolo è effettuato, per l'anno 2018, attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2018 e quello conseguito nell'anno 2017, e così via di seguito per le successive annualità (2019: 2019 vs 2018; 2020: 2020 vs 2019; 2021 vs 2020). Il confronto

del singolo indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è uguale o migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.
Così come per la metodologia di calcolo valida per il parere di confermabilità, anche per la VGP vale il principio di maggioranza dei segni positivi (+) rispetto ai segni negativi (-). Pertanto, per l'azienda nell'anno di valutazione, la VGP è positiva se il numero di indicatori migliorati è maggiore rispetto al numero di indicatori peggiorati; la VGP è negativa se il numero di indicatori migliorati è minore rispetto al numero di indicatori peggiorati; la VGP è nulla se il numero di indicatori migliorati è uguale al numero di indicatori peggiorati.
I casi possibili di esito della valutazione tramite VGP sono tre:

1. se l'Azienda ha peggiorato il trend di performance (VGP negativa) il punteggio conseguito sul totale degli obiettivi verrà decurtato del 30% della differenza tra il punteggio massimo ottenibile e il punteggio ottenuto;
2. se l'Azienda ha migliorato il trend di performance (VGP positiva) il punteggio conseguito sul totale degli obiettivi verrà incrementato del 30% della differenza tra il punteggio massimo ottenibile e il punteggio ottenuto;
3. se l'Azienda ha mantenuto la stessa identica performance verrà assegnato il punteggio già ottenuto sul totale degli obiettivi senza correttivi.

A titolo di esempio, quando il punteggio totale degli obiettivi è 90 su 100, e:

a. trend di performance peggiorato, punteggio finale 87
b. trend di performance migliorato, punteggio finale 93
c. trend di performance inalterato, punteggio finale 90

È di tutta evidenza che per l'Azienda che ha ottenuto come punteggio totale 100 (differenza tra il punteggio massimo ottenibile e il punteggio ottenuto è pari a zero), la valutazione globale di performance non viene applicata.

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%	
25	TUTELA DELLA SALUTE	10	Prevenzione primaria	1.a.1	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	3
				1.a.2	meno di 60	tra 60 e 75	più di 75	3
				1.a.3	meno di 60	tra 60 e 75	più di 75	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
		5	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 25	tra 25 e 35	più di 35	1
				1.b.4	meno di 3	tra 3 e 9	più di 9	1
				1.b.5	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%	
30	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE	4	Appropriatezza area clinica	2.a.1	più di 180	tra 180 e 135	meno di 135	2
				2.a.2	più di 3	tra 3 e 1,5	meno di 1,5	2
		20	Efficacia assistenziale territoriale	2.c.1	più di 10	tra 10 e 7	meno di 7	2
				2.c.2	più di 195	tra 195 e 155	meno di 155	2
				2.c.3	più di 35	tra 35 e 25	meno di 25	2
				2.c.4	più di 35	tra 35 e 25	meno di 25	2
				2.c.5	meno di 4	tra 4 e 8	più di 8	3
				2.c.6	meno di 50	tra 50 e70	più di 70	2
				2.c.7	più di 300	tra 300 e 200	meno di 200	2
				2.c.8	più di 6	tra 6 e 4	meno di 4	3
				2.c.9	più di 10	tra 10 e 7	meno di 7	2
		6	Efficacia percorso Emergenza-Urgenza	2.d.4	più di 26	tra 26 e 21	20 (e meno di 20)	6
20	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	12	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.1	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	5
				3.a.2	meno di 45	tra 45 e 65	più di 65	7
		4	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	3.b.1	più di 30	tra 30 e 28	meno di 28	1
				3.b.2	più di 40	tra 40 e 30	meno di 30	1
				3.b.3	più di 36	tra 36 e 26	meno di 26	1
				3.b.4	più di 18	tra 18 e 12	meno di 12	1
		4	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	3.c.1	più di 30	tra 30 e 20	meno di 20	1
				3.c.2	più di 8	tra 8 e 6	meno di 6	3
25	CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4	Cure paliative	4.b.1	meno di 50	tra 50 e 85	più di 85	2
				4.b.2	meno di 1,6	tra 1,6 e 2,1	più di 2,1	2
		6	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	NO	-	SI	2
				4.c.4	meno di 15	tra 15 e 25	più di 25	2
				4.c.5	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	2
		4	Risk management	4.d.1	NO	-	SI	2

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
				4.d.2	NO	-	SI	2
		1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	NO	-	SI	1
		6	Autorizzazione / accreditamento strutture sanitarie pubbliche	4.f.1	NO	-	SI	6
		4	Monitoraggio spesa del personale sanitario	4.h.1	NO	-	SI	2
				4.h.2	meno di 50	tra 51 e 75	più di 75	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%	
25	TUTELA DELLA SALUTE	10	Prevenzione primaria	1.a.1	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	3
				1.a.2	meno di 60	tra 60 e 75	più di 75	3
				1.a.3	meno di 60	tra 60 e 75	più di 75	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
		5	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 25	tra 25 e 35	più di 35	1
				1.b.4	meno di 3	tra 3 e 9	più di 9	1
				1.b.5	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

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
				1.e.3	NO	-	SI	1
30	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE	13	Appropriatezza area clinica	2.a.1	più di 180	tra 180 e 135	meno di 135	1
				2.a.2	più di 3	tra 3 e 1,5	meno di 1,5	1
				2.a.3	più di 4	tra 4 e 2	meno di 2	1
				2.a.4	meno di 45	tra 45 e 75	più di 75	1
				2.a.8	meno di 50	tra 50 e 60	più di 60	3
				2.a.14	meno di 34	tra 34 e 44	più di 44	1
				2.a.15	più di 10,5	tra 10,5 e 8,5	meno di 8,5	1
				2.a.16	meno di 50	tra 50 e 60	più di 60	1
				2.a.17	più di 15	-	meno di 15	2
				2.a.18	più di 20	tra 20 e 15	meno di 15	1
		12	Efficacia assistenziale territoriale	2.c.1	più di 10	tra 10 e 7	meno di 7	1
				2.c.2	più di 195	tra 195 e 155	meno di 155	1
				2.c.3	più di 35	tra 35 e 25	meno di 25	1
				2.c.4	più di 35	tra 35 e 25	meno di 25	1
				2.c.5	meno di 4	tra 4 e 8	più di 8	4
				2.c.6	meno di 50	tra 50 e70	più di 70	1
				2.c.7	più di 300	tra 300 e 200	meno di 200	1
				2.c.8	più di 6	tra 6 e 4	meno di 4	1
				2.c.9	più di 10	tra 10 e 7	meno di 7	1
		5	Efficacia percorso Emergenza-Urgenza	2.d.1	meno di 80	tra 80 e 93	più di 93	3
				2.d.2	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	1
				2.d.3	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	1

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
25	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	11	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.1	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	4
				3.a.2	meno di 45	tra 45 e 65	più di 65	7
		7	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	3.b.1	più di 30	tra 30 e 28	meno di 28	1
				3.b.2	più di 40	tra 40 e 30	meno di 30	1
				3.b.3	più di 36	tra 36 e 26	meno di 26	1
				3.b.4	più di 18	tra 18 e 12	meno di 12	1
				3.b.5	meno di 67	tra 67 e 77	più di 77	1
				3.b.6	meno di 55	tra 55 e 75	più di 75	1
				3.b.7	meno di 60	tra 60 e 80	più di 80	1
		3	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	3.c.1	più di 30	tra 30 e 20	meno di 20	1
				3.c.2	più di 8	tra 8 e 6	meno di 6	2
		4	Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	meno di 5	tra 5 e 15	più di 15	3
				3.d.2	meno di 0,58	tra 0,58 e 0,62	più di 0,62	1
20	CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4	Cure paliative	4.b.1	meno di 50	tra 50 e 85	più di 85	2
				4.b.2	meno di 1,6	tra 1,6 e 2,1	più di 2,1	2
		5	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	NO	-	SI	1
				4.c.2	più di 5	tra 5 e 3	meno di 3	1
				4.c.3	più di 20	tra 20 e 10	meno di 10	1
				4.c.4	meno di 15	tra 15 e 25	più di 25	1
				4.c.5	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	1
		2	Risk management	4.d.1	NO	-	SI	1
				4.d.2	NO	-	SI	1

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
		1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	NO	-	SI	1
		4	Autorizzazione / accreditamento strutture sanitarie pubbliche	4.f.1	NO	-	SI	4
		4	Monitoraggio spesa del personale sanitario	4.h.1	NO	-	SI	2
				4.h.2	meno di 50	tra 51 e 75	più di 75	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%	
35	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	26	Appropriatezza area clinica	2.a.3	più di 4	tra 4 e 2	meno di 2	2
				2.a.4	meno di 45	tra 45 e 75	più di 75	2
				2.a.8	meno di 50	tra 50 e 60	più di 60	4
				2.a.9	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	2
				2.a.10	più di 30	tra 30 e 25	meno di 25	2
				2.a.12	più di 4,15	tra 4,15 e 2,15	meno di 2,15	2
				2.a.13	più di 3,6	tra 3,6 e 2,6	meno di 2,6	2
				2.a.14	meno di 34	tra 34 e 44	più di 44	3
				2.a.15	più di 10,5	tra 10,5 e 8,5	meno di 8,5	2
				2.a.16	meno di 50	tra 50 e 60	più di 60	2
				2.a.17 *	più di 15	-	meno di 15	2
				2.a.18	più di 20	tra 20 e 15	meno di 15	1
		9	Efficacia percorso Emergenza-Urgenza	2.d.1	meno di 80	tra 80 e 93	più di 93	3
				2.d.2	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	3
				2.d.3	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	3
35	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	9	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.2	meno di 45	tra 45 e 65	più di 65	9
		6	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	3.b.5	meno di 67	tra 67 e 77	più di 77	2
				3.b.6	meno di 55	tra 55 e 75	più di 75	2
				3.b.7	meno di 60	tra 60 e 80	più di 80	2

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
		20	Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	meno di 6	tra 6 e 19	più di 19	10
				3.d.2	meno di 0,58	tra 0,58 e 0,62	più di 0,62	10
30	CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	3	Cure paliative	4.b.1	meno di 50	tra 50 e 85	più di 85	3
		10	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	NO	-	SI	2
				4.c.2	più di 5	tra 5 e 3	meno di 3	2
				4.c.3	più di 20	tra 20 e 10	meno di 10	2
				4.c.4	meno di 25	tra 25 e 35	più di 35	2
				4.c.5	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	2
		4	Risk management	4.d.1	NO	-	SI	2
				4.d.2	NO	-	SI	2
		5	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	NO	-	SI	5
		4	Autorizzazione / accreditamento strutture sanitarie pubbliche	4.f.1	NO	-	SI	4
		4	Monitoraggio spesa del personale sanitario	4.h.1	NO	-	SI	2
				4.h.2	meno di 50	tra 51 e 75	più di 75	2

*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%	
30	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE	25	Appropriatezza area clinica	2.a.4	meno di 45	tra 45 e 85	più di 85	5
				2.a.9	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	8
				2.a.10	più di 30	tra 30 e 25	meno di 25	7
				2.a.18	più di 8	tra 8 e 5	meno di 5	5
		5	Appropriatezza organizzativa	2.b.1	meno di 80	tra 80 e 90	più di 90	5
30	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	15	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.2	meno di 45	tra 45 e 65	più di 65	15
		15	Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	meno di 2	tra 2 e 8	più di 8	10
				3.d.2	meno di 0,58	tra 0,58 e 0,62	più di 0,62	5
40	CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	15	Valutazione ricerca	4.a.1	meno di 1	tra 1 e 2	più di 2	6
				4.a.2	meno di 1	tra 1 e 2	più di 2	5
				4.a.3	meno di 50	tra 50 e 70	più di 70	4
		2	Cure paliative	4.b.1	meno di 50	tra 50 e 85	più di 85	2
		5	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	NO	-	SI	1
				4.c.2	più di 5	tra 5 e 3	meno di 3	1
				4.c.3	più di 20	tra 20 e 10	meno di 10	1
				4.c.4	meno di 25	tra 25 e 35	più di 35	1
				4.c.5	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	1

PUNTEGGIO MAX	RISULTATO	PUNTEGGIO MAX	OBIETTIVO	CODICE INDICATORE	TARGET			PUNTEGGIO MAX
					NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%	
		5	Risk management	4.d.1	NO	-	SI	2,5
				4.d.2	NO	-	SI	2,5
		5	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	NO	-	SI	5
		4	Autorizzazione / accreditamento strutture sanitarie pubbliche	4.f.1	NO	-	SI	4
		4	Monitoraggio spesa del personale sanitario	4.h.1	NO	-	SI	2
				4.h.2	meno di 50	tra 51 e 75	più di 75	2

Codice: 1.a.1

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 2021 la coorte di bambini nati nell'anno 2019. 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: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.2

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: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.3

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 tre 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 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 2009 per il 2021.

Numeratore: Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento (*)

Denominatore: Numero bambine 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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.5

Denominazione: Grado di copertura vaccinale antimeningococcico 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 "menigococcica 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 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 (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: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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 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 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: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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 2021 il triennio di riferimento è 2019, 2020 e 2021).

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

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	Da 2019 a 2021	Da 2020 a 2022	Da 2021 a 2023

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 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 2021 il triennio di riferimento è 2019, 2020 e 2021).

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

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

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	Da 2019 a 2021	Da 2020 a 2022	Da 2021 a 2023

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

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 persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Razionale: Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. È infatti sempre più evidente come la sedentarietà, spesso associata a un'alimentazione quantitativamente e qualitativamente non corretta, stia diventando un problema di salute pubblica, con un elevato carico di malattia e relativi costi sociali. In questo quadro, è dunque importante che i medici e gli operatori sanitari, oltre a promuovere l'adozione di una corretta alimentazione, suggeriscano di fare movimento.

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 2018 il triennio di riferimento è 2016, 2017 e 2018). Nel caso l'azienda sanitaria non abbia prodotto i dati relativi allo studio PASSI il target dell'indicatore si intende non raggiunto.

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

Denominatore: Sommatoria persone sovrappeso o obese 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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	Da 2019 a 2021	Da 2020 a 2022	Da 2022 a 2023

Parole chiave: persone sovrappeso o obese, 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 25	TRA 25 E 35	PIÙ DI 35
ASM	MENO DI 25	TRA 25 E 35	PIÙ DI 35

Codice: 1.b.4

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 2021 il triennio di riferimento è 2019, 2020 e 2021).
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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	Da 2019 a 2021	Da 2020 a 2022	Da 2022 a 2023

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.5

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 2021 il triennio di riferimento è 2019, 2020 e 2021).
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

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	Da 2019 a 2021	Da 2020 a 2022	Da 2022 a 2023

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

Fonte: Sistema Informativo Screening del Ministero

Riferimento: Sistema Informativo Screening del Ministero

Parole chiave: programma organizzato, test di screening

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.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)

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

Riferimento: Sistema Informativo Screening del Ministero

Parole chiave: programma organizzato, test di screening

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: Sistema Informativo Screening del Ministero

Parole chiave: programma organizzato, test di screening

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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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 (ufficiali 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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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 della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE.

Razionale: la SCRAPIE è una malattia neurodegenerativa appartenente al gruppo delle encefalopatie spongiformi trasmissibili (EST) che colpisce pecore e capre. Il programma di sorveglianza attiva previsto dal Ministero della Salute impone l'obbligo di testare tutti gli ovini e caprini morti di età superiore ai 18 mesi. Anche nei casi in cui il tronco encefalico è in avanzato stato di decomposizione, bisogna procedere comunque al campionamento dello stesso, in quanto la proteina prionica resiste all'autolisi dei tessuti. Le Aziende Sanitarie devono, quindi, assicurare i dovuti campionamenti ed in caso di impossibilità dovranno specificare, in Banca Dati Regionale (BDR), il numero di capi non testati e le motivazioni dell'eventuale mancato prelievo (da indicare anche nei relativi verbali).

Note per l'elaborazione: Per il calcolo della copertura percentuale al numeratore viene indicato il numero di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati per Scrapie e al denominatore il numero totale di capi morti di età superiore ai 18 mesi da testare. 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: Centro di Referenza nazionale per lo studio e le ricerche sulle encefalopatie animali e neuropatologie comparate (CEA)

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: SCRAPIE, encefalopatie spongiformi trasmissibili

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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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 ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso

Razionale: I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti i cittadini. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita sul territorio dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. L'indicatore misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.

Note per l'elaborazione: I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 13, 19, 47, 65, 70, 73, 74, 88, 131, 133, 134, 139, 142, 183, 184, 187, 189, 206, 208, 241, 243, 245, 248, 249, 251, 252, 254, 256, 276, 281, 282, 283, 284, 294, 295, 299, 301, 317, 323, 324, 326, 327, 329, 332, 333, 349, 351, 352, 369, 384, 395, 396, 399, 404, 409, 410, 411, 412, 426, 427, 429, 465, 466, 467, 490, 563, 564. Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Sono esclusi:

- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).
- i dimessi da strutture private non accreditate.

La popolazione standard e la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT.

Numeratore: N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti

Denominatore: N. residenti

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)
Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Livelli Essenziali di Assistenza, ricoveri medici potenzialmente inappropriati

Fasce di valutazione aziendale (x 10.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 180	TRA 180 E 135	MENO DI 135
ASM	PIÙ DI 180	TRA 180 E 135	MENO DI 135

Codice: 2.a.2
Denominazione Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti

Razionale: I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, e 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 unita 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: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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

Fasce di valutazione aziendale (x 10.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	PIÙ DI 3	TRA 13 E 1,5	MENO DI 1,5
ASM	PIÙ DI 3	TRA 3 E 1,5	MENO DI 1,5

Codice: 2.a.3
Denominazione Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni
Razionale: L'indicatore identifica i ricoveri acuti medici con una durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (es. mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr. Patto per la salute 2010-2012). Il tempo massimo previsto per un ricovero e denominato "valore soglia di un DRG"; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia. Si precisa che, essendo la casistica dei ricoveri medici oltre soglia particolarmente associabile alla popolazione di età superiore a 65 anni, vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore e la media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.
Note per l'elaborazione: Si considerano le soglie ministeriali. Si considerano i pazienti di età >= 65 anni. Si considerano esclusivamente i ricoveri medici ordinari. Sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28 56, 60, 75, 99).
In considerazione della maggiore durata della degenza, si escludono dal calcolo di tale indicatore i ricoveri relativi ai pazienti dimessi dai reparti COVID- (**cod. 078.89** sia in diagnosi principale che secondaria) come successivamente sostituito dai codici di cui al **DM del 2 febbraio 2021**:
(0431, 0432, 0433, 4804, 48041, 48042, 5189,51891, 51892, 5187, 51971, 51972, V0185, V0182, V0700, V0708, 04311,04321, 04331,04312,04322,04332) e sue eventuali successive modifiche .

I codici sono quelli elencati nel DM Salute del 2.2.21.
Numeratore: N. di ricoveri medici oltre soglia
Denominatore: N. di ricoveri medici
Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)
Riferimento: Network del Laboratorio MeS
Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: ricoveri medici oltre soglia, pazienti di età >= 65 anni

Fasce di valutazione aziendale (x 10.000):

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

Codice: 2.a.4
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

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: appropriatezza dei ricoveri chirurgici
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.8

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 disabilita 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: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.9
Denominazione Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing 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: L'analisi e ristretta ai ricoveri erogati in Regione, su pazienti di genere femminile ovunque residenti. Le procedure 85.34 e 85.36 non abbinate a 85.53 o 85.54 o 85.95 si considerano errori di codifica.

Numeratore: 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. 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 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).
Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: Interventi alla mammella: 85.2*, 85.3*, 85.4*

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	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.10
Denominazione: Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella

Razionale: Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore alla mammella e il ricovero stesso.

Note per l'elaborazione: Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 85.2x, 85.3x 85.4x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 233.0 o 174.xx; ovvero procedure (85.2x o 85.3x o 85.4x) e diagnosi (233.0 o 174.*). Sono esclusi:

- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99).
- i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni
- i ricoveri urgenti, TSO, TSV

Numeratore: N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla mammella

Denominatore: N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla mammella

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Attesa media, tumore maligno della mammella

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	PIÙ DI 30	TRA 30 E 25	MENO DI 25
AO SAN CARLO	PIÙ DI 30	TRA 30 E 25	MENO DI 25

Codice: 2.a.12

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 e 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 e 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 e 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 ospedaliere (SDO) e l'Anagrafe Tributaria

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.13

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

Razionale: La chirurgia sulla 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 e 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 cardiochirurgia. 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 ospedaliere (SDO) e l'Anagrafe Tributaria

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.14

Denominazione: Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni

Razionale: La PTCA e 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 e eseguita nella fase precoce di un IMA, in cui e richiesta maggiore abilita ed esperienza rispetto ad un intervento di routine in un paziente stabile (PTCA in elezione), ed in letteratura e 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'episodio di IMA e costituito da tutti i ricoveri ospedalieri avvenuti entro 4 settimane dalla data del primo ricovero per IMA (ricovero indice). L'intervallo di 2 giorni e definito a partire dalla data di ammissione del ricovero indice. 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 abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni

Denominatore: Numero di episodi di IMA

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO)

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: IMA, PTCA entro 2 giorni

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASM	MENO DI 34	TRA 34 E 44	PIÙ DI 44
AO SAN CARLO	MENO DI 34	TRA 34 E 44	PIÙ DI 44

Codice: 2.a.15

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 piu critico nell'IMA e la sua fase piu precoce. La mortalita degli attacchi cardiaci acuti nel primo mese e tra il 30% e il 50%, e di queste morti circa la meta si verifica entro due ore, di solito per fibrillazione ventricolare. L'alta mortalita iniziale sembra essere cambiata poco negli ultimi 30 anni; al contrario, c'e stata una notevole riduzione della mortalita 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 numerosita 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)

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: infarto miocardico acuto, sopravvivenza del paziente

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASM	PIÙ DI 10,5	TRA 10,5 E 8,5	MENO DI 8,5
AO SAN CARLO	PIÙ DI 10,5	TRA 10,5 E 8,5	MENO DI 8,5

Codice: 2.a.16

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

Razionale: La colecistectomia per via laparoscopica e 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 e 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: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.17

Denominazione: Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Razionale: La "Proporzione di parti con taglio cesareo primario" e 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 e 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: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.18

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: Adempimento LEA \ Sistema informativo socio sanitario

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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: Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti

Razionale: Questo indicatore monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", in quanto un'assistenza ambulatoriale appropriata può contribuire a tenere sotto controllo la malattia, evitando riacutizzazioni che potrebbero portare a ricoveri non appropriati.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Sono esclusi:

- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99).

Si considerano patologie sensibili alle prestazioni ambulatoriali :

- Sifilide: diagnosi di dimissione 090.xx;
- Condizioni prevenibili e correlate all'immunizzazione: diagnosi di dimissione 033.*, 045.*, 391.*, 037, 390, 320.0 (per quest'ultima diagnosi, età compresa tra 1 e 5 anni);
- Epilessia: diagnosi di dimissione 345.*;
- Convulsioni: diagnosi di dimissione 780.3x;
- Gravi infezioni di ORL (orecchio, naso e gola): diagnosi di dimissione 462, 463, 4721,465.*, 382.*(per quest'ultima diagnosi, escluso codice intervento principale 20.01);
- Tubercolosi polmonare: diagnosi di dimissione 011.*;
- Altre tubercolosi: diagnosi di dimissione: 012.*, 013.*, 014.*, 015.*, 016.*, 017.*, 018.*;
- BPCO: diagnosi di dimissione 491.*, 492.*, 496, 490;
- Bronchite acuta: diagnosi di dimissione: 466.0 e almeno una delle diagnosi secondarie 491.*, 492.*, 494.*, 496;
- Polmonite batterica: diagnosi di dimissione 483.*, 481, 482.2, 482.3x, 482.9, 485, 486, (si escludono i pazienti con una delle diagnosi secondarie 282.6x, età minore di 1 anno);
- Asma: diagnosi di dimissione 493.*;
- Insufficienza cardiaca congestizia: diagnosi di dimissione 402.01, 402.11, 402.91, 518.4, 428.* (sono esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);
- Angina: diagnosi di dimissione 401.0, 401.9, 402.00, 402.10, 402.90 (sono esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);
- Cellulite: diagnosi di dimissione 681.*, 682.*, 686.*, 683 e codice di procedura principale o secondari 860.xx o vuoto;
- Diabete: diagnosi di dimissione 250.0x, 250.1x, 250.2x, 250.3x, 250.8x, 250.9x;
- Ipoglicemia: diagnosi di dimissione 251.2;
- Gastroenterite: diagnosi di dimissione 558.9;
- infezioni delle vie urinarie-renali: diagnosi di dimissione 599.0, 599.9, 590.*;
- Deidratazione/ipovolemia: diagnosi di dimissione 276.5;
- Anemia per deficienza di ferro: diagnosi di dimissione 280.1, 280.8, 280.9 e età compresa tra 0 e 5 anni);
- Carenze nutrizionali: diagnosi di dimissione 260, 261, 262, 268.0, 268.1;

- Ritardo nella crescita: diagnosi di dimissione 783.4x, e età minore di 1 anno;
- Infiammazioni pelviche: donne con diagnosi di dimissione 614.*, escluse le procedure principali 68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.51, 68.59, 68.61, 68.69, 68.71, 68.79, 68.8;
- Malattie dei denti: diagnosi di dimissione 521.*, 522.*, 523.*, 525.*, 528.*).

Numeratore: N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti

Denominatore: N. residenti

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Tasso di ospedalizzazione, patologie sensibili alle cure ambulatoriali

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	PIÙ DI 10	TRA 10 E 7	MENO DI 7
ASM	PIÙ DI 10	TRA 10 E 7	MENO DI 7

Codice: 2.c.2

Denominazione: Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni

Razionale: La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella presa in carico. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronicodegenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni può essere giustificato dalla complessità dei casi trattati.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione con codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono altresì esclusi:

- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99).

Numeratore: N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti

Denominatore: N. Residenti d'età 50-74 anni

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: ospedalizzazioni, scompenso cardiaco

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 195	TRA 195 E 155	MENO DI 155
ASM	PIÙ DI 195	TRA 195 E 155	MENO DI 155

Codice: 2.c.3

Denominazione: Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni

Razionale: Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere a sistema attività di prevenzione, diagnosi, cura, è fondamentale per evitare il peggioramento del quadro clinico ed il conseguente ricovero in ospedale (Rapporto Osservasalute 2012). In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile proxy, il tasso di ricovero per diabete.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione con codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito. Sono esclusi:

- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99)
- i DRG 113 e 114
- i codici di procedura 36.** e 39.5* in uno qualunque dei campi di procedura
- i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale)

Numeratore: N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti

Denominatore: N. Residenti d'età 35-74 anni

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: ospedalizzazioni, diabete

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

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

Codice: 2.c.4

Denominazione: Tasso di ospedalizzazione per BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni

Razionale: Per le broncopneumopatie cronico-ostruttive, alla pari di molte malattie cronico-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivoeducativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005). L'indicatore monitora quindi il tasso di ospedalizzazione per BPCO come proxy di qualità dei servizi assistenziali.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a
residenti in regione con codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:

- 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica
- 491*: Bronchite cronica
- 492*: Enfisema
- 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove
- 494*: Bronchiectasie.

Sono esclusi:

- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99)

Numeratore: N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti

Denominatore: N. Residenti d'età 50-74 anni

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)
Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: ospedalizzazioni, BPCO

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

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

Codice: 2.c.5

Denominazione: Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione 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.

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 ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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 4	TRA 4 E 8	PIÙ DI 8
ASM	MENO DI 4	TRA 4 E 8	PIÙ DI 8

Codice: 2.c.6

Denominazione: Percentuale di Prese in Carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari

Razionale: Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.

Note per l'elaborazione: Residenti in Regione, cure domiciliari erogate in Regione incluse le Prese in Carico con valutazione e tutti i tipi di Cure Domiciliari.

CIA = Numero GEA / Numero GdC

GEA = Numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore

GdC = Numero di giorni trascorsi dalla data di primo accesso nell'anno di riferimento alla data dell'ultimo accesso nell'anno di riferimento (si escludono le GdC=0, ovvero i casi con un solo accesso)

Numeratore: Numero di Prese in Carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni

Denominatore: Numero di Prese in Carico (PIC) per cure domiciliari, per persone con età maggiore o uguale a 65 anni

Fonte: Flusso ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Cure domiciliari, Coefficiente di Intensità assistenziale

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

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

Codice: 2.c.7

Denominazione: Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni

Razionale: Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia. L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, inclusa la mobilità passiva, con diagnosi principale psichiatriche di età ≥18 anni dimessi da qualsiasi reparto. Si considerano le diagnosi principali (codici ICD9-CM): 290.xx-319.xx. Sono esclusi:

- i ricoveri con diagnosi principale di demenza: 290.xx, 293.xx, 294.xx
- i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315
- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate

La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85.

Numeratore: N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni

Denominatore: Popolazione residente maggiorenne

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Tasso di ospedalizzazione, età pediatrica

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 300	TRA 300 E 200	MENO DI 200
ASM	PIÙ DI 300	TRA 300 E 200	MENO DI 200

Codice: 2.c.8

Denominazione: Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

Razionale: Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei Centri di Salute Mentale (OECD 2011). A seguito del ricovero ospedaliero è pertanto necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione ad personam delle opportunità riabilitative e terapeutiche. A partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 23/04/08 (Capo IV, art. 25, 26, 32) è auspicabile abbandonare il modello basato sul concetto di prestazioni e pensare invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo. I servizi devono essere centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi (diagnostica, terapeutica, riabilitativa) e a cui deve essere garantita la continuità assistenziale e l'integrazione. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, relativi ai primi 11 mesi dell'anno con codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale:
290.xx-319.xx. Sono esclusi i ricoveri:

- per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315;
- con codice fiscale anonimo;
- dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto.

Al numeratore si considera ripetuto:

- il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione fra 8 e 30 giorni;
- il ricovero generato da una struttura pubblica e avvenuto in una struttura privata non accreditata.

Non generano ricoveri ripetuti i ricoveri con modalità di dimissione volontaria. Si escludono i ricoveri ripetuti generati da una struttura privata non accreditata e avvenuti in una struttura pubblica, privata accreditata o privata non accreditata. Dal calcolo del denominatore si escludono i ricoveri erogati dalle strutture private non accreditate. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza del paziente.

Numeratore: N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic)

Denominatore: N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Ricovero ripetuto, patologie psichiatriche

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 6	TRA 6 E 4	MENO DI 4
ASM	PIÙ DI 6	TRA 6 E 4	MENO DI 4

Codice: 2.c.9

Denominazione: Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

Razionale: Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Non essendo ipotizzabili nel nostro Stato condizioni epidemiologiche significativamente diverse da quelle degli altri Paesi europei, è presumibile che esso sia legato ad una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriatezza dei ricoveri in età pediatrica [Fortino et al., 2005]. Un ruolo determinante spetta alla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie [Zanetti et al., 2005].

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital.
Sono esclusi i ricoveri:

- erogati da strutture private non accreditate
- relativi ai neonati normali (DRG 391)

Numeratore: Numero di ricoveri dei residenti in età pediatrica (< 14 anni)

Denominatore: Popolazione residente (< 14 anni)

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Tasso di ospedalizzazione, età pediatrica

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 10	TRA 10 E 7	MENO DI 7
ASM	PIÙ DI 10	TRA 10 E 7	MENO DI 7

Codice: 2.d.1

Denominazione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 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'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 al triage giallo. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 29 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 giallo visitati entro 30 minuti

Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice giallo

Fonte: Flusso Pronto Soccorso

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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 verde 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 codici non urgenti, che potrebbero trovare risposta in altri setting assistenziali, ma che preferiscono rivolgersi al Pronto Soccorso in quanto punto di riferimento disponibile 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e da cui è possibile ricevere un servizio completo, comprensivo di diagnosi ed eventuali accertamenti. Questa tipologia di pazienti costituisce da tempo, ormai, una parte rilevante del totale degli accessi e tra loro spesso si registrano elevati livelli di insoddisfazione, connessi proprio ai tempi di attesa.

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 verde visitati entro 1 ora

Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde

Fonte: Flusso Pronto Soccorso

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.3

Denominazione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 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 4 ore dal momento di assegnazione del codice colore. Questo indicatore, pertanto, misura l'efficienza dell'intero percorso del paziente, 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 239 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 4 ore

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

Fonte: Flusso Pronto Soccorso

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Pronto Soccorso, tempo di attesa

Fasce di valutazione aziendale (valore percentale):

	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: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: emergenza, tempo di attesa

Fasce di valutazione aziendale (valore percentale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	PIÙ DI 26	TRA 26 E 21	20 e meno di 20

Codice: 3.a.1

Denominazione: Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Razionale: Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilanciamento fra costi e benefici debba essere parte integrante della decisione terapeutica, a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbe da privilegiare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il perseguimento di maggiori livelli di costo-efficacia, ottenuti tramite lo spostamento delle attuali terapie sui farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto.

Note per l'elaborazione: Si considera l'ultima lista di trasparenza ministeriale dell'anno di riferimento, applicata con effetto retroattivo.

Numeratore: N. Confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza

Denominatore: N. Confezioni complessivamente erogate

Fonte: Flusso regionale farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: brevetto scaduto, liste di trasparenza

Fasce di valutazione aziendale (valore percentale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 3.a.2

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. Il Consiglio di Stato con sentenza n.2361 del 21/07/2017 ha chiarito che costituisce dovere, anche per il medico prescrittore, quello di scegliere, tra i prodotti ritenuti di pari efficacia terapeutica, quello meno oneroso per il Servizio sanitario nazionale.

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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: biosimilare, ATC 5° livello

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	MENO DI 45	TRA 45 E 65	PIÙ DI 65
ASM	MENO DI 45	TRA 45 E 65	PIÙ DI 65
AO SAN CARLO	MENO DI 45	TRA 45 E 65	PIÙ DI 65
CROB	MENO DI 45	TRA 45 E 65	PIÙ DI 65

Codice: 3.b.1

Denominazione: Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)

Razionale: In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriatezza e fenomeni di iperprescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica.

Note per l'elaborazione: I farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) A02BC. È escluso il consumo privato. È inclusa l' erogazione in regime convenzionale, la diretta e/o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.

Numeratore: N. unità posologiche di IPP erogate

Denominatore: Popolazione residente pesata

Fonte: Flusso regionale farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Inibitori di Pompa Protonica, inappropriatezza

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	PIÙ DI 30	TRA 30 E 28	MENO DI 28
ASM	PIÙ DI 30	TRA 30 E 28	MENO DI 28

Codice: 3.b.2

Denominazione: Incidenza dei Sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (Antiipertensivi)

Razionale: Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli ACE-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si rende necessario bloccare il sistema renina-angiotensina. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre subordinata alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore.

Note per l'elaborazione: I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (Sartani), appartengono ai sottogruppi terapeutici ATC C09C e C09D. L'indicatore considera l'incidenza del consumo di questi sul territorio (erogati in convenzione, direttamente e/o dpc) rispetto al gruppo terapeutico C09. È escluso il consumo privato.

Numeratore: N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali

Denominatore: N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle "sostanze ad azionesul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali

Fonte: Flusso regionale farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Inibitori dell'angiotensina, sistema renina

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	PIÙ DI 40	TRA 40 E 30	MENO DI 30
ASM	PIÙ DI 40	TRA 40 E 30	MENO DI 30

Codice: 3.b.3

Denominazione: Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)

Razionale: L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di antidepressivi, perché l'utilizzo eccessivo di questi farmaci potrebbe essere inappropriato.

Note per l'elaborazione: I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB. 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 escluso il consumo privato. È preso in considerazione il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.

Numeratore: DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo

Denominatore: Popolazione pesata x 365

Fonte: Flusso regionale farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Inibitori selettivi, serotonina

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	PIÙ DI 36	TRA 36 E 26	MENO DI 26
ASM	PIÙ DI 36	TRA 36 E 26	MENO DI 26

Codice: 3.b.4

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 (Rapporto OsMed 2014).

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 e per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.

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:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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 18	TRA 18 E 12	MENO DI 12
ASM	PIÙ DI 18	TRA 18 E12	MENO DI12

Codice: 3.b.5

Denominazione: Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione

Razionale: I farmaci beta-bloccanti rappresentano da decenni una pietra miliare nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) e nella sua prevenzione secondaria. Esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime in una migliore prognosi sia a breve che a lungo termine. Le linee guida cardiologiche nord-americane ed europee indicano come mandatoria la somministrazione dei beta-bloccanti al momento della dimissione dopo un evento di infarto. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con beta-bloccanti al momento della dimissione.

Note per l'elaborazione: Al numeratore si considerano il numero di pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti al primo ricovero per IMA nel periodo 1/07 – 30/06 e almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA. Gli ATC di selezione per i farmaci sono:

- C07AA – Betabloccanti, non selettivi;
- C07AB – Betabloccanti, selettivi;
- C07AG – Bloccanti dei Recettori Alfa e Beta Adrenergici;
- C07BB – Betabloccanti Selettivi E Tiazidi;
- C07CA – Betabloccanti non Selettivi ed Altri Diuretici;
- C07CB – Betabloccanti Selettivi ed Altri Diuretici;
- C07CG – Alfa E Betabloccanti ed Altri Diuretici

Al denominatore si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI) nel periodo 1/07– 30/06 tra i 18 e i 100 anni, eleggibili alla terapia. I criteri di inclusione sono:

- Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1 – IMA – Episodio iniziale di assistenza) nel periodo 1/07 – 30/06
- In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero
- Solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale a 3 giorni

I criteri di esclusione sono:

- Pazienti deceduti nel ricovero indice
- Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: Blocco atrioventricolare completo - ICD-IX - 426.0x - Blocco Atrioventricolare Completo - 426.12 - Blocco Atrioventricolare Di Secondo Grado, Mobitz II - 426.13 - Altro Blocco Atrioventricolare Di Secondo Grado - 427.81 Disfunzione del Nodo Senoatriale
- Pazienti con asma identificati come segue:
    - Almeno due prescrizioni di corticosteroidi per via inalatoria nel 6 mesi precedenti il ricovero indice – codici ATC: - R03BA - Glicocorticoidi - R03AK06 – Salmeterolo ed altri farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie - R03AK07 - Formoterolo ed altri farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie

- Dimissione per asma (diagnosi in qualsiasi posizione 493.xx – Asma) nel 6 mesi precedenti il ricovero indice

Numeratore: Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA

Denominatore: Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta-bloccanti alla dimissione

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera) e flussi regionali farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	1/07/2020 – 30/06/2021	1/07/2021 – 30/06/2022	1/07/2022 – 30/06/2023

Parole chiave: IMA, terapia con beta-bloccanti

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 67	TRA 67 E 77	PIÙ DI 77
AO SAN CARLO	MENO DI 67	TRA 67 E 77	PIÙ DI 77

Codice: 3.b.6

Denominazione: Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani

Razionale: La letteratura scientifica sottolinea come l'utilizzo di ACE-inibitori o Sartani determini effetti favorevoli dopo un evento di infarto miocardico acuto, traducendosi in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con ACE-inibitori o Sartani al momento della dimissione.

Note per l'elaborazione: Al numeratore si considerano il numero di pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione per IMA nel periodo 1/07 – 30/06 e almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA. Gli ATC di selezione per i farmaci sono:

- C09A - Ace Inibitori Non Associati
- C09B - Ace Inibitori, Associazioni
- C09C - Antagonisti Dell'Angiotensina II, Non Associati
- C09D - Antagonisti Dell'Angiotensina II, Associazioni

Al denominatore si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI) nel periodo 1/07– 30/06 tra i 18 e i 100 anni, eleggibili alla terapia. I criteri di inclusione sono:

- Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1 – IMA – Episodio iniziale di assistenza) nel periodo 1/07 – 30/06
- In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero
- Solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale a 3 giorni

I criteri di esclusione sono:

- Pazienti deceduti nel ricovero indice
- Pazienti con contro-indicazioni all'utilizzo degli ACE inibitori nei 12 mesi precedenti il ricovero indice diagnosi in qualsiasi posizione di angioedema, insufficienza renale anurica, stenosi dll'aorta, gravidanza - ICD-IX: - 440.1x - Aterosclerosi delle arterie renali - V56.0 - Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea - V56.8 - Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi - 39.95 - Emodialisi (nei codici procedura) - 54.98 - Dialisi Peritoneale (nei codici procedura) - 788.5x – Oliguria ed anuria - 586.xx - Insufficienza renale, non specificata - 403.01 - Nefropatia ipertensiva maligna con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 403.11 - Nefropatia ipertensiva benigna con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 403.91 - Nefropatia ipertensiva non specificata con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.02 – Cardionefropatia ipertensiva maligna senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.03 - Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.12 - Cardionefropatia ipertensiva benigna senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.13 - Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.92 - Cardionefropatia ipertensiva non specificata senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.93 -

Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 584.5x - Insufficienza renale acuta, con necrosi tubulare - 584.6x - Insufficienza renale acuta, con lesioni di necrosi corticale renale - 584.7x - Insufficienza renale acuta, con lesioni di necrosi midollare [papillare] renale - 584.8x - Insufficienza renale acuta, con altre lesioni istologiche renali specificate - 584.9x - Insufficienza renale acuta, non specificata - 585.5x – Malattia Renale Cronica, Stadio V - 585.6x - Malattia Renale Cronica, Stadio Finale - 425.1x – Cardiomiopatia Ipertrofica Ostruttiva - V22 – Gravidanza normale - V23 – Controllo di gravidanza ad alto rischio - 277.6x - Altre Carenze Di Enzimi Circolanti

- Pazienti con diagnosi in qualsiasi posizione, nell'anno precedente al ricovero indice, di: - 570.xx - Necrosi Acuta E Subacuta Del Fegato - 571.xx - Malattia Epatica Cronica E Cirrosi - 573.3x - Epatite, Non Specificata

Numeratore: Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA

Denominatore: Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con ACE inibitori o Sartani alladimissione

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera) e flussi regionali farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	1/07/2020 – 30/06/2021	1/07/2021 – 30/06/2022	1/07/2022 – 30/06/2023

Parole chiave: IMA, terapia con ACE inibitori o Sartani

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 55	TRA 55 E 75	PIÙ DI 75
AO SAN CARLO	MENO DI 55	TRA 55 E 75	PIÙ DI 75

Codice: 3.b.7

Denominazione: Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

Razionale: La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggreganti e statine per il trattamento farmacologico degli eventi di infarto miocardico acuto ed è fortemente indicata per la sua prevenzione secondaria. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali siano stati contestualmente prescritti antiaggreganti e statine al momento della dimissione.

Note per l'elaborazione: Al numeratore si considerano il numero di pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali è stata prescritta terapia contestuale di antiaggregante e statine dopo la dimissione e almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA. Gli ATC di selezione per i farmaci sono:

- Antiaggreganti - B01AC06
- acido acetilsalicilico - B01AC04
- clopidrogrel - B01AC05
- ticlopidina - B01AC22
- prasugrel - B01AC24
- ticagrerol - B01AC30
- DUOPLAVIN Agrenoxx Statine - C10AA

Al denominatore si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI) nel periodo 1/07– 30/06 tra i 18 e i 100 anni, eleggibili alla terapia. I criteri di inclusione sono:

- Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1 – IMA – Episodio iniziale di assistenza) nel periodo 1/07 – 30/06
- In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero
- Solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale a 3 giorni

I criteri di esclusione sono:

- Pazienti deceduti nel ricovero indice
- (per Antiaggreganti) Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: - ICD-IX: - 530.1x - Esofagite - 530.2x - Ulcera dell'esofago - 531.xx - Ulcera gastrica eccetto 531.9x (Ulcera Gastrica non Specificata come Acuta o Cronica, senza Menzione di Emorragia o Perforazione) - 532.xx - Ulcera duodenale eccetto 532.9x (Ulcera Duodenale Non Specificata Come Acuta O Cronica, Senza Menzione Di Emorragia o Perforazione) - 533.xx - Ulcera peptica eccetto 533.9x - 534.xx - Ulcera gastrodigiunale eccetto 534.9x (Ulcera Gastrodigiunale Non Specificata Come Acuta O Cronica, Senza Menzione Di Emorragia O Perforazione) - 535.x1 - Gastrite e duodenite con emorragia - 562.02, 562.03, 562.12, 562.13 - Diverticolosi o diverticolite dell'intestino o colon con emorragia - 238.7x - Trombocitopenia idiopatica emorragica - 286.xx - Difetti della coagulazione - 287.0x - Porpora allergica - 287.3x – Trombocitopenia primaria - 287.4x - Trombocitopenia secondaria - 287.5x - Trombocitopenia NAS - 446.6x – Porpora trombotica trombocitopenia - 432.9x - Emorragia intracranica - 573.8x - Insufficienza epatica severa

- (per Statine) Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: Patologie epatiche acute - ICD-IX: - 570.xx - Necrosi Acuta e Subacuta del Fegato 571.xx - Malattia Epatica Cronica e Cirrosi - 573.3x - Epatite, Non Specificata; Miopatia - ICD-IX: - 358.xx - Disturbi Neuromuscolari - 359.xx - Distrofie Muscolari E Altre Miopatie

Numeratore: Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA

Denominatore: Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con antiaggregante e statine alla dimissione

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera) e flussi regionali farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	1/07/2020 – 30/06/2021	1/07/2021 – 30/06/2022	1/07/2022 – 30/06/2023

Parole chiave: IMA, terapia con antiaggregante e statine

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 60	TRA 60 E 80	PIÙ DI 80
AO SAN CARLO	MENO DI 60	TRA 60 E 80	PIÙ DI 80

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: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.c.2

Denominazione: Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Razionale: Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inappropriatezza indica la prescrizione di esami diagnostici che non conducono ad una decisione terapeutica e inadatti a risolvere il quesito clinico. Tra le metodiche più costose e maggiormente a rischio di inappropriatezza vi è la Risonanza Magnetica (RM), con un particolare focus su RM del rachide lombosacrale, ginocchio ed encefalo. L'indicatore rileva il numero di persone che ripetono l'esame lombare entro 12 mesi dalla prima volta, mostrando un potenziale uso improprio di tale metodica

Note per l'elaborazione: Si considerano i residenti in Regione che eseguono nell'anno una prestazione con codice:

- Risonanza magnetica nucleare della colonna
- Risonanza magnetica nucleare della colonna, senza e con contrasto.

È inclusa la mobilità passiva, sia al numeratore, sia al denominatore. Per l'elaborazione il denominatore è definito nell'anno precedente di quello del numeratore (per esempio per il 2021 il denominatore è riferito al 2020).

Numeratore: Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 giorni successivi alla prima prestazione

Denominatore: Pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente

Fonte: Flusso regionale prestazioni ambulatoriali

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Risonanza Magnetica, rachide lombosacrale

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	PIÙ DI 8	TRA 8 E 6	MENO DI 6
ASM	PIÙ DI 8	TRA 8 E 6	MENO DI 6

Codice: 3.d.1

Denominazione: Recupero della mobilità passiva ospedaliera

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. 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 relative all'anno 2019 (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, 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: Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Calcolo:

drg	Descrizione	Importo mobilità 2019 (€)	Obiettivo (€)			AOR	ASM	CROB
			2021	2022	2023			
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	6.697.095,68	6.027.386	5.424.648	4.882.183	X	X	
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	2.404.013,41	2.163.612	1.947.251	1.752.526	X		
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.740.289,48	1.566.261	1.409.634	1.268.671	X	X	X
481	Trapianto di midollo osseo	1.599.609,90	1.439.649	1.295.684	1.166.116	X		X
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	1.381.103,57	1.242.993	1.118.694	1.006.825	X	X	
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	1.357.249,91	1.221.525	1.099.372	989.435	X	X	
009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	1.282.462,31	1.154.216	1.038.794	934.915	X	X	
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	1.187.690,85	1.068.922	962.030	865.827	X	X	X
002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	1.102.663,84	992.397	893.158	803.842	X		
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	1.079.979,28	971.981	874.783	787.305	X	X	
075	Interventi maggiori sul torace	957.354,25	861.619	775.457	697.911	X		X
149	Interventi maggiori su intestino crasso e	917.457,38	825.712	743.140	668.826	X	X	X

drg	Descrizione	Importo mobilità 2019 (€)	Obiettivo (€)			AOR	ASM	CROB
			2021	2022	2023			
	tenue senza CC							
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	895.048,09	805.543	724.989	652.490	X	X	
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	805.977,65	725.380	652.842	587.558	X	X	X
225	Interventi sul piede	787.710,45	708.939	638.045	574.241	X	X	
035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	717.749,63	645.975	581.377	523.239	X	X	
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	707.200,53	636.480	572.832	515.549	X		
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	692.918,68	623.627	561.264	505.138	X	X	
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	656.160,11	590.544	531.490	478.341	X		X
491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	653.937,75	588.544	529.690	476.721	X	X	
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	634.279,22	570.851	513.766	462.390	X	X	
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	627809,46	565.029	508.526	457.673	X	X	X
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	623129,06	560.816	504.735	454.261	X	X	X
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	585483,64	526.935	474.242	426.818	X	X	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	577.135,27	519.422	467.480	420.732	X	X	
290	Interventi su tiroide	575.508,76	517.957,88	466.162,09	419.545,88	X	X	X
316	Insufficienza renale	572.632,06	515.368,85	463.381,96	417.448,77	X	X	
203	Neoplasie maligne dell'apparto epatobiliare o del pancreas	572.478,48	515.230,63	463.707,56	417.336,81	X	X	X

Parole chiave: mobilità passiva, spesa

Fasce di valutazione aziendale (numero):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 5	TRA 5 E 15	PIÙ DI 15
AO SAN CARLO	MENO DI 6	TRA 6 E 19	PIÙ DI 19
CROB	MENO DI 2	TRA 2 E 8	PIÙ DI 8

Codice: 3.d.2

Denominazione: Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera

Razionale: La Regione Basilicata presenta un saldo di mobilità tra attiva e passiva non favorevole. 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 e migliorare l'attrattività e quindi la mobilità attiva.

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 mobilità passiva ospedaliera

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: mobilità attiva e passiva, spesa

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASM	MENO DI 0,58	TRA 0,58 E 0,62	PIÙ DI 0,62
AO SAN CARLO	MENO DI 0,58	TRA 0,58 E 0,62	PIÙ DI 0,62
CROB	MENO DI 0,58	TRA 0,58 E 0,62	PIÙ DI 0,62

Codice: 4.a.1

Denominazione: Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

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 FWCI di un articolo misura il numero di citazioni ricevute a confronto con la media degli articoli pubblicati nello stesso anno nella stessa specialità. Il FWCI viene calcolato dividendo il numero corrente di citazioni dell'articolo per il numero medio di citazioni ricevuto da pubblicazioni confrontabili (stesso specialità, tipo di output e anno di pubblicazione). Si considerano le pubblicazioni (articles, review articles, conference papers, editorials, books and book chapters) indicizzate nel database Scopus nel triennio precedente (per la valutazione 2021 si considera il triennio 2019-2021, per la valutazione 2022 si considera il triennio 2020-2022, per la valutazione 2023 si considera il triennio 2021-2023).
L'estrazione della produzione scientifica viene effettuata a partire dal database del personale dirigente sanitario (medici e non medici) cosi come individuato per il CROB di Rionero nel workflow della ricerca del Ministero della salute.

Numeratore: Somma dei FWCI dei dirigenti medici dell'Azienda

Denominatore: N. dirigenti medici

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

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	DA 2019 A 2021	DA 2020 A 2022	DA 2021 A 2023

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: 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 2021 si considera il triennio 2019-2021, per la valutazione 2022 si considera il triennio 2020-2022, per la valutazione 2023 si considera il triennio 2021-2023). L'estrazione della produzione scientifica viene effettuata a partire dal database del personale dirigente sanitario (medici e non medici) cosi 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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	DA 2019 A 2021	DA 2020 A 2022	DA 2021 A 2023

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.3

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:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	DA 2019 A 2021	DA 2020 A 2022	DA 2021 A 2023

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: Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni

Razionale: L'accesso e la presa in carico dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita da parte della rete di Cure Palliative entro 3 giorni dalla segnalazione (DM 43/2007). L'obiettivo dello standard è garantire la tempestività di accesso al ricovero in Hospice dal momento di ricezione da parte della Rete della proposta di ricovero. In caso di dimissione dall'ospedale, la data di segnalazione coincide con la data di dimissione.

Note per l'elaborazione: Per i pazienti oncologici assistiti dalla rete di cure palliative si considera la patologia di presa in carico ICD9 140-239 con esclusione dei tumori benigni (210-229) o anamnesi V580 V581 V5811 V5812 V661 V662 V10 in patologia responsabile. Data di Segnalazione = Data ricezione richiesta

Numeratore: Numero di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni

Denominatore: Numero di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa

Fonte: Flusso Hospice

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Assistiti oncologici, Hospice

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

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

Codice: 4.b.2

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), Oxicodoneassociazioni (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. E' 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

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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 1,6	TRA 1,6 E 2,1	PIÙ DI 2,1
ASM	MENO DI 1,6	TRA 1,6 E 2,1	PIÙ DI 2,1

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)	Semestrale (1° semestre entro il 31/5 dell'anno successivo, 2°semestre entro il 30/11 dell'anno successivo)	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 30 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)	ASP ASM AO San Carlo CROB

Flusso	Tempistica Invio	Azienda
Flussi economici: stato patrimoniale (mod. SP)	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
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 30 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	annuale entro il 31/05 anno successivo (Personale) semestrale entro 60 gg successivi (Attività)	ASP ASM
Schede dimissione ospedaliera (SDO)	Mensile (entro il 5 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

Flusso	Tempistica Invio	Azienda
Emergenza – Urgenza (Trasporti)	Trimestrale (entro 20 mese successivo)	ASP
Farmaceutica (Territoriale)	Trimestrale (entro 45 gg successivi)	ASP ASM
Farmaceutica (Mobilità Sanitaria - File F)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM
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
Residenziali/semiresidenziali (ex. Art 26 - AIAS)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM
Residui manicomiali (MANIC)	Annuale	ASP ASM
Ruoli Professionali	Semestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Studio PASSI	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM

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

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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: Percentuale di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse

Razionale: Con l'introduzione del DM 261 del 7 dicembre 2016 si sono integrate ed aggiornati nuove informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che comportano un monitoraggio costante della qualità di compilazione. Una tipologia di inesattezza riscontrabile consiste nell'errore che genera lo scarto completo della SDO trasmessa al Ministero della Salute.

Note per l'elaborazione: La distribuzione degli errori riscontrati sulle strutture di ricovero per acuti viene continuamente monitorata da parte dell'Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona. Le schede sono scartate se i campi previsti ai sensi del DM 261 del 7 dicembre 2016 non rispettano il protocollo ministeriale

Numeratore: Numero di schede con errore riscontrato che genera scarto

Denominatore: Numero totale di schede prodotte

Fonte: Flusso XML SDO

Riferimento: Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Flusso XML SDO, scarto

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASM	PIÙ DI 5	TRA 5 E 3	MENO DI 3
AO SAN CARLO	PIÙ DI 5	TRA 5 E 3	MENO DI 3
CROB	PIÙ DI 5	TRA 5 E 3	MENO DI 3

Codice: 4.c.3

Denominazione: Percentuale di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse

Razionale: Con l'introduzione del DM 261 del 7 dicembre 2016 si sono integrate ed aggiornati nuove informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che comportano un monitoraggio costante della qualità di compilazione. Una tipologia di inesattezza riscontrabile consiste nell'errore che genera anomalie. Tali anomalie rappresentano una scarsa qualità delle informazioni contenute nella SDO sebbene questa venga accettata ai fini amministrativi nella trasmissione al Ministero della Salute.

Note per l'elaborazione: La distribuzione degli errori riscontrati sulle strutture di ricovero per acuti viene continuamente monitorata da parte dell'Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona. Le schede sono segnalate anomale se i campi previsti dal DM 261 del 7 dicembre 2016 non sono correttamente compilati.

Numeratore: Numero di schede con errore riscontrato che genera anomalia

Denominatore: Numero totale di schede prodotte

Fonte: Flusso XML SDO

Riferimento: Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Flusso XML SDO, anomalie

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASM	PIÙ DI 20	TRA 20 E 10	MENO DI 10
AO SAN CARLO	PIÙ DI 20	TRA 20 E 10	MENO DI 10
CROB	PIÙ DI 20	TRA 20 E 10	MENO DI 10

Codice: 4.c.4

Denominazione: Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici

Razionale: La raccolta sistematica e completa del flusso contratti consente di 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 benchmarching 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.
Il Comitato LEA sulla valutazione complessiva regionale **anno 2019** si è così espresso: *La percentuale di numeri di repertorio, presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi per **l'anno 2019**, rispetto ai dati consolidati 2018, raggiunge l'incremento dei 15 punti percentuali necessari, in quanto nel 2018 la percentuale era pari al 21,2% e nel 2019 era pari al 50%.*
Da un esame dei dati regionali riferiti **all'anno 2020** la percentuale di copertura risulta essere inferiore a quella del 2019; tale situazione non consentirebbe al SSR di ottenere per tale anno il giudizio di adempienza dal momento che il valore dell'indicatore deve essere mantenuto o migliorato rispetto all'anno precedente;

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:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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.5

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 consente 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 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:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: flusso contratti, dispositivi medici

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95
AO SAN CARLO	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95
CROB	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95

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'eventi avverso. La Regione Basilicata ha adottato con la Determinazione Dirigenziale 13AN.2019/D.00290 il "Programma regionale per la prevenzione del rischio clinico e per la sicurezza dei pazienti – triennio 2019-2021 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 al Dipartimento 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 80% 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 alla 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 del Dip.to Politiche della Persona
Riferimento: Adempimento LEA
Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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'anno2021 la relazione è presentata nell'anno 2022) 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 del Dip.to Politiche della Persona

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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 inappropriatezza, 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 del Dip.to Politiche della Persona

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2021	2022	2023
PERIODO DATI	2021	2022	2023

Parole chiave: Appropriatezza, 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.f.1

Denominazione: Verifica dell'autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche

Razionale: La Regione Basilicata con L.R. 28/00 e s.m.i. ha disciplinato la materia dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private, prevedendo nel regime transitorio l'immediata applicazione dei requisiti obbligatori solo in caso di attivazione di nuove strutture, di ampliamento o trasformazione di strutture già autorizzate e la temporizzazione degli adeguamenti ai requisiti generali e specifici per le strutture private già autorizzate.
La predetta legge ha specificato che la immediata applicazione dei requisiti non trovava attuazione per le strutture sanitarie pubbliche qualora progetti di ampliamento e trasformazione fossero inseriti in piani sanitari o aziendali già approvati: le strutture sanitarie pubbliche in esercizio pertanto hanno continuato ad operare sulla base del pregresso quadro normativo, essendo tenute al rispetto dei requisiti di cui alla L.R. 28/00 e s.m.i solo in previsione dell'assoggettamento obbligatorio alle procedure di accreditamento (art. 15 – comma 10 L.R. 28/00 e s.m.i.). Ciò è avvenuto con la DGR 2572/05 e con la DGR 1598/06.
L'IRCCS CROB e l' Azienda Sanitaria ASM di Matera - Ospedale "Madonna delle Grazie" – sono le strutture pubbliche che hanno attivato tale procedura a regime.
La predetta L.R. 28/00 all' art. 16 comma 14, al fine di consentire l' immediata operatività delle strutture pubbliche, ha disciplinato l' istituto dell' autorizzazione provvisoria da concedere nelle more di quella definitiva da avviare, secondo le procedure previste dalla legge stessa..

Note per l'elaborazione:

- Per l'**I.R.C.C.S. - C.R.O.B.**, definitivamente autorizzato all' esercizio dell'attività, l' esito positivo (SÌ) è rappresentato dal prosieguo del processo di accreditamento istituzionale come riportato nella DGR 1755 del 08/12/2012, mediante l'invio alla Regione della relativa istanza corredata dalla documentazione di rito entro il 31 dicembre 2021

- Per **l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo** l' esito positivo (SÌ) è rappresentato dal completamento del processo di autorizzazione definitiva, avviato con istanze prodotte entro il 31 dicembre 2015, il 31 dicembre 2016 e il 31 dicembre 2018, per tutte le strutture di seguito riportate, mediante l' invio alla Regione entro il 31 dicembre 2021 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale.

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 – comma 14 - LR 28/00	Istanze autorizzazione art. 6 – LR 28/00 prodotte entro il 31/12/2015 ed il 31/12/ 2016
AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE SAN CARLO	VIA POTITO PETRONE	POTENZA	PZ	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA di III° Liv.	DGR 1131 del 24/07/2006	Nota prot. n. 20150043778 del 30/12/2015 Nota prot n 20180055179 del 31/12/2018
				U.O. MEDICINA DI URGENZA	DGR 688 del 14/05/2007	Nota prot. n. 201543773 del 30/12/2015 Nota prot n 20180055175

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 – comma 14 - LR 28/00	Istanze autorizzazione art. 6 – LR 28/00 prodotte entro il 31/12/2015 ed il 31/12/ 2016
						del 31/12/2018
				U.O. STROKE UNIT	DGR 1023 del 12/07/2011	Nota prot. n. 20150043775 del 30/12/2015 Nota prot n 20180055173 del 31/12/2018
				Padiglione E - U.O.: - Oncologia Medica Day Hospital Oncologico - Hospice - Malattie Infettive - Pneumologia e Reumatologia	DGR 539 del 24/04/2015	Nota prot. n. 20160015385 del 02/05/2016
Presidio Ospedaliero	VIA FOGGIA, 86	MELFI	PZ	U.O. DI CARDIOLOGIAUTIC	DGR 1949 del 22/12/2011	Nota prot. n. 155062 del 14/11/2015
				OTORINOLARINGOIATRIA e ORTOPEDIA	DGR 1999 del 30/12/2011	Nota prot. n. 158233 del 21/12/2015
Presidio Ospedaliero	VILLA D'AGRI	MARSICOVETERE	PZ	REPARTO CARDIOLOGIA - UTIC	DGR 99 del 30/01/2014	Nota prot. n. 145541 del 18/11/2015
				LABORATORIO ANALISI	DGR 99 del 30/01/2014	Nota prot. n. 145542 del 18/11/2015

– Per **l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo** l' esito positivo (SÌ) è rappresentato dall'invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture di seguito riportate, interessate dalle procedure di cui alla LR n 2 /2017, già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16 comma 14 LR 28/00 e smi), entro il 31 dicembre 2021

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 – comma 14 - LR 28/00
Presidio Ospedaliero	VIA FOGGIA, 86	MELFI	PZ	OCULISTICA	DGR 1999 del 30/12/2011
				U.O. DI PEDIATRIA	DGR 1951 del 22/12/2011
				UU.OO. PEDIATRIA/NEONATOLOGIA E OSTETRICIA	DGR 1736 del 29/12/2015
				U.O. DI CARDIOLOGIA- UTIC	DGR 1949 del 22/12/2011
AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE SAN CARLO	VIA POTITO PETRONE	POTENZA	PZ	U.O DI RADIOTERAPIA	DGR 973 del 25/2/2017
Presidio Ospedaliero	VILLA D'AGRI	MARSICOVETERE	PZ	U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	DGR 633 del 5/7/2018

– Per **l'Azienda Sanitaria Locale Potenza –ASP** l' esito positivo (SÌ) è rappresentato dall'invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture di seguito riportate, già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16 comma 14 LR 28/00 e smi), entro il 31 dicembre 2021

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 – comma 14 - LR 28/00
Punto prelievo	CORSO V. EMANUELE,5	VIETRI DI POTENZA	PZ	PUNTO PRELIEVO	DGR 1362 del 16/10/2012
Punto prelievo	VIA S.ANNA	TITO	PZ	PUNTO PRELIEVO	DGR 1589 del 22/12/2014
Punto prelievo	VIA DELLA SPERANZA	PIETRAPERTOSA	PZ	PUNTO PRELIEVO	DGR 515 del 15/6/2018
Punto prelievo	CORSO GIOVANNI XIII	FILIANO	PZ	PUNTO PRELIEVO	DGR 85 del 7/2/2018
Centro di medicina ambientale	VIA R: SCOTELLARO	MARSICOVETERE	PZ	PRELIEVI E ATTIVITA' SERD	DGR 858 del 28/8/2018
Presidio Ospedaliero	VIA SAN NICOLA	MARATEA	PZ	R.S.A. – R2	DGR 86 del 7/2/2018

– Per l' **Azienda Sanitaria Locale Potenza – ASP** l' esito positivo (SÌ) è altresì rappresentato dal completamento del processo di autorizzazione definitiva per le strutture di seguito riportate, mediante l'invio alla Regione entro il 31 dicembre 2021 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 – comma 14 - LR 28/00	Istanze autorizzazione art. 6 – LR 28/00 prodotte entro il 31/12/2015 ed il 31/12/ 2016
Poliambulatorio	Via C. Colombo – Villa D'agri	MARSICOVETERE	PZ	POLIAMBULATORIO		Nota prot. n. 2259 del 12/10/2007
Poliambulatorio	Via del Gallitello	POTENZA	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 1692 del 08/08/2005	Nota prot. n. 30635 del 03/07/2007
Poliambulatorio	Via Aldo Moro	RIPACANDIDA	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 590 del 29/04/2011	Nota prot.n.20110108400 del 25/08/2011
Poliambulatorio	Via Madre Miradio della Provvidenza	RIONERO IN VULTURE	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 1611 del 08/11/2011	Nota prot. n. 20120053945 del 02/05/2012
Poliambulatorio	Via Giustino Fortunato	GENZANO DI LUCANIA	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 1423 del 05/10/2011	Nota prot. n. 20130150909 del 22/10/2013
Presidio Ospedaliero	Contrada S.Lucia	CHIAROMONTE	PZ	R.S.A.	DGR 398 del 21/03/2006	Nota prot. n. 158237 del 21/12/2015
Presidio Ospedaliero	Contrada S.Lucia	CHIAROMONTE	PZ	Centro clinico per la riabilitazione precoce intensiva dei disturbi dello spettro autistico	DGR 742 del 19/07/2017	Nota prot. n.3296 del 10/1/2018
				CENTRO DIALISI	DGR 589 del 29/04/2011	Nota prot. n 3289 del 10/1/2018
				LABORATORIO ANALISI		Nota prot. n 3270 del 10/1/2018

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 – comma 14 - LR 28/00	Istanze autorizzazione art. 6 – LR 28/00 prodotte entro il 31/12/2015 ed il 31/12/ 2016
				LUNGODEGENZA RIABILITATIVA		Nota prot. n 3292 del 10/1/2018
				RADIOLOGIA		Nota prot. n 3265 del 10/1/2018
				Centro riabilitazione alcologica		Nota prot. n 3278 del 10/1/2018
				DCA Centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare		Nota prot. n 3284 del 10/1/2018
Presidio Ospedaliero	VIA SAN NICOLA	MARATEA	PZ	R.S.A.	DGR 398 del 21/03/2006	Nota prot. n. 158242 del 21/12/2015
Sede Distrettuale	VIA SAN NICOLA	MARATEA	PZ	P.S.T. I° LIVELLO e POLIAMBULATORIO	DGR 682 del 13/05/2008	Nota prot. n. 158217 del 21/12/2015
Presidio Ospedaliero	VIA XXV APRILE	LAURIA	PZ	CENTRO SALUTE MENTALE e MEDICINA TERRITORIALE	DGR 588 del 29/04/2011	Nota prot. n. 158228 del 21/12/2015
Polo Sanitario	VIA DELLA FISICA, 18/A	POTENZA	PZ	POLO SANITARIO	DGR 7 del 08/01/2014	Nota prot. n. 128908 del 09/10/2015 e Nota prot. n. 151570 del 03/12/2015
DSB di I° Livello	VIA GUIDO ROSSA, 1	AVIGLIANO	PZ	DSB di I° LIVELLO	DGR 1422 del 05/10/2011	Nota prot. n. 145064 del 18/11/2015
Punto prelievi	VIA REGINA ELENA	MONTEMURRO	PZ	PUNTO PRELIEVI	DGR 1061 del 07/08/2012	Nota prot. n.158224 del 21/12/2015
Presidio Ospedaliero	VIA APPIA, 68	VENOSA	PZ	ONCOLOGIA CRITICA e CURE PALLIATIVE, POLIAMBULATORIO	DGR 102 del 05/02/2013	Nota prot. n. 143787 del 13/11/2015
			PZ	POLIAMBULATORIO		Nota prot. n. 143782 del 13/11/2015
Poliambulatorio	VIA LEONARDO DA VINCI	S.ARCANGELO	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 1131 del 24/09/2013	Nota prot. n. 155953 del 15/11/2015
Presidio Ospedaliero	VIA APPIA, 68	VENOSA	PZ	NUCLEO ALZHEIMER	DGR 16 del 12/01/2016	Nota prot. n. 133668 del 15/12/2017
Presidio Ospedaliero	VIA APPIA, 68	VENOSA	PZ	SALA OPERATORIA		Nota prot. n. 133661 del 15/12/2017
Presidio Ospedaliero	VIA APPIA, 68	VENOSA	PZ	STRUTTURA di OCULUSTICA		Nota prot. n. 134696 del 19/12/2017

– Per **l'Azienda Sanitaria Locale Matera – ASM** l'esito positivo (SÌ) è rappresentato dall'invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per la struttura di seguito riportata, già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16 comma 14 LR 28/00 e smi), entro il 31 dicembre 2021

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 – comma 14 - LR 28/00
Centro Dialisi c/o P.O. di Tinchi	CONTRADA TINCHI	PISTICCI	MT	CENTRO DIALISI	DGR 971 del 25/09/2017
U.O. Ostetricia e Ginecologia	CONTRADA CHIANCALATA	MATERA	MT	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA di I° Liv.	DGR 2007 del 22/12/2006

– Per l' **Azienda Sanitaria Locale Matera –ASM** l' esito positivo (SÌ) è altresì rappresentato dal prosieguo del processo di accreditamento istituzionale come riportato nelle deliberazioni indicate in tabella, mediante l' invio alla Regione della relativa istanza corredata dalla documentazione di rito entro il 31 dicembre 2021.

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 – comma 14 - LR 28/00	Autorizzazione Definitiva Art 5 LR 28/200
Ospedale "Madonna delle Grazie"	CONTRADA CHIANCALATA	MATERA	MT	PRESIDIO OSPEDALIERO	DGR 1625 del 05/07/2004	DGR 967 del 25/9/2018
Presidio Ospedaliero	VIA SALERNO	POLICORO	MT	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - R.M.N.	DGR 365 del 27/03/2012	DGR 968 del 26/9/2018

Parole chiave: Autorizzazione/accreditamento strutture pubbliche, Invio documentazione alla Regione

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 5 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 sforato il limite di spesa annuale per il personale, fissato dalla deliberazione di Giunta regionale 06.11.2019, n. 798 (riferita al triennio 2019-2021); 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 con DGR 06.11.2019, n. 798.

Calcolo:

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	2021	2022	2023

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: Attuazione PTFP 2021-2023.

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 e 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 e Aziendale e nel rispetto dei limiti di spesa per il personale, a legislazione vigente.

Le Aziende del SSR hanno tutte Adottato il proprio P.T.F.P. per il triennio 2021-2023, come successivamente approvato dalla Regione Basilicata entro il 31.12.2020.

Note per l'elaborazione: Il concretizzarsi delle previsioni contenute da tali PTFP 2021-2023, 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.

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 2021-23 per il medesimo anno.

Fonte: Ufficio Personale del Servizio sanitario Regionale.

Riferimento: Artt. 6 e 6-ter del D. Lgs. 165/2001, D.M. 08.05.2018 e DGR 06.11.2019, n. 799.

Calcolo: assunzioni effettuate / assunzioni previste x 100

	2021	**2022**	**2023**
PERIODO DATI	**2021**	**2022**	**2023**

Parole chiave: Assunzioni personale.

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	**PARZIALE 50%**	**COMPLETO 100%**
ASP	MENO DI 50	TRA 51 E 75	PIÙ DI 75
ASM	MENO DI 50	TRA 51 E 75	PIÙ DI 75
AO SAN CARLO	MENO DI 50	TRA 51 E 75	PIÙ DI 75
CROB	MENO DI 50	TRA 51 E 75	PIÙ DI 75