



DELIBERAZIONE N° 202600026

SEDUTA DEL 06/02/2026

Ufficio pianificazione sanitaria, verifica degli obiettivi, innovazione e qualità

13BE

STRUTTURA PROPONENTE

OGGETTO

Approvazione della proposta di Piano socio-sanitario regionale 2026- 2030 ai sensi della Legge regionale 39/2001 art. 38 e della Legge regionale 4/2007 – art. 15 da sottoporre al Consiglio regionale

Relatore ASSESSORE DELEGATO ALLA SALUTE E ALLE POLITICHE SOCIALI

La Giunta, riunitasi il giorno 06/02/2026 alle ore 16:00 nella sede dell'Ente,

			Presente	Assente
1.	Bardi Vito	Presidente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Pepe Pasquale	VicePresidente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Latronico Cosimo	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Cicala Carmine	Assessore	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5.	Cupparo Francesco	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Mongiello Laura	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Segretario: Salvatore Capezzuto

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

Visto del Dirigente Generale

IL DIRIGENTE GENERALE Domenico Tripaldi

Ufficio Ragioneria Generale e Fiscalità Regionale

PRENOTAZIONE IMPEGNI

Num. Preimpegno	Bilancio	Missione.Programma.Titolo.Macroaggr.	Capitolo	Importo Euro

IMPEGNI

Num. Impegno	Bilancio	Missione.Programma Titolo.Macroaggr.	Capitolo	Importo Euro	Atto	Num. Prenotazione	Anno

IL DIRIGENTE

Allegati N° 3

Atto soggetto a pubblicazione integrale integrale senza allegati per oggetto per oggetto e dispositivo sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata

LA GIUNTA REGIONALE

- VISTA** la L. n. 241/90 ad oggetto: “*Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*” e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D.lgs. n. 165/2001, recante: “*Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*” e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D. Lgs. n. 82 del 7.03.2005, recante “*Codice dell’amministrazione digitale.*”;
- VISTA** la Legge n. 136 del 13.08.2010, in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;
- VISTO** il D.lgs. n. 33/2013 e ss.mm. ii. concernente il riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni;
- VISTA** la L.R. n. 12/96 e ss.mm.ii., recante “*Riforma dell’organizzazione amministrativa regionale.*”;
- VISTO** lo Statuto della Regione Basilicata, approvato con Legge Statutaria Regionale 17/11/2016 n. 1 e successive modifiche e integrazioni;
- VISTA** la D.G.R. n. 11/1998, recante: “*Individuazione degli atti di competenza della Giunta.*”;
- VISTO** il D.P.G.R. n. 153 del 9.7.2024 avente ad oggetto “*Art. 48, comma 1, lettera d), art. 49, 50, 51 e 55 dello Statuto della Regione Basilicata. Nomina componenti della Giunta regionale della Basilicata.*”;
- VISTA** la L.R. 30.12.2019 n. 29, recante: “*Riordino degli uffici della Presidenza e della Giunta regionale e disciplina dei controlli interni.*”;
- VISTA** la D.G.R. n. 63 del 9.2.2021 recante “*Legge regionale 30.12.2019 n. 29. Regolamento di delegificazione avente ad oggetto “Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Basilicata – Approvazione.” adottato ai sensi dell’articolo 56, comma 3, dello Statuto regionale;*”
- VISTO** il Regolamento regionale del 10.02.2021, n. 1, recante “*Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Basilicata.*”, pubblicato sul Bollettino Ufficiale del 10.02.2021 - Serie speciale, emanato ai sensi dell’art. 2 della richiamata legge regionale n.29/2019 e successive modifiche;
- VISTA** la D.G.R. n. 768 del 6.10.2021, avente ad oggetto: “*Strutture amministrative della Giunta regionale. Graduatorie e avvio procedimento di rinnovo degli incarichi dirigenziali.*”;
- VISTA** la D.G.R. n. 906 del 12.11.2021 avente ad oggetto: “*Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarichi.*” e ss.mm.ii.;
- VISTA** la D.G.R. n. 179 dell’8.04.2022 avente ad oggetto: “*Regolamento interno della Giunta regionale della Basilicata – Approvazione.*”;
- VISTO** il D.P.G.R. n. 80 del 5.05.2022 pubblicato sul BUR n. 20 del 6.05.2022 avente ad oggetto: “*Regolamento regionale controlli interni di regolarità amministrativa. Emanazione.*”;
- VISTA** la D.G.R. n. 314 dell’8.06.2023 avente ad oggetto: “*Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarico.*”;
- VISTA** la D.G.R. n. 48 del 31.01.2024 avente ad oggetto: “*Conferimento incarichi dirigenziali presso la Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona*” e ss.mm.ii.;
- VISTA** la D.G.R. n. 506 del 14.08.2024 avente ad oggetto: “*Art. 3 Regolamento 10 febbraio 2021 n. 1. Conferimento incarichi di Direzione Generale.*”;
- VISTA** la D.G.R. n. 258 del 23.05.2025 avente ad oggetto: “*Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarico.*”;
- VISTA** la D.G.R. n. 783 del 17.12.2025 avente ad oggetto: “*Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarico.*”;

VISTA la D.G.R. n. 89 del 12.03.2025 avente ad oggetto: *“Preso d’atto, ai sensi dell’art. 15 del Regolamento regionale n. 1 del 5 maggio 2022, pubblicato sul Bur n. 20 del 6 maggio 2022, del “Piano annuale dei controlli interni di regolarità amministrativa di tipo successivo - anno 2025.”;*

VISTA la D.G.R. n. 315 del 20.06.2025 avente ad oggetto: *“Art. 5 comma 2 Regolamento 10 febbraio 2021, n. 1. Organizzazione delle Strutture amministrative della Giunta regionale.” e successive modifiche;*

VISTA la D.G.R. n. 455 del 05.08.2025 avente ad oggetto: *“Regolamento regionale 11 ottobre 2024, n. 4 - Ulteriori adempimenti organizzativi.”;*

VISTA la D.C.R. n. 102 del 23.04.2025, avente ad oggetto: *“Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) 2025 – 2027 – APPROVAZIONE.”;*

VISTA la D.G.R. n. 133 del 28.03.2025 avente ad oggetto: *“Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027 – Approvazione ai sensi dell’art. 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, in Legge 6 agosto 2021, n. 113 come modificato con Legge 24 febbraio 2023, n. 14 art. 11-bis.” e successive modifiche;*

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante Istituzione del Servizio sanitario nazionale”;

VISTO lo Statuto regionale, all’art. 58 – atti di programmazione;

VISTO il D.lgs. n.502/92 e s.m.i. di riforma del Servizio Sanitario Nazionale, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», e successive modificazioni ed integrazioni, con particolare riferimento all’art. 3- septies che disciplina le forme di integrazione socio-sanitaria;

RICHIAMATO l’articolo 1, comma 13, del predetto decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 laddove stabilisce che il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale;

VISTE

- la L.R. n.39/2001 di "riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- la L.R. n.12/2008 recante " riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale";
- la L.R. n.2/2017 di "riordino del Servizio Sanitario Regionale";

VISTA la L.R. n.4/2007 "Rete Regionale Integrata dei Servizi di Cittadinanza Sociale" e, in particolare, l’art. 15 della medesima legge, che riconduce alla programmazione regionale e alle politiche regionali di intervento la definizione del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona, che il Consiglio Regionale approva su proposta della Giunta Regionale;

RICHIAMATO l’art.38 della L.R. n.39/2001, ai sensi del quale detto Piano *“rappresenta il piano strategico degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi volti a soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale” ed “assume a riferimento gli obiettivi del Piano sanitario nazionale”;*

ATTESO che il Ministero della Salute ha emanato in data 23 settembre 2016 un Atto di indirizzo che individua gli obiettivi strategici della politica sanitaria del successivo triennio, in termini di opportunità e vincoli nelle seguenti macroaree:

1. prevenzione;

2. comunicazione;
3. politiche in materia di ricerca sanitaria;
4. politiche sanitarie internazionali;
5. promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria;
6. sistema informativo e statistico sanitario;
7. dispositivi medici, stupefacenti e altri prodotti di interesse sanitario;
8. promozione della salute pubblica veterinaria e della sicurezza degli alimenti;
9. politiche per l'efficienza gestionale;

VISTO il precedente Piano Sanitario Regionale della Salute e dei Servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 "*ammalarsi meno, curarsi meglio*" approvato con Delibera di Consiglio Regionale n. 317 del 24 luglio 2012;

RICHIAMATA la precedente deliberazione n. 659 del 4 novembre 2024 "*POC BASILICATA 2014-2020. Ammissione a finanziamento Progetto Digitalizzazione dei processi di programmazione controllo e governance del Sistema Sanitario della Basilicata*", e le conseguenti Determinazioni Dirigenziali n. 13BA.2024/D.00386 del 11.11.2024 e n. 13BD.2024/D.00394 del 14.11.2024, con le quali si è aderito all'Accordo Quadro Consip "*Sanità Digitale – Sistemi informativi gestionali*" - Lotto 6;

ATTESO che nell'ambito del citato accordo era contenuta la previsione della predisposizione di un Piano Regionale integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità da elaborarsi dagli uffici della Direzione Generale con il supporto tecnico-scientifico di EY ADVISORY ed ALTEMS - Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore", nell'ambito del citato Accordo Quadro;

DATO ATTO che la D.G.R. n. 70 del 13.02.2025 ha approvato il "*documento programmatico per la redazione del Piano Regionale integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla comunità 2026 – 2030 ai sensi dell'art.38 della L.R. 39/2001 e della L.R. del 12 gennaio 2017 n. 2 art. 3 comma 1*";

TENUTO CONTO che le sfide emergenti – demografiche, epidemiologiche, tecnologiche e sociali – impongono un ripensamento strutturale delle politiche sanitarie, dei modelli organizzativi, delle competenze professionali e delle metriche di valutazione dei risultati;

RILEVATA, pertanto, l'esigenza di definire un nuovo piano strategico per il sistema socio-sanitario regionale sulla base dei principi e disposizioni nonché degli atti di programmazione socio-sanitaria nazionali allo scopo di orientare, in modo coerente ed integrato, le politiche regionali verso un modello di sanità pubblica equa, accessibile, sostenibile e orientata ai bisogni delle persone e delle comunità, promuovendo un sistema centrato sulla qualità dei servizi, sull'appropriatezza delle prestazioni, sull'innovazione organizzativa e tecnologica e sull'integrazione tra ambito sanitario e sociale;

TENUTO CONTO, inoltre, che l'elaborazione della proposta del nuovo PSSR si è basata sui seguenti principi:

- a) utilizzo di indicatori qualitativi e quantitativi aggiornati e sistematici, per comprendere la configurazione e i risultati del SSR lucano e i processi di trasformazione in essere,
- b) adozione costante di prospettive comparative,
- c) utilizzo sistematico di *Good Practice* come elementi di confronto,
- d) valorizzazione delle rilevanti informazioni disponibili, utilizzando la significativa quantità di dati strutturati ed aggiornati di cui dispongono la Regione e le sue Aziende oltre che dei sistemi di

- valutazione nazionali (Nuovo Sistema di garanzia, Piano nazionale esiti, ecc...) per disporre di solidi e riconosciuti sistemi valutativi,
- e) sintesi delle politiche sanitarie già attive e deliberate, come il piano di prevenzione, il piano di sviluppo dei nuovi *setting* territoriali, gli interventi evolutivi del FSE 2.0,
 - f) analisi dei dati di sistema e delle dinamiche ambientali esterne e loro interrelazione;

EVIDENZIATO che, nel quadro dei principi sanciti dalla citata L.R. n. 4/2007, il Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla persona, si delinea come strumento di programmazione per affermare e garantire i diritti di cittadinanza sociale, emergenti dalla rilevazione delle esigenze e dei bisogni della comunità regionale, tanto da rendere necessario acquisire il parere preventivo obbligatorio della "Consulta permanente per la programmazione sociale e sanitaria", da istituirsi ai sensi dell'art. 17 della medesima legge;

RILEVATO che tale Consulta permanente per la programmazione sociale e sanitaria non è stata mai costituita;

EVIDENZIATO, tuttavia, che la costruzione del Piano è stata accompagnata da un ampio processo di ascolto e confronto, che ha coinvolto istituzioni, professionisti, associazioni e cittadini, in un percorso temporale che ha visto le seguenti più rilevanti tappe:

- a) 4-5 aprile - Aziende Sanitarie, sindacati di categoria, Ordini Professionali;
- b) 11 giugno - Università degli Studi della Basilicata, Giunta Regionale, IV Commissione Sanità;
- c) 11 luglio - Matera - istituzioni, società scientifiche, sanità privata, sindacati confederati;
- d) 16 settembre - Potenza -rappresentanti delle istituzioni territoriali, associazioni e terzo settore;

DATO ATTO che tale percorso ha consentito di percepire il reale fabbisogno di salute e di assistenza della popolazione lucana, essendosi articolato in un ampio processo partecipativo tra i vari componenti del sistema sanitario, le istituzioni locali e le espressioni organizzate della comunità, con lo scopo di comprendere la domanda nell'ambito di una comunità solidale, attraverso l'ascolto e il confronto tra soggetti omologhi, tra fornitori e fruitori di servizi, con amministrazioni locali, università, terzo settore, organizzazioni sindacali e sanità privata, quale elemento fondante di una cittadinanza democratica;

RILEVATO, pertanto,

- a) che le consultazioni effettuate hanno garantito un significativo spazio di espressione a tutti i soggetti interessati, comprese le componenti già individuati per la prevista Consulta di cui all'art.17 della L.R. n.4/2007, non costituita;
- b) che i pareri e le operazioni pervenuti, risultano acquisiti nella proposta di Piano, con conseguenti modifiche ed integrazioni alle Linee Programmatiche di cui alla D.G.R. n.70/2025;
- c) che ciò costituisce adempimento sostanziale delle previsioni di cui all'art. 17 della L.R. n. 4/2007;

RITENUTO, pertanto, di dover adottare la proposta di “Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2026-2030” – allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale – unitamente al documento “Indicatori di monitoraggio e target” e al “documento fonti di finanziamento” anch’essi allegati, da trasmettere, per i pareri di competenza, al Consiglio regionale e al Ministro della Salute;

DATO ATTO, inoltre che

- a) ai sensi del comma 2 dell'art. 38 della citata L.R. n.39/2001, sulla proposta di Piano Sanitario Regionale adottato con la presente deliberazione della Giunta Regionale, verrà acquisito il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di cui all'art. 12 della medesima L.R. n.39/2001;
- b) ai sensi dell'art. 1 comma 14 del D.lgs. n.502/92, sarà acquisito il parere del Ministro della Salute;

su proposta dell'Assessore alla Salute e alle Politiche della Persona e PNRR

DELIBERA

Per le ragioni indicate in premessa che si intendono integralmente richiamate:

1. **DI ADOTTARE** la proposta di "Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2026-2030", allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, unitamente al documento "Indicatori di monitoraggio e target" e al "documento fonti di finanziamento" anche essi allegati.
2. **DI TRASMETTERE** la già menzionata documentazione, per i pareri di competenza alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, ai sensi del comma 2 dell'art. 38 della L.R. n.39/2001 e al Ministro della Salute, ai sensi dell'art. 1 comma 14 d.lgs. n.502/92.
3. **DI TRASMETTERE** la presente deliberazione e i suoi allegati al Consiglio regionale per l'adozione definitiva del Piano, previa acquisizione dei pareri di cui al precedente punto 2.

L'ISTRUTTORE _____

IL RESPONSABILE P.O. _____

IL DIRIGENTE **Maria Luisa Zullo** _____

LA PRESENTE DELIBERAZIONE È FIRMATA CON FIRMA DIGITALE QUALIFICATA. TUTTI GLI ATTI AI QUALI È FATTO RIFERIMENTO NELLA PREMESSA E NEL DISPOSITIVO DELLA DELIBERAZIONE SONO DEPOSITATI PRESSO LA STRUTTURA PROPONENTE, CHE NE CURERÀ LA CONSERVAZIONE NEI TERMINI DI LEGGE.

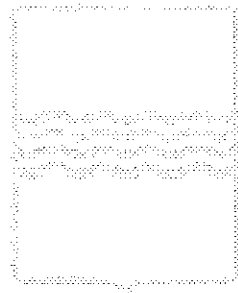
Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO **Salvatore Capezzuto**

IL PRESIDENTE

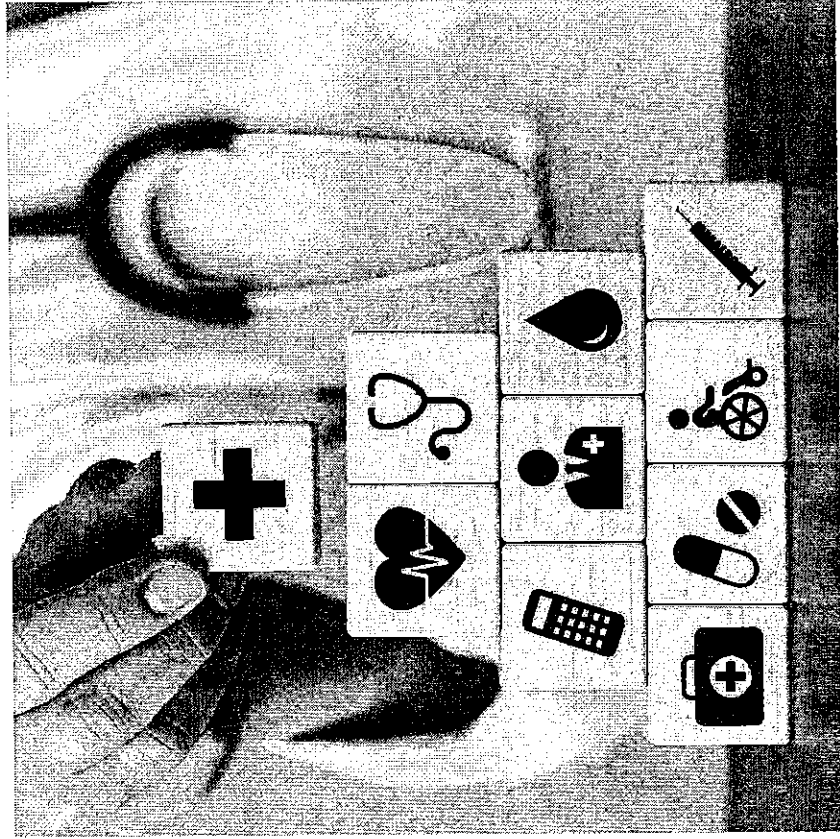
Vito Bardi

Si attesta che copia in formato digitale viene trasmessa al Consiglio Regionale tramite pec dall'Ufficio Legislativo e della Segreteria della Giunta



REGIONE BASILICATA

**PIANO REGIONALE INTEGRATO DELLA SALUTE E DEI SERVIZI ALLA PERSONA
E ALLA COMUNITÀ 2026-2030**



REGIONE BASILICATA

Indice

Fonti di finanziamento - Macroaree4

Fonti di finanziamento – Dettaglio.....5

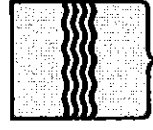
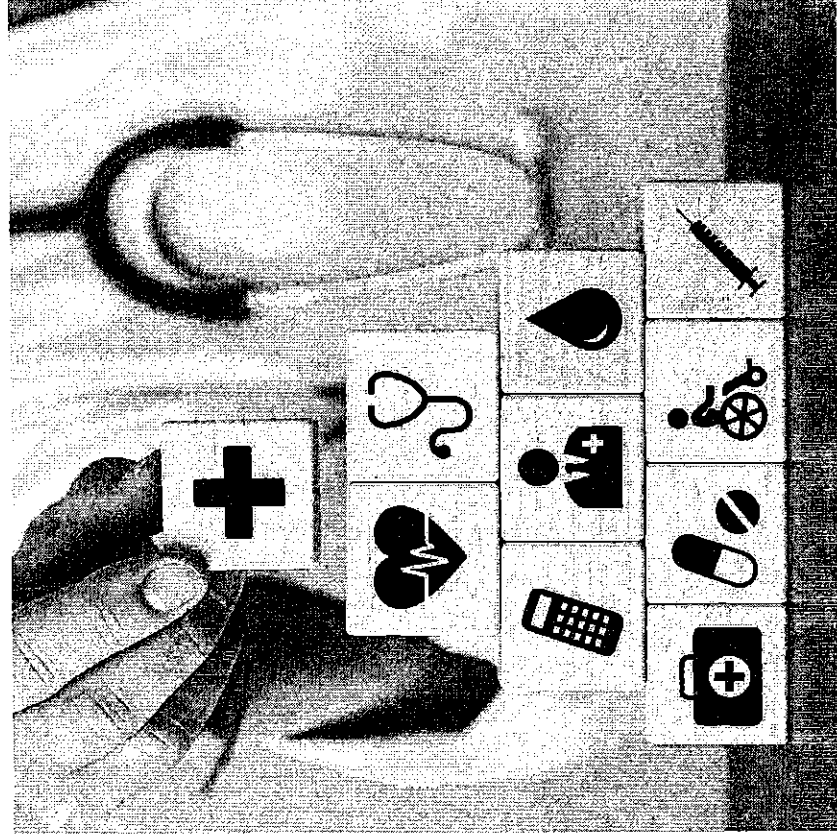
Fonti di finanziamento aggiuntive – Sintesi per Macroaree

Macroarea		
<i>Macroarea (a) - Migliorare la salute e il benessere della popolazione, con un'attenzione particolare all'invecchiamento attivo</i>	<p>Obiettivo generale (1a): Sviluppare e promuovere politiche di prevenzione per la tutela della salute della popolazione e degli individui</p> <p>Obiettivo generale (2a): Aggiungere anni di vita in buona salute rispetto all'aumento dell'aspettativa di vita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PR Basilicata FESR FSE+ 2021-2027 (FSE+, FESR) • PNES 21-27 (FSE+, FESR) • PNES 21-27- Accordo ASM-INPM (FESR) • PNES 21-27- Accordo ASP-INPM (FESR) • FAMI 2021-2027 (FAMI)
<i>Macroarea (b) - Garantire l'accesso equo ai servizi sanitari, superando le sfide dovute alla dispersione geografica</i>	<p>Obiettivo generale (1b): Assicurare nuovi modelli di gestione integrata in grado di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale anche nelle aree interne e in quelle disagiate</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PR Basilicata FESR FSE+ 2021-2027 (FSE+, FESR) • PNES 21-27- Accordo ASM-INPM (FESR) • PNES 21-27- Accordo ASP-INPM (FESR) • FAMI 2021-2027 (FAMI)
<i>Macroarea (c) - Migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari</i>	<p>Obiettivo Generale (1c): Implementazione degli strumenti di clinical governance e ottimizzazione dei processi a supporto</p> <p>Obiettivo Generale (2c): Valorizzazione del patrimonio informativo regionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PR Basilicata FESR FSE+ 2021-2027 (FSE+, FESR) • PNES 21-27 (FSE+, FESR) • PNES 21-27- Accordo ASM-INPM (FSE+, FESR) • PNES 21-27- Accordo ASP-INPM (FSE+, FESR) • FAMI 2021-2027 (FAMI)
<i>Macroarea (d) - Prevedere, promuovere e sostenere, l'innovazione e lo sviluppo di eccellenze territoriali attraverso la collaborazione con le Università, gli enti di ricerca regionali e nazionali</i>	<p>Obiettivo Generale (1d): Valorizzare le eccellenze territoriali e i centri di competenza clinica e assistenziale promuovendo la collaborazione tra il SSR, le università, gli enti di ricerca e le imprese</p> <p>Obiettivo Generale (2d): Promuovere l'adozione e la diffusione di tecnologie sanitarie innovative</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PR Basilicata FESR FSE+ 2021-2027 (FESR) • PNES 21-27 (FSE+, FESR) • PNES 21-27- Accordo ASM-INPM (FSE+, FESR) • PNES 21-27- Accordo ASP-INPM (FSE+, FESR)
<i>Macroarea (e) – Promuovere e sostenere l'innovazione</i>	<p>Obiettivo Generale (1e): Attuare e consolidare la governance clinico-assistenziale e organizzativa prevista nel PNRR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PR Basilicata FESR FSE+ 2021-2027 (FSE+, FESR) • PNES 21-27 (FSE+, FESR) • PNES 21-27- Accordo ASM-INPM (FESR) • PNES 21-27- Accordo ASP-INPM (FESR) • FAMI 2021-2027 (FAMI)

						Dotazione	
					<p>intervento, etc.), anche a servizio delle Rete Oncologica Regionale.</p>		
				<p>18 ASSISTENZA A LUNGO TERMINE</p>	<p>Azioni innovative (es. accordi di coabitazione, condominio/vicolo solidale, etc.), finalizzate a ridurre l'impatto sulle cronicità, evitando l'ospedalizzazione inappropriata. Sperimentazione di forme innovative per l'assistenza di lunga durata (assistenza domiciliare comunitaria, forme di residenza condivisa, "dopo di noi", gruppi-appartamento, etc.), con il contributo di tutti gli stakeholder interessati (es. associazioni di familiari), anche in progettazione con Enti terzo settore ai sensi dell'art.55 del D.Lgs. 117/2017.</p>	<p>9.765.525,64</p>	<p>7.000.000,00</p>
				<p>20 ACCESSO AI SERVIZI ESSENZIALI</p>	<p>Azioni innovative di coabitazioni e assistenza domiciliare (risoluzione dei conflitti nelle coabitazioni, sostegno nella ricerca di abitazioni adeguate, sostegno economico temporaneo per gli affitti attraverso voucher, consegna dei farmaci (a carico del SSN) a domicilio, etc.) Target di riferimento: donne vittime di episodi di violenza domestica che non denunciano perché frenate dall'incertezza del futuro abitativo, padri singoli con reddito insufficiente, famiglie mono-genitoriali con presenza di minori, studenti fuori sede non rientranti in altre forme di sostegno, migranti ecc.</p>	<p>6.528.564,90</p>	
<p>FESR</p>	<p>9. Servizi di comunità e cultura</p>	<p>RSO4.5. Garantire parità di accesso all'assistenza sanitaria e promuovere la resilienza dei sistemi sanitari, compresa l'assistenza sanitaria di base, come anche promuovere il passaggio dall'assistenza</p>	<p>16 ASSISTENZA SANTARIA</p>		<p>Azioni di promozione della telemedicina per la presa in carico e cura delle persone con cronicità (es. diabete, cardiovascolare, BPCO, etc.) con l'intervento di operatori sanitari a partire dall'infermiere di comunità e offerta diagnostica diretta al</p>	<p>10.840.000,00</p>	<p>0,00</p>

CATEGORIA	FONDO	DESCRIZIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	DOTAZIONE	DOTAZIONE	
PNES 21- 27- Accordo ASM-INPM	FESR	assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità (FSE+)	RSO4.5. Garantire parità di accesso all'assistenza sanitaria e promuovere la resilienza dei sistemi sanitari, compresa l'assistenza sanitaria di base, come anche promuovere il passaggio dall'assistenza istituzionale a quella su base familiare e sul territorio (FESR)	Potenziamento sperimentazione della psicooncologia integrata	450.000,00	450.000,00		
				Personale per motorhome oncologici	640.000,00	-		
	FESR				Screening oncologici: potenziamento strutturale e tecnologico	1.420.478,00	1.420.478,00	
					Adeguamento/ Potenziamento tecnologico dei Consultori Familiari	1.050.000,00	1.050.000,00	
					Ristrutturazione e adeguamento degli spazi per la salute mentale	1.195.000,00	1.195.000,00	
					Più vicini alle persone: consolidamento dello screening colon-rettale	450.000,00	450.000,00	
	FSE+				Acquisto motorhome	706.120,00	-	
					Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica	755.244,00	755.244,00	
						Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	398.079,40	398.079,40
						Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni	35.604,36	35.604,36
Mediazione di sistema						8.199,79	8.199,79	
Investimento strutturale, tecnologico. Strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di outreach						429.840,92	429.840,92	
FESR					Acquisizione e dotazione di protesi odontoiatriche	338.780,88	338.780,88	
					Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria presso la popolazione target	8.631,36	8.631,36	

**PIANO REGIONALE INTEGRATO DELLA SALUTE E DEI SERVIZI ALLA PERSONA
E ALLA COMUNITÀ 2026-2030 – INDICATORI DI MONITORAGGIO E TARGET**



REGIONE BASILICATA

Indice

Macroarea (a) – Migliorare la salute e il benessere della popolazione, con un'attenzione particolare all'invecchiamento attivo	4
Macroarea (a) – Obiettivo Generale (1a): Sviluppare e promuovere politiche di prevenzione per la tutela della salute della popolazione e degli individui.....	4
Macroarea (a) – Obiettivo Generale (2a): Aggiungere anni di vita in buona salute rispetto all' aumento dell' aspettativa di vita.....	4
Macroarea (a) – Indicatori e Target.....	5
Macroarea (b) – Garantire l'accesso equo ai servizi sanitari, superando le sfide dovute alla dispersione geografica.....	10
Macroarea (b) – Obiettivo Generale (1b): Assicurare nuovi modelli di gestione integrata in grado di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale anche nelle aree interne e in quelle disagiate.....	10
Macroarea (b) – Indicatori e Target.....	11
Macroarea (c) – Migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari	16
Macroarea (c) – Obiettivo Generale (1c): Implementazione degli strumenti di clinical governance e ottimizzazione dei processi a supporto.....	16
Macroarea (c) – Obiettivo Generale (2c): Valorizzazione del patrimonio informativo regionale.....	16
Macroarea (c) – Indicatori e Target.....	17
Macroarea (d) – Prevedere, promuovere e sostenere l'innovazione e lo sviluppo di eccellenze territoriali attraverso la collaborazione con le Università, gli enti di ricerca regionale e nazionali	46
Macroarea (d) – Obiettivo Generale (1d): Valorizzare le eccellenze territoriali e i centri di competenza clinica e assistenziale promuovendo la collaborazione tra il SSR, le università, gli enti di ricerca e le imprese.....	46
Macroarea (d) – Obiettivo Generale (2d): Promuovere l'adozione e la diffusione di tecnologie sanitarie innovative	46
Macroarea (d) – Indicatori e Target.....	47
Macroarea (e) – Promuovere e sostenere l'innovazione.....	52
Macroarea (e) – Obiettivo Generale (1e): Attuare e consolidare la governance clinico-assistenziale e organizzativa prevista nel PNRR.....	52
Macroarea (e) – Indicatori e Target.....	53

Macroarea (a) – Migliorare la salute e il benessere della popolazione, con un'attenzione particolare all'invecchiamento attivo

Macroarea (a) – Obiettivo Generale (1a): Sviluppare e promuovere politiche di prevenzione per la tutela della salute della popolazione e degli individui

Macroarea (a) – Obiettivo Generale (2a): Aggiungere anni di vita in buona salute rispetto all'aumento dell'aspettativa di vita

Macroarea (a) – Indicatori e Target

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IA1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	$y = 0, x \in [0-90]$ $y = 30 * x - 2700, x \in [90-92]$ $y = 13,3333 * x - 1166,6667, x \in [92-95]$ $y = 100, x \in [95-100]$ Verso: CRESCENTE	Target: 95% Soglia: (92, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Ufficio Prevenzione Sanità Umata, Veterinaria e Sicurezza Alimentare
IA2	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	$y = 0, x \in [0-90]$ $y = 30 * x - 2700, x \in [90-92]$ $y = 13,3333 * x - 1166,6667, x \in [92-95]$ $y = 100, x \in [95-100]$ Verso: CRESCENTE	Target: 95% Soglia: (92, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Ufficio Prevenzione Sanità Umata, Veterinaria e Sicurezza Alimentare
IA3	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi	$y = 0, x \in [0-25]$ $y = 1,3333 * x - 33,3333, x \in [25-100]$ Verso: CRESCENTE	Target: 100% Soglia: (70, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Ufficio Prevenzione Sanità Umata, Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IA4	<p>alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino</p> <p>Copertura delle principali attività di controllo della contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale</p>	<p>animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino</p> <p>Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale</p>	<p>$y = 0, x \in [0-50)$ $y = 2 * x - 100, x \in [50-100)$ Verso: CRESCENTE</p>	<p>Target: 100% Soglia: (80, 60) Soglia di significatività: 0,1</p>	<p>Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica</p>	<p>Ufficio Prevenzione Sanità Ummana, Veterinaria e Sicurezza Alimentare</p>
IA5	<p>Indicatore composito sugli stili di vita</p>	<p>Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari</p>	<p>FONTE ISTAT $y = 100, x \in [0-25)$</p>	<p>Target: <25% Soglia: (40, 60) Soglia di significatività: 0,1</p>	<p>Indicatori NSG – CORE, anno 2022.</p>	<p>Ufficio Prevenzione Sanità Ummana, Veterinaria e</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IA6	Proportione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello in Regione	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali (cervice uterina).	$y = -2,6667 * x + 166,6667, x \in [25-40)$ $y = -1 * x + 100, x \in [40-50)$ $y = -3,3333 * x + 216,6667, x \in [50-65)$ $y = 0, x \in [65-100)$ Verso: DECRESCENTE $y = 0 [65 - 100)$ Verso: DECRESCENTE	Target: 50% Soglia: (25, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Ufficio Prevenzione Sanità Umata, Veterinaria e Sicurezza Alimentare
IA7	Proportione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello in Regione	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella	MAMMELLA $y = 0, x \in [0-10)$ Verso: CRESCENTE	Target: 60% Soglia: (35, 60)	Indicatori NSG – CORE, anno 2022.	Ufficio Prevenzione Sanità Umata, Veterinaria e

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
	screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali (mammella).	$y = 2,4 * x - 24, x \in [10-35]$ $y = 1,6 * x + 4, x \in [35-60]$ $y = 100, x \in [60-100]$ Verso: CRESCENTE	Soglia di significatività: 0,1	A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Sicurezza Alimentare
IA8	Preparazione di persone che non si sottopongono al test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon-retto	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali (colon-retto).	COLON $y = 0, x \in [0-10]$ $y = 4 * x - 40, x \in [10-25]$ $y = 1,6 * x + 20, x \in [25-50]$ $y = 100, x \in [50-100]$ Verso: CRESCENTE	Target: 50% Soglia: (25, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Ufficio Prevenzione Sanità Umana, Veterinaria e Sicurezza Alimentare
IA9	Raggiungimento e/o mantenimento dello status di territorio indenne per brucellosi e tubercolosi nei bovini e bufalini	Rapporto tra numero di allevamenti ed animali da sottoporre a controllo e numero di allevamenti e animali controllati	Numero di allevamenti e animali da sottoporre a controllo / Numero di allevamenti e animali controllati	Target: 100%	Sistema di valutazione 2025–2027 – Obiettivi Direttori Generali – Appropriazione Tutela della Salute	Ufficio Prevenzione Sanità Umana, Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IA10	per brucellosi negli ovi-caprini	di allevamenti ed animali controllati. Rapporto tra il numero di utenti dei servizi di salute mentale con un piano di cura che prevede il coinvolgimento di almeno due figure professionali e il numero totale di utenti presi in carico nello stesso periodo	Numero utenti dei servizi di salute mentale con piano di cura multidisciplinare (coinvolgimento ≥ 2 figure professionali / Numero totale utenti presi in carico x 100	Target: >50%	Adempimento D.Lgs 2 maggio 2024 Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)	Ufficio Prevenzione Sanità Umana, Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Macroarea (b) – Garantire l'accesso equo ai servizi sanitari, superando le sfide dovute alla dispersione geografica

Macroarea (b) – Obiettivo Generale (1b): Assicurare nuovi modelli di gestione integrata in grado di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale anche nelle aree interne e in quelle disagiate

Macroarea (b) – Indicatori e Target

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IB1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopati a cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.	$y = 100, x \in [0-343]$ $y = -1,3333 * x + 557,3333, x \in [343-418]$ $y = 0, x \in [418-550]$ Verso: DECRESCENTE	Target: 343 Soglia: (373, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IB2	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopati a cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.	$y = 100, x \in [0-109]$ $y = -5,9701 * 10^{(x-1)} * x + 165,0746, x \in [109-276,5]$ $y = 0, x \in [276,5-350]$ Verso: DECRESCENTE	Target: 109 Soglia: (176, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IB3	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Misurare la percentuale di interventi di emergenza non effettuati entro i tempi previsti rispetto al fabbisogno di risposta rapida al cittadino	$y = 100, x \in [0-18]$ $y = -4,4444 * x^2 + 160 * x - 1340, x \in [18-22,7434]$ $y = 0, x \in [22,7434-27]$ Verso: DECRESCENTE	Target: 18 Soglia: (21, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IB4	Percentuale di prestazioni erogate entro i tempi rispetto al fabbisogno di assistenza sanitaria di classe B	Evidenziare la percentuale di prestazioni non erogate entro i tempi rispetto al fabbisogno di assistenza sanitaria di classe B	$y = 0, x \in [0-50]$ $y = 6 * x - 300, x \in [50-60]$ $y = 1,3333 * x - 20, x \in [60-90]$ $y = 100, x \in [90-100]$ Verso: CRESCENTE	Target: 90% Soglia: (60, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IB5	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti Antibiotici	Misurare la percentuale di consumo eccessivo di antibiotici rispetto al fabbisogno di utilizzo appropriato per prevenire resistenze	$y = 100, x \in [0-5652]$ $y = -2,4829 * 10^{-(2 * x + 240,3352, x \in [5652-9679,5])}$ $y = 0, x \in [9679,5-10000]$ Verso: DECRESCENTE	Target: 5652 Soglia: (7263, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IB6	Tasso di pazienti trattati in assistenza	Evidenziare la percentuale di pazienti non assistiti	CIA 1 $y = 0, x \in [0-0,5]$	CIA 1 Target: 4% Soglia: (2,6, 60)	Indicatori NSG – CORE, anno 2022.	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IB7	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Misurare la percentuale di pazienti riammessi rispetto al fabbisogno di interventi efficaci post-dimissione	$y = 28,5714 * x - 14,2857, x \in [0,5-4]$ $y = 100, x \in [4-6]$ Verso: CRESCENTE; CIA 2 Target: 2,5% Soglia: (1,9, 60) CIA 2 $y = 0, x \in [0-1]$ $y = 66,6667 * x - 66,6667, x \in [1-2,5]$ $y = 100, x \in [2,5-6]$ Verso: CRESCENTE; CIA 3 Target: 2% Soglia: (1,5, 60) CIA 3 $y = 0, x \in [0-0,75]$ $y = 80 * x - 60, x \in [0,75-2]$ $y = 100, x \in [2-6]$ Verso: CRESCENTE	Soglia di significatività: 0,1 CIA 2 Target: 2,5% Soglia: (1,9, 60) Soglia di significatività: 0,1 CIA 3 Target: 2% Soglia: (1,5, 60) Soglia di significatività: 0,1 Target: <4% Soglia: (6,9, 60) Soglia di significatività: 0,1	B) Assistenza distrettuale Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IB8	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Evidenziare la percentuale di pazienti deceduti	Verso: DECRESCENTE $y = 0, x \in [0-5]$ $y = 2 * x - 10, x \in [5-55]$	Target: 55% Soglia: (35, 60)	Indicatori NSG – CORE, anno 2022.	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IB9	<p><i>Valia Vere di cure palliative su territorio dedicato per cause di morte</i></p> <p>Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)</p>	<p>per tumore che non hanno ricevuto assistenza palliativa rispetto al fabbisogno di cure appropriate</p> <p>Evidenziare la percentuale di anziani non trattati rispetto al fabbisogno totale di trattamenti socio-sanitari</p>	<p>$y = 100 \cdot x \in [55-100]$ Verso: CRESCENTE</p> <p>$y = 2,439 * x, x \in [0-41]$ $y = 100, x \in [41-60]$ Verso: CRESCENTE</p>	<p>Soglia di significatività: 0,1</p> <p>Target: 41%</p> <p>Soglia: (24,6, 60)</p> <p>Soglia di significatività: 0,1</p>	<p>B) Assistenza distrettuale</p> <p>Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale</p>	<p>Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica degli Obiettivi, Innovazione e Qualità</p>
IB10	% di pazienti in dimissione protetta presi in carico dal territorio	Indicatore che misura la quantità di pazienti in dimissione protetta rispetto al totale dei dimessi entro 30 giorni	N° pazienti PIC territorio con valutazione da dimissione protetta entro 30gg / N° pazienti PIC territorio dimessi entro 30gg	>=25%	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona – Ufficio Pianificazione sanitaria, verifica degli obiettivi, innovazione e qualità	Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica degli Obiettivi, Innovazione e Qualità
IB11	% pazienti con accesso a struttura territoriale (adp-cp, rsa	Indicatore che misura la quantità di pazienti con accesso a struttura	% pazienti con accesso a struttura territoriale (adp-cp, rsa	>=70%	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona – Ufficio	Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica degli Obiettivi,

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
	<i>hospice, rsa non autosufficienti, rsa salute mentale, rsa disabili) con valutazione su Atlante</i>	territoriale che sono valutati su Atlante in dimissione protetta rispetto al totale dei dimessi entro 30 giorni	hospice, rsa non autosufficienti, rsa salute mentale, rsa disabili) con valutazione su atlante		Pianificazione sanitaria, verifica degli obiettivi, innovazione e qualità	Innovazione e Qualità

Macroarea (c) – Migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari

Macroarea (c) – Obiettivo Generale (1c): Implementazione degli strumenti di clinical governance e ottimizzazione dei processi a supporto

Macroarea (c) – Obiettivo Generale (2c): Valorizzazione del patrimonio informativo regionale

Macroarea (c) – Indicatori e Target

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC1	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	Il tasso di ospedalizzazione descrive la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale.	$y = 100, x \in [0-140]$ $y = -2 * x + 380, x \in [140-160]$ $x = 160, x \in [160-160]$	Target: 140 Soglia: (160, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IC2		Viene definita la necessità di curare la patologia della mammella in centri multidisciplinari dedicati, dotati di specifici criteri organizzativi e tecnologici ed atti ad erogare un numero sufficiente di nuovi casi l'anno, almeno 150, a	$y = 0, x \in [0-1,2702]$ $y = 1,2702 * 10^{-(2-x)}$ $2) * x^2 - 3,2266 * x + 2,0492 * 10^{-(2-x)}$	Target: 90% Soglia: (70, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC3	<p><i>Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario</i></p>	<p>garanzia dell'efficacia e sicurezza dell'intervento, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team.</p> <p>Indicatore di inappropriata del setting assistenziale. Mira a valutare la bontà dell'organizzazione e della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.</p>	<p>$y = 100, x \in [0-0,15]$</p> <p>$y = -444,4444 * x + 166,6667, x \in [0,15-0,375]$</p> <p>$y = 0, x \in [0,375-0,6]$</p> <p>Verso: DECRESCENTE</p>	<p>Target: < 0,15</p> <p>Soglia: (0,24, 60)</p> <p>Soglia di significatività: 0,1</p>	<p>Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>
IC4	<p><i>Proporzioni di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni</i></p>	<p>Misura di esito per valutare le performance della struttura</p>	<p>$y = 0, x \in [0-40]$</p> <p>$y = 2 * x - 80, x \in [40-90]$</p> <p>$y = 100, x \in [90-100]$</p> <p>Verso: CRESCENTE</p>	<p>Target: 90</p> <p>Soglia: (70, 60)</p> <p>Soglia di significatività: 0,1</p>	<p>Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC5	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	L'indicatore valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti ultrasessantenni con frattura del femore, per i quali le evidenze scientifiche concordano sulla necessità di effettuare l'intervento chirurgico entro le 48 ore.	$y = 1,6667 * 10^{(2) * x^2}$, $x \in [0-60)$ $y = 2 * x - 60$, $x \in [60-80)$ $y = 100$, $x \in [80-100)$ Verso: CRESCENTE	Target: 80% Soglia: (60, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IC6	Misura il grado di appropriatezza delle scelte dei medici e delle partorienti.	Misura il grado di appropriatezza delle scelte dei medici e delle partorienti.	$y = 100$, $x \in [0-15)$ $y = 2,0323 * 10^{(1) * x^2 - 15,1129 * x}$ $+ 280,968$, $x \in [15-37,1825)$ $y = 0$, $x \in [37,1825-50)$ Verso: DECRESCENTE	Target: < 15% Soglia: (20, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC7	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti	Misura il grado di appropriatezza delle scelte dei medici e delle partorienti.	$y = 100, x \in [0-20]$ $y = 2,0323 * 10^{(-1)}$ $1) * x^2 - 17,1452 * x$ $+ 361,6133, x \in [20-42,1825]$ $y = 0, x \in [42,1825-50]$	Target: < 20% Soglia: (25, 60) Soglia di significatività: 0,1	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IC8	Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti che deve essere inferiore o uguale alla media nazionale	Misura la spesa farmaceutica effettuata convenzionata o per acquisti diretti che deve essere inferiore o uguale alla media nazionale	Spesa farmaceutica convenzionata + spesa farmaceutica per acquisti diretti	<= valore nazionale	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona – Aziende Sanitarie e "Farmastat"	Responsabile farmaceutica
IC9	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	Misura l'appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital per acuti con finalità diagnostica, considerando le dimissioni da strutture pubbliche e	N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica / N. residenti	Target: < 1,5	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriatezza Area Clinica	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC10		private accreditate dei residenti in regione Misura la quota di interventi chirurgici, individuati come erogabili in Day- Surgery dal Patto per la Salute, eseguiti effettivamente in questa modalità anziché in ricovero ordinario. Esprime il grado di appropriatezza organizzativa delle strutture, poiché un ricovero più lungo in tali casi non è clinicamente necessario e comporta un utilizzo inefficiente delle risorse	N. di ricoveri effettuati in Day- Surgery per i Drg LEA Chirurgici / N. di ricoveri effettuati in Day- Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici	Target: 75-85%	Sistema di valutazione 2025- 2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriatezza Area Clinica	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC11	<p>Proporzione di interventi chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano</p>	<p>Misura la quota di pazienti anziani operati entro 2 giorni dal ricovero. Interventi tempestivi riducono mortalità e disabilità. Il valore aziendale è la media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi</p>	<p>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) / Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore</p>	<p>Target: 60%</p>	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriata Area Clinica</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>
IC12	<p>Percentuale di interventi conservativi sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella</p>	<p>Esprime la quota di interventi conservativi e nipple/skin sparing – ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella, riflettendo la</p>	<p>codice A (numero interventi conservativi su corpo mammario per carcinoma infiltrante e in situ / codici A+B+C (numero interventi chirurgici alla mammella per</p>	<p>Target: >80%</p>	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriata Area Clinica</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC13	Mortalità a trenta giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)	<p>qualità del trattamento chirurgico secondo gli standard EUSOMA. Sono considerati i ricoveri ordinari e in Day Hospital di pazienti femminili residenti, indipendentemente dalla regione di cura</p> <p>Misura la percentuale di pazienti deceduti entro 30 giorni dall'intervento di BPAC isolato, eseguito per trattare malattia coronarica avanzata. L'intervento migliora la sopravvivenza rispetto alla sola terapia medica, con rischi legati</p>	carcinoma infiltrante e in situ	Target: < 2,15	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali –Performance – Appropriatezza Area Clinica	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC14	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	<p>soprattutto allo stato generale del paziente. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi</p> <p>Misura la percentuale di pazienti deceduti entro 30 giorni dall'intervento isolato di riparazione o sostituzione di valvole cardiache. Rappresenta un indicatore della qualità delle strutture di cardiocirurgia. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture</p>	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 / Numero di ricoveri con esecuzione di valvuloplastica isolata o sostituzione di	Target: < 2.6%	Sistema di valutazione 2025 – 2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriatezza Area Clinica	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC15	<p><i>Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti</i></p>	<p>ospedaliere, pesata per numero di casi</p> <p>Misura la quota di pazienti con IMA sottoposti a PTCA entro 90 minuti dall'arrivo in ospedale. La tempestività dell'intervento è associata a migliori esiti clinici e ridotta mortalità. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi.</p>	<p>valvole cardiache isolate</p> <p>Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti / Numero di episodi di IMA</p>	<p>Target: > 60%</p>	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriatezza Area Clinica</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>
IC16	<p><i>Misura del numero di pazienti deceduti entro 30 giorni dall'evento di infarto miocardico acuto. Riflette</i></p>	<p>Misura la percentuale di pazienti deceduti entro 30 giorni dall'evento di infarto miocardico acuto. Riflette</p>	<p>Numero di episodi di IMA, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data del ricovero</p>	<p>Target: < 6%</p>	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriatezza Area Clinica</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
		l'efficacia dei trattamenti tempestivi ed appropriati, particolarmente critici nella fase precoce dell'IMA. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi	indice / Numero di episodi di IMA			
IC17	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Misura la quota di pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica dimessi entro 3 giorni dall'intervento. Riflette l'efficacia e la rapidità della gestione post-operatoria. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a 3 giorni	Target: > 60%	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriatezza Area Clinica	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC18	Prevalenza di parto cesareo (esclusivamente)	<p>strutture ospedaliere, pesata per numero di casi</p> <p>Misura la quota di parti cesarei primari, ossia cesarei tra donne senza precedenti cesarei, rispetto al totale dei parti. Riflette la qualità dell'assistenza ostetrica e l'appropriatezza della pratica clinica. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi, con soglie di riferimento secondo D.M. 70/2015: 15% per maternità di I</p>	<p>Numero di parti cesarei primari / Numero totale di parti</p>	Target: <15-25%	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriatezza Area Clinica</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC19	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<p>livello (<1000 parti) e 25% per maternità di il livello (>1000 parti)</p> <p>Misura la quota di dimissioni da ricovero diurno per accertamenti diagnostici, effettuate in strutture pubbliche e private accreditate, lasciando disponibili i posti letto per pazienti con reale necessità di ricovero ordinario. Sono esclusi casi di trapianto, oncologici in terapia radioterapica o chemioterapica, dimessi da unità speciali (spinale, riabilitazione,</p>	N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica / N. di ricoveri per acuti in DH	Target: < 5-15%	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriatezza Area Clinica	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC20	Percentuale di ricoveri oncologici in strutture ospedaliere, pesata per numero di casi	lungodegenti, neuroriabilitazione e, cure palliative), medicina del lavoro e deceduti. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi	Numero di ricoveri con diagnosi principale o secondaria tumorale e quelli con anamnesi di tumore (V10.xx) / Numero di Ricoveri (si escludono dal calcolo i ricoveri effettuati per terapia del dolore)	Target: 90%	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Appropriatezza Area Clinica	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
		Misura la quota di ricoveri con diagnosi oncologica (ICD9CM 140-2399, V580, V581.1) sul totale dei ricoveri. Riflette l'attività oncologica delle strutture, con particolare riferimento agli IRCCS specializzati, come il CROB della Basilicata. Il valore				

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC21	Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (>= 65 anni)	<p>aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi</p> <p>Misura la quota di persone ≥65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare con valutazione tramite scheda unica o Unità di Valutazione Multidisciplinare, escludendo prestazioni occasionali monoprofessionali . Riflette l'appropriatezza e l'organizzazione dei percorsi di assistenza domiciliare. Il valore aziendale è</p>	<p>Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione / Popolazione residente >= 65 anni</p>	<p>Target: >= 10%</p>	<p>Sistema di valutazione 2025–2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance – Efficacia assistenza territoriale</p>	<p>Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica degli Obiettivi, Innovazione e Qualità</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC22		<p>calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi, con obiettivo $\geq 10\%$ della popolazione over 65 secondo il decreto PNRR 13 marzo 2023</p> <p>Misura la quota di pazienti con codice arancione al triage trattati entro 15 minuti dall'accettazione, riflettendo la tempestività delle visite e la qualità del servizio di Pronto Soccorso. Sono esclusi gli accessi con tempi di attesa negativi o superiori a 1440 minuti e quelli con esito "giunto</p>	<p>N. accessi in Pronto Soccorso con codice arancione visitati entro 15 minuti / N. accessi in Pronto Soccorso con codice arancione</p>	<p>Target: > 93%</p>	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali – Efficacia percorso emergenza urgenza</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC23	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice azzurro visitati entro 1 ora	cadavere". Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi, in linea con i target dell'Accordo CSR 143/2019	N. accessi in Pronto Soccorso con codice azzurro visitati entro 1 ora / N. accessi in Pronto Soccorso con codice azzurro	Target: > 70%	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali -- Performance organizzative e cliniche aziendali - Efficacia percorso emergenza urgenza	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
		Misura la quota di pazienti con codice azzurro al triage trattati entro 60 minuti dall'accettazione, riflettendo la tempestività nella gestione delle urgenze differibili. Sono esclusi gli accessi con tempi di attesa negativi o superiori a 1440 minuti e quelli con esito "giunto cadavere". Il valore aziendale è				

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC24	Percentuale di Pronto Soccorso con codice verde dimessi a domicilio o a strutture ambulatoriali entro 2 ore dall'ingresso, escludendo i casi inviati in Osservazione Breve. Riflette l'efficienza complessiva del percorso in Pronto Soccorso, incluse eventuali prestazioni diagnostiche o	calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi, in linea con i target dell'Accordo CSR 143/2019	N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 2 ore / N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero	Target: > 80%	Sistema di valutazione 2025 – 2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali – Efficacia percorso emergenza urgenza	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC25	Intervallo Allarme – Target dei mezzi di soccorso (minuti)	consulenze specialistiche. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi Misura la tempestività di risposta del sistema di emergenza 118 come tempo intercorso tra la ricezione della chiamata e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto. L'indicatore è calcolato sul 75° percentile degli intervalli, considerando solo i casi con codice di criticità Rosso o Giallo, ed escludendo le	Tempi (in minuti) registrati tra la chiamata e l'arrivo del primo mezzo di soccorso, per ciascun evento incluso (codici di criticità Rosso o Giallo, tempi compresi tra 1 e 180 minuti, escluso elisoccorso) / Numero totale degli eventi di soccorso che soddisfano i criteri di inclusione.	Target: <20 %	Sistema di valutazione 2025–2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali – Efficacia percorso emergenza urgenza	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC26	Percentuale di riferimento (KPI) per il numero di biosimilari	<p>missioni di elisoccorso e i tempi fuori range (1-180 minuti). Riflette la capacità del sistema di garantire interventi rapidi nelle emergenze tempo-dipendenti</p> <p>Misura la quota di unità posologiche di farmaci biosimilari sul totale delle unità posologiche di riferimento (ATC 5° livello). Riflette l'adozione dei biosimilari come opzione terapeutica appropriata. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento,</p>	<p>Il valore dell'indicatore corrisponde al tempo (in minuti) al di sotto del quale si colloca il 75% delle missioni valide.</p> <p>Numero totale unità posologiche solo biosimilari / Numero totale unità posologiche (biosimilari + originator)</p>	Target: >= 95%	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali – Appropriata prescrittiva farmaceutica</p>	Responsabile farmaceutica

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC27	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	<p>pesata per numero di casi</p> <p>Misura il consumo di antibiotici (ATC J01) sul territorio in Defined Daily Dose (DDD), riflettendo l'uso appropriato di questi farmaci e il rischio di sviluppo di resistenze. Sono considerati solo i farmaci erogati in regime convenzionale o in distribuzione diretta. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi</p>	<p>DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo (diretta e convenzionata) / Popolazione pesata x 365 giorni</p>	Target: < 12	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali</p> <p>– Appropriata prescrizione farmaceutica</p>	Responsabile farmaceutica
IC28	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per	<p>Misura il numero di prestazioni di risonanza magnetica</p>	<p>Numero accessi RM Scheletriche pazienti</p>	Target: < 20	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
		<p>muscolo-scheletrica erogate ai residenti >65 anni ogni 1000 abitanti, riflettendo l'intensità prescrittiva nella fascia anziana.</p> <p>Prestazioni eccessive possono indicare un uso potenzialmente inappropriato.</p> <p>Sono considerate le prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate, escluse quelle per Interni e per pronto soccorso. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di</p>	<p>anni, relativi ai residenti / Popolazione residente >= 65 anni</p>		<p>– Performance organizzative e cliniche aziendali</p> <p>– Appropriata prescrittiva diagnostica</p>	

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC29	Recupero della mobilità passiva ospedaliera	<p>riferimento, pesata per numero di casi</p> <p>Misura il numero di DRG per i quali la spesa sostenuta per ricoveri in mobilità passiva dai residenti non supera la soglia massima annua ammissibile, secondo i tetti di valorizzazione definiti per il recupero della spesa. Riflette l'efficacia delle aziende nell'ottimizzare l'offerta sanitaria regionale e ridurre i costi derivanti dalla mobilità passiva. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei DRG su cui ciascuna azienda</p>	<p>Numero di DRG per i quali la spesa sostenuta dall'azienda non supera la soglia massima annua ammissibile / Numero totale dei DRG selezionati su cui l'azienda ha la capacità di intervenire</p>	<p>Target CROB: >3 Target S. Carlo > 18 Target ASM: > 12</p>	<p>Sistema di valutazione 2025–2027 – Obiettivi Direttori Generali</p> <p>– Performance organizzative e cliniche aziendali</p> <p>– Efficienza mobilità ospedaliera</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC30	Sostanzialità del fabbisogno interno	<p>può intervenire, in base alla capacità di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo di riduzione</p> <p>Misura la capacità delle aziende di rispondere al fabbisogno di cure dei residenti sul territorio, rapportando la produttività interna alla mobilità passiva dei cittadini. Riflette l'efficacia dell'offerta sanitaria regionale e la capacità di ridurre i ricoveri fuori regione. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei DRG o delle prestazioni erogabili, pesata</p>	<p>Valore economico della mobilità passiva ospedaliera / Valore economico del fabbisogno (somma della mobilità passiva ospedaliera e produttività aziendale per i residenti)</p>	<p>Target ASM: >= 44% (2026), >=40 (2027) Target S. Carlo: >= 13% Target CROB: >= 62% (2026), >=60 (2027)</p>	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali – Efficienza mobilità ospedaliera</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente
IC31	Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera	<p>per numero di residenti serviti</p> <p>Misura la capacità delle aziende di attrarre pazienti da altre regioni rapportando la mobilità attiva alla produttività aziendale. Riflette l'efficienza e l'attrattività del sistema sanitario regionale, evidenziando punti di forza e potenziali aree di miglioramento. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei DRG o delle prestazioni su cui ciascuna azienda può intervenire, pesata per numero di pazienti serviti</p>	<p>Valore economico della mobilità attiva ospedaliera / Valore economico della produttività aziendale</p>	<p>Target ASM: >= 15% (2026), >= 18% (2027)</p> <p>Target S. Carlo: >= 17% (2026), 20% (2027)</p> <p>Target CROB: >= 37%</p>	<p>Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi</p> <p>Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali</p> <p>– Efficienza mobilità ospedaliera</p>	<p>Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC32	Realizzazione sistema regionale cybersecurity	Misura l'avvenuta implementazione del data lake per la raccolta dei flussi obbligatori, riflettendo la capacità della regione di organizzare e centralizzare i dati sanitari	SI/NO	SI (Entro dicembre 2028)	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona – Ufficio PNRR e sanità digitale	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IC33	Realizzazione sistema regionale cybersecurity	Misura l'avvenuta implementazione del sistema regionale di cybersecurity per la protezione dei dati e delle infrastrutture sanitarie, riflettendo la capacità della Regione di garantire sicurezza informatica	SI/NO	SI (Entro dicembre 2028)	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona – Ufficio PNRR e sanità digitale	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IC34	Realizzazione cruscotto governance regionale	Misura l'avvenuta implementazione del cruscotto di governance regionale,	SI/NO	SI (Entro dicembre 2028)	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona – Ufficio	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC35	Realizzazione DPIA per i software regionali	<p>strumento di monitoraggio e supporto decisionale per le politiche sanitarie, riflettendo la capacità della Regione di centralizzare e rendere fruibili dati e informazioni strategiche</p> <p>Misura l'avvenuta effettuazione della Data Protection Impact Assessment sui software regionali, valutando la conformità della Regione alle normative sulla protezione dei dati personali e la gestione dei rischi privacy</p>	SI/NO	SI (Entro dicembre 2028)	<p>Direzione Generale per la salute e le politiche della persona – Ufficio PNRR e sanità digitale</p>	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IC36	Integrazione SaaS regionali e SIVT regionale a PIV	Misura l'avvenuta integrazione dei Sistemi Gestionali	SI/NO	SI (Entro dicembre 2028)	Decreto 19 febbraio 2025 –	Ufficio PNRR e Sanità Digitale

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC37	Integrazione specifiche a sistemi locali	Regionali e del Sistema di Monitoraggio Territoriale con il Piano Nazionale di Telemedicina, riflettendo la capacità della Regione di garantire interoperabilità e coordinamento dei dati sanitari	SI/NO	SI	Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina» della M6C1 del PNRR	(Sistemi Informativi)
		Misura l'avvenuta integrazione delle specifiche regionali nei sistemi informativi locali, riflettendo la capacità della Regione di garantire interoperabilità, uniformità dei dati e coerenza con le direttive regionali	SI/NO	SI	Decreto 19 febbraio 2025 – Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina» della M6C1 del PNRR	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IC38	Integrazione a sistemi regionali	Misura la disponibilità e l'aggiornamento dei dispositivi	SI/NO	SI	Decreto 19 febbraio 2025 – Ripartizione delle risorse residue	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC39	Evoluzioni software	medici necessari per l'erogazione dei servizi sanitari regionali	Misura SI/NO	SI	Decreto 19 febbraio 2025 – Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina» della M6C1 del PNRR	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
		Misura l'implementazione degli aggiornamenti e delle evoluzioni software dei sistemi sanitari regionali, riflettendo la capacità della Regione di garantire funzionalità aggiornate e interoperabilità	SI/NO	SI	Decreto 19 febbraio 2025 – Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina» della M6C1 del PNRR	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IC40	Pazienti cronici trattati in Telemedicina – target regione	Misura la percentuale di pazienti cronici inclusi nei programmi di telemedicina rispetto al target fissato a livello regionale	Pazienti cronici trattati in telemedicina / Pazienti cronici totali in regione x 100	100% (Entro dicembre 2026)	Decreto 19 febbraio 2025 – Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina»	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IC41	Piani terapeutici digitali attivati su FSE	Misura la percentuale di piani terapeutici digitali correttamente attivati e resi disponibili sul Fascicolo Sanitario Elettronico rispetto al totale dei piani terapeutici attivati nella regione	N. Piani terapeutici digitali disponibili su FSE / N. totale piani terapeutici attivati	90% (Entro dicembre 2028)	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona – Ufficio PNRR e sanità digitale	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Macroarea (d) – Prevedere, promuovere e sostenere l’innovazione e lo sviluppo di eccellenze territoriali attraverso la collaborazione con le Università, gli enti di ricerca regionale e nazionali

Macroarea (d) – Obiettivo Generale (1d): Valorizzare le eccellenze territoriali e i centri di competenza clinica e assistenziale promuovendo la collaborazione tra il SSR, le università, gli enti di ricerca e le imprese

Macroarea (d) – Obiettivo Generale (2d): Promuovere l’adozione e la diffusione di tecnologie sanitarie innovative

Macroarea (d) – Indicatori e Target

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
ID1	Contenimento della spesa del personale sanitario	Esprime il rispetto del limite di spesa per il personale, definito dal Decreto Calabria (D.L. 35/2019) e dalla DGR 521/2024, calcolato sulla base della spesa 2018 o 2004 (-1,4%) e incrementato annualmente in rapporto al Fondo sanitario regionale. La valutazione è positiva se l'Azienda rispetta il tetto fissato e negativa in caso di superamento	SI/NO	SI	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali – Monitoraggio spesa del personale sanitario	Ufficio Risorse Umane del SSR
ID2		Esprime il grado di attuazione dei Piani triennali dei fabbisogni di personale delle Aziende ed Enti del SSR, adottati e	Numero delle assunzioni effettuate con le procedure di reclutamento del personale	100%	Artt. 6 e 6-ter del D. Lgs. 165/2001, D.M. 08.05.2018 e PT.FP. Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi	Ufficio Risorse Umane del SSR

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente
		approvati nei tempi stabiliti dalla normativa (D. Lgs. 165/2001, D.M. 08/05/2018, DGR 799/2019). Riflette la capacità di garantire programmazione del personale coerente con i LEA, superamento del precariato ed efficienza organizzativa	indette ed avviate nell'anno / Numero totale assunzioni previste dal PTFP 2025-2027 per il medesimo anno		Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali	monitoraggio
ID3	Attuazione del Piano stralcio di fabbisogno di personale territoriale 2025-2027	Esprime il grado di attuazione dei PTFP stralcio territoriali approvati con DGR 948/2022, fondamentali per la programmazione dell'assistenza sanitaria territoriale. La valutazione è positiva se ciascuna Azienda sanitaria realizza almeno il 20% dei corsi	Numero delle assunzioni effettuate con le procedure di reclutamento del personale indette ed avviate nell'anno / Numero totale assunzioni previste dal PTFP stralcio territoriale 2025-2027	100%	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali – Monitoraggio spesa del personale sanitario	Ufficio Risorse Umane del SSR

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
ID4	Indicatore di performance	<p>previsti nel 2025 e almeno il 40% negli anni 2026 e 2027, negativa in caso contrario</p> <p>Misura la percentuale di utilizzo del fondo di quota variabile in relazione agli AACNN e agli AAIRR vigenti. L'indicatore consente di verificare l'effettiva programmazione aziendale e l'attuazione dei programmi e progetti finalizzati, garantendo la partecipazione dei medici convenzionati al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla contrattazione nazionale e regionale</p>	<p>relativamente a ciascun anno di riferimento</p> <p>Risorse economiche impiegate per la realizzazione dei programmi e progetti finalizzati / Totale fondi di parte variabile</p>	<p>>=76% (Rilevazione annuale 31 dicembre)</p>	<p>AACNN MMG (04.04.2024), SPEC.AMB. (04.04.2024) e PLS (25.07.2024) e AAIRR vigenti. Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali – Monitoraggio spesa del personale sanitario</p>	<p>Ufficio Risorse Umane del SSR</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
ID5	<i>Comunicazione entro il 31 gennaio di ogni anno dei dati per la pubblicazione degli incarichi vacanti (Ruolo unico MMG e PLS) – 2025/2027</i>	Misura il rispetto da parte delle Aziende Sanitarie Locali dei termini previsti dagli AACCN per la trasmissione dei dati necessari alla Regione Basilicata per la pubblicazione, entro il 31 marzo, degli incarichi vacanti relativi al Ruolo Unico di Assistenza Primaria e alla Pediatria di Libera Scelta. L'indicatore consente di verificare la puntualità e l'adempimento delle Aziende rispetto agli obblighi di comunicazione stabiliti a livello nazionale e regionale	SI/NO	SI	<p>Publicazioni</p> <p>Località carenti</p> <p>Ruolo Unico MMG e PLS – comunicazione dei dati.</p> <p>Sistema di valutazione 2025–2027 – Obiettivi Direttori Generali –</p> <p>Conseguimento di obiettivi strategici regionali –</p> <p>Monitoraggio spesa del personale sanitario</p>	<p>Ufficio Risorse Umane del SSR</p>

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
ID6	VALUTAZIONE del Servizio Sanitario Regionale (SSR) della Regione Siciliana della Regione Lazio della Regione Marche della Regione Toscana della Regione Umbria	Misura la quota di corsi formativi effettivamente espletati rispetto a quelli previsti annualmente dal Piano straordinario, riflettendo l'attuazione del percorso di sviluppo delle competenze del personale sanitaria. La valutazione è positiva se ciascuna Azienda sanitaria realizza almeno il 20% dei corsi previsti nel 2025 e almeno il 40% negli anni 2026 e 2027, negativa in caso contrario.	Numero dei corsi espletati dalle Aziende Sanitarie in ciascun anno di riferimento / Numero totale dei corsi presenti nel Catalogo/Piano attribuiti a ciascuna Azienda Sanitaria	20% (2025); 40 (2026 e 2027)	"Catalogo" formativo approvato con la DGR 28/03/2025, n. 148. Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali – Monitoraggio spesa del personale sanitario	Ufficio Risorse Umane del SSR

Macroarea (e) – Promuovere e sostenere l’innovazione

Macroarea (e) – Obiettivo Generale (1e): Attuare e consolidare la governance clinico–assistenziale e organizzativa prevista nel PNRR

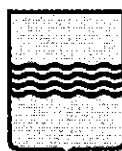
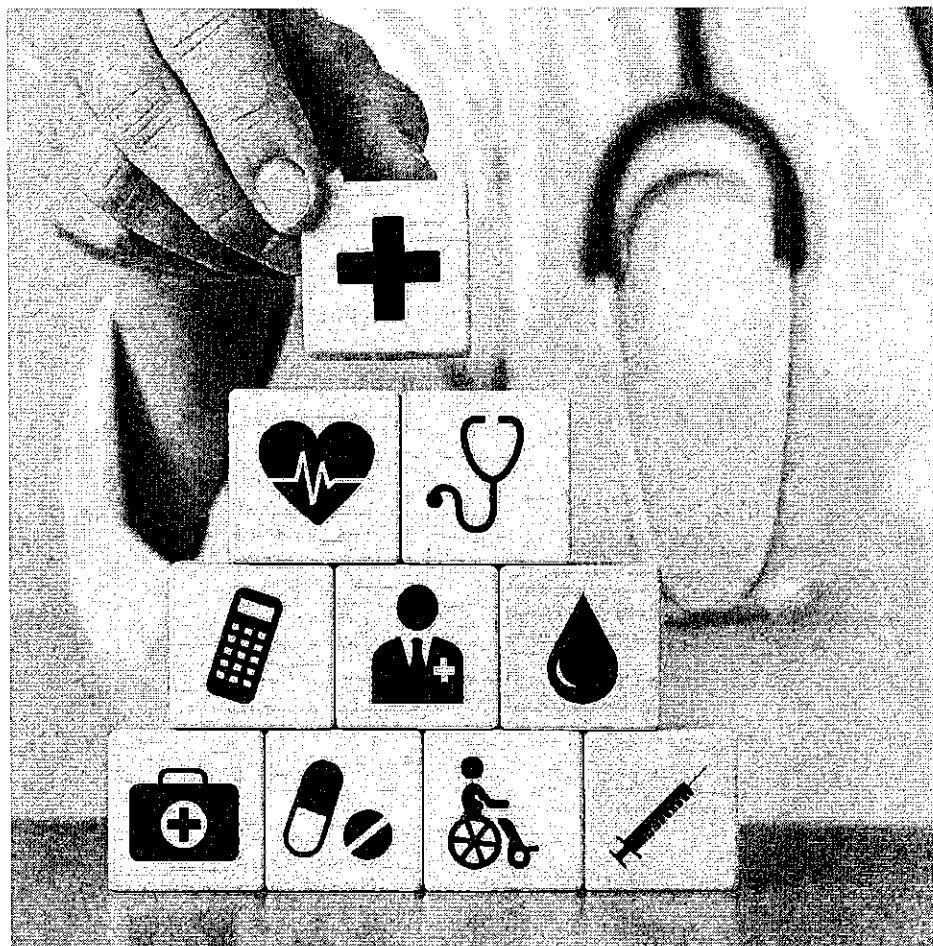
Macroarea (e) – Indicatori e Target

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente
IE1	% Documenti indicizzati	Misura la percentuale di documenti indicizzati (lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di laboratorio, referti di radiologia, referti di specialistica ambulatoriale, referti di anatomia patologica) rispetto al totale delle prestazioni erogate.	<ul style="list-style-type: none"> N. lettere di dimissioni ospedaliere indicizzate / N.ricoveri; N. verbali di pronto soccorso indicizzati / N. accessi di pronto soccorso; N. referti di laboratorio indicizzati / N. prestazioni di laboratorio erogate; N. referti di radiologia indicizzati / N. prestazioni di radiologia erogate; N. referti di specialistica ambulatoriale indicizzati / N. prestazioni di specialistica 	90%	DM Riparto	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IE2	MMG e PLS alimenti FSE	Misura la percentuale di MMG e PLS che alimenta il FSE.	ambulatoriale erogate; • N. referti di anatomia patologica indicizzati / N. prestazioni di anatomia patologica erogate.	85%	DM Riparto	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)
IE3	% documenti in formato CDA2	Misura la percentuale di documenti in formato CDA2 rispetto al totale dei documenti indicizzati (lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di laboratorio, referti di radiologia, referti di specialistica ambulatoriale,	Doc. CDA2/Totale doc. indicizzati	90%	DM Riparto	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione	Unità di calcolo	Target	Fonte bibliografica	Referente monitoraggio
IE4		referti di anatomia patologica). Misura la percentuale di documenti firmati in PAdES rispetto al totale dei documenti indicizzati (lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di laboratorio, referti di radiologia, referti di specialistica ambulatoriale, referti di anatomia patologica).	Doc. PAdES/Totale doc. indicizzati	90%	DM Riparto	Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

**PIANO REGIONALE INTEGRATO DELLA SALUTE E
DEI SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ
2026-2030**



REGIONE BASILICATA

Documento della Giunta Regionale della Basilicata

Contributori

Cosimo Latronico – Assessore Salute, Politiche della Persona e PNRR, Regione Basilicata

Domenico Tripaldi – Direttore Generale della Direzione Generale per la salute e le politiche della persona, Regione Basilicata

Dirigenti Uffici della Direzione Generale per la salute e le politiche della persona, Regione Basilicata

Personale Posizioni Organizzative della Direzione Generale per la salute e le politiche della persona, Regione Basilicata

Supporto tecnico

ALTEMS – Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari – Supporto scientifico

EY Advisory S.p.A. – Supporto tecnico organizzativo

Ringraziamenti

Si ringrazia per i contributi offerti dalle istituzioni governative regionali, provinciali, comunali, formative-scolastiche, Università della Basilicata, aziendali sanitarie, dal privato accreditato, associazioni sindacali, ordini, associazioni terzo settore – volontariato, liberi cittadini.

Indice

1. Premessa	7
2. Contesto della Regione Basilicata.....	8
2.1. Contesto normativo	8
2.1.1. Riforme del Servizio Sanitario Nazionale e impatto sulla pianificazione regionale.....	8
2.1.2. Evoluzione normativa e strategica del Servizio Sanitario Nazionale	8
2.1.3. Il Piano Regionale integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità come strumento di pianificazione integrata	9
2.2. Demografia e indicatori socioeconomici	11
2.3. Stato di salute e fattori di rischio	15
2.5. Indicatori di performance clinico-assistenziale e mobilità interregionale	20
2.6. Indicatori di soddisfazione, di performance ospedaliera e di appropriatezza delle prestazioni .	24
2.6.1. Soddisfazione della domanda interna e produzione per MDC.....	25
2.6.2. Performance ospedaliera e appropriatezza delle prestazioni.....	25
3. Macroaree di intervento, obiettivi del Piano e strumenti di monitoraggio.....	29
3.1. Macroarea (a) - Migliorare la salute e il benessere della popolazione, con un'attenzione particolare all'invecchiamento attivo	30
3.1.1. Obiettivo generale (1a): Sviluppare e promuovere politiche di prevenzione per la tutela della salute della popolazione e degli individui	31
3.1.2. Obiettivo generale (2a): Aggiungere anni di vita in buona salute rispetto all'aumento dell'aspettativa di vita.....	50
3.2. Macroarea (b) - Garantire l'accesso equo ai servizi sanitari, superando le sfide dovute alla dispersione geografica	61
3.2.1. Obiettivo generale (1b): Assicurare nuovi modelli di gestione integrata in grado di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale anche nelle aree interne e in quelle disagiate	61
3.3. Macroarea (c) - Migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari	70
3.3.1. Obiettivo Generale (1c): Implementazione degli strumenti di clinical governance e ottimizzazione dei processi a supporto	70
3.3.2. Obiettivo Generale (2c): Valorizzazione del patrimonio informativo regionale	86
3.4. Macroarea (d) - Prevedere, promuovere e sostenere l'innovazione e lo sviluppo di eccellenze territoriali attraverso la collaborazione con le Università, gli enti di ricerca regionali e nazionali	104
3.4.1. Obiettivo Generale (1d): Valorizzare le eccellenze territoriali e i centri di competenza clinica e assistenziale promuovendo la collaborazione tra il SSR, le università, gli enti di ricerca e le imprese	104
3.4.2. Obiettivo Generale (2d): Promuovere l'adozione e la diffusione di tecnologie sanitarie innovative.....	111
3.5. Macroarea (e) – Promuovere e sostenere l'innovazione.....	117

3.5.1. Obiettivo Generale (1e): Attuare e consolidare la governance clinico-assistenziale e organizzativa prevista nel PNRR.....	117
4. Verso un'assistenza integrata	127
5. Coinvolgere comunità e cittadini	128
6. Rapporto con enti e privati accreditati	129
7. Monitoraggio, valutazione ed aggiornamento dinamico del Piano.....	130
8. L'attuazione aziendale	131
9. Fonti di finanziamento del Piano	133

Acronimi

Sigla	Significato
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AMA	Attività Motoria Adattata
AOR	Azienda Ospedaliera Regionale
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASM	Azienda Sanitaria Locale di Matera
ASP	Azienda Sanitaria Locale di Potenza
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CCM	Comitati Consultivi Misti
CD	Communicable Disease
CDC	Case della Comunità
COT	Centrali Operative Territoriali
COVID	CoronaVirus Disease
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DdP	Dipartimento di Prevenzione
D.lgs	Decreto Legislativo
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri
DRG	Diagnosis Related Groups
DSS	Decisione Support System
FESR	Fondo Europeo di Sviluppo Regionale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
FSN	Fondo Sanitario Nazionale
HSE	Health, Safety & Environment
HTA	Health Technology Assessment
ICT	Information and Communication Technology
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica

Sigla	Significato
KPI	Key Performance Indicator
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LTC	Assistenza a Lungo Termine
MCNT	Malattie Croniche Non Trasmissibili
MDC	Mezzo Di Contrasto
MMG	Medico di Medicina Generale
MT	Malattie Trasmissibili
NHS	National Health System
NSG	Nuovo Sistema di Garanzia
NZEB	Near Zero Energy Building
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OPT	Osservatorio Prezzi e Tecnologie
PAI	Piani Assistenziali Individualizzati
PAL	Piano Attuativo Locale
PAO	Piano Attuativo Ospedaliero
PASD	Piano Attuativo Sanitario Distrettuale
PDTA	Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali
PIAO	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNE	Programma Nazionale Esiti
PNES	Piano Nazionale Equità nella Salute
PNLA	Piattaforma Nazionale Liste di Attesa
PNC	Piano Nazionale Cronicità
PNP	Piano Nazionale Prevenzione
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PREM	Patient Reported Experience Measures
PROM	Patient Reported Outcome Measures
PSAL	Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Sigla	Significato
PSR	Piano Sanitario Regionale
RRA	Rete Regionale degli Acquisti
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale

1. Premessa

Il Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2026-2030, da qui denominato “Piano” - a 13 anni dall’adozione dell’ultimo Piano Sanitario Regionale 2012-2015 e in attuazione delle leggi regionali n. 39 del 2001 e n. 2 del 2017, insieme agli indirizzi fissati dal Piano Strategico Regionale 2021-2030 - rappresenta un impegno concreto della Regione Basilicata per migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini, ottimizzare le risorse disponibili e rispondere in maniera efficace ai bisogni sanitari del territorio.

Il Piano si confronta con uno scenario profondamente mutato, in cui le sfide poste dalla transizione demografica, dalla crisi pandemica e dall’evoluzione normativa europea esigono un rinnovato modello di governance, capace di valorizzare l’integrazione istituzionale e la sinergia tra attori pubblici, privati e del terzo settore.

La sua redazione è incentrata su “**obiettivi di salute**” da perseguire nel periodo 2026-2030, tenendo conto dei fabbisogni di salute e dei fattori produttivi, che devono essere tradotti in azioni/interventi operativi misurabili.

Il Piano non prevede interventi diretti sull’assetto organizzativo-strutturale dell’offerta ospedaliera e territoriale, mantenendo in linea generale gli indirizzi programmatici recentemente adottati dalla Regione. Trattandosi tuttavia di un documento orientato a obiettivi di salute, la sua applicabilità resta estesa anche nell’eventualità di future evoluzioni o riconsiderazioni degli assetti organizzativi.

Il documento intende fornire una cornice entro cui sviluppare interventi volti a garantire un’adeguata ed efficace implementazione e per strumenti di monitoraggio costante.

Si tratta di un Piano:

- per obiettivi di salute;
- di coordinamento della programmazione settoriale;
- adattabile;
- partecipato;
- sostenibile;
- misurabile.

Il Piano è stato elaborato secondo un approccio partecipato, avvalendosi del contributo di una pluralità di stakeholder. La partecipazione è stata assicurata attraverso diverse modalità, sia formali sia informali, comprendendo momenti strutturati di consultazione, incontri dedicati e la possibilità di inviare contributi tramite la pagina web regionale appositamente predisposta. Grazie a questo processo, il Piano ha potuto raccogliere osservazioni e proposte provenienti da una rappresentazione ampia e diversificata dei soggetti coinvolti nella tutela della salute.

Precisamente, sono stati coinvolti ed ascoltati:

- Direzioni Aziende Sanitarie;
- Sigle sindacali;
- Ordini Professionali;
- Università degli Studi della Basilicata;
- Giunta Regionale;
- IV Commissione Salute;

- Stakeholder istituzionali (ANCI, UPI, Sindaci, Camera di Commercio, Provincia, Direzioni Scolastiche, Diocesi);
- Società scientifiche, Sanità Privata e Sindacati;
- Associazioni e Terzo Settore.

Inoltre, grazie alla pagina web e alla **mail dedicata**, **tutti i cittadini interessati**, hanno potuto inviare osservazioni e proposte.

2. Contesto della Regione Basilicata

2.1. Contesto normativo

2.1.1. Riforme del Servizio Sanitario Nazionale e impatto sulla pianificazione regionale

Il Piano Sanitario Regionale è lo strumento di pianificazione strategica attraverso cui la Regione esercita le proprie funzioni di pianificazione e programmazione in materia di tutela della salute, in attuazione della Costituzione e in coerenza con il quadro istituzionale e normativo nazionale e sovranazionale.

In un momento storico come quello attuale, caratterizzato da grandi cambiamenti, il Piano Regionale integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Basilicata è sviluppato nel pieno rispetto delle competenze costituzionali di Stato, Regioni ed autonomie locali, ma anche dei principi fondamentali in materia di solidarietà e sussidiarietà, promuovendo un approccio integrato e partecipativo alla programmazione sanitaria attraverso il coinvolgimento dei portatori di interesse e la cooperazione con i soggetti istituzionali e rappresentativi del territorio.

Il Piano mira a garantire l'efficacia, l'efficienza e l'equità dei servizi sanitari, nel pieno rispetto dei principi costituzionali dell'equilibrio di bilancio nel perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e delle compatibilità economico-finanziarie.

Il Piano, in armonia con gli indirizzi internazionali ed europei, volti a promuovere una maggiore tutela della salute in termini di "One Health", intende orientare il sistema sanitario regionale verso un modello di sviluppo sostenibile ed inclusivo, in grado di rispondere efficacemente alle molteplici domande di salute della popolazione lucana.

Il Piano si colloca nell'ambito dell'evoluzione che ha attraversato il Servizio Sanitario Nazionale a partire dalla legge n. 833 del 1978 e che grazie alle modifiche degli anni '90, ha reso obbligatoria l'adozione dei Piani sanitari regionali, affidando al contempo al Piano Sanitario Nazionale le funzioni di coordinamento del sistema. Questa scelta ha rafforzato e reso strategica l'attività di programmazione e controllo delle Regioni.

Tale prospettiva è stata ulteriormente sviluppata dalla riforma del titolo V della Seconda Parte della Costituzione, che ha confermato e rafforzato le attribuzioni delle Regioni in materia di tutela della salute.

Il Piano opera, pertanto, nel quadro di un Servizio Sanitario Nazionale caratterizzato da un'ampia valorizzazione del ruolo delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

2.1.2. Evoluzione normativa e strategica del Servizio Sanitario Nazionale

Il Piano intende dare attuazione non solo alle riforme sanitarie e di sistema fin qui tracciate, ma soprattutto ai più recenti interventi di riforma, alcuni ancora in itinere, in ambito sanitario.

Il riferimento principale è alla ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) operata con il DPCM del 12 gennaio del 2017. I LEA rappresentano oggi il “cuore del Servizio Sanitario Nazionale” individuando e declinando l’insieme delle prestazioni e dei servizi che il Servizio Sanitario Regionale ha il dovere di fornire a tutti i cittadini, in condizione di uguaglianza ed appropriatezza.

A seguito della pandemia da Covid-19, sono stati adottati provvedimenti “straordinari” che hanno avuto un rilevante impatto per il sistema sanitario nazionale e regionale. Il riferimento è alla Missione 6 “Salute” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La Missione 6 “Salute”, con un investimento di 15,63 miliardi di euro, mira a rafforzare e modernizzare il SSN attraverso la Digitalizzazione e innovazione tecnologica; il Rafforzamento dell’assistenza territoriale, con la creazione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali; lo Sviluppo della telemedicina e dell’assistenza domiciliare; la Formazione e valorizzazione del personale sanitario; il Rafforzamento della ricerca biomedica. In attuazione della Missione 6 “Salute” del PNRR il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 ha definito i modelli e gli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN determinando una profonda trasformazione dell’assistenza sanitaria a livello regionale a cui il Piano intende dare attuazione e stabilità nei prossimi anni.

Tra i provvedimenti che assumono una rilevanza strategica rispetto al PSR vi è il Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021–2027. Il PNES è un programma volto a ridurre le disuguaglianze nell’accesso ai servizi sanitari e a promuovere l’equità nella salute. In particolare, il programma prevede interventi mirati nelle aree più svantaggiate del Paese.

Un altro atto di pianificazione che ha un impatto diretto sull’organizzazione sanitaria regionale è rappresentato dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni. Il PNP costituisce lo strumento fondamentale di programmazione per la prevenzione in Italia e si focalizza su: malattie croniche non trasmissibili; dipendenze e problemi correlati; incidenti domestici e stradali; vaccinazioni e malattie infettive; salute mentale; salute nei luoghi di lavoro; salute ambientale. Il Piano prevede la collaborazione tra Stato e Regioni per l’attuazione di interventi efficaci e sostenibili nel tempo.

Il Piano intende altresì rispondere agli impegni delineati nel decreto-legge n. 73 del 2024, adottato per affrontare il problema dell’inappropriatezza temporale nell’erogazione delle prestazioni sanitarie. L’obiettivo è quello di adottare misure per migliorare l’accesso alle prestazioni sanitarie, intervenendo sul recupero delle prestazioni sospese o ritardate. In particolare, è stata istituita una piattaforma nazionale finalizzata a monitorare i tempi di attesa e soprattutto garantire una sempre maggiore trasparenza.

Il quadro descritto rappresenta il tracciato che orienta le politiche sanitarie e le scelte a livello regionale, con la consapevolezza che il Servizio Sanitario Regionale nei prossimi anni è chiamato a salvaguardare ed aggiornare i valori fondanti del Servizio Sanitario Nazionale: universalismo, uguaglianza, equità, solidarietà, appropriatezza, sostenibilità.

2.1.3. Il Piano Regionale integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità come strumento di pianificazione integrata

Il PSR, come sancito all’art. 1, co.13, del D.Lgs. 502/1992, rappresenta «il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale». La programmazione regionale deve, pertanto, assicurare la coerenza delle azioni di governo, l’integrazione delle politiche settoriali, il coordinamento territoriale e

fattoriale degli interventi, garantendo la trasparenza delle decisioni e i diritti dei singoli cittadini.

Attraverso il Piano, che prende come riferimento normativo regionale la L.R. n. 2 del 2017, la Regione Basilicata è chiamata, nell'ambito della programmazione regionale di sviluppo e delle politiche generali di bilancio, a definire gli obiettivi di politica sanitaria regionale e ad adeguare l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai bisogni assistenziali della popolazione.

In coerenza con i principi dei Trattati dell'Unione europea e in particolare con il paradigma della sussidiarietà orizzontale e verticale, la programmazione sanitaria regionale deve configurarsi sempre più come uno strumento di cooperazione funzionale e multilivello, ispirato a logiche di corresponsabilità territoriale e di pianificazione integrata.

In questa direzione, la promozione di una governance istituzionale, sociale e territoriale si pone quale cardine dell'azione pubblica, favorendo un approccio intersettoriale e sistemico che travalica i confini delle singole politiche settoriali. L'integrazione tra politiche sanitarie, sociali, ambientali, educative e del lavoro rappresenta, infatti, la leva principale per attuare un cambiamento strutturale del sistema socio-produttivo, nel segno dello sviluppo sostenibile e dell'equità. All'interno di questa visione, il concetto di "vivere bene in Basilicata", in un'accezione "One Health", si configura come espressione di un'identità territoriale estesa e inclusiva, che assume come asse strategico la convergenza tra le diverse politiche pubbliche orientate alla promozione del benessere collettivo, alla valorizzazione del capitale umano e alla tutela dei diritti sociali fondamentali.

In tale prospettiva, la sanità non è più da intendersi quale comparto autonomo, bensì come elemento costitutivo di una "filiera della salute" (salute, ambiente, alimentazione, animali), così come delineata dalla Costituzione, in particolare agli artt. 9, 32 e 41, a seguito della recente legge costituzionale n. 1 del 2022, capace di alimentare un nuovo welfare comunitario. Questo modello non si limita a supplire alle carenze del pubblico, ma si affianca ad esso in un'ottica di sussidiarietà solidale e di responsabilità condivisa, riaffermando, al contempo, la centralità della programmazione pubblica come strumento di regolazione, equità e giustizia sociale.

In questa direzione l'integrazione sociosanitaria assume un ruolo cruciale nel processo di costruzione dei servizi territoriali, finalizzati a massimizzare l'uguaglianza sostanziale e a promuovere uno sviluppo partecipativo e non conflittuale. Tale impostazione consente l'integrazione tra le politiche sociali e quelle sanitarie, generando un valore aggiunto dell'azione pubblica. È necessario, pertanto, che sussista una visione unitaria tra i diversi programmi e piani, al fine di valorizzare la connessione tra inclusione, salute e qualità del tempo di vita.

Il Piano si inserisce in un contesto istituzionale e normativo che richiede alla Regione di tenere conto dei principi e degli indirizzi stabiliti dal decisore statale e che le affida la responsabilità della programmazione e dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari. Per questo motivo il presente Piano è redatto nel rispetto dei principi fondamentali fissati dal legislatore statale e in coerenza con gli obiettivi dei diversi piani nazionali e delle misure straordinarie, quale la missione 6 "Salute" del PNRR.

Dunque, nel rispetto degli indirizzi nazionali, il Piano definisce il quadro di riferimento per lo sviluppo del sistema sanitario regionale, individuando priorità, standard organizzativi, modelli assistenziali e criteri di allocazione delle risorse, con l'obiettivo di garantire efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità nell'erogazione dei servizi.

Per questo motivo, il Piano individua le aree prioritarie di intervento, allo scopo di ottenere una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nella tutela della salute.

A livello regionale, la Regione Basilicata ha adottato disposizioni legislative e atti amministrativi per la programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari. Tra queste si evidenzia il **Piano Strategico Regionale 2021–2030**, che assume il metodo della programmazione quale modalità primaria di esercizio delle proprie funzioni e competenze in materia di sviluppo socioeconomico e territoriale, al fine di perseguire uno sviluppo diffuso ed equilibrato del territorio e di realizzare efficaci politiche di coesione e di integrazione.

Il PSR è coerente con le direttive stabilite nel Piano Strategico Regionale vigente. L'aggiornamento di quest'ultimo, previsto entro la fine del 2025, comporterà l'integrazione di nuovi obiettivi nel quadro strategico esistente.

In particolare, saranno inclusi obiettivi relativi all'invecchiamento attivo, alla promozione di stili di vita sani, alla gestione delle malattie croniche e all'assicurazione di un accesso equo ai servizi sanitari. Inoltre, sarà fondamentale potenziare le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina, per garantire pari opportunità anche nelle aree interne. Infine, è previsto il miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi sanitari, sulla formazione continua del personale e sullo sviluppo delle eccellenze territoriali.

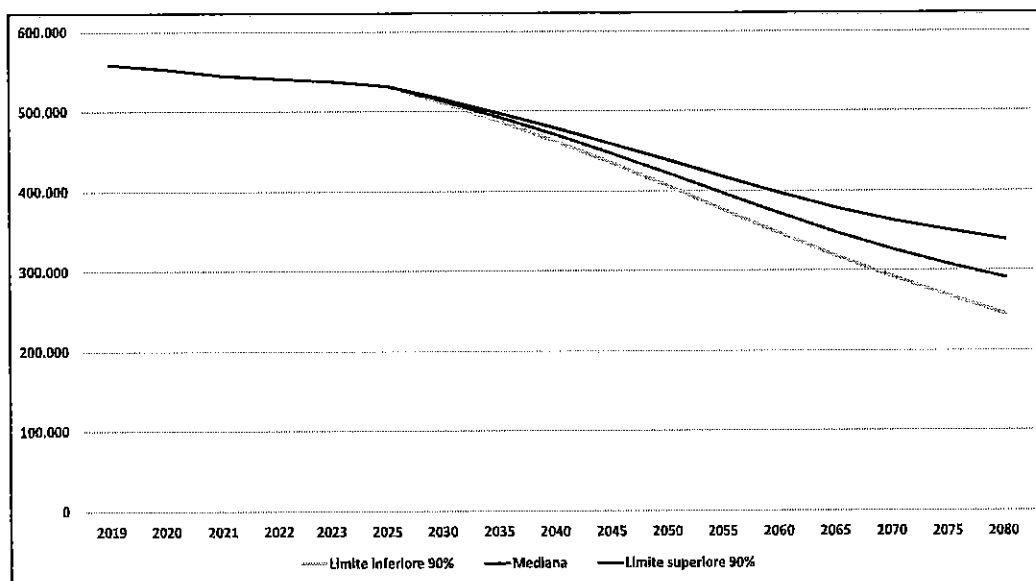
Il Piano Regionale della Salute si integra, dunque, non soltanto con tutte le più importanti iniziative finalizzate a migliorare e rafforzare il sistema sanitario regionale, ma anche con gli interventi volti a promuovere la programmazione regionale, tra i quali assume un ruolo centrale il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024–2026 e il PIAO 2025-2027, quest'ultimo ancora in fase di aggiornamento. Tali documenti sono finalizzati a garantire, a livello regionale, coordinamento, semplificazione e organicità delle attività di programmazione delle pubbliche amministrazioni, assicurando la coerenza dei contenuti con documenti di programmazione economico-finanziaria adottati dall'Amministrazione regionale.

Il Piano si pone, più in generale, l'obiettivo di fornire un coordinamento ed una visione d'insieme dei molteplici e differenziati atti di pianificazione e programmazione "settoriale" che la Regione è chiamata ad adottare in ambito sanitario, configurandosi alla stregua di un "piano dei piani" e fornendo un vero e proprio "cruscotto per la programmazione regionale".

2.2. Demografia e indicatori socioeconomici

L'elaborazione del Piano non può prescindere dall'analisi sociodemografica della popolazione, al fine di poter conoscere le caratteristiche di coloro che saranno i destinatari delle cure del Servizio Sanitario Regionale.

Grafico 1 - Trend della popolazione. Anno 2019 - 2080

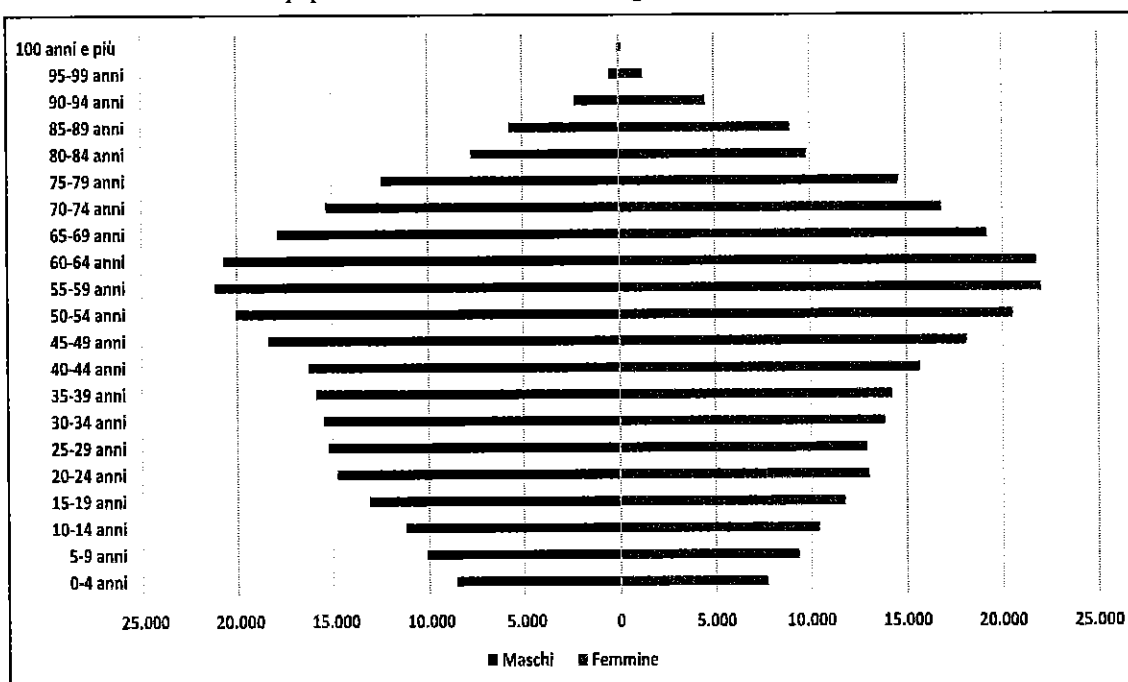


Fonte – Elaborazione dati Istat.

Dal 2019 al 2025, la popolazione residente in Basilicata ha registrato un calo costante e progressivo (Grafico 1). Nel 2019 si contavano 558.587 abitanti, mentre al 1° gennaio 2025 la popolazione è scesa a 529.897 residenti. Le previsioni mostrano una riduzione continua e regolare della popolazione regionale, senza oscillazioni significative, confermando un trend demografico negativo ormai strutturale. Le stime indicano che la popolazione della Basilicata continuerà a diminuire nei prossimi decenni. Nel 2080 si prevede una popolazione di 290.636 abitanti, con un intervallo di confidenza al 90% compreso tra 244.844 e 338.227. Il grafico mostra un calo progressivo con una tendenza lineare e un'incertezza crescente nel lungo periodo.

Risulta fondamentale analizzare, innanzitutto, la composizione della suddetta popolazione.

Grafico 2 – Piramide della popolazione della Basilicata al 1° gennaio 2025

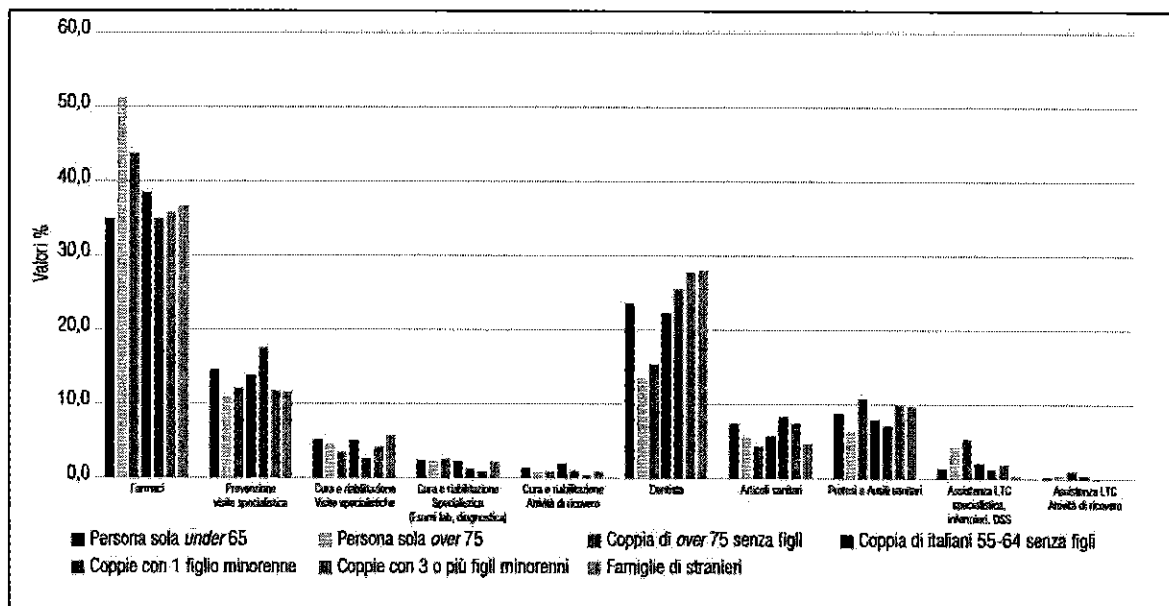


Fonte - Elaborazione dati Istat. Anno 2025

In Basilicata, secondo i dati aggiornati al 31 dicembre 2024, la maggior parte della popolazione è compresa tra i 40 e i 70 anni (Grafico 2), mentre la percentuale di individui di età compresa tra 0 e 14 anni è del 10,8%. Per le fasce di età 15-64 e oltre i 65 anni i valori sono rispettivamente pari a 63,2, e 25,9%. La base della piramide presente nel grafico risulta significativamente ristretta, in particolare per le fasce d'età comprese tra gli 0 e i 14 anni, evidenziando un tasso di natalità marcatamente basso. Quanto appena descritto implica una potenziale contrazione demografica futura e una conseguente diminuzione della popolazione in età lavorativa nei prossimi decenni. Diversamente la parte apicale della piramide, che rappresenta la popolazione over 65, si estende in modo considerevole. Questo fenomeno è il risultato sia dell'aumento della speranza di vita che della progressiva riduzione della natalità registrata negli ultimi anni. Inoltre, nella fascia di età over 75 si consolida il divario di genere a favore della popolazione femminile, a testimonianza della maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini. La popolazione in età compresa tra i 15 e i 64 anni si trova dunque a dover sostenere un carico crescente, con un numero sempre maggiore di persone anziane che necessitano di pensioni, assistenza sanitaria e servizi sociali. Conseguentemente la carenza di bambini e adolescenti prefigura una futura riduzione della forza lavoro potenziale, con possibili ripercussioni sulla produttività, sull'innovazione e sulla sostenibilità del sistema economico regionale. Il profilo demografico della Basilicata al 2025 delinea dunque una dinamica demografica proiettata ad una decrescita, con una popolazione mediamente anziana e un rilevante squilibrio di genere nelle fasce d'età più avanzate, suggerendo una riflessione approfondita sulle politiche da adottare per affrontare le sfide future.

Dopo aver delineato la struttura demografica, è possibile analizzare come le spese sanitarie influiscano sull'impovertimento delle famiglie, un passaggio cruciale per definire obiettivi di equità e sostenibilità nelle politiche sanitarie regionali.

Grafico 3 - Quota di famiglie impoverite, per tipologia di famiglia. Anno 2022



Fonte - C.R.E.A. Sanità: 20° Rapporto Sanità

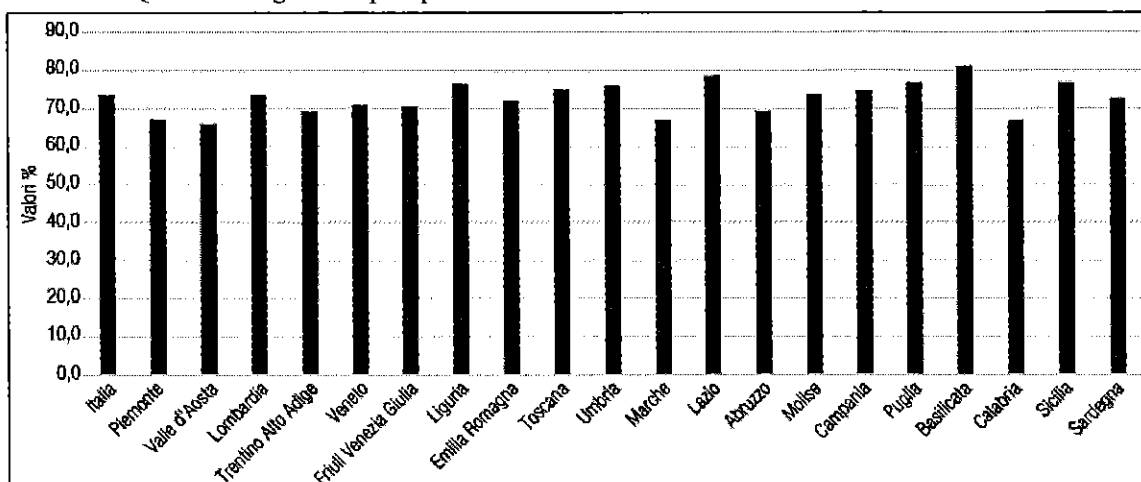
La fragilità economica delle diverse tipologie familiari di fronte alle spese sanitarie è misurata attraverso la percentuale di nuclei familiari che, a causa dei costi diretti per la salute, si trovano costretti a ridurre significativamente altre voci di spesa essenziali come alimentazione, vestiario, riscaldamento, o che addirittura rischiano di scendere al di sotto della soglia di povertà definita a livello nazionale. L'analisi di questo indicatore è importante per comprendere

l'impatto distributivo delle spese sanitarie e per identificare i gruppi sociali più vulnerabili, al fine di orientare interventi di politica sanitaria e sociale mirati. La spesa per farmaci rappresenta la voce più critica in termini di impoverimento (Grafico 3). In particolare, le persone anziane che vivono sole (over 75) e le coppie anziane senza figli (over 75) rappresentano i gruppi maggiormente soggetti ad impoverimento, suggerendo una maggiore necessità di farmaci legata all'età e una potenziale difficoltà nel sostenere tali costi con pensioni e risparmi. Segue la fascia d'età 55-64 senza figli, anch'essa con una vulnerabilità significativa. La spesa odontoiatrica si configura come la seconda voce più impattante sull'impoverimento, colpendo in modo particolare le famiglie di stranieri e le coppie con tre o più figli minorenni. Nel primo caso, ciò potrebbe essere legato ad una maggiore incidenza di lavori precari e a basso reddito. Nel secondo caso, il peso delle spese per più figli, unito spesso a redditi non proporzionali, può rendere difficile sostenere costi odontoiatrici elevati. La spesa per prevenzione tramite visita specialistica incide, invece, maggiormente sulle coppie con un figlio minorenne, seguite dalle persone sole under 65. Questo potrebbe riflettere una maggiore attenzione alla salute del nucleo familiare in presenza di figli piccoli, con conseguenti maggiori controlli specialistici, e una potenziale minore disponibilità economica per le persone sole in età lavorativa.

È importante menzionare anche la spesa per protesi e ausili sanitari, per la quale, dopo le persone anziane sole, le coppie over 75 senza figli e le coppie con tre o più figli minorenni risultano particolarmente colpite. Questo evidenzia le esigenze specifiche legate all'età avanzata e le difficoltà economiche delle famiglie numerose nel far fronte a tali spese. Per quanto riguarda gli articoli sanitari, le coppie con un figlio minorenne sembrano essere la tipologia familiare più vulnerabile, forse a causa delle necessità legate alla cura dei bambini. Le rimanenti spese sanitarie, come quelle per cura e riabilitazione specialistica (inclusi esami di laboratorio e diagnostica), attività di ricovero e assistenza a lungo termine (LTC), pur rappresentando costi significativi, sembrano arrecare un danno economico inferiore, in termini di impoverimento, rispetto alle categorie precedentemente descritte. Questo potrebbe essere dovuto a una maggiore copertura da parte del sistema sanitario nazionale per alcune di queste prestazioni o a una minore frequenza di utilizzo rispetto a farmaci e visite mediche.

Per completare il quadro, è utile confrontare questi risultati con l'analisi delle famiglie che sostengono spese per consumi sanitari a livello nazionale, così da collocare la situazione regionale entro il contesto italiano.

Grafico 4 - Quota di famiglie con spese per consumi sanitari. Anno di riferimento dati: 2022

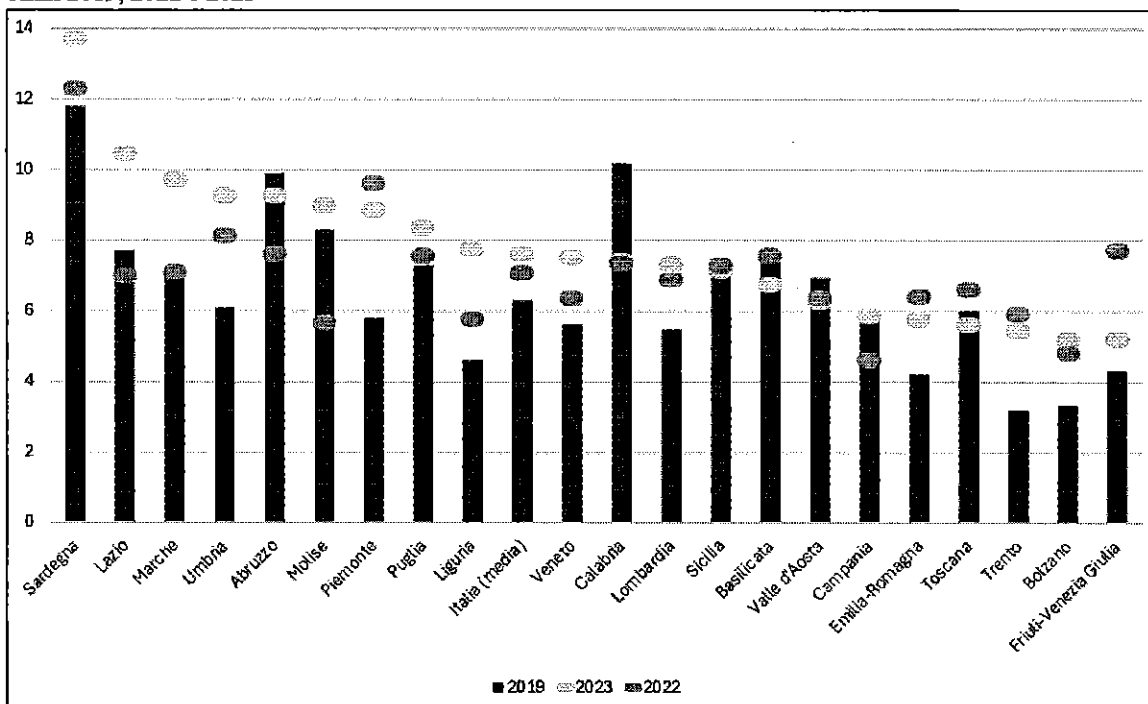


Fonte - C.R.E.A. Sanità: 20° Rapporto Sanità

Nel 2022, in Basilicata oltre l'80% delle famiglie ha sostenuto spese per consumi sanitari (Grafico 4), un valore nettamente superiore alla media nazionale (circa 71%). Il valore regionale si colloca tra i più alti in Italia, in linea con regioni come Lazio e Puglia mentre le percentuali più basse si registrano nel Nord Italia. Il dato evidenzia un'elevata diffusione della spesa sanitaria tra le famiglie lucane, senza indicare direttamente le cause (es. accessibilità, preferenze, integrazione pubblico-privato).

Se da un lato la regione mostra uno dei valori più alti per la percentuale di famiglie che hanno sostenuto spese per consumi sanitari, dall'altro i dati sulla rinuncia alle prestazioni sanitarie sono più confortanti. Nel 2023, circa il 7% della popolazione lucana ha dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone necessità nei 12 mesi precedenti (Grafico 5).

Grafico 5 - Persone che, in 12 mesi, hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno. Anni 2019, 2022 e 2023



Fonte – Istat: Rapporto BES 2023

Il dato regionale è in linea con la media nazionale, leggermente superiore rispetto a regioni come Emilia-Romagna e Toscana, ma inferiore rispetto a Sardegna, Lazio e Marche, che presentano le percentuali più elevate. Rispetto al 2019, il valore della Basilicata è rimasto relativamente stabile, senza variazioni significative nel triennio osservato (2019, 2022, 2023).

2.3. Stato di salute e fattori di rischio

Nel presente paragrafo saranno analizzati degli indicatori al fine di comprendere il quadro dello stato di salute della Regione Basilicata, con un continuo confronto con la realtà nazionale. In particolare, verranno analizzati i dati sulla mortalità forniti dall'Istat, per ricostruire l'andamento dello stato di salute nel tempo, i dati sulla speranza di vita, utili a valutarne anche la qualità; e le informazioni su disabilità e multi-morbilità, tratte dal 20° Rapporto di C.R.E.A. Sanità e dal Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2025, fondamentali per individuare i principali fattori di rischio.

L'“Indagine su Decessi e cause di morte” (Istat) del 2023 permette di analizzare i dati sulla mortalità neonatale in Basilicata, espressi come tasso per 1.000 nati vivi, per il periodo

compreso tra il 2011 e il 2021. Nel 2011, il tasso della Basilicata si attestava a 3,12 per 1.000 nati vivi, un valore superiore al 2,20 registrato per l'Italia. Nel 2012, il tasso della Basilicata è sceso a 1,12, posizionandosi al di sotto del 2,15 italiano, mostrando un miglioramento. Tuttavia, negli anni successivi, come nel 2013, il tasso della Basilicata (2,68) ha superato nuovamente quello italiano (2,16). Questa tendenza ad avere un tasso più elevato rispetto alla media nazionale è stata un elemento ricorrente per la Basilicata in molti degli anni successivi, fino al 2019 incluso. Nel 2020, il tasso della Basilicata si attesta a 1,14, inferiore al 1,76 nazionale, indicando un momento di allineamento o addirittura di performance migliore. Nel 2021, il tasso della Basilicata (1,80) ritorna superiore a quello nazionale (1,74).

In conclusione, l'analisi della mortalità neonatale tra Basilicata e Italia evidenzia un andamento in cui la regione ha tendenzialmente registrato tassi per 1.000 nati vivi superiori alla media nazionale, segnalando una maggiore vulnerabilità regionale, con l'unica eccezione nel 2020 con un tasso inferiore alla media nazionale. Il quadro complessivo indica la necessità di un monitoraggio costante e di strategie mirate per consolidare i progressi e garantire che la Basilicata possa convergere stabilmente verso migliori standard di salute neonatale a livello nazionale.

Spostando la lente dell'analisi sui dati riguardanti la mortalità infantile in Basilicata, espressi anche in questo caso sottoforma di tasso per 1.000 nati vivi, per il periodo compreso tra il 2011 e il 2021, emerge un quadro significativamente diverso rispetto al dato complessivo dell'Italia. I dati analizzati consentono di osservare il divario tra la Regione Basilicata e l'andamento nazionale.

Nel 2011, la Basilicata ha registrato un tasso di mortalità infantile pari a 4,46 per 1.000 nati vivi. Nello stesso anno, il tasso medio italiano si attestava a 3,09 per 1.000 nati vivi, indicando una differenza rilevante a sfavore della Basilicata. Tuttavia, nel 2012, il tasso regionale ha mostrato un calo significativo, raggiungendo 2,46, mentre il tasso italiano era del 3,00. Nel periodo compreso tra 2013 e il 2016 ha registrato costantemente valori (fra 3,60 e 4,85) superiori alla media nazionale (tra 2,78 e 2,96) e lo stesso andamento si è mantenuto tra il 2018 e il 2019 (rispettivamente 4,04 e 3,54 contro 2,88 e 3,54); l'unica eccezione in questo periodo è rappresentata dal 2017 in cui la Basilicata ha riportato un valore di 2,70 inferiore rispetto al valore di 2,75 per l'Italia. Infine, nel 2020 e 2021, la Basilicata ha registrato rispettivamente 2,27 e 3,00, mentre i tassi italiani erano 2,51 e 2,57.

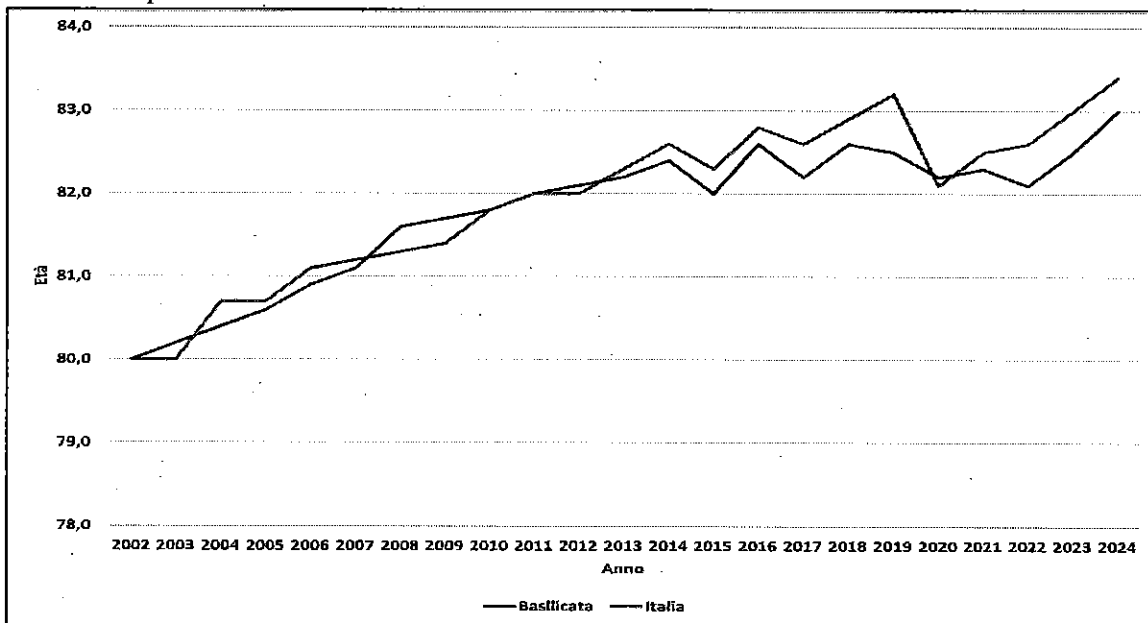
In sintesi, l'andamento del tasso di mortalità infantile in Basilicata ha mostrato una maggiore fluttuazione rispetto alla media italiana, con valori che in alcuni anni (es. 2011, 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019, 2021) sono stati superiori al dato nazionale, mentre in altri (es. 2012, 2017, 2020) si sono posizionati al di sotto o molto vicini alla media italiana.

Concentrandosi invece sull'estremità opposta della piramide analizzata finora, ed in particolare sui dati riferiti al tasso di mortalità sepsi-correlata standardizzato per 10.000 abitanti over 75, emerge come in Basilicata questo sia rimasto inferiore rispetto alla media nazionale per tutto il periodo 2011-2021. Si conferma una tendenza all'aumento del tasso sia in Basilicata che a livello nazionale nel corso degli anni. Nella regione il tasso è cresciuto da 48,57% nel 2019 a 58,75% nel 2021, un incremento più marcato rispetto a quello nazionale, passato da 62,53% nel 2019 a 69,05% nel 2021. Nonostante l'aumento osservato, i valori regionali si mantengono costantemente al di sotto della media nazionale.

L'aumento generalizzato della mortalità sepsi-correlata nella popolazione anziana, sia in Basilicata che a livello nazionale, sottolinea la crescente importanza di questa patologia in una popolazione sempre più longeva. Il fatto che la Basilicata parta da tassi inferiori rispetto alla media nazionale potrebbe essere dovuto a diversi fattori, come differenze nella prevalenza di

specifiche comorbilità, nell'accesso ai servizi sanitari o nelle pratiche di diagnosi e gestione della sepsi. L'avvicinamento del tasso in Basilicata al valore nazionale nel 2021 potrebbe indicare un cambiamento nelle dinamiche regionali che meriterebbe ulteriori approfondimenti.

Grafico 6 - Speranza di vita alla nascita. Anni 2002 – 2024

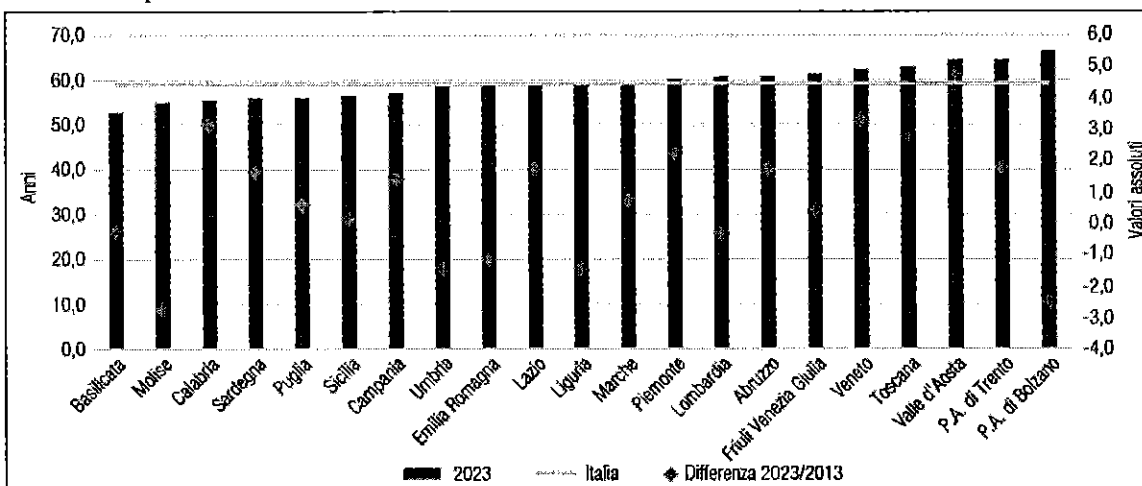


Fonte – Elaborazione dati Istat. Anno 2002 - 2024

Analizzando l'andamento della speranza di vita alla nascita nel periodo 2002-2024 (Grafico 6), si può osservare una tendenza generale al progressivo aumento di questo fondamentale indicatore di salute e benessere di una popolazione. L'andamento è stato prevalentemente crescente, sebbene caratterizzato da alcune fluttuazioni e periodi di relativa stabilità o leggero decremento in determinati anni. In termini generali, la crescita della speranza di vita alla nascita suggerisce un miglioramento complessivo delle condizioni di vita, dell'accesso e della qualità dell'assistenza sanitaria, dei progressi della medicina e della prevenzione, nonché di cambiamenti positivi negli stili di vita nel corso di questi due decenni. Tuttavia, le fluttuazioni osservate meritano una considerazione più approfondita. La Basilicata segue un andamento pressoché identico a quello nazionale pur trovandosi costantemente, con l'eccezione di alcuni anni, ad un livello inferiore con un divario ancora oggi presente.

Un altro indicatore fondamentale per valutare il miglioramento complessivo della salute di una popolazione è la speranza di vita in buona salute (Grafico 7). Questo indicatore rappresenta un elemento di valutazione qualitativa, non solo quantitativa.

Grafico 7 - Speranza di vita in buona salute alla nascita. Anno 2023

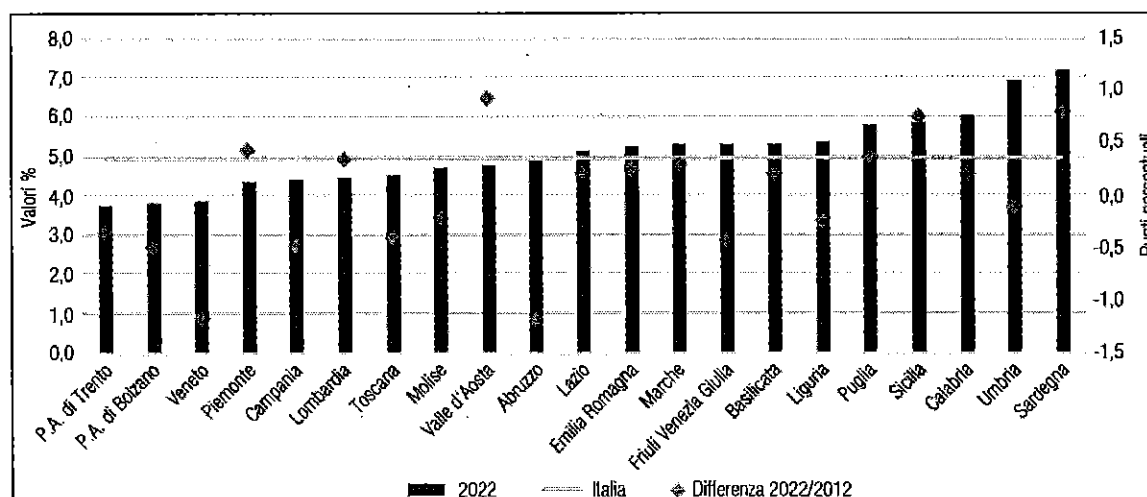


Fonte - C.R.E.A. Sanità: 20° Rapporto Sanità

Nel 2023, in Italia, la speranza di vita in buona salute alla nascita era di 59,2 anni, con un incremento di 0,9 anni rispetto all'ultimo decennio. Tuttavia, la Basilicata ha registrato un dato particolarmente preoccupante, posizionandosi all'ultimo posto a livello nazionale con soli 52,8 anni. Questo indicatore, che stima il numero di anni che un neonato può aspettarsi di vivere in uno stato di salute percepito come buono, è fondamentale per valutare la qualità della vita e l'efficacia dei sistemi sanitari regionali. La Basilicata, con quasi 6,5 anni in meno rispetto alla media nazionale, evidenzia una significativa disparità rispetto al resto del paese. Inoltre, la tendenza osservata nel decennio 2013-2023 è ancora più allarmante: mentre a livello nazionale si è registrato un modesto aumento di 0,9 anni, la Basilicata ha visto un lieve decremento di 0,2 anni. Questo andamento contrario suggerisce che le condizioni di salute nella regione, almeno in termini di percezione di buona salute, non sono migliorate, anzi, hanno subito un leggero peggioramento in un periodo in cui il resto d'Italia ha fatto progressi. La situazione critica della Basilicata in termini di speranza di vita in buona salute alla nascita potrebbe derivare da una combinazione di fattori, tra cui condizioni socio-economiche meno favorevoli, un accesso limitato o inefficace ai servizi sanitari preventivi e curativi, e una maggiore prevalenza di malattie croniche o fattori di rischio legati agli stili di vita. Questi dati evidenziano l'urgenza di interventi mirati a livello regionale.

Altri elementi che consentono di analizzare lo stato di salute della popolazione sono il tasso di disabilità e la presenza di cronicità.

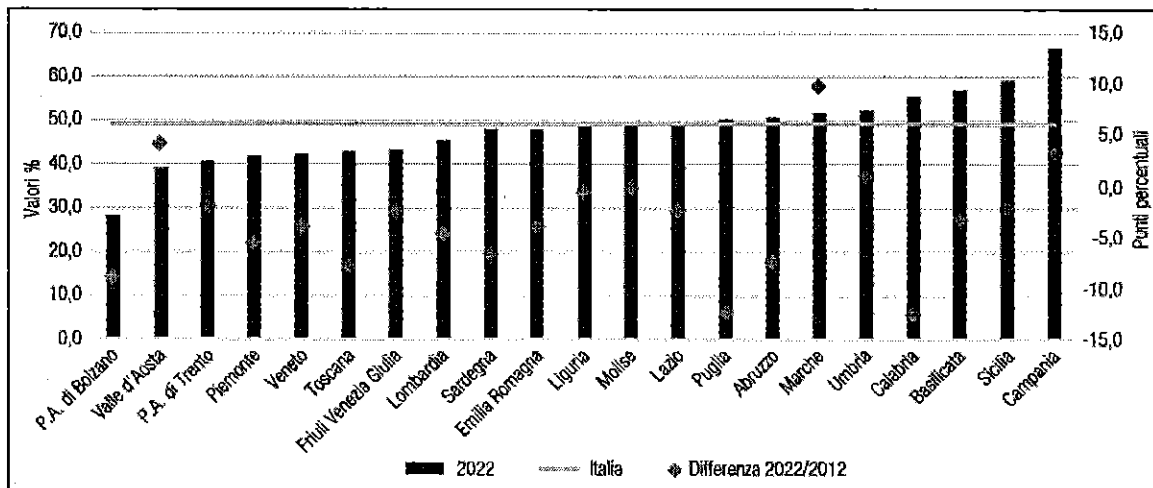
Grafico 8 – Tasso di disabilità in Italia. Anno 2022



Fonte - C.R.E.A. Sanità: 20° Rapporto Sanità

Nel 2022, in Italia, il tasso di disabilità è stato pari al 4,9% della popolazione, un valore stabile rispetto al 2012 (Grafico 8). La Basilicata si posiziona sopra la media nazionale, con un valore superiore al 5% con un incremento dello 0,25% decennio 2012-2022.

Grafico 9 - Quota multi-cronicità e limitazioni gravi over 75. Anno 2022

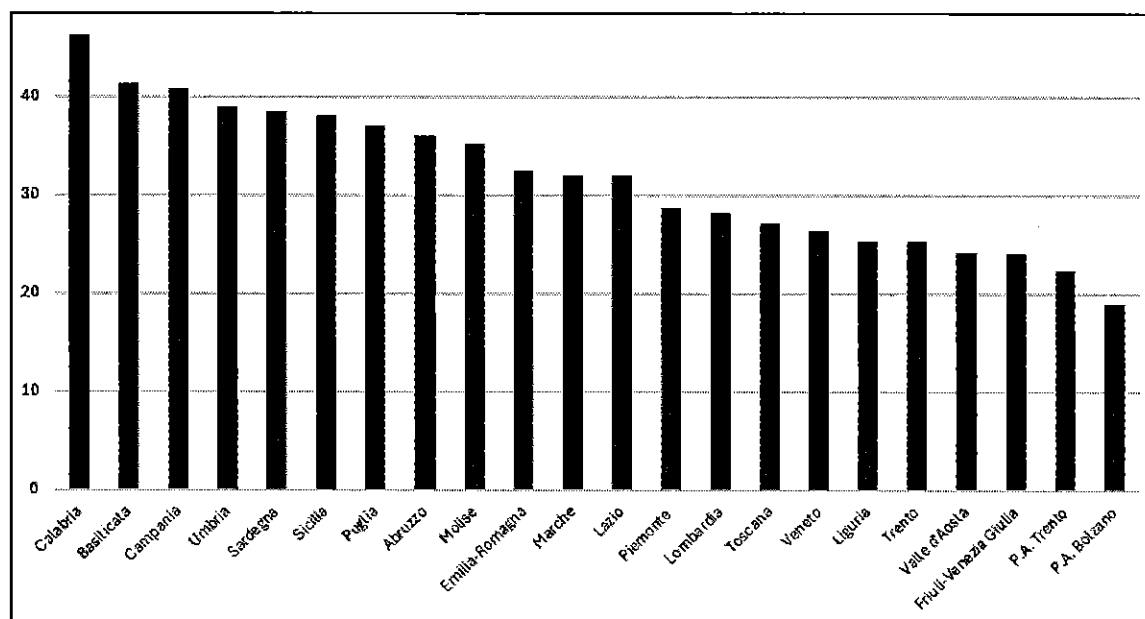


Fonte - C.R.E.A. Sanità: 20° Rapporto Sanità

Per quanto concerne l'indicatore che misura la presenza di cronicità tra i cittadini (Grafico 9), nel 2022, il 49% della popolazione italiana over 75 ha dichiarato di essere affetto da almeno tre patologie croniche e/o di avere limitazioni gravi da almeno sei mesi. Il valore è in calo rispetto al 2012 (53%). La Basilicata si colloca tra le regioni con una quota superiore alla media nazionale, mostrando un'incidenza elevata di multi-cronicità e disabilità tra gli anziani. A livello nazionale, i valori variano significativamente: la Campania registra la quota più alta (66,5%), mentre la Provincia Autonoma di Bolzano presenta il valore più basso (27,9%).

La presenza di cronicità e di multimorbilità hanno un forte impatto sulla graduale riduzione di autonomia a svolgere persino attività routinarie, con conseguente peggioramento della qualità della vita all'aumentare dell'età e un crescente bisogno di assistenza.

Grafico 10 - Persone di 65 anni e più con almeno tre patologie croniche di cui almeno una grave per regione. Anno 2019 (per 100 persone over 65 per regione)



Fonte - C.R.E.A. Sanità: 20° Rapporto Sanità

Nel 2019, circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni, più di un anziano su due, presentano multimorbilità, riferendo almeno tre patologie croniche (Grafico 10). Nel 2019, la Basilicata registra una percentuale del 41,4% di persone di 65 anni e più affette da almeno tre patologie croniche, di cui una grave (tumore maligno, ictus, Alzheimer e demenze, malattie cardiache, incluso infarto o angina, diabete, parkinsonismo, malattie respiratorie). Il valore è tra i più alti a livello nazionale, secondo solo alla Calabria (46,5%) e superiore alla media italiana (31,8%). L'incidenza elevata di multi-cronicità indica un significativo carico assistenziale per il sistema sanitario regionale.

Nel valutare gli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali, in particolare per quanto riguarda le condizioni di sovrappeso e obesità, si può operare un confronto specifico tra la Basilicata e la media nazionale italiana, grazie a quanto riportato dallo Studio Passi 2022-2023.

Per quanto concerne la percentuale di popolazione in sovrappeso, la Basilicata registra un dato del 39,1%, valore al di sopra della media nazionale italiana che si attesta al 32,7%. Per quanto riguarda l'obesità, la Basilicata presenta una percentuale del 12,4%. Anche in questo caso, il dato della regione è superiore alla media italiana, che si ferma al 10,4%. Infine, analizzando la percentuale di popolazione che ha ricevuto il consiglio di perdere peso, in Basilicata tale valore è del 47,6%, dato più elevato rispetto alla media italiana che si attesta al 43,1%. Ciò potrebbe riflettere sia una maggiore consapevolezza del problema tra i professionisti sanitari nella regione, sia una maggiore necessità di intervento data la prevalenza più alta di sovrappeso e obesità rispetto al dato nazionale.

2.5. Indicatori di performance clinico-assistenziale e mobilità interregionale

Dopo l'analisi dello stato di salute della popolazione e dei principali fattori di rischio, si procede all'esame degli indicatori di performance clinico-assistenziale e della mobilità interregionale. Questi elementi consentono di valutare non solo l'efficacia e la qualità dei servizi erogati, ma anche il grado di attrattività e di fiducia nel sistema sanitario regionale.

Per valutare concretamente l'efficacia del sistema sopra descritto è necessario analizzare i dati sulla mobilità.

Tabella 1 – Dati Mobilità Regione Basilicata (2014-2024)

Anno	Entrate	Uscite	Saldo
2014	67.603.000,00 €	99.122.000,00 €	- 31.519.000,00 €
2015	70.663.000,00 €	106.277.000,00 €	- 35.614.000,00 €
2016	65.751.000,00 €	105.927.000,00 €	- 40.176.000,00 €
2017	65.284.390,00 €	105.904.793,00 €	- 40.620.403,00 €
2018	63.977.438,00 €	107.085.050,00 €	- 43.107.612,00 €
2019	60.952.470,00 €	108.921.286,00 €	- 47.968.816,00 €
2020	45.697.219,00 €	88.083.875,43 €	- 42.386.656,43 €
2021	50.974.223,54 €	105.912.518,61 €	- 54.938.295,07 €
2022	51.840.175,00 €	121.176.412,00 €	- 69.336.237,00 €
2023	55.856.804,29 €	127.001.195,04 €	- 71.144.390,75 €
2024	58.233.756,01 €	128.362.495,12 €	- 70.128.739,11 €

Fonte: Rendiconto attività DG Salute Politiche della Persona e PNRR del 23 settembre 2025 – Assessore alla Salute, Politiche della Persona e PNRR

In Basilicata, sulla base dei dati disponibili in relazione all'anno 2024 (*Fonte: Rendiconto attività DG Salute Politiche della Persona e PNRR del 23 settembre 2025 – Assessore alla*

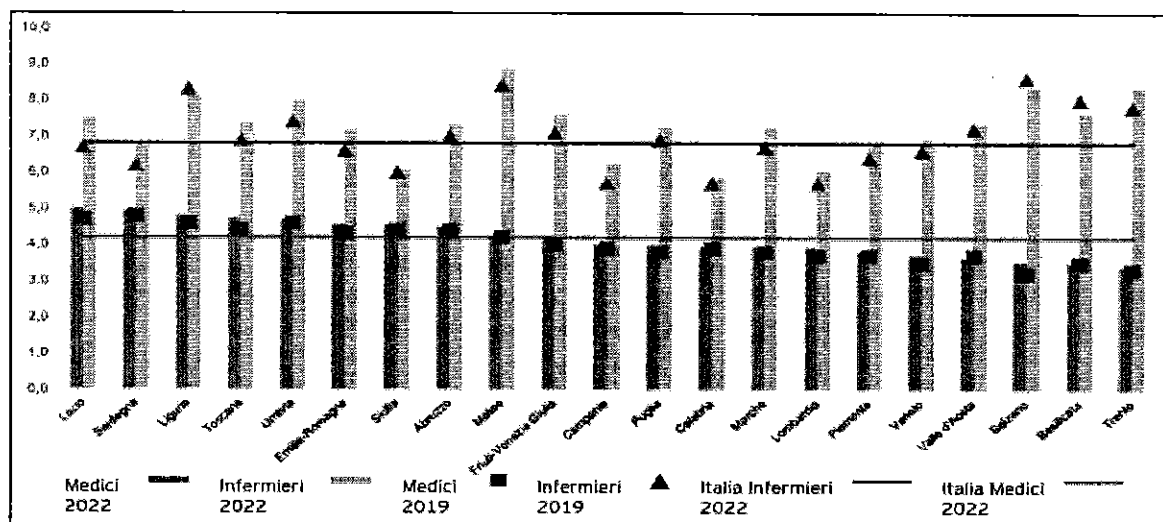
Salute, Politiche della Persona e PNRR), viene rilevato un leggero miglioramento del saldo rispetto agli anni precedenti in quanto la mobilità attiva ha registrato un +2.376.951,72 € rispetto alla mobilità dell'anno 2023, a fronte di una mobilità passiva che ha registrato un +1.361.300,08 € rispetto alla mobilità dell'anno 2023 (Tabella 1).

L'elevata incidenza della mobilità passiva in Basilicata evidenzia una dipendenza significativa dalle strutture sanitarie extraregionali, in particolare per prestazioni di alta complessità e a rischio inappropriata. Infatti, nel 2024, in Basilicata, i ricoveri in mobilità passiva sono stati 20.491, di cui 3.469 con DRG ad alta complessità (17%) e 5.213 con DRG a rischio inappropriata (25%).

Il peso economico della mobilità passiva sottolinea la necessità di potenziare l'offerta sanitaria regionale per ridurre il ricorso a cure fuori regione, migliorando l'offerta e garantendo una maggiore sostenibilità del sistema sanitario locale.

Un ulteriore indicatore per valutare la capacità del sistema sanitario è quello che riguarda i medici e gli infermieri attivi in regione (Grafico 11).

Grafico 11 – Dotazione di personale sanitario (numero medici e infermieri per 1000 abitanti). Anni 2019 e 2022

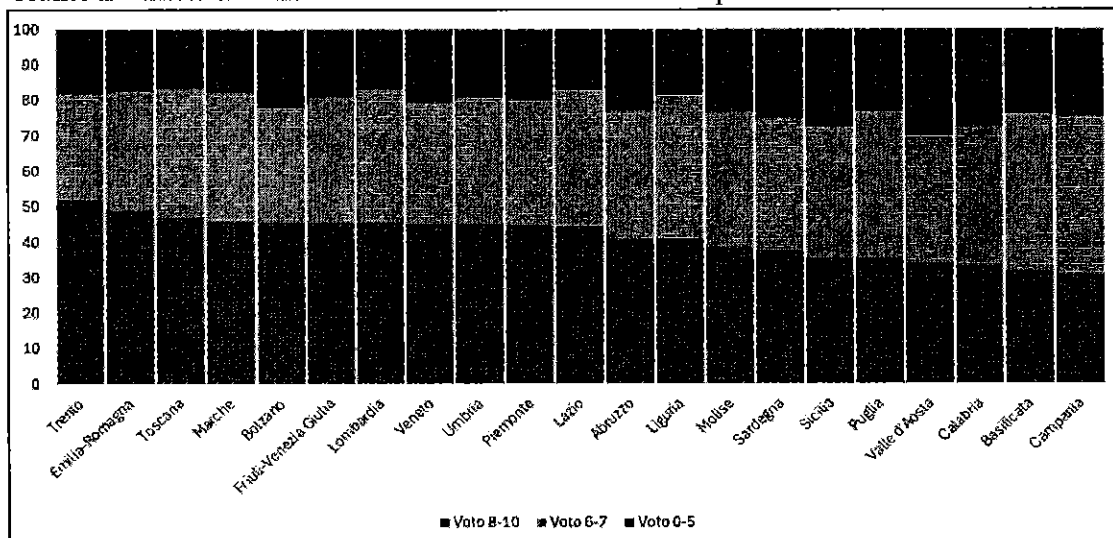


Fonte – Istat: Rapporto BES 2023

Nel 2022, la Basilicata presenta una delle dotazioni più basse di medici per 1.000 abitanti a livello nazionale, con un valore inferiore alla media italiana. Questo la colloca tra le regioni con la minore densità medica, insieme a Trento e Bolzano. Al contrario, la regione registra un'elevata presenza di personale infermieristico, collocandosi tra le prime regioni per numero di infermieri per 1.000 abitanti, ben al di sopra della media nazionale. Questa composizione indica una forte prevalenza del personale infermieristico rispetto alla componente medica, configurando un'organizzazione del sistema sanitario regionale in cui le cure assistenziali sono supportate da una dotazione infermieristica sopra la media, ma con una possibile carenza di personale medico.

Cambiando la prospettiva e assumendo il punto di vista dei pazienti, la fiducia della popolazione nei medici in Basilicata nel 2023, risulta tra le più basse a livello nazionale (Grafico 12).

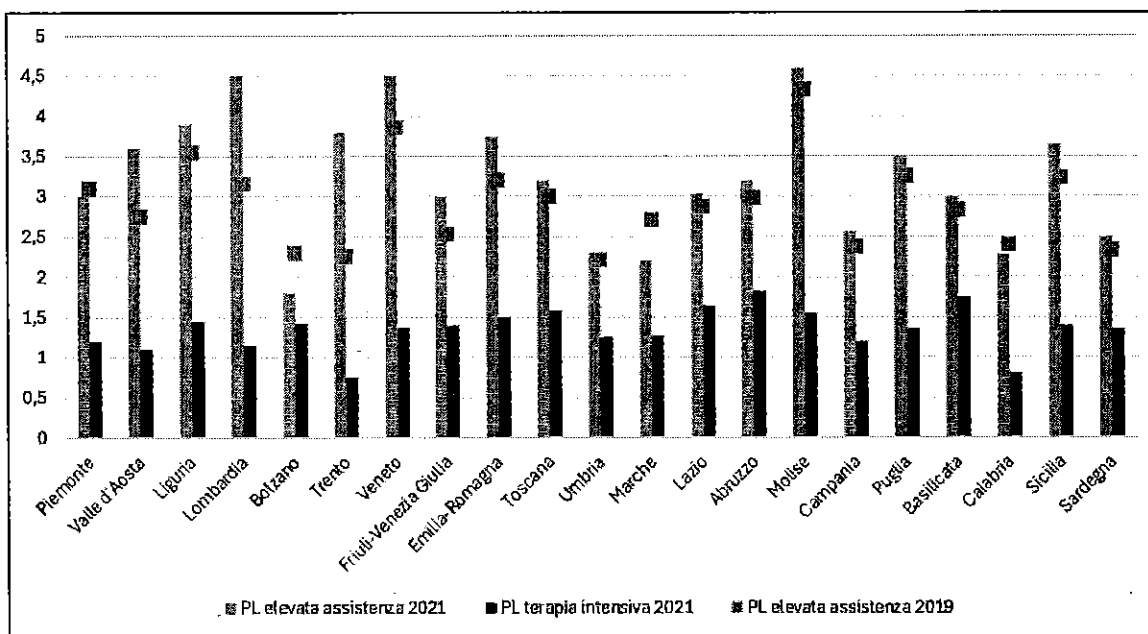
Grafico 12 - Indicatori di fiducia nei confronti dei medici e dell'altro personale sanitario. Anno 2023



Fonte – Istat: Rapporto BES 2023

La quota di persone che attribuisce un voto alto (8-10) è contenuta, mentre è elevata la percentuale di risposte nella fascia 6-7, indicativa di una valutazione moderata. Le regioni con il maggior livello di fiducia sono Trentino, Emilia-Romagna e Toscana, dove oltre metà della popolazione assegna voti tra 8 e 10. La Basilicata, insieme a Calabria e Campania, presenta invece le quote più basse di valutazione positiva. Il dato evidenzia una percezione meno favorevole della qualità dell'assistenza sanitaria regionale, suggerendo un livello di fiducia ridotto nei confronti del personale medico da parte dei cittadini lucani.

Grafico 13 – Posti letto ospedalieri per specialità a elevata assistenza e terapia intensiva

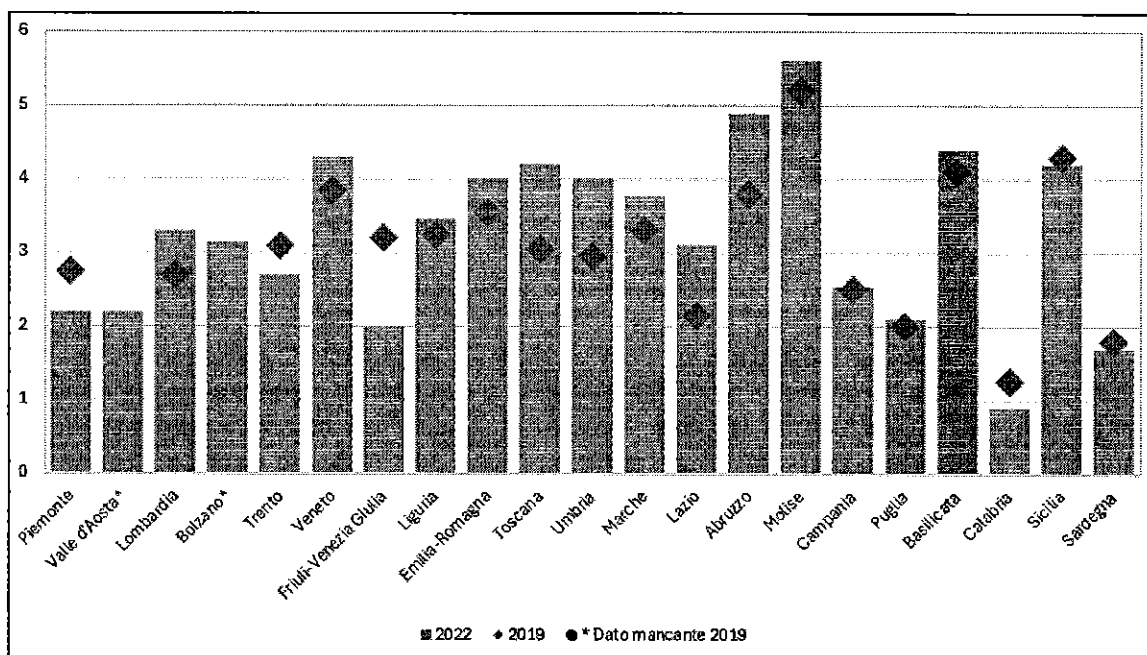


Fonte - Istat: Rapporto BES 2023

Nel 2021, dopo anni di progressiva riduzione dell'offerta complessiva di posti letto ospedalieri, il dato nazionale si è stabilizzato sui 33 posti letto ordinari e in day hospital per 10.000 abitanti (Grafico 13).

Contestualmente, si è registrato un potenziamento dell'assistenza per i pazienti più gravi. In questo quadro, anche in Basilicata si evidenziano segnali positivi. La regione dispone di 3,0 posti letto per specialità a elevata assistenza ogni 10.000 abitanti, un valore in linea con la media del Mezzogiorno (3,1) e superiore a quello registrato in regioni come Umbria, Campania e Sardegna. Sebbene non rientri tra le regioni con la dotazione più elevata, la Basilicata presenta comunque un livello di offerta stabile e coerente con la media nazionale.

Grafico 14 - Over 65 assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI)



Fonte - Istat: Rapporto BES 2023

Per quanto riguarda la terapia intensiva, la Basilicata si colloca invece ai vertici della graduatoria nazionale, con una dotazione pari a 1,7 posti letto ogni 10.000 abitanti, tra le più alte d'Italia insieme al Lazio (Grafico 14).

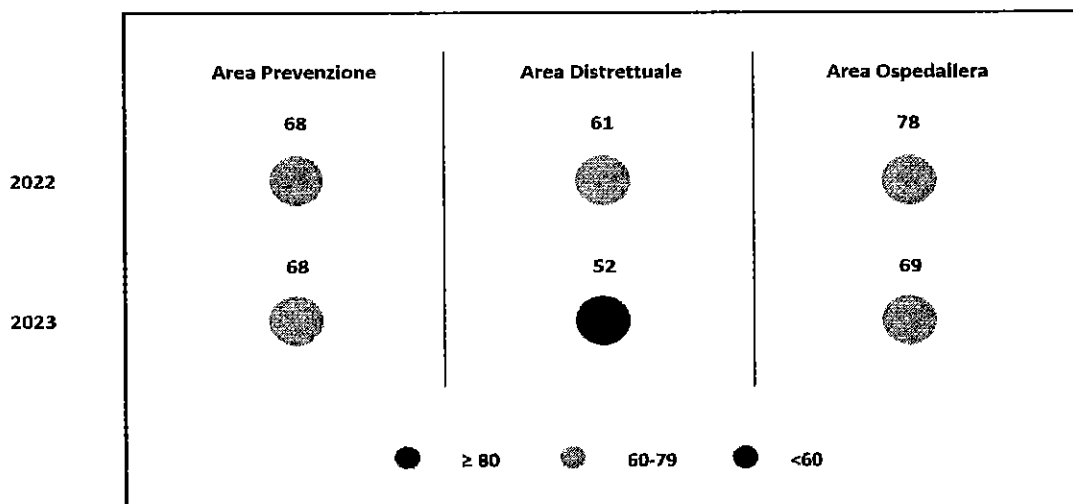
Questo dato riflette il potenziamento degli interventi post-pandemici e una particolare attenzione regionale alla capacità di risposta ospedaliera nelle situazioni di emergenza e criticità clinica.

Soffermandosi sull'assistenza portata avanti in abitazione, nel 2022, in Basilicata, la quota di persone di 65 anni e più assistite con assistenza domiciliare integrata (ADI) ha raggiunto il 4,5%, in aumento rispetto al 2019. La regione si posiziona così tra le realtà con la copertura più elevata a livello nazionale, superando nettamente regioni come Piemonte, Puglia, Campania e Sardegna. Solo Molise (5,5%) e Abruzzo (4,9%) registrano valori superiori. L'ADI rappresenta un servizio fondamentale per anziani in condizioni di non autosufficienza, temporanea o permanente, che incontrano gravi difficoltà nel raggiungere tre o più servizi essenziali. Tale assistenza include prestazioni sanitarie e socioassistenziali fornite direttamente al domicilio del paziente.

A livello nazionale, nel 2022 gli anziani assistiti in ADI sono stati circa 459 mila, pari al 3,3% della popolazione over 65, in crescita rispetto al 2,9% del 2019. L'aumento più marcato si è registrato nel Centro Italia (dal 2,6% al 3,6%), mentre nel Mezzogiorno i valori sono rimasti sostanzialmente stabili (2,9%) e al Nord si è osservato un leggero incremento (Nord-ovest: da 2,6% a 3,0%; Nord-est: da 3,5% a 3,7%).

I risultati del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) negli anni 2022 e 2023 si concentrano su tre macroaree fondamentali del sistema sanitario: l'area prevenzione, l'area distrettuale e l'area ospedaliera (Figura 1).

Figura 1 - Monitoraggio LEA attraverso gli indicatori CORE nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Anno 2022 e 2023



Fonte - Ministero della Salute, 2024: Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2022 e Sintesi 2023.

I valori numerici associati a ciascuna area rappresentano punteggi di performance, indicando il livello di adempimento e qualità dei servizi erogati (Ministero della Salute).

Nel 2022, il panorama generale dei LEA mostrava una performance con punteggi più che sufficienti in tutte le aree. Nello specifico, l'area prevenzione aveva raggiunto un punteggio di 68. L'area distrettuale, che comprende servizi territoriali e di prossimità, registrava un punteggio di 61. L'area ospedaliera, relativa ai servizi di ricovero e specialistici ospedalieri, si distingueva con il punteggio più alto, pari a 78. Questi dati del 2022 delineavano una situazione complessivamente in linea con gli standard di performance previsti, sebbene con margini di miglioramento.

Il confronto con il 2023 mostra un andamento eterogeneo tra le aree. L'area prevenzione è stabile a 68, indicando continuità nell'efficacia delle politiche preventive. L'area distrettuale cala significativamente da 61 a 52, segnalando possibili criticità nei servizi territoriali. Anche l'area ospedaliera diminuisce da 78 a 69, rimanendo comunque a un livello elevato, ma richiedendo monitoraggio per evitare ulteriori arretramenti.

In sintesi, il raffronto biennale mette in luce una sostanziale tenuta nell'ambito della prevenzione, a fronte di un sensibile peggioramento delle performance nell'area distrettuale. L'area ospedaliera, sebbene abbia registrato una flessione, mantiene un livello di punteggio al di sopra del livello di criticità, sottolineando l'importanza di analizzare le cause di tali variazioni per indirizzare al meglio le future strategie di miglioramento dei LEA.

2.6. Indicatori di soddisfazione, di performance ospedaliera e di appropriatezza delle prestazioni

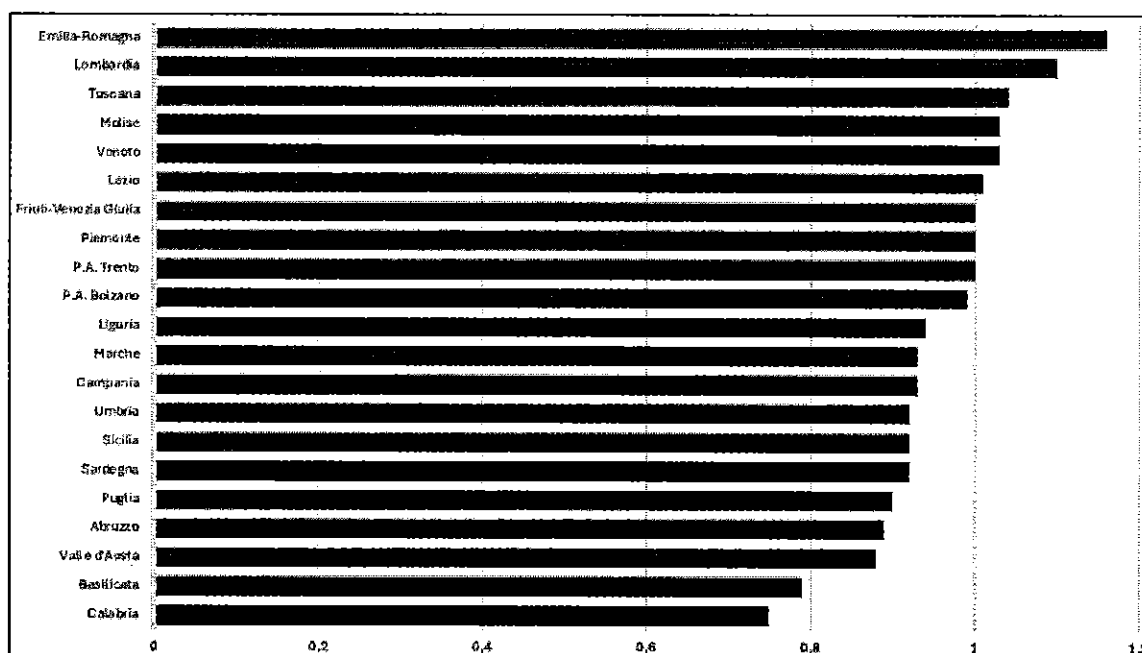
Questa macrocategoria di indicatori valuta la capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni assistenziali, analizzando l'efficacia, l'appropriatezza e gli esiti delle prestazioni. Comprende misure relative alla soddisfazione della domanda interna e alla produzione per

MDC, alle dimissioni ospedaliere e ai tassi di ricovero, nonché alla performance per specifiche diagnosi e prestazioni, permettendo di evidenziare punti di forza e aree di miglioramento.

2.6.1. Soddisfazione della domanda interna e produzione per MDC

L'indice di soddisfazione della domanda interna per regione rappresenta la capacità dei sistemi sanitari regionali di rispondere ai bisogni assistenziali dei propri residenti attraverso strutture locali.

Grafico 15 - Indice di Soddisfazione della Domanda Interna per regione. Anno 2022



Fonte - Osservasalute 2023

La Basilicata registra un indice pari a 0,79, collocandosi tra i valori più bassi a livello nazionale (Grafico 15). La regione risulta penultima, seguita solo da Calabria (0,75). Questo dato riflette una limitata capacità del sistema ospedaliero lucano di trattenere i pazienti residenti, con un ricorso significativo alla mobilità passiva interregionale, soprattutto per prestazioni ad alta complessità.

2.6.2. Performance ospedaliera e appropriatezza delle prestazioni

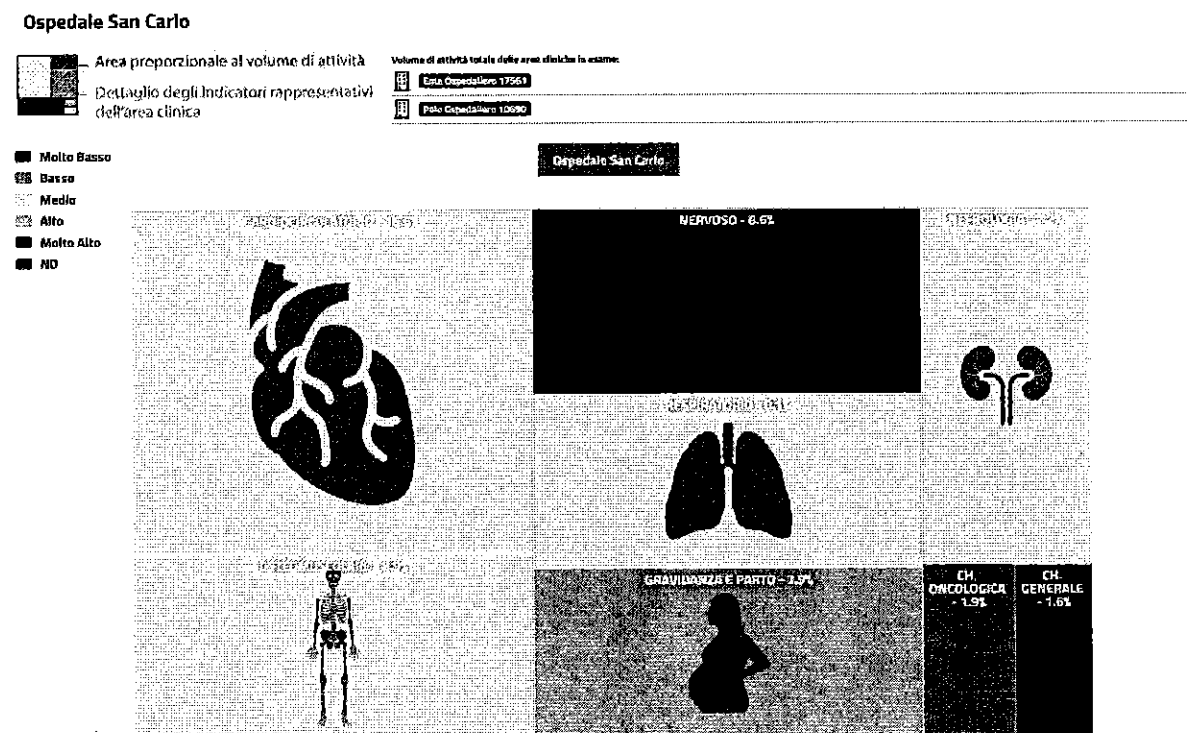
Per la valutazione degli indicatori di performance è stato introdotto dal Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas un nuovo strumento di analisi sintetica, il *Treemap*, che consente di rappresentare in modo immediato e comparabile i risultati delle strutture sanitarie. Questo approccio permette di integrare i singoli indicatori in una visione complessiva, evidenziando sia i punti di forza sia le aree che necessitano di interventi di miglioramento.

Il *Treemap* raffigura ogni struttura come un rettangolo suddiviso in riquadri, ciascuno corrispondente a una specifica area clinica. La dimensione di ogni riquadro è proporzionale al volume di attività svolta in quell'ambito, mentre il colore indica la qualità delle prestazioni, secondo una scala che va dal verde (livello di qualità molto alta) al rosso (livello di qualità molto basso). La classificazione si basa su indicatori selezionati e ponderati in base alla loro rilevanza, così da fornire una sintesi affidabile e facilmente leggibile delle performance delle strutture sanitarie.

Di seguito si riportano i *Treemap* relativi alle principali strutture ospedaliere, che rappresentano in forma sintetica la distribuzione dei volumi di attività e i livelli di qualità conseguiti nelle principali aree cliniche.

Ospedale San Carlo

Grafico 16 – Treemap Ospedale San Carlo 2023



Fonte - Programma Nazionale Esiti Agenas

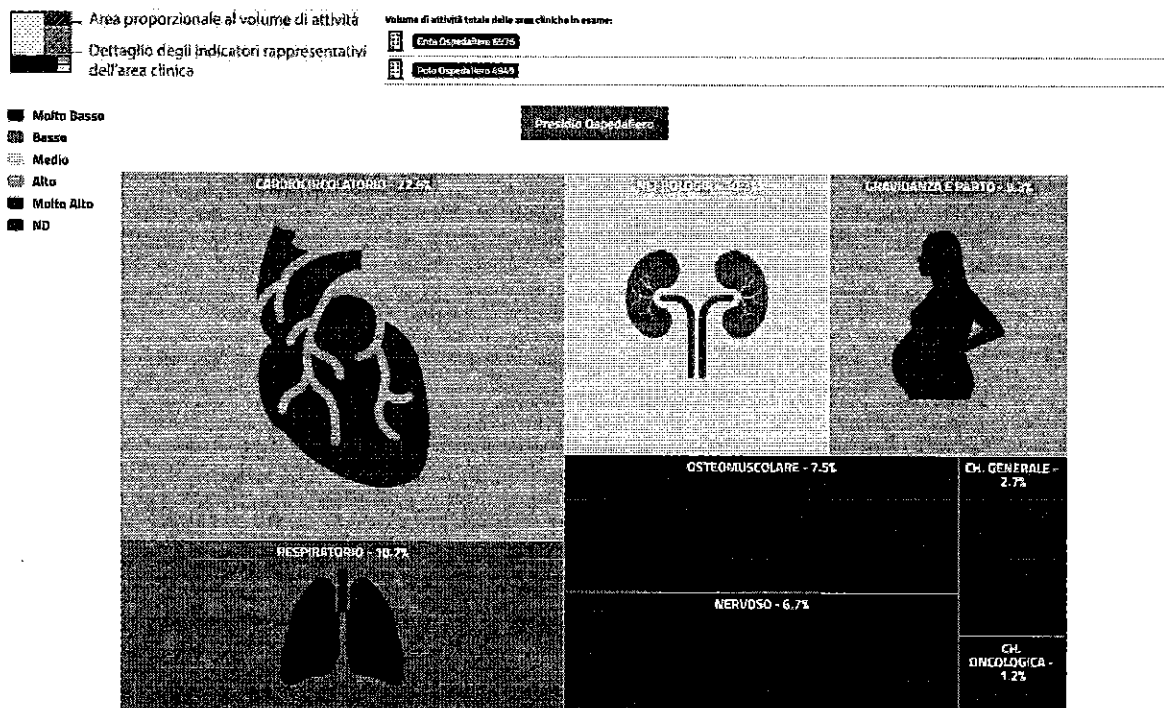
Per l'Ospedale San Carlo emerge una distribuzione eterogenea dei volumi e delle performance cliniche nelle diverse aree specialistiche (Grafico 16). L'area cardiocircolatoria rappresenta il volume più consistente (16,6%), seguita da osteomuscolare (8,9%), nervoso (8,6%), respiratorio (8,1%) e gravidanza/parto (7,9%). La nefrologia contribuisce per il 7,2%, mentre chirurgia oncologica (1,9%) e chirurgia generale (1,6%) hanno un peso molto più contenuto.

In termini qualitativi, la maggior parte delle aree si colloca su livelli di performance medio-alti, fatta eccezione per l'area neurologica che evidenzia criticità (livello molto basso). Le aree cardiocircolatoria, respiratoria e nefrologica si attestano su valori medi, mentre gravidanza/parto mostra un livello alto. La chirurgia generale si distingue positivamente con un livello molto alto, a fronte di volumi ridotti. Il quadro complessivo evidenzia una distribuzione disomogenea sia in termini di volumi che di performance cliniche, con alcune aree che mostrano solidità e risultati qualitativi elevati nonostante volumi contenuti (come la chirurgia generale), mentre altre, pur rappresentando quote significative di attività, presentano livelli di performance solo medi o addirittura critici, come nel caso dell'area neurologica. Questo suggerisce la necessità di un riequilibrio strategico, volto a rafforzare le aree in difficoltà e valorizzare quelle ad alta efficienza, per garantire una maggiore coerenza tra quantità e qualità dell'assistenza erogata.

Presidio Ospedaliero Madonna delle Grazie

Grafico 17 – Treemap Ospedale Madonna delle Grazie 2023

Presidio Ospedaliero



Fonte - Programma Nazionale Esiti Agenas

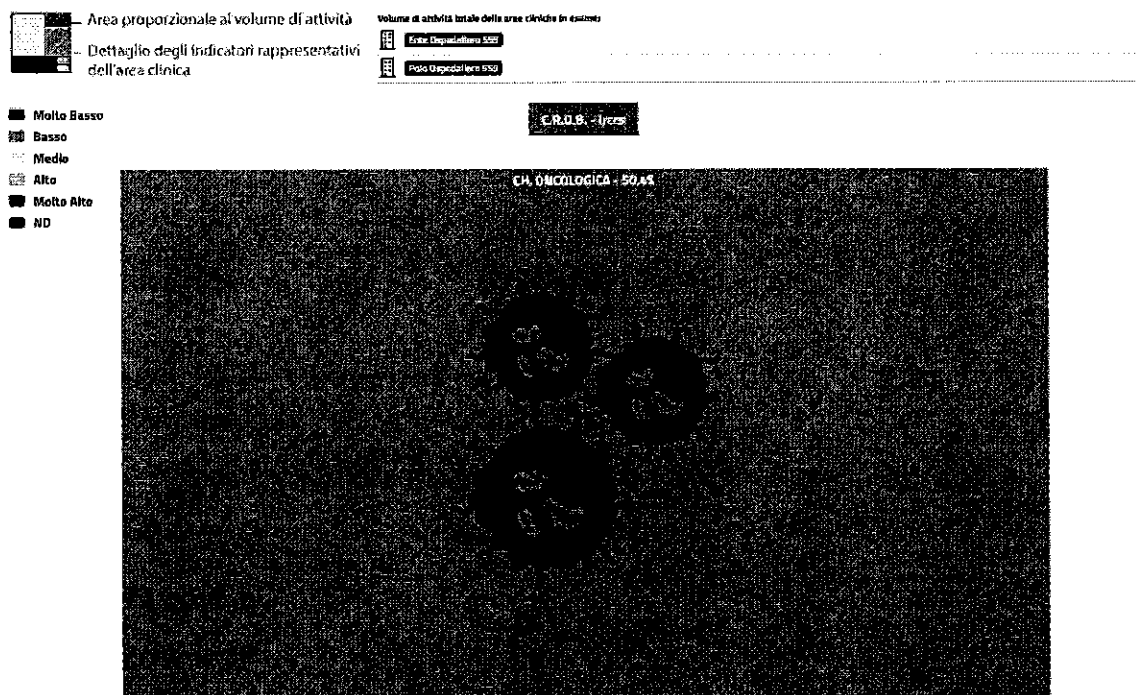
Nel Presidio Ospedaliero Madonna delle Grazie di Matera (Grafico 17), l'attività clinica è concentrata soprattutto nell'area cardiocircolatoria, che rappresenta il 22,6% del totale e mostra livelli di performance elevati (verde). Seguono le aree respiratoria (10,7%) e nefrologica (10,3%), con volumi significativi ma performance rispettivamente basse e medie. Importante anche il contributo dell'area gravidanza e parto (9,3%), caratterizzata da buoni risultati.

Al contrario, le aree osteomuscolare (7,5%) e nervosa (6,7%) evidenziano criticità rilevanti, così come la chirurgia generale (2,7%) e la chirurgia oncologica (1,2%), entrambe con volumi ridotti e livelli di performance molto bassi. Il presidio mostra una forte specializzazione in alcune aree ad alta intensità clinica, come quella cardiocircolatoria, che combina volumi elevati e buone performance. Tuttavia, emergono squilibri significativi: diverse aree con volumi rilevanti presentano risultati qualitativi modesti o critici, mentre settori chirurgici strategici risultano deboli sia per attività che per efficacia. Questo scenario suggerisce la necessità di un intervento mirato per rafforzare le aree in sofferenza e migliorare l'equilibrio complessivo tra capacità produttiva e qualità dell'assistenza.

C.R.O.B. IRCCS

Grafico 18 – Treemap C.R.O.B. IRCCS 2023

C.R.O.B. - Irccs



Fonte - Programma Nazionale Esiti Agenas

Nel C.R.O.B. – IRCCS (Grafico 18), l'attività clinica risulta fortemente concentrata nell'area di chirurgia oncologica, che rappresenta oltre la metà del volume complessivo (50,4%). Questa netta prevalenza riflette la vocazione specialistica dell'istituto, ma al contempo evidenzia una forte polarizzazione dell'offerta assistenziale. Le informazioni qualitative associate a quest'area indicano un livello di performance basso, segnalando una criticità rilevante proprio nel settore più rappresentativo.

Le altre aree cliniche non sono visivamente rappresentate nel dettaglio, suggerendo una marginalità operativa rispetto alla chirurgia oncologica. Si delinea un presidio molto specializzato, ma con rilevanti criticità qualitative nel core di attività e una scarsa diversificazione clinica, elemento che può incidere sulla sostenibilità e sulla qualità complessiva dell'assistenza.

Sintesi

Di seguito si riporta il dettaglio della performance delle tre strutture rispetto ai 21 indicatori del *Treemap*.

Grafico 19 – Treemap Confronto strutture ospedaliere 2023

Treemap - Anno 2023		AOR SAN CARLO	IRCCS CROB	PO MADONNA DELLE GRAZIE
CARDIOCIRCOLATORIO	MIA: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)		N/A	
	Bypass Aortico coronarico isolato: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)		N/A	N/A
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni		N/A	N/A
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti		N/A	
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'orta addominale: mortalità a 30 giorni		N/A	N/A
	Scambio cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni		N/A	
NERVOLOGICO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni		N/A	
	Intervento chirurgico per T. cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia		N/A	N/A
RESPIRATORIO	BPCD ricicatrizzato: mortalità a 30 giorni		N/A	
CH. GENERALE	Colectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni		N/A	
CH. ONCOLOGICA	NUOVI interventi di resezione entro 120 giorni da diagnosi conservativa per T1a mammella			
	Intervento chirurgico per T1a polmone: mortalità a 30 giorni			N/A
	Intervento chirurgico per T1c colon: mortalità a 30 giorni			
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario		N/A	
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo		N/A	
OSTEOMUSCOLARE	Proporzione di epistomie nei parti vaginali		N/A	
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore		N/A	
	Interventi di proctectomia chiusa riammissione a 30 giorni		N/A	N/A
	Intervento ai protesi di anca: riammissione a 30 giorni		N/A	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero		N/A	

Fonte - Elaborazione dati Programma Nazionale Esiti Agenas

Nel confronto finale tra i tre presidi (Grafico 19), emergono differenze sostanziali sia nella distribuzione dei volumi che nella qualità delle cure:

- L'Ospedale San Carlo mostra una buona articolazione dell'attività clinica e performance generalmente solide, pur con qualche criticità nell'area neurologica;
- Il Presidio Ospedaliero Madonna delle Grazie presenta un profilo più bilanciato, con alcune aree di eccellenza ma anche alcune criticità, soprattutto in ambito chirurgico e neurologico;
- Il C.R.O.B. IRCCS, fortemente specializzato in chirurgia oncologica, presenta margini di miglioramento, suggerendo la necessità di rafforzare la qualità.

Nel complesso, il grafico conferma la necessità di interventi differenziati per migliorare l'equilibrio tra volumi e qualità nei tre presidi.

3. Macroaree di intervento, obiettivi del Piano e strumenti di monitoraggio

Le macroaree di intervento, gli obiettivi del Piano e i relativi strumenti di monitoraggio, descritti nel presente capitolo, rappresentano una sintesi orientativa delle principali direttrici su cui si intende concentrare l'azione strategica regionale in ambito sanitario. Gli esempi di programmazione aziendale riportati in attuazione delle azioni individuate per gli obiettivi specifici sono da considerarsi indicativi, ma non esaustivi, e hanno lo scopo di fornire un quadro esemplificativo delle possibili azioni da intraprendere, nell'ottica di una pianificazione flessibile e adattabile ai bisogni emergenti del sistema sanitario regionale.

3.1. Macroarea (a) - Migliorare la salute e il benessere della popolazione, con un'attenzione particolare all'invecchiamento attivo

In Basilicata, il tessuto demografico si sta progressivamente modificando. Negli ultimi decenni si continua ad assistere a un incremento della popolazione anziana con un ritmo superiore rispetto a quello della popolazione generale, mentre si registra contestualmente una significativa riduzione della natalità.

La ricaduta di tale fenomeno sulla tenuta e sulla sostenibilità del sistema sanitario è rilevante ed evidenzia la necessità di basare le decisioni e la costruzione dei processi di salute, delle persone e delle comunità, partendo dalla prevenzione.

Invecchiare in salute, ritardando l'insorgenza di patologie prevenibili, in particolare delle Malattie Croniche Non Trasmissibili, come il diabete di tipo 1 e 2, obesità, malattie metaboliche, cardiocircolatorie, respiratorie, muscolo-scheletriche, oncologiche, è possibile mediante l'adozione di strategie di prevenzione "in tutte le politiche". Questo lavoro è fondamentale per garantire la sostenibilità futura del sistema sanitario regionale.

La prevenzione e l'adozione di stili di vita sani sono la prima chiave per preservare la salute. Oltre a migliorare la qualità della vita della popolazione, la prevenzione comporta un risparmio economico significativo per il sistema sanitario regionale: da un lato per la riduzione dei costi diretti legati all'assistenza, dall'altro per il recupero di produttività, grazie a una popolazione più attiva, presente e in buona salute.

Per ottenere risultati efficaci, è fondamentale che le politiche preventive siano centrate sulla persona e basate su processi di "capacitazione". Questo implica migliorare l'*Health Literacy* (alfabetizzazione sanitaria) e accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (*Empowerment*), nonché di interagire con il sistema sanitario (*Engagement*) attraverso relazioni basate sulla fiducia.

Affermare la centralità delle persone e delle comunità nella programmazione sanitaria e sociosanitaria significa riconoscere che la salute, sia individuale che collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici. Le politiche di prevenzione possono quindi ridefinire il rapporto tra i concetti di "salute" e "sanità", ribadendo che la seconda opera per la prima, ma non ne esaurisce tutto l'orizzonte.

Si tratta di "costruire salute" promuovendo azioni di sistema solide, che riconoscano il ruolo essenziale, ma non esclusivo, della sanità e degli operatori sanitari. È importante essere consapevoli che la salute è un processo complesso e dinamico, che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici ed ambientali, e necessita di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*).

Per perseguire gli obiettivi del benessere individuale e collettivo, è imprescindibile adottare un approccio trasversale, rafforzando alleanze e sinergie intersettoriali tra forze diverse. Questo si realizza secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" (*Health in All Policies*), che integra la salute in ogni aspetto delle politiche pubbliche.

È fondamentale un impegno collettivo da parte delle persone e delle comunità, che deve iniziare ben prima dell'insorgenza della malattia. È essenziale educare sin dalla primissima infanzia, e durante la gravidanza, a una corretta alimentazione, a un adeguato esercizio fisico, alla gestione dello stress e alla cura di un ambiente più salubre. Questo implica intervenire sui "determinanti di salute" di natura ambientale, sociale, culturale e comportamentale, i quali possono influenzare profondamente il benessere psico-fisico degli individui e la salute complessiva di una comunità nel corso degli anni.

Tra questi fattori, è importante evidenziare il ruolo cruciale dell'istruzione e dell'informazione, che rappresentano un "determinante" centrale. Allo stesso modo, povertà e disuguaglianze sociali possono frequentemente portare, nel lungo periodo, a un minor livello di salute, in particolare in età avanzata.

Il vero elemento strategico di innovazione, pertanto, risiede nella decisione di riorientare l'intero sistema della prevenzione verso un "approccio" di Promozione della Salute. Questa scelta è raccomandata dalla letteratura internazionale e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in linea con i principi espressi nella Carta di Ottawa.

Tali strategie sono al centro degli indirizzi prioritari del **Piano Nazionale della Prevenzione 2020/2025** e sono state recepite e declinate anche nel vigente **Piano Regionale della Prevenzione della Basilicata 2020/2025** e ancor più, lo saranno nei futuri documenti di Piano,

La sfida è quella di programmare e progettare interventi di prevenzione integrati in rete, intersettoriali, che mirino a costruire un sistema sanitario proattivo più che reattivo.

In tale contesto la promozione della salute è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo con l'obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (*empowerment*) che mantenga o migliori il capitale di salute, rafforzando il coinvolgimento dei MMG e PLS quali figure chiave per favorire l'**health literacy** e l'empowerment dei cittadini e di figure di prossimità, come ad esempio l'**infermiere di famiglia e di comunità** per garantire interventi multiprofessionali anche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze.

È fondamentale promuovere stili di vita sani e prevenire le malattie croniche legate all'età, come demenza, osteoporosi e malattie cardiovascolari, per garantire una buona qualità di vita anche in età avanzata. Pertanto, si deve migliorare la salute e il benessere globale attraverso la prevenzione e il trattamento delle malattie non trasmissibili e trasmissibili, la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, la riduzione dei decessi legati a determinanti di inquinamento ambientale, sviluppando le strategie di prevenzione e risposta del Servizio Sanitario in riferimento ai rischi ambientali e climatici secondo l'approccio **One Health**.

Inoltre, è essenziale garantire e migliorare la prevenzione secondaria e terziaria al fine di fornire diagnosi precoci, come ad esempio attraverso gli screening oncologici, ed aumentare l'efficacia della gestione delle malattie croniche e della riabilitazione.

3.1.1. Obiettivo generale (1a): Sviluppare e promuovere politiche di prevenzione per la tutela della salute della popolazione e degli individui

L'obiettivo si pone nella logica dell'approccio One Health per la conservazione dello stato di salute il più a lungo possibile e per la riduzione degli effetti dovuti alla presenza di alcuni determinanti quali multi-morbilità e cronicità. Ciò al fine di dare qualità di vita alla popolazione aumentando gli anni di vita in buona salute e riducendo l'impatto sulla spesa sanitaria.

La prevenzione è il pilastro fondamentale per la tutela della salute pubblica e per la sostenibilità del sistema sanitario regionale. In un contesto di invecchiamento demografico, crescita delle patologie croniche e aumento delle disuguaglianze sociali, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie diventano strumenti essenziali per migliorare la qualità della vita e ridurre il carico assistenziale e socioeconomico.

La Regione adotta un approccio integrato alla prevenzione, fondato sulla promozione di stili di vita salutari, sull'educazione sanitaria, sulla prevenzione delle malattie croniche e infettive, e sul contrasto alle disuguaglianze sanitarie e sociali. Le azioni preventive sono progettate in

modo intersettoriale, coinvolgendo attivamente la rete dei servizi sanitari, educativi, sociali e le comunità locali.

Obiettivi Specifici

I. Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le fasi della vita e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale

Il miglioramento degli stili di vita è una strategia trasversale alla prevenzione di molteplici patologie, in particolare quelle cronico-degenerative. L'obiettivo è quello di "seguire il cittadino lungo tutto il corso della vita" (approccio *life course*) al fine di aumentare il livello delle competenze e favorire l'*health literacy*, responsabilizzare i cittadini e diffondere la cultura del benessere, nonché agire sui setting di vita e di lavoro per creare ambienti favorevoli alla salute.

Azioni

- Programmi regionali di informazione e sensibilizzazione sui benefici dei corretti stili di vita (attività fisica, corretta alimentazione, adesione agli screening, sui rischi correlati al fumo e all'abuso di alcol e sostanze) nei diversi setting di intervento (scuola, comunità, luoghi di lavoro ecc.);
- Specifici Programmi di promozione della salute e del benessere rivolti alla popolazione scolastica, in coerenza con gli indirizzi della "Rete Lucana delle scuole che promuovono salute" (ex DGR n. 758/2024) basati su strategie e interventi *evidence-based*;
- Promozione di ambienti urbani sani (spazi verdi, piste ciclabili, aree pedonali);
- Coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari nella promozione di comportamenti salutari (counseling motivazionale breve ecc.).

Esempio per la programmazione aziendale

Programmi di promozione della salute setting scolastico

◆ *Progetto “Rete delle scuole che promuovono salute”*

Obiettivo: Promuovere la salute nel setting scolastico adottando un approccio globale ed intersettoriale.

Attori coinvolti: Regione – Dir. Salute e politiche della persona, Ufficio Scolastico Regionale di Basilicata, Aziende Sanitarie Locali, Dipartimento Prevenzione, MMG e PLS, Associazioni, Comuni, ecc.

Azioni:

- Co-progettare congiuntamente fra scuole, operatori sanitari, stakeholders programmi intersettoriali sostenuti da evidenze scientifiche a partire dall’analisi dei bisogni di salute;
- Implementare/integrare l’offerta formativa rivolta agli insegnanti;
- Programmi e interventi finalizzati allo sviluppo di competenze nell’ambito delle specifiche aree tematiche di intervento:
 - Promozione della corretta alimentazione;
 - Promozione dell’attività fisica e lotta alla sedentarietà;
 - Prevenzione del tabagismo e disassuefazione dal fumo;
 - Prevenzione e lotta alle dipendenze patologiche (alcol, droghe, GAP, dipendenze, dipendenze tecnologiche, come quella dai videogiochi e/o dai social media);
 - Promozione del benessere e della tutela della salute mentale anche in relazione agli effetti della pandemia sulla salute psico-fisica dei ragazzi;
 - Promozione di comportamenti corretti in materia di prevenzione di malattie infettive;
 - Promozione dell’educazione all’affettività e alla sessualità;
 - Promozione della cultura della tolleranza e dell’inclusione e promozione della cultura di genere;
 - Promozione di competenze di cittadinanza attiva nella prospettiva della long life e wide life education in un sistema formativo territoriale integrato

II. Contrasto alla sedentarietà e promozione dell’attività fisica e dell’attività fisica adattata

La Regione riconosce l’esercizio fisico strutturato e adattato come strumento indispensabile di un corretto stile di vita e di trattamento in persone sane e in persone affette da patologie croniche non trasmissibili, in condizioni cliniche stabili, o a rischio di patologie per le quali è clinicamente dimostrato il beneficio prodotto dalla pratica dell’esercizio fisico medesimo. A tal riguardo, la regione Basilicata, con legge regionale del 10 agosto 2022, n. 25, (Palestre della Salute)” ha istituito le “Palestre della salute riconoscendo il valore sociale, formativo e educativo dell’attività motoria e sportiva e l’esercizio fisico strutturato e adattato e con DGR n. 106/2025 è stato approvato in via definitiva il regolamento attuativo delle palestre della salute al fine di definirne percorsi e procedure per l’esercizio delle attività.

L’attività motoria rappresenta un elemento centrale per l’invecchiamento attivo, la prevenzione della disabilità e la riduzione della solitudine. Le attività e la programmazione inerenti all’attività motoria non va intesa solo e semplicemente come una necessità in termini di prevenzione sanitaria, ma va realizzata in maniera integrata con le strutture comunali e di volontariato, realizzando progetti integrati poiché quanto definito costituisce un determinante fondamentale per la prevenzione delle patologie croniche e dei disturbi della salute mentale in età avanzata legati alla solitudine all’isolamento.

Azioni

- Istituzione di “gruppi di cammino” e altre attività motorie strutturate in collaborazione con Comuni, ASL, palestre sociali e centri anziani;
- Riqualificazione degli spazi urbani e parchi per favorire la mobilità attiva in sicurezza;
- Inserimento dell’attività fisica nei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) per anziani fragili;
- Formazione di operatori sanitari e sociali sul ruolo preventivo dell’attività fisica.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Programma Comunità attive*

Obiettivo: Promuovere l’attività fisica nella popolazione generale

Attori coinvolti: Regione – Dipartimento Salute, Aziende Sanitarie – Dip. Prevenzione, Comuni, Associazioni sportive, MMG, PLS, Scuole, associazioni, ecc.

Azioni:

- Programmi nel setting scolastico volti alla promozione dell’attività motoria (pedibus, stretching in classe ecc.);
- Eventi in collaborazione con associazioni sportive e con il coinvolgimento dei Comuni

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Gruppi di Cammino e Ginnastica Dolce*

Obiettivo: Prevenzione delle cadute e promozione dell’attività motoria negli anziani.

Attori coinvolti: Comuni, centri anziani, associazioni, DdP. ecc.

Azioni:

- Attivazione di gruppi con fisioterapisti o laureati in Scienze Motorie;
- Percorsi sicuri e accessibili;
- Integrazione con il percorso sociosanitario territoriale;
- Monitoraggio e Valutazione

III. Contrasto alle disuguaglianze di salute

Le condizioni socioeconomiche, culturali e territoriali influenzano significativamente l’accesso ai servizi, le opportunità di salute e l’adesione ai comportamenti preventivi. Il contrasto alle disuguaglianze è una priorità trasversale a tutte le politiche di prevenzione.

Azioni

- Mappatura e monitoraggio dei determinanti sociali di salute a livello locale - Sistemi di Sorveglianza ex DPCM 3 marzo 2017 (Passi, Passi d’argento, Okkio alla salute, HBSC, Sorveglianza 0-2 anni);
- Potenziamento dei servizi di prevenzione nei contesti a maggiore vulnerabilità sociale;
- Promozione di interventi *outreach* e domiciliari nei confronti di soggetti fragili (persone senza dimora, migranti, anziani soli);
- Collaborazioni intersettoriali tra sanità, servizi sociali, terzo settore e istituzioni locali per favorire l’equità nell’accesso alla salute.

IV. Gestione delle patologie trasmissibili

Le infezioni emergenti e riemergenti, in un contesto di globalizzazione e mutamenti climatici, richiedono una sorveglianza costante e una capacità di risposta rapida. Il PSR individua, pertanto, la gestione integrata delle MCNT e delle MT come una priorità strategica, in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'emergere di nuove malattie infettive e la necessità di mantenere alta la copertura vaccinale impongono un rafforzamento della prevenzione sia primaria che secondaria.

Azioni

- Potenziamento delle campagne vaccinali in tutte le fasce d'età;
- Educazione sanitaria sulle vaccinazioni nei contesti scolastici e lavorativi;
- Attivazione di ambulatori mobili per raggiungere aree periferiche e gruppi difficilmente accessibili, attivazione di protocolli operativi con i MMG, PLS e Farmacie territoriali di servizio;
- Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e della capacità di risposta alle malattie trasmissibili.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Potenziamento delle campagne vaccinali*

Obiettivo: Aumentare l'adesione alle vaccinazioni e migliorare la copertura vaccinale nella popolazione.

Attori coinvolti: Aziende Sanitarie, Comuni, MMG, PLS, associazioni ecc.

Azioni:

- Introduzione, da parte delle Aziende, di *Open Day* vaccinali stagionali;
- Attivazione di sistemi di *recall e reminder* tramite SMS o App sanitaria regionale.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Educazione sanitaria sulle vaccinazioni*

Obiettivo: Diffondere la cultura vaccinale e favorire la consapevolezza dei benefici delle vaccinazioni.

Attori coinvolti: Istituti scolastici, PLS, Dipartimenti di Prevenzione, associazioni, Comuni ecc.

Azioni:

- Predisposizione di *kit didattici digitali* per le scuole primarie e secondarie;
- Organizzazione di incontri periodici con i genitori a cura di PLS e Dipartimenti di Prevenzione

V. Prevenzione delle patologie croniche e screening oncologici

La gestione proattiva delle patologie croniche e l'adesione agli screening rappresentano strumenti fondamentali per diagnosi precoci ed esiti favorevoli. L'aumento dell'adesione della popolazione ai programmi di prevenzione rappresenta una priorità strategica della pianificazione sanitaria regionale. Le evidenze scientifiche dimostrano che la diagnosi precoce e la prevenzione primaria incidono significativamente sulla riduzione della mortalità e morbosità legate alle malattie croniche, infettive e degenerative, oltre a generare un impatto positivo in termini di sostenibilità del sistema sanitario. Pertanto, la Regione intende migliorare l'adesione della popolazione alle attività di prevenzione e screening promuovendo un approccio integrato, strutturato e orientato ai risultati, basato su tre direttrici principali: potenziamento dell'offerta, interventi di comunicazione e coinvolgimento attivo della comunità, rafforzamento dell'integrazione territoriale.

Azioni

Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT)

- Rafforzare la prevenzione primaria e secondaria delle MCNT;
- Promuovere stili di vita sani e consapevoli;
- Migliorare la presa in carico delle persone con malattie croniche attraverso modelli di gestione integrata;
- Programmi di prevenzione cardiovascolare;
- Valutazione integrata dei fattori di rischio e presa in carico precoce (*chronic care*);
- Piena attuazione della Legge Regionale 29 gennaio 2010, n. 9 – Assistenza in Rete integrata Ospedale-Territorio della Patologia Diabetica e delle Patologie Endocrino-metaboliche

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Rafforzare la prevenzione primaria e secondaria delle MCNT*

Obiettivo: Rafforzare prevenzione e diagnosi precoce delle malattie croniche non trasmissibili.

Attori coinvolti: Aziende Sanitarie, Comuni, MMG, PLS, Dipartimenti di Prevenzione, Comuni, ecc.

Azioni:

- Creazione di Ambulatori di prevenzione integrata a livello distrettuale, con focus su diabete di tipo 1 e 2, ipertensione e BPCO;
- Programmazione di giornate aziendali di prevenzione (check-up rapidi gratuiti per colesterolo, glicemia, pressione)

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Migliorare la presa in carico delle persone con malattie croniche attraverso modelli di gestione integrata*

Obiettivo: Favorire una presa in carico coordinata e continua dei pazienti cronici.

Attori coinvolti: Aziende Sanitarie, Distretti, MMG, PLS, specialisti, infermieri di continuità, ecc.

Azioni:

- Attivazione di PDTA aziendali per diabete, scompenso cardiaco, BPCO e ipertensione con indicatori di monitoraggio trimestrali;
- Sviluppo di piattaforme digitali aziendali per il *disease management* (telemonitoraggio, cartella clinica condivisa)

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Programmi di prevenzione cardiovascolare*

Obiettivo: Promuovere la prevenzione e il monitoraggio dei fattori di rischio cardiovascolare.

Attori coinvolti: Aziende Sanitarie, Distretti, MMG, PLS, cardiologi, infermieri di comunità, ecc.

Azioni:

- Introduzione di ambulatori di “cardiologia preventiva” in ogni distretto con monitoraggio periodico dei pazienti a rischio;
- Iniziative di screening cardiovascolare in farmacie e centri commerciali, con rilevazione gratuita dei principali fattori di rischio (pressione, colesterolo, glicemia, BMI)

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Valutazione integrata dei fattori di rischio e presa in carico precoce (modello Chronic Care)*

Obiettivo: Individuare precocemente i pazienti a rischio e garantire una gestione proattiva e coordinata delle malattie croniche.

Attori coinvolti: Aziende Sanitarie, Distretti, MMG, PLS, specialisti, infermieri di comunità, ecc.

Azioni:

- Utilizzo di algoritmi predittivi sui dati aziendali per identificare pazienti ad alto rischio;
- Creazione di team multiprofessionali (MMG, infermieri di comunità, specialisti) per la gestione proattiva dei pazienti cronici;
- Monitoraggio trimestrale degli *outcome* clinici e della qualità di vita tramite survey aziendali

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Piena attuazione della Legge Regionale 29 gennaio 2010, n. 9 – Assistenza in rete integrata Ospedale-Territorio per la patologia diabetica pediatrica*

Obiettivo: Garantire l'accesso integrato ai servizi diabetologici pediatrici, favorendo la presa in carico globale dei pazienti, la prevenzione delle complicanze e la continuità assistenziale.

Attori coinvolti: ASL, Centri Diabetologici Pediatrici, Diabetologi pediatrici, Psicologi, Dietisti, Infermieri specializzati, PLS, MMG, Famiglie e pazienti pediatrici.

Azioni:

- Messa a disposizione di centri diabetici pediatrici regionali;
- Formazione e implementazione di équipe multidisciplinari dedicate;
- Organizzazione di accesso flessibile con orari family-friendly;
- Garanzia di supporto psicologico a bambini, adolescenti e caregiver;
- Attivazione di programmi di screening precoce secondo Legge n. 130.

Screening oncologici

- Miglioramento della governance regionale degli screening attraverso monitoraggi trimestrali dei dati di attività (adesione, estensione);
- Offerta di programmi di screening (mammella, colon-retto, cervice uterina) anche in setting extraospedalieri (farmacie, case della comunità);
- Aumento dell'offerta regionale di screening (prostata e polmone);
- Azioni mirate di recall attivo per aumentare l'adesione, in particolare nei gruppi a rischio.

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Miglioramento della governance regionale degli screening attraverso monitoraggio trimestrali dei dati di attività (adesione, estensione)*

Obiettivo: Rafforzare il coordinamento e la qualità dei programmi di screening tramite monitoraggio sistematico e condivisione dei dati.

Attori coinvolti: Aziende Sanitarie, Distretti, referenti degli screening, MMG, PLS, ecc.

Azioni:

- Inserimento nel Piano Attuativo Locale (PAL) di un sistema aziendale di reportistica trimestrale con dashboard digitali accessibili ai distretti;
- Attivazione di tavoli tecnici aziendali con i referenti degli screening per analizzare criticità e proporre azioni correttive

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Offerta di programmi di screening (mammella, colon-retto, cervice uterina) anche in setting extraospedalieri (farmacie, case della comunità)*

Obiettivo: Ampliare l'accesso agli screening oncologici e incrementare la partecipazione della popolazione.

Attori coinvolti: Aziende Sanitarie, Distretti, MMG, PLS, farmacie territoriali, case della comunità ecc.

Azioni:

- Accordi con farmacie territoriali per la distribuzione e raccolta dei kit di screening colon-retto;
- Inserimento nei PAL di target annuali di adesione minima per ogni distretto e struttura territoriale

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Aumento dell'offerta regionale di screening (prostata e polmone)*

Obiettivo: Incrementare la diagnosi precoce di tumori della prostata e del polmone, migliorando l'accesso a programmi di screening mirati.

Attori coinvolti: Aziende Sanitarie, Distretti, MMG, PLS, radiologi, urologi, team multidisciplinari ecc.

Azioni:

- Sperimentazione pilota in una o più Aziende Sanitarie di programmi di screening polmonare tramite TAC a basso dosaggio per forti fumatori;
- Progetti di sorveglianza attiva per carcinoma prostatico con PSA e valutazione multidisciplinare

VI. Prevenzione degli incidenti domestici, stradali e sul lavoro

Ridurre gli eventi traumatici prevenibili è una sfida prioritaria che coinvolge salute pubblica, educazione e sicurezza.

Azioni

- Corsi e campagne educative su sicurezza domestica e stradale (in scuole, centri anziani, comunità);
- Collaborazioni interistituzionali (Forze dell'Ordine, INAIL, istituti scolastici);
- Rafforzamento del ruolo dei Servizi PSAL (Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) per il monitoraggio e la formazione;
- Educazione nelle scuole professionali sui rischi legati ai primi ingressi nel mondo del lavoro.
- Ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *“Progetto Vita Lavoro” – Prevenzione nei contesti lavorativi*

Obiettivo: Rafforzare la prevenzione nei luoghi di lavoro, con focus su sicurezza e promozione della salute.

Attori coinvolti: Servizio PSAL (Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro), aziende, consulenti HSE (Health, Safety & Environment), ecc.

Azioni:

- Corsi sulla sicurezza e corretti stili di vita;
- Monitoraggi ambientali e stress lavoro-correlato;
- Campagne aziendali su fumo, alcol, alimentazione

VII. Ambiente e salute

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 ha dedicato molta attenzione al tema “Ambiente e Salute”, ponendo particolare attenzione ad azioni di integrazione e sinergia tra il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e il Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (SNPA), oltre a promuovere l'approccio “One Health” che “riconosce il legame tra la salute degli esseri umani, degli animali e l'ambiente in un'ottica coordinata e multidisciplinare”.

Nel dettaglio, la programmazione si basa su una strategia intersettoriale e integrata, finalizzata a realizzare sinergie tra i servizi sanitari preposti alla salute umana e a quella animale, e quelli preposti alla tutela ambientale, per potenziare l'approccio One Health, con l'obiettivo di ridurre le malattie e le morti premature evitabili correlate all'impatto ambientale di pratiche produttive per tutelare la salute e il benessere delle persone e degli animali.

Azioni

- **Istituzione SRPS Basilicata** D.G.R. n. 452/2024 (Sistema regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici - SRPS) è parte di un sistema nazionale (SNPS) finalizzato ad assicurare il coordinamento e l'integrazione delle attività a tutela della salute collettiva rispetto ai rischi ambientali e climatici. Il Sistema si pone l'obiettivo della gestione integrata di problematiche relative ad ambiti che talvolta faticano a integrarsi: ambiente, clima, salute umana e animale, in sintonia con la strategia One-Health. Esso, infatti, è concepito per migliorare e armonizzare le politiche e le strategie di prevenzione primaria (azioni o interventi volti ad evitare l'insorgenza di malattie nelle persone sane) e la risposta del Servizio Sanitario alle malattie acute e croniche -- trasmissibili e non -- associate a rischi ambientali. Il suo compito primario è quello di assicurare il coordinamento e potenziare l'integrazione delle strutture che operano a tutela della salute collettiva, in coerenza con le disposizioni nazionali che hanno creato il Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) e previsto una sua stretta connessione con il Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (SNPA).
- **Progetto S.A.R.I.** (Sorveglianza ambientale di SARS-CoV-2 attraverso i reflui urbani in Italia);
- **Progetto Sintesi** - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR e Missione: M6/componente: C2 - Investimento: 2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN; ISS_Schiavoni - Attività afferenti al Laboratorio di Microbiologia;
- **Rete Sarii**: Progetto per ricerca di SARS-CoV-2 e Progetto per la ricerca di batteri antibiotico resistenti e geni di resistenza- Matrice Reflui urbani. Il progetto prevede una rete di sorveglianza estesa a livello nazionale focalizzata sul campionamento dei reflui negli aggregati urbani ed ha lo scopo di fornire indicazioni utili sull'andamento epidemico e sull'allerta precoce di focolai di SARS-CoV-2 e polivirus. Redatto dal Dipartimento Ambiente e Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e condiviso con il Dipartimento di Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute; il coordinamento del Progetto è affidato alla la Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona della regione Basilicata, Ufficio Prevenzione sanità umana, veterinaria e sicurezza alimentare, mentre le analisi sono condotte nel Laboratorio di Biotecnologie molecolari di ARPAB, nella sede di Matera, in collaborazione con l'Ente che gestisce i depuratori di acque reflue regionali, Acquedotto Lucano;
- **Progetto di studio e ricerca regionale LucAS-lucani ambiente e salute**;
Nell'ambito delle azioni messe in atto dalla regione Basilicata per approfondire i potenziali effetti delle pressioni ambientali sulla salute delle popolazioni si inserisce lo

Studio LucAS “Lucani tra ambiente e Salute”- Delibera n. 2021/00590 del 21/07/2021 - attraverso il quale si intende comprendere l’impatto di differenti pressioni antropiche sull’ambiente e le ricadute che le stesse hanno sulla salute delle popolazioni residenti in Basilicata con particolare attenzione ad alcuni territori;

Lo studio è stato condotto per perseguire i seguenti obiettivi:

- Ricognizione degli studi e delle attività sinora condotte relative alla valutazione dello stato di salute della popolazione lucana e tracciare una fotografia dello stato ambientale;
- Individuazione dei criteri e le procedure per la stesura di linee guida da applicare nelle aree regionali sottoposte a potenziali pressioni ambientali;
- Realizzazione di un Polo di Ricerca, “diffuso” sul territorio regionale, e di Formazione Professionale dotato di aule multimediali, di ambulatori specialistici, e laboratori Clinici, Chimici, Biotecnologici ed Eco-Tossicologici all’avanguardia tecnico scientifica;
- Formazione professionale specialistica sul tema Ambiente e Salute;
- Valutazione (tramite studi epidemiologici/ambientali) della qualità dell’ambiente e dello stato di salute di popolazioni esposte a presunta pressione ambientale, favorendo l’implementazione di interventi di prevenzione su target di popolazioni specifiche mirate alla correzione di fattori di rischio modificabili (abitudini di vita) e di valutazione della percezione del rischio;
- Miglioramento degli interventi di prevenzione del SSN su popolazioni sottoposte a studi di sorveglianza in base a quanto rilevato sperimentalmente tramite programmi di prevenzione specifici e/o miglioramento dell’aderenza di quelli esistenti.

Lo studio LucAS e gli esiti dello stesso ben si integrano con le azioni previste nel Piano Regionale di Prevenzione Sanitaria 2020-2025, diventandone parte integrante.

- **“Piani Di Sicurezza dell’acqua” (PSA)**

Considerata l’importanza della qualità dell’acqua potabile destinata al consumo umano, in linea con la normativa nazionale che prevede l’attivazione dei Piani di sicurezza dell’Acqua, si intende sviluppare un sistema informativo per consentire lo scambio di informazioni tra autorità competenti, per arrivare alla realizzazione del sistema informativo. I “Piani di Sicurezza dell’Acqua” (PSA) costituiscono un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull’analisi di rischio sito-specifica estesa all’intera filiera idro-potabile, che, formulato dall’OMS nel 2004 e trasposto in seguito sul piano normativo, segna un passo fondamentale per rafforzare la qualità delle acque a tutela della salute umana.

Il PSA ha l’obiettivo di:

- prevenire le emergenze idro-potabili dovute a parametri non oggetto di ordinario monitoraggio, considerando ogni plausibile evento pericoloso nelle sorgenti, nelle captazioni e nell’intera filiera idro-potabile, proiettato nello scenario dei cambiamenti ambientali e climatici in atto;
- aumentare la capacità di intercettare precocemente eventi di contaminazioni;
- ridefinire le zone di protezione delle aree di captazione delle acque;
- potenziare la condivisione d’informazioni e dati, come espressione della dovuta diligenza, tra le istituzioni che in diversi ambiti di competenza, operano monitoraggio e protezione del territorio e della salute;
- consentire una partecipazione dei cittadini più consapevole e attiva, migliorando la comunicazione in situazioni ordinarie e/o di emergenza.

VIII. Prevenzione Veterinaria e Sicurezza Alimentare

La Sanità e benessere animale e la Sicurezza Alimentare rappresentano uno dei cardini su cui si basa l'attività del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. La prospettiva attraverso cui vanno inquadrare le azioni che incidono sulla sanità animale e sicurezza alimentare è quella della One Health, partendo cioè dal riconoscimento che la salute dell'uomo dipende dalla salute degli animali e dalle condizioni dell'ambiente in cui uomini ed animali vivono e da cui traggono le risorse per alimentarsi e per produrre alimenti. L'approccio One Health si applica a problematiche diverse, fra cui la resistenza agli antibiotici, le malattie zoonotiche, le malattie trasmesse da vettori, le malattie trasmesse da alimenti e la sicurezza alimentare in generale. Lo scopo ultimo è quello di prevenire, o ridurre al minimo, il livello di rischio per l'uomo, gli animali e l'ambiente. Per raggiungere questo obiettivo, il PSR rafforza le azioni di prevenzione e controllo in allevamento, nella trasformazione e lungo tutta la filiera, integrando attività di sorveglianza epidemiologica, profilassi di stato e controlli ufficiali.

Azioni

- Sorveglianza epidemiologica e profilassi di stato;
- Controlli ufficiali (documentali, ispezioni, audit, campionamenti);
- Sicurezza alimentare e benessere animale;
- Igiene delle produzioni zootecniche;
- Antimicrobicoresistenza;
- Prestazioni veterinarie aziendali;
- Educazione e comunicazione;
- Integrazione One-Health.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Sorveglianza epidemiologica e profilassi di stato*

Obiettivo: Rafforzare le attività di prevenzione, controllo ed eradicazione delle malattie soggette a profilassi obbligatoria e delle zoonosi emergenti.

Attori coinvolti: Servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie, Dipartimenti di Prevenzione, IZS, Medici Veterinari liberi professionisti, allevatori, associazioni di categoria, ecc.

Azioni:

- Esecuzione di piani di eradicazione e controllo di malattie soggette a profilassi obbligatoria (brucellosi, tubercolosi, leucosi, PPR, BSE);
- Monitoraggio delle zoonosi emergenti e delle malattie della fauna selvatica (es. peste suina africana, West Nile);
- Miglioramento dell'Anagrafe zootecnica informatizzata per la tracciabilità dei capi e degli allevamenti

Esempio per la programmazione aziendale

♦ *Controlli ufficiali (documentali, ispezioni, audit, campionamenti)*

Obiettivo: Garantire la sicurezza alimentare, il benessere animale e la conformità alle normative igienico-sanitarie attraverso controlli sistematici.

Attori coinvolti: Servizi Veterinari e SIAN delle Aziende Sanitarie, Dipartimenti di Prevenzione, IZS, NAS, operatori del settore alimentare e zootecnico, Medici Veterinari liberi professionisti ecc.

Azioni:

- Ispezioni periodiche in allevamenti, macelli e strutture riconosciute/registrate (stabilimenti di macellazione, stabilimenti di produzione/trasformazione di prodotti di origine animale e non animale, mangimifici, etc...);
- Audit documentali sulle procedure HACCP negli stabilimenti di prodotti di origine animale e non animale e sul benessere animale;
- Controlli su animali ai fini delle profilassi di stato;
- Controlli sull'uso appropriato del farmaco veterinario (REV);
- Controlli ispettivi su capi macellati per verifica della conformità alle norme igienico-sanitarie;
- Campionamenti di alimenti di origine animale e non animale per la ricerca di residui farmacologici, residui di prodotti fitosanitari, contaminanti chimici e agenti patogeni

Esempio per la programmazione aziendale

♦ *Sicurezza alimentare e benessere animale*

Obiettivo: Tutelare la salute pubblica e animale attraverso controlli mirati, verifiche igienico-sanitarie e azioni di prevenzione.

Attori coinvolti: Servizi Veterinari e SIAN delle Aziende Sanitarie, Dipartimenti di Prevenzione, IZS, NAS, operatori del settore alimentare e zootecnico, associazioni di categoria.

Azioni:

- Ispezioni in stabilimenti riconosciuti/registrati ai sensi dei Reg. CE 852/2004 e Reg. CE 853/2004;
- Gestione sistema di Allerta;
- Controlli ufficiali su sanità animale, sicurezza alimentare e farmacosorveglianza;
- Verifiche sulle condizioni di trasporto, stabulazione e macellazione degli animali;
- Attività di contrasto all'antimicrobico-resistenza (audit sugli usi degli antibiotici e campagne di sensibilizzazione)

Esempio per la programmazione aziendale

♦ *Prestazioni veterinarie aziendali*

Obiettivo: Garantire supporto tecnico-sanitario agli allevatori e rafforzare le attività di prevenzione, diagnosi e gestione delle emergenze veterinarie.

Attori coinvolti: Servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie, Medici Veterinari liberi professionisti, IZS, Dipartimenti di Prevenzione, allevatori, associazioni di categoria, laboratori diagnostici.

Azioni:

- Servizi diagnostici (analisi di laboratorio per zoonosi e patologie animali);
- Consulenza tecnico-sanitaria agli allevatori su biosicurezza e uso corretto dei farmaci veterinari;
- Programmi di vaccinazione e profilassi volontaria a supporto della profilassi di stato;
- Gestione di emergenze veterinarie (focolai epidemici, allerte alimentari)

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Educazione e comunicazione*

Obiettivo: Promuovere la cultura della prevenzione e della sicurezza sanitaria attraverso iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte a diversi target.

Attori coinvolti: Servizi Veterinari e SIAN delle Aziende Sanitarie, Dipartimenti di Prevenzione, Medici Veterinari liberi professionisti, IZS, scuole, allevatori, operatori del settore alimentare, MMG.

Azioni:

- Progetti di formazione per allevatori e operatori del settore alimentare;
- Campagne di educazione sanitaria nelle scuole sul rapporto uomo-animale e sulla prevenzione delle zoonosi e delle malattie a trasmissione alimentare;
- Coinvolgimento dei veterinari liberi professionisti, dei medici specializzati in igiene e nutrizione e di tutti gli attori che si occupano a vario titolo di sanità veterinaria e sicurezza alimentare, nei programmi di prevenzione.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Integrazione One Health*

Obiettivo: Rafforzare l'approccio integrato alla salute umana, animale e ambientale attraverso strumenti di collaborazione e condivisione dei dati.

Attori coinvolti: Servizi Veterinari e SIAN delle Aziende Sanitarie, Dipartimenti di Prevenzione, Medici Veterinari liberi professionisti, IZS, ARPA, assessorati regionali, Ministeri competenti, associazioni di categoria.

Azioni:

- Tavoli permanenti intersettoriali con sanità umana, ambiente e agricoltura;
- Partecipazione a esercitazioni di risposta rapida per emergenze zoonotiche;
- Piattaforme digitali integrate per condividere dati epidemiologici tra Servizi Veterinari, Dipartimenti

Scheda Obiettivo Generale (1a)

Codice	1a
Titolo	Sviluppare e promuovere politiche di prevenzione per la tutela della salute della popolazione e degli individui
Descrizione	<p>L'obiettivo si pone nella logica dell'approccio <i>One Health</i> per la conservazione dello stato di salute il più a lungo possibile e per la riduzione degli effetti dovuti alla presenza di alcuni determinanti quali multi-morbilità e cronicità. Ciò al fine di dare qualità di vita alla popolazione aumentando gli anni di vita in buona salute e riducendo l'impatto sulla spesa sanitaria.</p> <p>La prevenzione è il pilastro fondamentale per la tutela della salute pubblica e per la sostenibilità del sistema sanitario regionale. In un contesto di invecchiamento demografico, crescita delle patologie croniche e aumento delle disuguaglianze sociali, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie diventano strumenti essenziali per migliorare la qualità della vita e ridurre il carico assistenziale e socioeconomico. La Regione adotta un approccio integrato alla prevenzione, fondato sulla promozione di stili di vita salutari, sull'educazione sanitaria, sulla prevenzione delle malattie croniche e infettive, e sul contrasto alle disuguaglianze sanitarie e sociali. Le azioni preventive sono</p>

progettate in modo intersettoriale, coinvolgendo attivamente la rete dei servizi sanitari, educativi, sociali e le comunità locali.

Miglioramento Intervento

a) Migliorare la salute e il benessere della popolazione, con un'attenzione particolare all'invecchiamento attivo

Popolazione target

Tutta la popolazione ed in particolare la popolazione fragile per condizione geografica ed economico-sociale

I. Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le fasi della vita e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale

- Programmi regionali di informazione e sensibilizzazione sui benefici dei corretti stili di vita (attività fisica, corretta alimentazione, dell'adesione agli screening, sui rischi correlati al fumo e all'abuso di alcol e sostanze) nei diversi setting di intervento (scuola, comunità, luoghi di lavoro ecc.);
- Specifici programmi di promozione della salute e del benessere rivolti alla popolazione scolastica, in coerenza con gli indirizzi della "Rete Lucana delle scuole che promuovono salute" (ex DGR n. 758/2024) basati su strategie e interventi evidence based;
- Promozione di ambienti urbani sani (spazi verdi, piste ciclabili, aree pedonali);
- Coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari nella promozione di comportamenti salutari (counseling motivazionale breve ecc.).

II. Contrasto alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica e dell'attività fisica adattata:

- Istituzione di "gruppi di cammino" e altre attività motorie strutturate in collaborazione con Comuni, ASL, palestre sociali e centri anziani;
- Riqualificazione degli spazi urbani e parchi per favorire la mobilità attiva in sicurezza;
- Inserimento dell'attività fisica nei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) per anziani fragili;
- Formazione di operatori sanitari e sociali sul ruolo preventivo dell'attività fisica.

III. Contrasto alle disuguaglianze di salute

- Mappatura e monitoraggio dei determinanti sociali di salute a livello locale - Sistemi di Sorveglianza ex DPCM 3 marzo 2017 (Passi, Passi d'argento, Okkio alla salute, HBSC, Sorveglianza 0-2 anni);
- Potenziamento dei servizi di prevenzione nei contesti a maggiore vulnerabilità sociale;
- Promozione di interventi outreach e domiciliari nei confronti di soggetti fragili (persone senza dimora, migranti, anziani soli);
- Collaborazioni intersettoriali tra sanità, servizi sociali, terzo settore e istituzioni locali per favorire l'equità nell'accesso alla salute.

IV. Gestione delle patologie trasmissibili

- Potenziamento delle campagne vaccinali in tutte le fasce d'età;
- Educazione sanitaria sulle vaccinazioni nei contesti scolastici e lavorativi;
- Attivazione di ambulatori mobili per raggiungere aree periferiche e gruppi difficilmente accessibili, attivazione di protocolli operativi con i MMG, PLS e Farmacie territoriali di servizio;
- Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e della capacità di risposta alle malattie trasmissibili.

V. Prevenzione delle patologie croniche e screening oncologici

MNCT

- Rafforzare la prevenzione primaria e secondaria delle malattie non trasmissibili;
- Promuovere stili di vita sani e consapevoli;
- Migliorare la presa in carico delle persone con malattie croniche attraverso modelli di gestione integrata;
- Programmi di prevenzione cardiovascolare;
- Valutazione integrata dei fattori di rischio e presa in carico precoce (*chronic care*);
- Piena attuazione della Legge Regionale 29 gennaio 2010, n. 9 – Assistenza in Rete integrata Ospedale-Territorio della Patologia Diabetica e delle Patologie Endocrino-metaboliche.

Screening oncologici

- Miglioramento della governance regionale degli screening attraverso monitoraggi trimestrali dei dati di attività (adesione, estensione);
- Offerta di programmi di screening (mammella, colon-retto, cervice uterina) anche in setting extraospedalieri (farmacie, case della comunità);
- Aumento dell'offerta regionale di screening (prostata e polmone);
- Azioni mirate di recall attivo per aumentare l'adesione, in particolare nei gruppi a rischio.

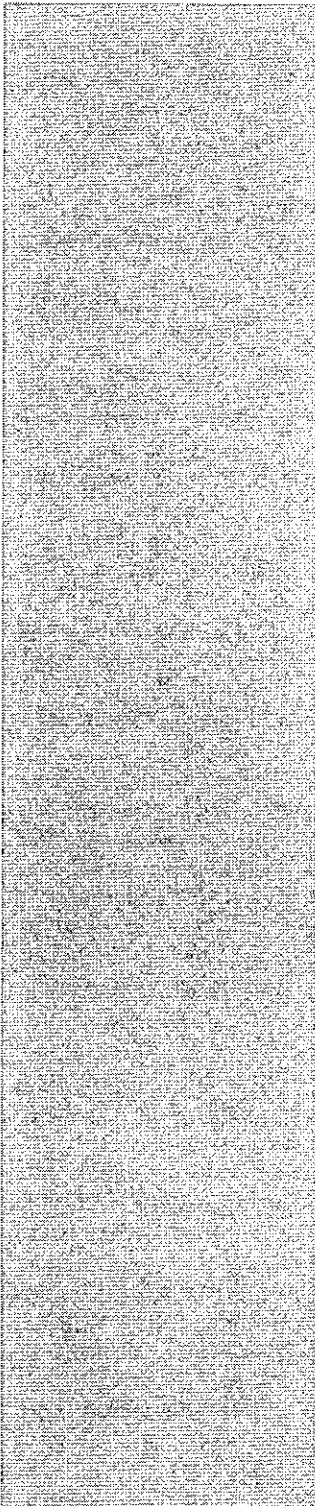
VI. Prevenzione degli incidenti domestici, stradali e sul lavoro

- Corsi e campagne educative su sicurezza domestica e stradale (in scuole, centri anziani, comunità);
- Collaborazioni interistituzionali (Forze dell'Ordine, INAIL, istituti scolastici);
- Rafforzamento del ruolo dei Servizi PSAL (Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) per il monitoraggio e la formazione;
- Educazione nelle scuole professionali sui rischi legati ai primi ingressi nel mondo del lavoro;
- Ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie.

VII. Ambiente e salute

- Istituzione SRPS Basilicata D.G.R. n. 452/2024 (Sistema regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS));
- Progetto S.A.R.I. (Sorveglianza ambientale di SARS-CoV-2 attraverso i Reflui urbani in Italia);
- Progetto Sintesi - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR20 e Missione: M6/componente: C2 - Investimento: 2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN;
- Rete Sari - Progetto per ricerca di SARS-CoV-2 e Progetto per la ricerca di batteri antibiotico resistenti e geni di resistenza - Matrice Reflui urbani;
- Progetto di studio e ricerca regionale LucAS - Lucani Ambiente e Salute, attraverso il quale si intende comprendere l'impatto di differenti pressioni antropiche sull'ambiente e le ricadute che le stesse hanno sulla salute delle popolazioni residenti in Basilicata con particolare attenzione ad alcuni territori;
- Piani Di Sicurezza dell'acqua (PSA) - Considerata l'importanza della qualità dell'acqua potabile destinata al consumo umano, in linea con la normativa nazionale che prevede l'attivazione dei Piani di sicurezza dell'Acqua, si intende sviluppare un sistema informativo per consentire lo scambio di informazioni tra autorità competenti, per arrivare alla realizzazione del sistema informativo.

VIII. Prevenzione Veterinaria e Sicurezza Alimentare



- Sorveglianza epidemiologica e profilassi di stato: l'adozione di questi programmi garantisce l'applicazione armonizzata delle misure per l'eradicazione di queste malattie, in conformità con la normativa europea, e rappresenta un ulteriore passo nella riforma legislativa della sanità animale, avviata con il Regolamento (UE) 2016/429 con l'obiettivo di raggiungere e mantenere la qualifica di indenne per stabilimenti e capi nelle province di Potenza e Matera;
- Controlli ufficiali (documentali, ispezioni, audit, campionamenti): sono le attività legate all'applicazione del Reg. UE 2017/625, relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari. Molti altri regolamenti danno attuazione, integrano, specificano aspetti collegati ai controlli delle piante e dei prodotti fitosanitari di seguito si mettono a disposizione tutti i regolamenti utili alla corretta applicazione dei controlli;
- Sicurezza alimentare e benessere animale: per quanto riguarda la sicurezza alimentare, le attività realizzate hanno il fine di garantire che il cibo non causi danno ai consumatori, attraverso la prevenzione di contaminazioni fisiche, chimiche o microbiologiche lungo l'intera filiera produttiva e di consumo. Coinvolge pratiche igieniche, il rispetto di normative come l'HACCP e un sistema di cultura della sicurezza alimentare, volto a migliorare la consapevolezza e il comportamento degli operatori e dei consumatori per ridurre i rischi e prevenire malattie; invece, la tutela del benessere animale incide sulla sicurezza della filiera alimentare, in particolare nel caso degli animali allevati per produrre alimenti, dati gli stretti legami esistenti tra benessere degli animali, salute degli animali e malattie di origine alimentare. Fattori di stress e condizioni di scarso benessere possono avere come conseguenza negli animali una maggiore predisposizione alle malattie trasmissibili. Ciò può rappresentare un rischio per i consumatori;
- Igiene delle produzioni zootecniche: l'insieme di controlli e attività di vigilanza, svolti dai servizi veterinari delle ASL, finalizzati a garantire la sicurezza degli alimenti di origine animale e dei mangimi, la salute degli animali e la tutela della salute pubblica. Queste attività includono il controllo degli allevamenti, della produzione e distribuzione dei farmaci veterinari, del benessere animale, della corretta alimentazione e della tracciabilità dei prodotti;
- Antimicrobicoresistenza;
- Prestazioni veterinarie aziendali;
- Educazione e comunicazione: la formazione e informazione nel settore alimentare e non riguardano l'insieme delle attività formative necessarie sia per le Autorità Competenti che per gli operatori del settore alimentare, in linea con le normative europee e italiane su temi quali lo spreco alimentare;
- Integrazione One Health: l'uso non corretto e massiccio di antibiotici negli allevamenti e negli animali da compagnia contribuisce al fenomeno dell'antimicrobicoresistenza, che ha implicazioni per la salute pubblica e animale e per l'ambiente, rientrando in un approccio "One Health" che considera la stretta connessione tra salute umana, animale e ambientale.

Riferimenti normativi e programmatici

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

- Decreto Ministeriale 77/2022 – “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN”;
- Legge 33/2023 – Delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane;
- PNRR – Missione 6 Salute, in particolare Componente 1 (reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale);
- D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992;

- L. n. 328 dell'8 novembre 2000;
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70;
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 23 maggio 2022 n. 77;
- Legge n. 833/1978: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- Decreto Legislativo n. 502/1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria;
- Decreto Legislativo n. 229/1999: Modifiche al D.lgs. 502/1992;
- Legge n. 38/2010: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- Legge n. 24/2017: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- Decreto-Legge n. 73/2024: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;
- PNRR Salute M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale";
- Decreto del 2 maggio 2024: "Azione dei Programmi Nazionali Obbligatori di Eradicazione per Brucellosi e Tubercolosi nei Bovini e Brucellosi negli Ovi-caprini";
- Legge n.281 del 14 agosto 1991: "Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo";
- Decreto Legislativo n. 28 del 15 febbraio 2016: "Attuazione della direttiva 2013/51/EURATOM del Consiglio, del 22 ottobre 2013, che stabilisce requisiti per la tutela della salute della popolazione relativamente alle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano";
- Regolamento (UE) 2016/429: Normativa in materia di Sanità Animale;
- Decreto Legislativo n. 134 del 5 agosto 2022: "Disposizioni in materia di sistema di identificazione e registrazione degli operatori, degli stabilimenti e degli animali per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/429, ai sensi dell'articolo 14, comma 2, lettere a), b), g), h), i) e p), della legge 22 aprile 2021, n. 53" ;
- Decreto Legislativo n. 135 del 5 agosto 2022: "Disposizioni di attuazione del regolamento (UE) 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2016 in materia di commercio, importazione, conservazione di animali della fauna selvatica ed esotica e formazione per operatori e professionisti degli animali, anche al fine di ridurre il rischio di focolai di zoonosi, nonché l'introduzione di norme penali volte a punire il commercio illegale di specie protette";
- Decreto Legislativo n. 136 del 5 agosto 2022: "Attuazione dell'articolo 14, comma 2, lettere a), b), e), f), h), i), l), n), o) e p), della legge 22 aprile 2021, n. 53 per adeguare e raccordare la normativa nazionale in materia di prevenzione e controllo delle malattie animali che sono trasmissibili agli animali o all'uomo, alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2016";
- Regolamento (UE) 2017/625 relativo ai controlli ufficiali;
- Decreto Legislativo n. 23 febbraio del 2 febbraio 2021: "Adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/625 in materia di controlli ufficiali sugli animali e le merci provenienti dagli altri Stati membri dell'Unione e delle connesse competenze degli uffici veterinari per gli adempimenti comunitari del Ministero della salute ai sensi dell'articolo 12, comma 3, lettere f) e i) della legge 4 ottobre 2019, n. 117;
- Decreto Legislativo n.23 del 2 febbraio 2021: "Adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) n. 2017/625 in materia di controlli sanitari ufficiali sugli animali e sulle merci che

entrano nell'Unione e istituzione dei posti di controllo frontaliери del Ministero della salute, in attuazione della delega contenuta nell'articolo 12, comma 3, lettere h) e i) della legge 4 ottobre 2019, n. 117”;

- Decreto Legislativo n.27 del 2 febbraio 2021: “Disposizioni per l’ adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/625 ai sensi dell’articolo 12, lettere a), b), c), d) ed e) della legge 4 ottobre 2019, n. 117”;
- Decreto Legislativo n.32 del 2 febbraio 2021: “Disposizioni per l’ adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/625 ai sensi dell’articolo 12, comma 3, lettera g) della legge 4 ottobre 2019, n. 117”;
- Decreto Legislativo n.18 del 23 febbraio 2023: “Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano”;
- Ordinanza Del Commissario Straordinario alla Peste Suina Africana 4 agosto 2025: “Misure di eradicazione e sorveglianza della peste suina africana. Zona di riduzione della densità di cinghiale e modifiche all'ordinanza commissariale n. 3/2025.”

RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI

- Legge Regionale Basilicata n. 2/2017 – Riordino del SSR;
- DGR Ecosistema Digitale;
- DGR Programmazione territoriale ai sensi del DM 77/2022;
- Statuto Regione Basilicata;
- DGR 32/2024: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, relativo alla valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie;
- DGR 360/2023: Attivazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari;
- Legge Regionale n. 28/2000: Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- Legge Regionale n. 25/2022 – “Palestre della Salute”;
- Legge Regionale n. 39 del 2001;
- Legge Regionale n. 2 del 2017;
- Legge Regionale n. 25/2008: Disposizioni in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- Legge Regionale n. 11/2014: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21, norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche;
- Legge Regionale n. 19/2019: Modifiche alla L.R. 26 giugno 2014, n. 11, recante modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21.;
- Legge Regionale n. 38/2021: Nuove disposizioni in materia sanitaria;
- Legge Regionale 29 gennaio 2010 n.9;
- Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 32/2024: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, recante valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie;
- DGR n. 948 del 30/12/2022 “D.M. Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022- g. u. n. 144 del 22.6.2022 – regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’ assistenza territoriale o nel Servizio Sanitario Nazionale – adozione del provvedimento generale di programmazione ai sensi dell’art.1, comma 2”;
- DGR n. 219 del 29 aprile 2022 “Presenza d’atto dei documenti: indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina... ommissiva direttiva per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina alle aziende sanitarie locali". Allegato C – Piano Operativo;

- DGR n. 106/2025;
- D.G.R. n. 452/2024 (Sistema regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici - SRPS);
- DGR n. 2021/00590;
- Legge Regionale n.35 del 6 dicembre 2017 “Promozione delle terapie, dell’educazione e delle attività assistite con gli animali”;
- DGR n. 299 del 13 aprile 2018 “DGR 1288/11 e smi. Modifiche ed integrazioni della modulistica per la presentazione della SCIA a seguito dell’emanazione delle DD.GG.RR. n.594/2017 e n.1029/17 ed approvazione della Modulistica per i Riconoscimenti degli stabilimenti di cui al REG. (UE) 852/04”;
- DGR n. 800 del 10 agosto 2018 “DGR 19.03.2013 n.305. Modifiche ed integrazioni dell’allegato A. Attivazione trasmissione telematica delle istanze per il tramite del SUAP”;
- DGR n.797 del 10 agosto 2018 “Linee guida per lo spostamento dei cinghiali catturati”.
- DGR n. 714 del 20 ottobre 2020 “Linee guida vincolanti per il controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare e sanità animale in Regione Basilicata”.
- DGR n. 842 del 22 ottobre 2021 “Recepimento dell’Intesa Rep. Atti n. 34/CSR del 25 marzo 2021 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, recante alle “Linee guida in materia di igiene delle carni di selvaggina selvatica” ed approvazione delle “Linee guida per lo spostamento dei cinghiali selvatici catturati e per la destinazione delle carni dei cinghiali e della altra selvaggina selvatica abbattuta a caccia” e della relativa modulistica”;
- DGR n. 636 del 17 settembre 2020 “Recepimento Dell’accordo Tra Il Governo, Le Regioni e le Province Autonome "Indicazioni Operative In Materia Di Rafforzamento della Sorveglianza e Riduzione del rischio per talune Malattie Animali" Rep. Atto N. 125 Csr Del 25.07.2019 e del "Piano Di Sorveglianza E Prevenzione Della Peste Suina Africana In Italia E Piano Di Eradicazione In Regione Sardegna Per Il 2020". Approvazione Del "Piano Di Sorveglianza E Prevenzione Della Peste Suina Africana Nella Regione Basilicata. Anno 2020”;
- DGR n. 637 del 17 settembre 2020 “Piano Di Monitoraggio e Controllo Sanitario Della Fauna Selvatica Nel Territorio Della Regione Basilicata”;
- DGR n. 485 del 27 luglio 2022 “Legge 07.04.2022 n. 29 “Misure urgenti per arrestare la diffusione della peste suina africana (PSA)” . Approvazione del "PRIU - Piano regionale di interventi urgenti per la gestione, il controllo e l'eradicazione della PSA nei suini di allevamento e nella specie cinghiale (Sus scrofa) della Regione Basilicata per il quinquennio 2022/27” e costituzione del Nucleo Operativo Regionale per la lotta alla Peste Suina Africana”;
- DGR n. 667 del 27 ottobre 2023 “Ordinanza del Commissario Straordinario per la Peste Suina Africana n. 5 del 31.08.2023, “Misure di controllo ed eradicazione della Peste Suina Africana. Costituzione Gruppi Operativi Territoriali Provinciali”;
- DGR n. 122 del 22 febbraio 2024 “PESTE SUINA AFRICANA (PSA). Approvazione del "Piano di eradicazione della Peste Suina Africana (PSA) nelle Zone di Restrizione I e II della Provincia di Potenza" e del "Piano Regionale Interventi Urgenti (PRIU) nei confronti della Peste Suina Africana nel territorio Libero della Regione Basilicata - Anno 2024 ”.

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI NAZIONALI

- Piano Nazionale della Prevenzione 2020 – 2025;
- Patto per la Salute 2019-2021;
- Piano sanitario Nazionale 2006-2008;
- Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2025;

- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Oncologico Nazionale 2023-2027;
- Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026;
- Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR)

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI REGIONALI

- Piano Regionale di Prevenzione 2020 – 2025;
- Piano Strategico Regionale 2021-2030;
- Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 “Ammalarsi meno, curarsi meglio” – D.C.R. 24 luglio 2012 n. 317 pubblicata sul BUR n. 32 del 1° settembre 2012;
- Piani Regionali di profilassi, eradicazione e monitoraggio della BSE, Salmonellosi, Trichinosi, Arterite Virale Equina, Blue Tongue, Est Ovicaprino, Est Ovine - Piano di Selezione Genetica, Influenza Aviaria, Peste Suina Classica, Peste Suina Africana, Malattia di Aujeszky, Malattia vescicolare suina, West Nile Disease, Aethina Tumida, SEV e NEI, Rabbia silvestre e altre malattie di cui al Reg. UE 429/2016;
- Piani Regionali di controllo ufficiale in materia di Residui sostanze xenobiotiche in Alimenti di origine animale, Radiazioni Ionizzanti, Additivi alimentari e aromi;
- Piano Regionale Alimenti e bevande;
- Piano Regionale Fitosanitari - Controlli ufficiali sui residui in alimenti - programma nazionale e Programma comunitario;
- Piano Regionale di controllo ufficiale:
 - farmacovigilanza;
 - benessere animale in allevamento;
 - Alimentazione Animale;
 - Biosicurezza;
 - Latte crudo.
- Piano Regionale Contaminanti agricoli e tossine vegetali;
- Piano Regionale controllo delle acque potabili;
- Piano Regionale di controllo radioattività nelle acque potabili.



Monitoraggio
Valutazione

Dirigente responsabile dell'Ufficio Prevenzione Sanità Umana, Veterinaria e Sicurezza Alimentare

e Il monitoraggio è coordinato dal Responsabile della verifica dell'obiettivo che si può avvalere, per le specifiche competenze, degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali (vedi Allegato – Indicatori di monitoraggio e Target)

3.1.2. Obiettivo generale (2a): Aggiungere anni di vita in buona salute rispetto all'aumento dell'aspettativa di vita

In considerazione dell'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione lucana, è necessario, al fine di migliorare le condizioni di salute della stessa, intervenire sulla gestione prolungata nel tempo delle patologie croniche sviluppando percorsi e protocolli che garantiscano la presa in carico dei soggetti e l'efficientamento dei modelli organizzativi esistenti, soprattutto territoriali.

L'aumento progressivo dell'aspettativa di vita osservato nella popolazione lucana rappresenta un risultato significativo, ma al tempo stesso pone nuove sfide in termini di sostenibilità del sistema sanitario e di qualità della vita nelle età più avanzate. La sola estensione della durata della vita non è sufficiente se non accompagnata da un miglioramento delle condizioni di salute e benessere in tutte le fasi della vita, comprese quelle della cronicità, della fragilità e della non autosufficienza.

In tale contesto, diventa prioritario rafforzare la capacità del sistema sanitario regionale di garantire una presa in carico continuativa, proattiva e personalizzata dei cittadini affetti da patologie croniche, attraverso:

- Lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA): Elaborare e adottare PDTA basati su evidenze scientifiche, che delineino il miglior percorso assistenziale praticabile per specifiche patologie, garantendo una presa in carico integrata e personalizzata del paziente e protocolli condivisi tra ospedale e territorio.
- Il potenziamento dell'assistenza territoriale, che rappresenta il perno per la gestione efficace delle malattie croniche e la riduzione del ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere. È necessario investire sull'efficientamento e sulla riorganizzazione dei modelli organizzativi esistenti, valorizzando il ruolo dei professionisti sanitari, promuovendo l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, e facilitando l'accesso ai servizi di prossimità. Questo approccio è in linea con il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale
- Utilizzo della Telemedicina e delle Tecnologie Digitali: Integrare strumenti di telemedicina per facilitare l'accesso alle cure, monitorare a distanza i pazienti cronici e migliorare la continuità assistenziale. L'adozione di tali tecnologie è supportata dal Piano Nazionale della Cronicità e dal Programma Operativo Nazionale Governance "Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT".

Queste azioni sono coerenti con le direttive nazionali e regionali, in particolare con il Piano Nazionale della Cronicità, approvato con l'Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016, L'intervento su questi ambiti non solo contribuirà a migliorare la qualità della vita delle persone, ma anche a ridurre l'impatto economico e sociale delle malattie croniche, favorendo una maggiore equità e sostenibilità del sistema sanitario regionale.

Obiettivi Specifici

I. Migliorare la qualità della vita delle persone affette da malattie croniche legate all'invecchiamento, promuovendo modelli di assistenza integrata, innovativa e personalizzata, con un approccio centrato sulla persona e sul mantenimento della sua autonomia

L'invecchiamento della popolazione comporta un aumento significativo delle condizioni croniche e delle comorbidità, che richiedono un'assistenza coordinata e multidisciplinare. Si intende rafforzare i percorsi di presa in carico attraverso la gestione integrata delle cure, con il coordinamento tra MMG, specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti sociosanitari.

Azioni

- **Gestione integrata delle cure:** in questo contesto, assume particolare rilevanza il Sistema Atlante per il monitoraggio dei percorsi di cronicità e il potenziamento delle Centrali Operative Territoriali (COT), previste dal D.M. 77/2022, quale strumento organizzativo per garantire la continuità assistenziale e l'accesso uniforme ai servizi territoriali;
- **Rafforzamento dell'assistenza domiciliare (in età adulta e pediatrica):** si prevede il potenziamento dei servizi di ADI e delle strutture di supporto per gli anziani, come le Unità di Cure Primarie, al fine di garantire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e ridurre il ricorso improprio all'ospedalizzazione. L'assistenza sarà orientata non solo alla cura, ma anche alla prevenzione della perdita di autonomia, con l'integrazione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. Deve inoltre essere

garantita e potenziata l'assistenza domiciliare in età pediatrica in riferimento per il soddisfacimento dei fabbisogni clinico-assistenziali con particolare riguardo per le malattie rare e le patologie complesse multiorgano;

- **Accesso ai trattamenti innovativi:** si intende promuovere e facilitare l'accesso a terapie farmacologiche innovative, dispositivi medici avanzati e tecnologie digitali che possano contribuire a un miglior controllo dei sintomi e a un rallentamento della progressione delle patologie croniche. In questo ambito, saranno valorizzati strumenti di valutazione dell'appropriatezza e dell'impatto costo-beneficio per orientare le scelte terapeutiche e garantire l'equità di accesso;
- **Programmi di riabilitazione personalizzata:** lo sviluppo di programmi di riabilitazione fisica, motoria e occupazionale, sia ambulatoriali che domiciliari, rappresenta un pilastro fondamentale per il mantenimento delle capacità funzionali e dell'autonomia della persona. Questi interventi saranno integrati nei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) e saranno differenziati per intensità e durata, in funzione dei bisogni specifici;
- **Supporto psicologico e psicosociale:** le malattie croniche e l'invecchiamento comportano spesso l'insorgenza di condizioni di disagio psicologico, ansia, stress e isolamento sociale. È pertanto prevista l'attivazione o il potenziamento di servizi di consulenza psicologica individuale e familiare, con particolare attenzione agli anziani fragili e ai caregiver, anche attraverso reti di supporto territoriali e di comunità;
- **Teleassistenza e monitoraggio remoto:** l'uso della teleassistenza mediante sensori, medical device, dispositivi indossabili e applicazioni mobili permetterà una gestione più sicura, continua e personalizzata della salute degli anziani, specialmente in situazioni di cronicità e fragilità. Tali tecnologie potranno supportare l'aderenza terapeutica, il monitoraggio dei parametri vitali e la prevenzione delle complicanze;
- **Implementazione della telemedicina:** verranno sviluppati e integrati servizi di telemedicina (televisite, teleconsulto, telemonitoraggio) per migliorare l'accessibilità delle cure specialistiche, ridurre gli spostamenti, facilitare il follow-up clinico e la tempestiva gestione delle criticità, in particolare per gli anziani residenti in aree interne e rurali. Questo intervento è coerente con il Piano Nazionale della Cronicità e con il quadro strategico del PNRR - Missione 6 Salute.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Gestione integrata delle cure*

Obiettivo: Garantire la presa in carico integrata e continuativa dei pazienti cronici over 65

Attori coinvolti: MMG, Medici specialisti, Infermieri di famiglia e di comunità, Assistenti sociali, Fisioterapisti, ecc.

Azioni:

- Costituzione e attivazione di équipe multiprofessionali territoriali per la presa in carico congiunta dei pazienti;
- Formalizzazione e implementazione di PDTA per le principali patologie croniche legate all'invecchiamento (scompenso cardiaco, BPCO, diabete tipo 2, demenze);
- Utilizzo del Sistema Atlante per la mappatura e il monitoraggio dei percorsi assistenziali e dei livelli di intensità di cura attivati;
- Piena attivazione della COT come snodo organizzativo per la continuità assistenziale

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Rafforzamento dell'assistenza domiciliare (in età adulta e pediatrica)*

Obiettivo: Estendere e qualificare l'assistenza domiciliare per pazienti fragili e complessi

Attori coinvolti: MMG, Infermieri di famiglia e di comunità, Medici specialisti, Assistenti sociali, Case manager, Coordinatori di ambito sociale, Professioni sanitarie e socioassistenziali.

Azioni:

- Estensione della platea di beneficiari dell'ADI con progetti mirati per la presa in carico di pazienti fragili over 75, con incremento dei pazienti complessi (oncologici, neurodegenerativi, cardiovascolari, broncopneumopatici);
- Creazione di nuclei domiciliari integrati con interventi sanitari e socioassistenziali, coordinati da case manager e in integrazione con i coordinatori di ambito sociale;
- Introduzione di pacchetti assistenziali domiciliari personalizzati, differenziati per livello di bisogno;
- Creazione di nuclei domiciliari pediatrici integrati, con professioni sanitarie e socioassistenziali in grado di garantire anche il supporto alla vita lavorativa dei caregiver

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Accesso ai trattamenti normativi*

Obiettivo: Favorire l'accesso appropriato e sicuro ai trattamenti e alle tecnologie innovative per i pazienti con patologie croniche e degenerative

Attori coinvolti: MMG, Medici specialisti, Infermieri di famiglia e di comunità, Farmacisti ospedalieri e territoriali, IRCCS, Centri di ricerca

Azioni:

- Implementazione di protocolli per l'uso appropriato di farmaci innovativi nelle patologie croniche degenerative;
- Sperimentazione di progetti con dispositivi di monitoraggio a domicilio (glucometri smart, sensori per il rilevamento di cadute, saturimetri connessi, monitoraggio funzioni vitali, ecc.);
- Utilizzo del Sistema Atlante per la mappatura e il monitoraggio dei percorsi assistenziali e dei livelli di intensità di cura attivati;
- Partnership con IRCCS e centri di ricerca per l'introduzione di soluzioni tecnologiche validate

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Programmi di riabilitazione personalizzata*

Obiettivo: Promuovere percorsi riabilitativi personalizzati per anziani con bisogni complessi post-ospedalizzazione o legati a patologie croniche

Attori coinvolti: MMG, Medici specialisti (fisiatri, neurologi, geriatri), Fisioterapisti, Terapisti occupazionali, Psicologi, Infermieri di comunità, Educatori professionali

Azioni:

- Attivazione di cicli riabilitativi domiciliari e ambulatoriali per anziani con esiti da patologie croniche o post-ospedalizzazione;
- Realizzazione di laboratori di attività motoria adattata (AMA) e ginnastica dolce nei centri diurni e nelle Case della Comunità;
- Implementazione di programmi di riabilitazione cognitiva per anziani con decadimento lieve e demenze iniziali

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Supporto psicologico e psicosociale*

Obiettivo: Potenziare i servizi di supporto psicologico e psicosociale per pazienti fragili e caregiver, favorendo inclusione e benessere

Attori coinvolti: MMG, Psicologi, Psicoterapeuti, Assistenti sociali, Infermieri di comunità, Caregiver, Enti del terzo settore, Comuni, Parrocchie

Azioni:

- Attivazione di sportelli di supporto psicologico territoriale, con presa in carico individuale e gruppi di auto-mutuo aiuto;
- Formazione e supporto psicologico per caregiver attraverso percorsi strutturati e laboratori esperienziali;
- Elaborazione di piani aziendali di contrasto all'isolamento sociale, in collaborazione con terzo settore, parrocchie e comuni

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Teleassistenza e monitoraggio remoto*

Obiettivo: Favorire la gestione proattiva dei pazienti cronici ad alta complessità attraverso strumenti di teleassistenza e monitoraggio remoto, migliorando la continuità assistenziale e la prevenzione delle complicanze

Attori coinvolti: MMG, Medici specialisti, Infermieri di famiglia e di comunità, COT (Centrale Operativa Territoriale), Farmacisti, Responsabili dei sistemi informativi aziendali, Aziende Sanitarie territoriali

Azioni:

- Distribuzione di kit di telemonitoraggio ai pazienti cronici ad alta complessità, con presa in carico da parte della COT;
- Sviluppo di piattaforme digitali integrate per l'auto-monitoraggio e la comunicazione con i professionisti;
- Integrazione dei dati di telemonitoraggio nei sistemi informativi aziendali per l'analisi predittiva del rischio clinico

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Implementazione della telemedicina*

Obiettivo: Migliorare l'accesso ai servizi specialistici e la continuità assistenziale attraverso la telemedicina, riducendo spostamenti e tempi di attesa per i pazienti

Attori coinvolti: MMG, Medici specialisti, Infermieri di famiglia e di comunità, Farmacisti, Responsabili dei sistemi informativi aziendali, Centri specialistici ospedalieri, Case della comunità, Centri sociali

Azioni:

- Programmazione di agende di televisite specialistiche (cardiologiche, diabetologiche, neurologiche);
- Progetti sperimentali di teleconsulto tra MMG e specialisti ospedalieri, anche in ottica di second opinion;
- Attivazione di punti di accesso assistiti alla telemedicina presso farmacie, case della comunità o centri sociali

II. Migliorare la salute mentale e il benessere psicologico creando una rete di supporto che coinvolga individui, comunità e istituzioni per promuovere una salute mentale ottimale, integrata e accessibile

La salute mentale è una componente essenziale del benessere globale della persona e rappresenta una priorità trasversale per il sistema sanitario. I recenti mutamenti sociali, demografici ed economici, uniti agli effetti della pandemia da COVID-19, hanno evidenziato un aumento significativo di condizioni di disagio psichico, disturbi dell'umore, ansia e depressione, in particolare tra i giovani, gli anziani e le persone socialmente vulnerabili.

In questo contesto, è necessario ripensare l'offerta dei servizi di salute mentale attraverso una strategia basata sulla **integrazione, prossimità, accessibilità e intersectorialità**, che consideri la salute mentale non solo in ottica clinica, ma come dimensione collettiva e comunitaria, da sostenere lungo tutto l'arco della vita.

Azioni

- Integrazione della salute mentale nei servizi sanitari generali
- Accesso a cure professionali tempestive e multidisciplinari
- Promozione del benessere psicologico e della coesione sociale (One Health e approccio intersectoriale)
- Costruzione di reti territoriali integrate per la salute mentale

Esempio per la programmazione aziendale

♦ *Integrazione della salute mentale nei servizi sanitari generali*

Obiettivo: Favorire l'integrazione dei servizi di salute mentale nei percorsi sanitari generali, migliorando la presa in carico precoce e la continuità assistenziale dei pazienti

Attori coinvolti: MMG, PLS, Psicologi, Infermieri di comunità, Assistenti sociali, Centri di Salute Mentale, Case della Comunità

Azioni:

- Attivazione di percorsi di collaborazione tra MMG, PLS e Centri di Salute Mentale per l'individuazione precoce dei disturbi;
- Inserimento di psicologi di base nelle Case della Comunità;
- Formazione congiunta per MMG, PLS, infermieri di comunità e assistenti sociali;
- Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico per la condivisione dei piani terapeutici

Esempio per la programmazione aziendale

♦ *Accesso a cure professionali tempestive e multidisciplinari*

Obiettivo: Garantire un accesso rapido e coordinato a cure professionali di salute mentale, con approccio multidisciplinare e attenzione ai soggetti a rischio

Attori coinvolti: MMG, PLS, Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Educatori, Assistenti sociali, Centri di Salute Mentale, Aziende sanitarie territoriali

Azioni:

- Creazione di sportelli unici aziendali per l'accesso alla salute mentale;
- Attivazione di équipe multidisciplinari (psichiatra, psicologo, infermiere, educatore, assistente sociale);
- Potenziamento dei servizi di telepsichiatria e telepsicologia;
- Definizione di percorsi preferenziali per soggetti a rischio (adolescenti, donne nel peripartum, pazienti oncologici, anziani fragili)

Esempio per la programmazione aziendale

♦ *Promozione del benessere psicologico e della coesione sociale (One Health e approccio intersettoriale)*

Obiettivo: Favorire il benessere psicologico e la coesione sociale attraverso interventi educativi, culturali e territoriali, integrando la salute mentale nelle politiche locali e nelle pratiche quotidiane

Attori coinvolti: MMG, PLS, Psicologi, Educatori, Scuole, Centri culturali e sportivi, Aziende, Amministrazioni comunali, Comunità locali

Azioni:

- Programmi educativi nelle scuole su resilienza, gestione dello stress e uso consapevole del digitale;
- Laboratori territoriali di socializzazione (arte, musica, sport, orti sociali);
- Progetti di prevenzione del burnout e promozione del benessere nei luoghi di lavoro;
- Integrazione della salute mentale nelle politiche comunali di welfare e urbanistiche (spazi verdi, co-housing)

Esempio per la programmazione aziendale

♦ *Costruzione di reti territoriali integrate per la salute mentale*

Obiettivo: Sviluppare reti territoriali integrate per la salute mentale, favorendo la collaborazione tra istituzioni, servizi sanitari e comunità, per una presa in carico coordinata e monitorata dei pazienti

Attori coinvolti: MMG, PLS, Psicologi, Psichiatri, Infermieri, Servizi sociali comunali, ASL, Comuni, Scuole, Prefettura, Terzo Settore, Dipartimenti di Salute Mentale

Azioni:

- Istituzione di tavoli interistituzionali permanenti (ASL, Comuni, Scuola, Prefettura, Terzo Settore);
- Creazione di Centri di comunità per la salute mentale collegati alle Case della Comunità;
- Protocolli operativi condivisi con i servizi sociali comunali per la presa in carico integrata;
- Reti di peer-support coordinate dai Dipartimenti di Salute Mentale;
- Sistemi di monitoraggio epidemiologico e di outcome sui servizi

Scheda Obiettivo Generale (2a)

Codice	2a
Titolo	Aggiungere anni di vita in buona salute rispetto all'aumento dell'aspettativa di vita
Descrizione	<p>In considerazione dell'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione lucana, è necessario, al fine di migliorare le condizioni di salute della stessa, intervenire sulla gestione prolungata nel tempo delle patologie croniche sviluppando percorsi e protocolli che garantiscano la presa in carico dei soggetti e l'efficientamento dei modelli organizzativi esistenti, soprattutto territoriali.</p> <p>L'aumento progressivo dell'aspettativa di vita osservato nella popolazione lucana rappresenta un risultato significativo, ma al tempo stesso pone nuove sfide in termini di sostenibilità del sistema sanitario e di qualità della vita nelle età più avanzate. La sola estensione della durata della vita non è sufficiente se non accompagnata da un miglioramento delle condizioni di salute e benessere in tutte le fasi della vita, comprese quelle della cronicità, della fragilità e della non autosufficienza.</p> <p>In tale contesto, diventa prioritario rafforzare la capacità del sistema sanitario regionale di garantire una presa in carico continuativa, proattiva e personalizzata dei cittadini affetti da patologie croniche.</p>
Macroarea di intervento	a) Migliorare la salute e il benessere della popolazione, con un'attenzione particolare all'invecchiamento attivo.
Popolazione target	Tutta la popolazione ed in particolare la popolazione fragile per condizione geografica ed economico-sociale
Azioni	<p>I. Migliorare la qualità della vita delle persone affette da malattie croniche legate all'invecchiamento, promuovendo modelli di assistenza integrata, innovativa e personalizzata, con un approccio centrato sulla persona e sul mantenimento della sua autonomia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestione integrata delle cure; • Rafforzamento dell'assistenza domiciliare (in età adulta e pediatrica); • Accesso ai trattamenti innovativi; • Programmi di riabilitazione personalizzata; • Supporto psicologico e psicosociale; • Teleassistenza e monitoraggio remoto; • Implementazione della telemedicina. <p>II. Migliorare la salute mentale e il benessere psicologico creando una rete di supporto che coinvolga individui, comunità e istituzioni per promuovere una salute mentale ottimale, integrata e accessibile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione della salute mentale nei servizi sanitari generali; • Accesso a cure professionali tempestive e multidisciplinari; • Promozione del benessere psicologico e della coesione sociale (One Health e approccio intersettoriale); • Costruzione di reti territoriali integrate per la salute mentale.
Riferimenti normativi e programmatici	<ul style="list-style-type: none"> • OMS - Piano d'azione per la salute mentale 2020-2030PNRR - Missione 6, Componente 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale • D.M. 77/2022 - Modelli e standard per l'assistenza territoriale nel SSN • D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 • L. n. 328 dell'8 novembre 2000

- Statuto Regione Basilicata
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 23 maggio 2022 n. 77
- L.R. 28/2000: Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- L.R. 25/2008: Disposizioni in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- L.R. 11/2014: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21, norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche
- DGR 32-2024: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, relativo alla valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie
- DGR 360-2023: Attivazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari
- Legge n. 833/1978: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
- Decreto Legislativo n. 502/1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria.
- Decreto Legislativo n. 229/1999: Modifiche al D.lgs. 502/1992.
- Legge n. 38/2010: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- Legge n. 24/2017: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- Decreto-Legge n. 73/2024: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie
- Legge Regionale n. 28/2000: Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- Legge Regionale n. 39 del 2001
- Legge Regionale n. 2 del 2017
- Legge Regionale n. 25/2008: Disposizioni in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- Legge Regionale n. 11/2014: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21, norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche.
- Legge Regionale n. 19/2019: Modifiche alla L.R. 26 giugno 2014, n. 11, recante modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21.
- Legge Regionale n. 38/2021: Nuove disposizioni in materia sanitaria
- Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 32/2024: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, recante valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.
- D.M. 739/94 – Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 (Profilo professionale dell'infermiere).
- Patto Infermiere-Cittadino (1996).
- Legge 42/1999 – Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
- Codice Deontologico FNOPI (2025).
- Legge 251/2000 – Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.
- Legge 1/2002 – Conversione del D.L. 402/2001, disposizioni urgenti in materia di personale sanitario.
- Ordinamenti Didattici delle Classi di Laurea (2002).

- Legge Regionale Basilicata n. 58 del 13 dicembre 2021 – “Disposizioni in materia sanitaria”.

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI

- Patto per la Salute 2019-2021;
- Piano sanitario Nazionale 2006-2008;
- Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2025;
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Oncologico Nazionale 2023-2027;
- Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026;
- Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR);
- PNRR Salute M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” e M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario nazionale”;
- Piano Strategico Regionale 2021-2030;
- Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025;
- Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 “Ammalarsi meno, curarsi meglio” – D.C.R. 24 luglio 2012 n. 317 pubblicata sul BUR n. 32 del 1° settembre 2012;
- DGR n. 948 del 30/12/2022 “D.M. Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022- g. u. n. 144 del 22.6.2022 – regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale o nel Servizio Sanitario Nazionale – adozione del provvedimento generale di programmazione ai sensi dell'art.1, comma 2”;
- DGR n. 219 del 29 aprile 2022 “Preso d'atto dei documenti: indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina... omissis-direttiva per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina alle aziende sanitarie locali”. Allegato C – Piano Operativo.

Responsabile verifica obiettivo

Dirigente responsabile dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica Degli Obiettivi, Innovazione e Qualità

Monitoraggio e Valutazione

Il monitoraggio è coordinato dal Responsabile della verifica dell'obiettivo che si può avvalere, per le specifiche competenze, degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali (vedi Allegato – Indicatori di monitoraggio e Target)

Indicatori di monitoraggio (a)

Di seguito si riportano in versione sintetica gli indicatori relativi alla macroarea (a) con il riferimento della scheda presente in allegato

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
IA1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
IA2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica
IA3	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica
IA4	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica
IA5	Indicatore composito sugli stili di vita	Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica
IA6	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali (cervice uterina)	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica
IA7	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali (mammella)	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione collettiva e sanità pubblica
IA8	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon-retto	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. A) Prevenzione

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
		livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali (colon-retto)	collettiva e sanità pubblica
IA9	Raggiungimento e/o mantenimento dello status di territorio indenne per brucellosi e tubercolosi nei bovini e bufalini per brucellosi negli ovi-caprini	Rapporto tra numero di allevamenti ed animali da sottoporre a controllo e numero di allevamenti ed animali controllati	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Appropriatelyzza Tutela della Salute Adempimento D.Lgs 2 maggio 2024
IA10	Proporzione di utenti con piani di cura che coinvolgono almeno due figure professionali (équipe multidisciplinari)	Rapporto tra il numero di utenti dei servizi di salute mentale con un piano di cura che prevede il coinvolgimento di almeno due figure professionali e il numero totale di utenti presi in carico nello stesso periodo	Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)

3.2. Macroarea (b) - Garantire l'accesso equo ai servizi sanitari, superando le sfide dovute alla dispersione geografica

La Basilicata è caratterizzata da aree rurali e montane difficili da raggiungere. È cruciale garantire che tutti i cittadini, indipendentemente da dove vivono, abbiano libero accesso a servizi sanitari di qualità. Si deve garantire una copertura sanitaria universale e sostenibile, riconoscendo la centralità del territorio nell'assicurare l'accesso a servizi di assistenza sanitaria essenziali, sicuri, efficaci, di qualità e alle terapie.

È fondamentale potenziare e sviluppare le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, come previsto dalla Missione 6 del PNRR. Gli obiettivi principali sono quelli di garantire la continuità dell'assistenza, la multi-professionalità e l'approccio multidisciplinare nella presa in carico dei cittadini e l'integrazione dei servizi ospedalieri territoriali. Questi interventi mirano a migliorare l'accesso equo ai servizi sanitari nelle aree geograficamente svantaggiate, garantendo un'assistenza sanitaria di prossimità e riducendo le disuguaglianze territoriali. In questo modo, si può assicurare che tutti i cittadini della Basilicata ricevano le cure di cui hanno bisogno, indipendentemente dalla loro posizione geografica.

3.2.1. Obiettivo generale (1b): Assicurare nuovi modelli di gestione integrata in grado di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale anche nelle aree interne e in quelle disagiate

La popolazione in calo e l'estrema dispersione geografica della popolazione costituiscono due elementi sfidanti per la tutela dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari. Si rende necessario garantire una copertura sanitaria universale e sostenibile, riconoscendo la centralità del territorio nell'assicurare l'accesso a servizi di assistenza sanitaria essenziali, sicuri, efficaci, di qualità e alle terapie. È fondamentale potenziare e sviluppare le reti di prossimità, le strutture

intermedie e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, come previsto dalla Missione 6 del PNRR. Gli obiettivi principali sono quelli di garantire la continuità dell'assistenza, la multi-professionalità e l'approccio multidisciplinare nella presa in carico dei cittadini e l'integrazione dei servizi ospedalieri territoriali. Pertanto, è necessario comprendere che la pianificazione dei servizi sanitari territoriali rappresenta un elemento cruciale nel PSR, mirato a garantire un'assistenza sanitaria efficace, accessibile e integrata per la popolazione. Questo capitolo delinea gli obiettivi strategici, le linee di intervento e le modalità organizzative per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi sanitari territoriali, in coerenza con le linee guida nazionali e le specifiche esigenze regionali.

Obiettivi Specifici

I. **Assicurare a tutti i cittadini l'accesso a servizi sanitari di qualità** nel proprio territorio, riducendo le disuguaglianze e migliorando l'equità nell'assistenza

Azioni

- **Sviluppo e implementazione di servizi di telemedicina** con l'obiettivo di consentire ai pazienti, nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici approvati, di accedere a consulti medici e specialistici direttamente dal proprio domicilio o da punti di accesso locali (farmacie dei servizi, ambulatori periferici), riducendo gli spostamenti fisici e i tempi di attesa;
- **Realizzazione di piattaforme digitali per la gestione integrata delle cartelle clinico-assistenziali** dei pazienti presi in carico a livello territoriale per migliorare il coordinamento tra i diversi attori del sistema sanitario e garantire continuità assistenziale tra i diversi setting assistenziali;
- **Implementazione di applicazioni mobili per il monitoraggio della salute** per fornire ai cittadini strumenti semplici e intuitivi per il monitoraggio continuo di parametri vitali (ad esempio pressione arteriosa, glicemia) e la trasmissione dei dati ai sanitari in tempo reale;
- **Potenziamento dei trasporti sanitari e sociosanitari territoriali** per fornire assistenza su tutto il territorio per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari nelle aree rurali e montane, anche mediante accordi con Organizzazioni di Volontariato;
- **Garanzia della disponibilità di farmaci e terapie essenziali** e sicuri in tutte le aree della regione (Farmacia dei servizi);
- **Sviluppo e potenziamento della Farmacia dei Servizi** come punto di prossimità per garantire l'accesso personalizzato ai farmaci e il supporto all'aderenza terapeutica (tramite Dossier Farmaceutico/FSE), lo sviluppo della telemedicina in collegamento con centri accreditati (teleECG, Holter, telemonitoraggio), l'erogazione di vaccinazioni anti-SARS-CoV-2 e antinfluenzali (≥ 18 aa) e test diagnostici nasali/salivari/orofaringei, l'attivazione di servizi CUP per prenotazioni, ticket e ritiro referti, nonché l'offerta di prestazioni analitiche di primo livello (ECG/telecardiologia, autspirometria, dispositivi per PA, SpO₂, Holter pressorio 24h, Holter ECG 24h, ecc.).

Esempio per la programmazione aziendale

◆ Sviluppo e implementazione di servizi di telemedicina

Obiettivo: Garantire l'accesso a consulti medici e specialistici in tempo reale, anche per le comunità montane e le aree remote, migliorando la continuità assistenziale e riducendo gli spostamenti dei pazienti.

Attori coinvolti: MMG, Medici specialisti ospedalieri, Infermieri di comunità, Responsabili dei sistemi informativi aziendali, Comunità locali, Pazienti residenti in aree remote.

Azioni:

- Attivazione completa della piattaforma POHEMA per l'erogazione di prestazioni mediche assistite a distanza;
- Consulenze mediche e specialistiche in tempo reale tramite videochiamata per i pazienti residenti in aree montane o remote;
- Supporto ai pazienti, come diabetici, per ricevere indicazioni cliniche da specialisti ospedalieri senza doversi spostare

Esempio per la programmazione aziendale

◆ Realizzazione di piattaforme digitali per la gestione integrata delle cartelle clinico-assistenziali

Obiettivo: Favorire la gestione integrata delle cartelle clinico-assistenziali e migliorare la comunicazione tra pazienti e operatori sanitari, nonché tra gli stessi professionisti, per una presa in carico più coordinata e sicura.

Attori coinvolti: MMG, Medici specialisti, Infermieri, Operatori sanitari RSA, Responsabili dei sistemi informativi aziendali, Pazienti, Case della Comunità, RSA e altri setting assistenziali.

Azioni:

- Implementazione di piattaforme digitali come ATLANTE per la gestione delle cartelle clinico-assistenziali;
- Facilitazione della comunicazione tra pazienti e operatori sanitari e tra professionisti;
- Accesso da parte dei medici RSA ai profili di salute dei pazienti già seguiti in altri setting assistenziali, per la formalizzazione del PAI

Esempio per la programmazione aziendale

◆ Implementazione di applicazioni mobili per il monitoraggio della salute

Obiettivo: Consentire il monitoraggio continuo della salute dei pazienti, favorendo interventi tempestivi da parte dei professionisti sanitari e migliorando la gestione delle patologie croniche

Attori coinvolti: MMG, Medici specialisti (es. cardiologi), Infermieri, Pazienti, Responsabili dei sistemi informativi aziendali, Aziende sanitarie territoriali

Azioni:

- Sviluppo e implementazione di applicazioni mobili regionali per il monitoraggio dei parametri di salute dei pazienti;
- Registrazione quotidiana da parte dei pazienti di dati clinici rilevanti (es. pressione arteriosa, frequenza cardiaca);
- Invio automatico dei dati al medico di riferimento per interventi tempestivi in caso di anomalie

Esempio per la programmazione aziendale

♦ *Potenziamento dei trasporti sanitari e sociosanitari territoriali*

Obiettivo: Garantire l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per i residenti in aree isolate, migliorando la continuità assistenziale, riducendo le barriere legate alla mobilità territoriale e valorizzando la collaborazione con il Terzo Settore per l'erogazione di servizi complementari di trasporto

Attori coinvolti: ASL, Comuni, Trasportatori pubblici o privati, MMG, Medici specialisti, Organizzazioni di Volontariato, Pazienti residenti in aree isolate.

Azioni:

- Individuazione di forme di cogestione per l'istituzione di navette sanitarie dedicate;
- Collegamento dei paesi più isolati ai centri sanitari distrettuali;
- Utilizzo del servizio navetta per consentire ai pazienti, come anziani residenti in borghi montani, di recarsi all'ospedale per visite specialistiche
- Attivazione di accordi (protocolli di intesa) con Organizzazioni di Volontariato iscritte al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) e aderenti a reti associative nazionali con articolazione regionale, per l'erogazione di servizi complementari di trasporto sanitario e sociosanitario

Esempio per la programmazione aziendale

♦ *Sviluppo e potenziamento delle Farmacie dei Servizi nelle aree interne*

Obiettivo: Consolidare la Farmacia dei Servizi come presidio di prossimità integrato nella rete DM 77/FSE-PNRR, garantendo maggiore accesso ai farmaci e ai servizi sanitari, promuovendo prevenzione e telemedicina diffusa, favorendo la presa in carico dei pazienti cronici e contribuendo alla riduzione dei carichi ospedalieri, con governance regionale, standard omogenei e monitoraggio rigoroso dei risultati, in particolare nelle aree interne e nei comuni privi di strutture sanitarie pubbliche dirette, migliorando l'aderenza terapeutica e la continuità assistenziale e integrando le Farmacie dei Servizi con le Case della Comunità e le centrali di telemedicina.

Attori coinvolti: ASL, Farmacie dei Servizi situate in aree interne o prive di strutture sanitarie pubbliche, MMG, Medici specialisti, Centri di telemedicina accreditati, Distretti sanitari, Pazienti residenti nelle aree interne, Autorità regionali per gli accordi integrativi

Azioni:

- Stipula di accordi integrativi regionali e protocolli aziendali per lo sviluppo e l'utilizzo prioritario delle Farmacie dei Servizi nelle aree interne;
- Integrazione delle Farmacie dei Servizi con le Case della Comunità e le centrali di telemedicina per l'erogazione di servizi di telemonitoraggio, teleECG, teleholter e supporto a distanza ai pazienti;
- Potenziamento dei servizi offerti dalle Farmacie dei Servizi, inclusi accesso personalizzato ai farmaci, supporto all'aderenza terapeutica (Dossier Farmaceutico/FSE), vaccinazioni anti-SARS-CoV-2 e antinfluenzali, test diagnostici, prestazioni analitiche di primo livello e sportello CUP.

II. Assicurare una copertura sanitaria universale e sostenibile attraverso la sanità pubblica e privata accreditata

Azioni

- Riduzione delle disuguaglianze geografiche, legate al livello di istruzione, alle condizioni economiche, al genere, nell'accesso ai servizi sanitari;
- Garanzia della distribuzione territoriale dei servizi e delle strutture in ambito distrettuale come innovato dal DM-77.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Garanzia della distribuzione territoriale dei servizi e delle strutture in ambito distrettuale*

Obiettivo: Assicurare una distribuzione equilibrata e funzionale dei servizi e delle strutture sanitarie a livello distrettuale, garantendo l'accesso ai cittadini e la continuità assistenziale tra strutture pubbliche e accreditate.

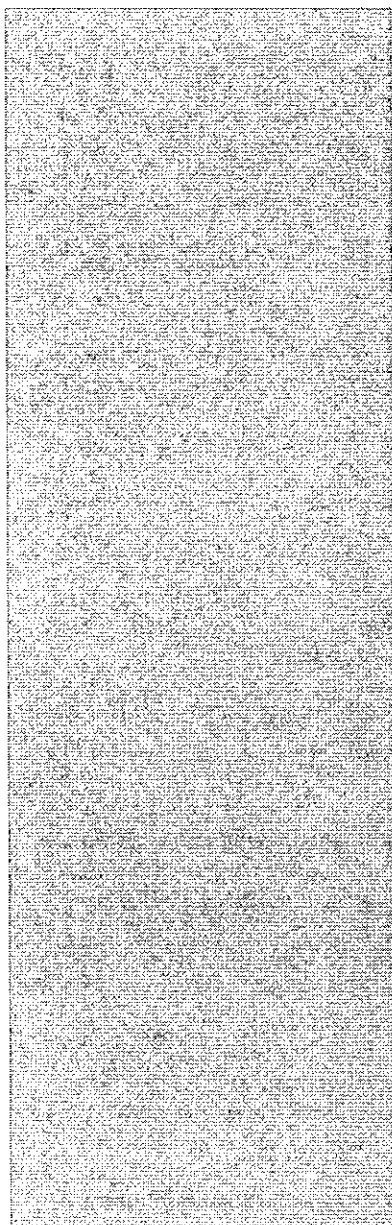
Attori coinvolti: MMG, Medici specialisti, Infermieri, Aziende sanitarie territoriali, Strutture pubbliche e private accreditate, Responsabili dei sistemi informativi aziendali, Comuni, ecc.

Azioni:

- Realizzazione del Piano di distribuzione distrettuale delle strutture (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali);
- Monitoraggio della copertura territoriale: popolazione servita e tempi di accesso ai servizi distrettuali;
- Definizione di accordi integrativi con strutture private accreditate per completare l'offerta territoriale dove il pubblico non è sufficiente;
- Attivazione di reti funzionali distrettuali con mappatura digitale dei servizi disponibili (sanitari e sociali);
- Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico per garantire la continuità assistenziale tra strutture pubbliche e accreditate

Scheda Obiettivo Generale (1b)

Codice	1b
Titolo	Assicurare nuovi modelli di gestione integrata in grado di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale nelle aree interne e in quelle disagiate.
Descrizione	La popolazione in calo e l'estrema dispersione geografica della popolazione costituiscono due elementi sfidanti per la tutela dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari. Si rende necessario garantire una copertura sanitaria universale e sostenibile, riconoscendo la centralità del territorio nell'assicurare l'accesso a servizi di assistenza sanitaria essenziali, sicuri, efficaci, di qualità e alle terapie. È fondamentale potenziare e sviluppare le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, come previsto dalla Missione 6 del PNRR. Gli obiettivi principali sono quelli di garantire la continuità dell'assistenza, la multi-professionalità e l'approccio multidisciplinare nella presa in carico dei cittadini e l'integrazione dei servizi ospedalieri territoriali. Pertanto, è necessario comprendere che la pianificazione dei servizi sanitari territoriali rappresenta un elemento cruciale nel PSR, mirato a garantire un'assistenza sanitaria efficace, accessibile e integrata per la popolazione. Questo capitolo delinea gli obiettivi strategici, le linee di intervento e le modalità organizzative per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi sanitari territoriali, in coerenza con le linee guida nazionali e le specifiche esigenze regionali.
Massima priorità	b) Garantire l'accesso equo ai servizi sanitari, superando le sfide dovute alla dispersione geografica
Popolazione target	Tutta la popolazione ed in particolare la popolazione fragile per condizione geografica ed economico-sociale
Conte	I. Assicurare a tutti i cittadini l'accesso a servizi sanitari di qualità nel proprio territorio, riducendo le disuguaglianze e migliorando l'equità nell'assistenza



- Sviluppo e Implementazione di servizi di telemedicina con l'obiettivo di consentire ai pazienti, nell'ambito di percorsi diagnostico terapeutici approvati, di accedere a consulti medici e specialistici direttamente dal proprio domicilio o da punti di accesso locali (farmacie dei servizi, ambulatori periferici), riducendo gli spostamenti fisici e i tempi di attesa;
- Realizzazione di piattaforme digitali per la gestione integrata delle cartelle clinico assistenziali dei pazienti presi in carico a livello territoriale per migliorare il coordinamento tra i diversi attori del sistema sanitario e garantire continuità assistenziale tra i diversi setting assistenziali;
- Implementazione di applicazioni mobili per il monitoraggio della salute per Fornire ai cittadini strumenti semplici e intuitivi per il monitoraggio continuo di parametri vitali (ad esempio pressione arteriosa, glicemia) e la trasmissione dei dati ai sanitari in tempo reale;
- Potenziamento dei trasporti sanitari e sociosanitari territoriali per fornire assistenza su tutto il territorio per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari nelle aree rurali e montane;
- Garanzia della disponibilità di farmaci e terapie essenziali e sicuri in tutte le aree della regione (Farmacia dei servizi);
- Sviluppo e potenziamento della Farmacia dei Servizi come punto di prossimità per garantire l'accesso personalizzato ai farmaci e il supporto all'aderenza terapeutica (tramite Dossier Farmaceutico/FSE), lo sviluppo della telemedicina in collegamento con centri accreditati (teleECG, Holter, telemonitoraggio), l'erogazione di vaccinazioni anti-SARS-CoV-2 e antinfluenzali (≥ 18 aa) e test diagnostici nasali/salivari/orofaringei, l'attivazione di servizi CUP per prenotazioni, ticket e ritiro referti, nonché l'offerta di prestazioni analitiche di primo livello (ECG/telecardiologia, autspirometria, dispositivi per PA, SpO₂, Holter pressorio 24h, Holter ECG 24h, ecc.).

II. Assicurare una copertura sanitaria universale e sostenibile attraverso la sanità pubblica e privata accreditata

- Riduzione delle disuguaglianze geografiche, legate al livello di istruzione, alle condizioni economiche, al genere, nell'accesso ai servizi sanitari
- Garanzia della distribuzione territoriale dei servizi e delle strutture in ambito distrettuale come innovato dal DM-77

Riferimenti normativi e programmatici

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 23 maggio 2022 n. 77;
- PNRR Salute M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale";
- Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR);
- Legge n. 833/1978: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 Legge n. 833/1978: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- L. n. 328 dell'8 novembre 2000;
- Legge n. 38/2010: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;

- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- Legge n. 24/2017: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70;
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 23 maggio 2022 n. 77;
- Decreto-Legge n. 73/2024: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie
- Legge n. 833/1978: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- Decreto Legislativo n. 502/1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria;
- Decreto Legislativo n. 229/1999: Modifiche al D.lgs. 502/1992;
- Legge n. 24/2017: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- Legge Regionale n. 28/2000: Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private;

RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI

- Statuto Regione Basilicata;
- L.R. 28/2000: Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.;
- L.R. 25/2008: Disposizioni in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- L.R. 11/2014: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21, norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche;
- DGR 32-2024: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, relativo alla valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accREDITAMENTO e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie;
- DGR 360-2023: Attivazione del sistema di autorizzazione e di accREDITAMENTO delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari;
- Legge Regionale n. 39 del 2001;
- Legge Regionale n. 2 del 2017;
- Legge Regionale n. 11/2014: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21, norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche;
- Legge Regionale n. 19/2019: Modifiche alla L.R. 26 giugno 2014, n. 11, recante modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21;
- Legge Regionale n. 38/2021: Nuove disposizioni in materia sanitaria;
- Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 32/2024: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, recante valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accREDITAMENTO e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie;
- DGR n. 948 del 30/12/2022 "D.M. Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022- g. u. n. 144 del 22.6.2022 – regolamento recante

la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale o nel Servizio Sanitario Nazionale – adozione del provvedimento generale di programmazione ai sensi dell'art.1, comma 2”;

- DGR n. 219 del 29 aprile 2022 “Presa d’atto dei documenti: indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina... omissis-direttiva per l’erogazione delle prestazioni in telemedicina alle aziende sanitarie locali”. Allegato C – Piano Operativo;

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI NAZIONALI

- Patto per la Salute 2019-2021;
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;
- Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2025;
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Oncologico Nazionale 2023-2027;
- Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026;
- Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina. Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR);
- PNRR Salute M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”;

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI REGIONALI

- Piano Strategico Regionale 2021-2030;
- Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025;
- Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 “Ammalarsi meno, curarsi meglio” – D.C.R. 24 luglio 2012 n. 317 pubblicata sul BUR n. 32 del 1° settembre 2012



Monitoraggio e Valutazione

Dirigenti responsabili dell’Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica Degli Obiettivi, Innovazione e Qualità e dell’Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi informativi)

Il monitoraggio è coordinato dal Responsabile della verifica dell’obiettivo che si può avvalere, per le specifiche competenze, degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali (vedi Allegato – Indicatori di monitoraggio e Target)

Indicatori di monitoraggio (b)

Di seguito si riportano in versione sintetica gli indicatori relativi alla macroarea (b) con il riferimento della scheda presente in allegato

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
IB1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
IB2	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale
IB3	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Misurare la percentuale di interventi di emergenza non effettuati entro i tempi previsti rispetto al fabbisogno di risposta rapida al cittadino	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale
IB4	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Evidenziare la percentuale di prestazioni non erogate entro i tempi rispetto al fabbisogno di assistenza sanitaria di classe B	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale
IB5	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Misurare la percentuale di consumo eccessivo di antibiotici rispetto al fabbisogno di utilizzo appropriato per prevenire resistenze	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale
IB6	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Evidenziare la percentuale di pazienti non assistiti a domicilio rispetto al fabbisogno di cure integrate	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale
IB7	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Misurare la percentuale di pazienti riammessi rispetto al fabbisogno di interventi efficaci post-dimissione	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale
IB8	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Evidenziare la percentuale di pazienti deceduti per tumore che non hanno ricevuto assistenza palliativa rispetto al fabbisogno di cure appropriate	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale
IB9	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	Evidenziare la percentuale di anziani non trattati rispetto al fabbisogno totale di trattamenti sociosanitari	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. B) Assistenza distrettuale
IB10	% di pazienti in dimissione protetta presi in carico dal territorio	Indicatore che misura la quantità di pazienti in dimissione protetta rispetto al totale dei dimessi entro 30 giorni	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona - Ufficio Pianificazione sanitaria, verifica degli obiettivi, innovazione e qualità
IB11	% pazienti con accesso a struttura territoriale (adi-adp-cp, rsa hospice,	Indicatore che misura la quantità di pazienti con	Direzione Generale per la

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
	rsa non autosufficienti, rsa salute mentale, rsa disabili) con valutazione su Atlante	accesso a struttura territoriale che sono valutati su Atlante in dimissione protetta rispetto al totale dei dimessi entro 30 giorni	salute e le politiche della persona - Ufficio Pianificazione sanitaria, verifica degli obiettivi, innovazione e qualità

3.3. Macroarea (c) - Migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari

La Basilicata intende affrontare la sfida di utilizzare le risorse in modo più efficiente, eliminando sprechi e duplicazioni, aggiornando i modelli organizzativi esistenti e investendo in innovazione tecnologica, nella formazione e nel reclutamento del personale sanitario così da migliorare la qualità dei servizi sanitari locali e aumentarne l'accessibilità. Ciò permetterebbe di ridurre il numero di pazienti che si rivolgono a strutture extra regionali, garantendo quindi un'assistenza sanitaria più efficace e sostenibile per tutti i cittadini. Un aspetto cruciale da considerare è la mobilità interregionale dei pazienti. Attualmente, molti cittadini della Basilicata si rivolgono a strutture sanitarie di altre regioni per ricevere cure specialistiche o di alta qualità. Questo fenomeno non solo rappresenta un costo significativo per il sistema sanitario regionale, ma anche una causa di disagi ai pazienti e alle loro famiglie. Per affrontare questa sfida, è necessario potenziare le strutture sanitarie locali, investire in attrezzature moderne e tecnologie avanzate, e garantire la formazione continua del personale sanitario, anche stabilendo collaborazioni con centri di eccellenza.

3.3.1. Obiettivo Generale (1c): Implementazione degli strumenti di clinical governance e ottimizzazione dei processi a supporto

La pressione sulla sostenibilità del sistema sanitario pubblico e la necessità di garantire equità, qualità e sicurezza nelle cure impongono un cambio di paradigma: passare da una sanità centrata sull'offerta a un modello organizzato sui bisogni della persona e sulle evidenze cliniche. La Regione Basilicata intende promuovere una sanità moderna, vicina alle persone, capace di garantire cure efficaci, sicure e personalizzate, in un contesto di risorse limitate. In questo quadro, l'attuazione di una governance clinica evoluta e l'ottimizzazione dei processi sono leve fondamentali per un Servizio Sanitario Regionale più equo, efficiente e sostenibile. Investire in clinical governance significa dotare il sistema di strumenti e modelli gestionali per il controllo sistematico della qualità delle prestazioni, la sicurezza di pazienti e operatori, l'efficienza dei processi e la responsabilizzazione dei professionisti, in linea con PNRR, DM 77/2022 e Linee Guida Nazionali. L'obiettivo è rafforzare la capacità del sistema regionale di produrre valore in sanità, in termini di esiti clinici, efficienza allocativa e sostenibilità nel tempo.

La trasformazione del sistema sanitario regionale richiede:

- L'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali in un'ottica di rete;
- L'utilizzo di tecnologie digitali per supportare decisioni cliniche e gestionali;
- L'empowerment del personale attraverso percorsi di formazione continua;
- Il rafforzamento delle strutture sanitarie locali per limitare la mobilità passiva;
- Una governance orientata alla trasparenza, alla comunicazione e alla partecipazione dei cittadini.

La strategia regionale per un sistema sanitario orientato alla Qualità, alla Sicurezza e alla Sostenibilità si fonda su alcuni pilastri chiave:

- Centralità della persona assistita, con percorsi clinico-assistenziali costruiti sui bisogni e sulle preferenze dei pazienti;
- Qualità e sicurezza delle cure, garantite attraverso l'utilizzo di strumenti di clinical governance, l'integrazione dei dati clinici e gestionali e un monitoraggio continuo delle performance;
- Innovazione e digitalizzazione, per semplificare l'accesso ai servizi, migliorare la presa in carico dei pazienti cronici e ridurre gli sprechi;
- Efficienza organizzativa, grazie alla riorganizzazione dei processi di supporto (logistica, approvvigionamenti, gestione del personale) e all'utilizzo intelligente delle risorse;
- Riduzione della mobilità passiva, attraverso il rafforzamento delle strutture sanitarie locali e lo sviluppo di collaborazioni interregionali e con centri di eccellenza;
- Partecipazione e trasparenza, promuovendo la comunicazione tra i professionisti della salute e il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti.

Questa visione strategica si propone di costruire una sanità **“proattiva”**, capace non solo di rispondere alla domanda di salute, ma di prevenirla, intercettarla precocemente, e accompagnare il cittadino lungo tutto il suo percorso di cura, dalla diagnosi alla riabilitazione, in un'ottica di prossimità, continuità e umanizzazione dell'assistenza.

Il Piano prevede azioni mirate a tutti i livelli del sistema sanitario – dalla governance centrale alle strutture ospedaliere, dai servizi territoriali ai processi gestionali e alle attività formative – ciascuna accompagnata da indicatori di monitoraggio per valutare gli impatti e consentire una rimodulazione tempestiva degli interventi.

La governance multilivello, con responsabilità operative chiaramente definite e una roadmap articolata in fasi a breve, medio e lungo termine, è supportata da un sistema di monitoraggio centralizzato che permette di riallineare le azioni in funzione dei risultati e dei bisogni.

La strategia rappresenta un significativo avanzamento nella capacità del sistema lucano di governare in modo dinamico e misurabile l'offerta di salute, rafforzando equità di accesso, sicurezza delle cure e partecipazione informata dei cittadini.

L'approccio proposto integra dimensioni cliniche, organizzative e tecnologiche, e si basa su:

- Attuazione di strumenti di governo clinico multilivello per gestione del rischio, personalizzazione delle cure e miglioramento dei percorsi;
- Digitalizzazione dei flussi e dei percorsi di cura con sistemi interoperabili e piattaforme di monitoraggio;
- Reingegnerizzazione dei processi di supporto (logistica, supply chain, gestione risorse) con modelli Lean e strumenti predittivi;
- Rafforzamento della rete assistenziale regionale per ridurre la mobilità passiva e consolidare l'autosufficienza clinica;
- Sviluppo di indicatori di performance (KPI) a livello di struttura, distretto e sistema per valutare in modo sistematico efficienza, appropriatezza ed equità delle prestazioni.

Il miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi sanitari in Basilicata passa attraverso una governance clinica forte, innovazioni tecnologiche sostenibili e un'azione strategica coordinata. Solo così sarà possibile consolidare un sistema sanitario capace di garantire equità, prossimità e sicurezza per tutti i cittadini.

Obiettivi Specifici

I. Ottimizzare i percorsi clinico-assistenziali

L'obiettivo è garantire cure tempestive, coordinate e centrate sul paziente attraverso la revisione, aggiornamento e implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), secondo i criteri della medicina basata sulle evidenze, della multidisciplinarietà e della personalizzazione. I PDTA dovranno essere realizzati con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori della rete assistenziale (ospedale, territorio, cure primarie, sociale) e formalizzati all'interno di sistemi digitali che ne traccino l'aderenza, l'efficacia e la qualità.

La riorganizzazione dei percorsi clinico-assistenziali rappresenta un elemento centrale per superare la frammentazione dell'offerta sanitaria, ridurre inapproprietezze e duplicazioni, e favorire un uso più razionale delle risorse. la Basilicata intende strutturare i PDTA come strumenti operativi di integrazione professionale e gestionale, che assicurino la continuità delle cure nel tempo e nello spazio.

Azioni

- Mappatura dei PDTA esistenti e valutazione della loro applicazione e aderenza clinica;
- Costituzione di tavoli tecnici multidisciplinari e multiprofessionali per la revisione o progettazione di nuovi PDTA prioritari (es. scompenso cardiaco, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, tumori, fragilità);
- Definizione di standard regionali per la struttura dei PDTA (criteri di eleggibilità, attori coinvolti, indicatori di processo e di esito);
- Formalizzazione del PDTA nei sistemi informativi regionali (es. integrazione con Fascicolo Sanitario Elettronico);
- Avvio di percorsi formativi e di accompagnamento al cambiamento per gli operatori coinvolti.
- Sviluppo della tecnologia di supporto:
 - Utilizzo di piattaforme informatizzate per il tracciamento del percorso del paziente, l'inserimento dei dati clinici, la generazione automatica di alert clinici e il monitoraggio degli indicatori di aderenza al PDTA;
 - Integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico per consentire l'accesso continuo alle informazioni da parte di tutti gli operatori coinvolti;
 - Attivazione di sistemi di decision support system (DSS) basati su linee guida cliniche aggiornate e algoritmi predittivi.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *PDTA per il Paziente con Scompenso Cardiaco*

Obiettivo: Garantire un percorso integrato per lo scompenso cardiaco, con presa in carico precoce, continuità assistenziale e riduzione dei ricoveri grazie al coordinamento ospedale-territorio

Attori coinvolti: MMG, Cardiologi ospedalieri e territoriali, Infermieri di comunità, Responsabili dei sistemi informativi aziendali, Caregiver

Azioni:

- Prescrizione e presa in carico precoce da parte del MMG, con valutazione funzionale e stratificazione del rischio;
- Invio prioritario allo specialista cardiologo, con esecuzione di indagini diagnostiche avanzate (ecocardiogramma, NT-proBNP);
- Attivazione dell'infermiere di comunità, per il monitoraggio clinico territoriale, le visite domiciliari regolari e l'educazione terapeutica del paziente;
- Utilizzo della telemedicina per il follow-up clinico e l'attivazione di interventi precoci in caso di segni di riacutizzazione;
- Coinvolgimento del caregiver e del MMG nella gestione condivisa del piano terapeutico e nell'aderenza al trattamento

II. Valorizzare il feedback e personalizzare le cure

L'inclusione sistematica del punto di vista dei pazienti attraverso strumenti validati come *PROMs (Patient Reported Outcome Measures)* e *PREMs (Patient Reported Experience Measures)* consente di orientare i percorsi assistenziali verso un reale modello "person-centred". L'obiettivo è integrare nella pratica clinica quotidiana la rilevazione strutturata di bisogni, percezioni, esiti percepiti e qualità dell'esperienza assistenziale, utilizzando questi dati per migliorare la progettazione e l'erogazione dei servizi sanitari.

Numerosi sistemi sanitari internazionali (es. NHS in UK, Kaiser Permanente, Regione Toscana) hanno integrato strumenti di *patient feedback* nella valutazione delle performance sanitarie e nella retribuzione variabile dei professionisti. L'ascolto del paziente è un elemento chiave della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure.

PROMs – Patient Reported Outcome Measures sono indicatori di esito clinico riportati direttamente dal paziente, cioè misurazioni soggettive del proprio stato di salute, raccolte con questionari validati prima e dopo un intervento o trattamento.

PREMs – Patient Reported Experience Measures sono indicatori dell'esperienza vissuta dal paziente durante il percorso assistenziale. Non misurano l'esito clinico, ma come il paziente ha percepito le cure ricevute.

Azioni

- Adozione regionale di set standardizzati di PROMs/PREMs per patologie croniche ad alta prevalenza;
- Formazione degli operatori sulla somministrazione e utilizzo dei dati raccolti;
- Integrazione dei risultati nei sistemi di valutazione di struttura e professionisti;
- Utilizzo dei dati per la revisione dei PDTA e dei modelli organizzativi.
- Sviluppo della tecnologia di supporto:
 - Dashboard per la raccolta e analisi automatica dei dati PROM/PREM integrati nei sistemi clinici regionali;
 - Reportistica periodica per le direzioni e i clinici;
 - Intelligenza artificiale per clusterizzazione dei profili di bisogno.

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Utilizzo PROMs per la valutazione del recupero funzionale post-operatorio in pazienti con intervento all'anca*

Obiettivo: Valutare l'autonomia e la riduzione del dolore nei pazienti operati all'anca nei mesi successivi all'intervento

Attori coinvolti: Medici chirurghi, fisioterapisti, infermieri

Azioni:

- Somministrazione dei PROMs ai pazienti secondo il percorso post-operatorio;
- Raccolta e analisi dei dati per monitorare il recupero funzionale;
- Condivisione dei risultati con l'équipe clinica per adattare il percorso riabilitativo;
- Utilizzo dei dati aggregati per valutare l'efficacia complessiva dei percorsi chirurgici e riabilitativi

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Utilizzo PROMs per la valutazione degli esiti post-intervento in pazienti con artrosi*

Obiettivo: Valutare gli esiti clinici e la qualità della vita dei pazienti dopo interventi ortopedici per artrosi, integrando la percezione del paziente sull'esperienza di cura

Attori coinvolti: Medici ortopedici, fisioterapisti, infermieri, personale amministrativo.

Azioni:

- Invito ai pazienti a compilare digitalmente il PROM EQ-5D a 3, 6 e 12 mesi dall'intervento;
- Somministrazione parallela di PREM su tempi di attesa, chiarezza delle informazioni ricevute e supporto durante il ricovero;
- Raccolta e analisi dei dati PROM e PREM per monitorare l'andamento clinico e la soddisfazione del paziente;
- Condivisione dei risultati con l'équipe clinica e con la direzione sanitaria per definire azioni di miglioramento mirate sia agli esiti clinici sia all'esperienza del paziente

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Utilizzo PREMs*

Obiettivo: Rilevare la soddisfazione del paziente e la qualità percepita dell'assistenza dopo visite o ricoveri

Attori coinvolti: Medici, infermieri, personale amministrativo.

Azioni:

- Invito ai pazienti a compilare questionari PREMs dopo visite o ricoveri;
- Somministrazione di domande su ascolto, chiarezza delle indicazioni terapeutiche e qualità dell'interazione con il personale sanitario;
- Raccolta e analisi dei dati per identificare punti di forza e aree di miglioramento;
- Condivisione dei risultati con l'équipe clinica per intervenire su eventuali criticità e migliorare l'esperienza del paziente

III. Governo delle liste d'attesa

Ridurre i tempi di attesa e la mobilità passiva razionalizzando la domanda e potenziando l'offerta dei servizi specialistici ambulatoriali, tramite strumenti organizzativi, digitali e normativi, per garantire equità, appropriatezza e trasparenza nell'accesso.

Azioni

- Revisione dei criteri di priorità clinica (U, B, D, P) secondo le indicazioni del PNGLA vigente;
- Introduzione del triage prescrittivo digitale per MMG e PLS;
- Aggiornamento CUP e attualizzazione agende;
- Monitoraggio settimanale delle performance di prenotazione e prestazione;
- Sviluppo della tecnologia di supporto:
 - Sistema CUP regionale interoperabile con agende e cartelle elettroniche;
 - Algoritmi predittivi per gestione automatica delle liste di attesa.

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Attivazione del modulo "presa in carico automatica" nel CUP regionale per prestazioni prioritarie U*

Obiettivo: Garantire la tempestiva presa in carico delle prestazioni sanitarie prioritarie (entro 72 ore) e migliorare la comunicazione con il cittadino

Attori coinvolti: Operatori del CUP, personale sanitario, sistema informatico regionale

Azioni:

- Attivazione del modulo "presa in carico automatica" per le prestazioni prioritarie U;
- Notifica diretta al cittadino della prenotazione effettuata;
- Invio di SMS di reminder per ridurre assenze e mancata fruizione delle prestazioni;
- Monitoraggio e analisi dei dati per valutare tempi di risposta ed efficacia del sistema.

IV. Ridurre la mobilità passiva dei pazienti

L'obiettivo è ridurre la mobilità passiva sanitaria dei cittadini lucani, che comporta costi economici e discontinuità assistenziale, attraverso il potenziamento dell'offerta regionale e la creazione di centri di riferimento e reti cliniche integrate, anche in collaborazione con altre regioni.

Azioni

- Analisi epidemiologica e territoriale della domanda di mobilità (per patologia, struttura, motivazione);
- Identificazione e potenziamento di reparti specialistici con alta capacità attrattiva;
- Collaborazioni stabili con IRCCS e centri di eccellenza per la formazione e l'erogazione condivisa di servizi;
- Percorsi diagnostici e di secondo parere in telemedicina.
- Sviluppo della tecnologia di supporto:
 - Dashboard per monitoraggio della mobilità per struttura e ambito clinico;
 - Portale per l'accesso regionale al secondo parere specialistico in collaborazione con centri extra-regionali.

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Attivazione di un centro regionale di riferimento per l'endometriosi presso l'AOR San Carlo di Potenza*

Obiettivo: Fornire presa in carico specialistica e multidisciplinare per le pazienti con endometriosi, migliorando la qualità della diagnosi, del trattamento e del follow-up

Attori coinvolti: Ginecologi, chirurghi, radiologi, psicologi, personale infermieristico e amministrativo, centri di eccellenza regionali

Azioni:

- Creazione di un'équipe multidisciplinare dedicata all'endometriosi;
- Implementazione di percorsi di presa in carico specifici per le pazienti;
- Collaborazione con centri di eccellenza per condivisione di protocolli, formazione e ricerca;
- Monitoraggio degli esiti clinici e della soddisfazione delle pazienti per migliorare continuamente il servizio

V. Aumentare la trasparenza e la comunicazione

Migliorare la trasparenza informativa e la comunicazione tra operatori sanitari, strutture e cittadini attraverso l'interoperabilità dei sistemi informativi, la standardizzazione dei processi e la valorizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

La frammentazione informativa è un ostacolo alla continuità assistenziale e all'efficienza organizzativa. Una gestione fluida e condivisa dei dati migliora l'appropriatezza delle cure e il coordinamento tra ospedale e territorio.

Azioni

- Alimentazione del FSE da parte di MMG, PLS e strutture accreditate;
- Attivazione di un sistema unificato per la condivisione di referti, terapie, piani di cura;
- Potenziamento della comunicazione con i cittadini tramite app regionali e portali;
- Sviluppo della tecnologia di supporto:
 - Sistema informativo sanitario regionale interoperabile;
 - Integrazione con strumenti di messaggistica e notifiche via app per cittadini

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Aggiornamento automatico del FSE con piani terapeutici e referti specialistici*

Obiettivo: Garantire la disponibilità tempestiva e completa dei dati clinici dei pazienti, migliorando la continuità assistenziale e la collaborazione tra medico di famiglia e servizi territoriali

Attori coinvolti: Medici di medicina generale, specialisti, personale dei servizi territoriali, pazienti, sistema informativo sanitario

Azioni:

- Aggiornamento automatico del FSE con piani terapeutici e referti specialistici;
- Consultazione sicura dei documenti da parte del medico di famiglia e dei servizi territoriali;
- Tracciabilità degli accessi per garantire sicurezza e responsabilità;
- Monitoraggio e analisi dell'utilizzo del sistema per ottimizzare la gestione dei dati e la qualità dell'assistenza

VI. Potenziare il supporto ai processi

Efficientare i processi di supporto (logistica, gestione delle scorte, approvvigionamenti, manutenzioni) per aumentare la resilienza organizzativa e liberare risorse per l'assistenza diretta. Una sanità efficiente non può prescindere da una macchina organizzativa snella e intelligente. L'adozione di strumenti gestionali avanzati consente una maggiore capacità di risposta, riduce gli sprechi e migliora le condizioni operative degli operatori.

Azioni

- Revisione del sistema di approvvigionamento farmaci e dispositivi;
- Digitalizzazione del magazzino e gestione just-in-time;
- Introduzione di indicatori di performance per la logistica sanitaria.
- Sviluppo della tecnologia di supporto:
 - Sistemi ERP integrati;
 - Tracciamento RFID per dispositivi e farmaci;
 - Digitalizzazione dei piani terapeutici;
 - Digitalizzazione del processo di monitoraggio degli Accordi Quadro della Centrale di Committenza e Soggetto Aggregatore.

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Sviluppo e attivazione di tecnologie di supporto per il monitoraggio delle scorte e degli Accordi Quadro (A.Q.)*

Obiettivo: Garantire la disponibilità continua dei materiali e dei farmaci nei reparti, riducendo carenze e sprechi, e migliorare l'efficacia nella gestione degli A.Q. attivati attraverso strumenti digitali dedicati

Attori coinvolti: Personale di reparto, farmacisti, responsabili logistici, sistema informatico aziendale, provveditorato

Azioni:

- Attivazione di un software per il monitoraggio in tempo reale delle scorte nei reparti;
- Configurazione di alert automatici per livelli minimi di scorte;
- Implementazione di rifornimenti automatizzati per garantire continuità delle forniture;
- Analisi dei dati di consumo e gestione per ottimizzare approvvigionamenti e ridurre sprechi;
- Attivazione di un software specifico per il monitoraggio in tempo reale degli A.Q. (Accordi Quadro) attivati, con rilevazione/tracciamento delle quantità di adesione, delle quantità erose e della disponibilità del quinto d'obbligo o di ulteriori opzioni

VII. Investire in innovazione tecnologica

Rendere il sistema sanitario regionale più moderno, reattivo e accessibile attraverso l'adozione di tecnologie digitali avanzate, capaci di supportare la gestione clinica, l'integrazione delle cure e il monitoraggio in tempo reale.

La digitalizzazione consente di superare le barriere geografiche, ottimizzare le risorse e migliorare la continuità assistenziale. Sistemi come la telemedicina, le cartelle cliniche elettroniche condivise e l'intelligenza artificiale per l'analisi predittiva sono già realtà in molte regioni italiane ed europee.

Azioni

- Acquisto di dispositivi per il monitoraggio remoto di pazienti cronici;

- Introduzione di strumenti di intelligenza artificiale per il supporto alle decisioni cliniche;
- Diffusione della cartella clinica elettronica unica e interoperabile.
- Sviluppo della tecnologia di supporto:
 - Piattaforme di telemedicina integrate nei sistemi regionali;
 - Intelligenza artificiale per la valutazione precoce dei rischi clinici.

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Monitoraggio domiciliare dei pazienti con BPCO tramite dispositivi con trasmissione in tempo reale dei parametri respiratori*

Obiettivo: Garantire la sorveglianza continua dello stato respiratorio dei pazienti con BPCO e attivare tempestivamente interventi domiciliari in caso di peggioramento clinico

Attori coinvolti: Team territoriale (medici, infermieri), COT, personale amministrativo, sistema di telemonitoraggio

Azioni:

- Fornitura al paziente di dispositivi domiciliari per il monitoraggio dei parametri respiratori;
- Trasmissione in tempo reale dei dati al team territoriale;
- Attivazione automatica di visite domiciliari da parte del COT in caso di valori fuori range;
- Analisi dei dati raccolti per valutare andamento clinico e ottimizzare percorsi di cura personalizzati

VIII. Garantire un sistema di monitoraggio e valutazione continua

Strutturare un sistema di monitoraggio dinamico, continuo e centralizzato per valutare in tempo reale la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari regionali.

La misurazione sistematica dei risultati e la loro condivisione rappresentano strumenti fondamentali per la governance delle performance, il miglioramento continuo e la responsabilizzazione delle strutture e dei professionisti.

Azioni

- Costruzione di un set regionale di KPI clinici, gestionali e di equità;
- Attivazione di cruscotti direzionali per Aziende Sanitarie e Distretti;
- Integrazione dei dati clinici e amministrativi da FSE, CUP, anagrafiche;
- Sviluppo della tecnologia di supporto:
 - Sistemi di business intelligence e data warehouse sanitari;
 - Dashboard interattive consultabili da direzioni strategiche e clinici.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Dashboard mensile con indicatori chiave per presidi e distretti*

Obiettivo: Monitorare le performance cliniche e organizzative dei presidi e distretti, confrontandole con benchmark regionali per supportare decisioni basate sui dati

Attori coinvolti: Direzione sanitaria, responsabili di presidio e distretto, medici, infermieri, personale amministrativo, team di data analytics

Azioni:

- Creazione e aggiornamento mensile della dashboard con indicatori chiave (tempi di attesa, outcome clinici, accessi, appropriatezza prescrittiva);
- Confronto dei dati con benchmark regionali per identificare aree di miglioramento;
- Condivisione dei risultati con presidi e distretti per supportare interventi mirati;
- Analisi dei trend e reportistica per ottimizzare processi clinici e organizzativi

IX. Potenziare l'assistenza sanitaria territoriale in Basilicata attraverso lo sviluppo del modello delle Case della Comunità (CdC)

Nell'ambito del potenziamento dell'assistenza territoriale, viene richiamato il modello organizzativo delle Case della Comunità, così come delineato dalla Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona. Tale modello definisce l'articolazione dei servizi e distingue tra strutture Hub e Spoke, con funzioni e livelli di offerta differenziati.

Azioni

- Attivare e strutturare le CdC HUB e SPOKE, COT e Ospedali di Comunità secondo quanto previsto dal DM 77/2022, dal PNRR e dalla determinazione dirigenziale 13Be.2025/D.140 del 30.04.25;
- Promuovere la sanità di iniziativa e la presa in carico proattiva della cronicità;
- Favorire la partecipazione attiva della comunità alla definizione dei servizi e dei percorsi;
- Rendere operativo il modello digitale regionale e i servizi di telemedicina.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Attivazione e strutturazione di CdC, COT e Ospedali di Comunità*

Obiettivo: Realizzare e rendere operative le Case della Comunità, i COT e gli Ospedali di Comunità secondo quanto previsto dal DM 77/2022, dal PNRR e dalla determinazione dirigenziale 13Be.2025/D.140 del 30.04.25

Attori coinvolti: Direzione Generale, Direzione Distretti, Direzione Risorse Umane, Coordinamento Infermieristico, MMG, PLS, Comuni, servizi sociali

Azioni:

- Realizzazione di 19 CdC Hub e Spoke nei territori ASP e ASM;
- Realizzazione di 6 Ospedali di Comunità e 6 COT nei territori ASP e ASM;
- Attivazione funzionale di équipe multiprofessionali;
- Collegamento delle CdC con COT, Ospedali di Comunità, PUA, ADI e UCA;
- Attivazione di attività ambulatoriali, diagnostiche e infermieristiche;
- Accesso H24 o H12 secondo il livello (Hub/Spoke);
- Integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali in un unico punto di accesso;
- Attivazione di servizi sanitari e sociali integrati in sede

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Sanità di iniziativa e presa in carico proattiva della cronicità*

Obiettivo: Garantire percorsi di presa in carico personalizzati per i pazienti cronici, con una gestione proattiva basata su strumenti di stratificazione e programmi di prevenzione

Attori coinvolti: MMG, PLS, infermieri di comunità, Direzione Sanitaria, Distretto

Azioni:

- Applicazione del Progetto di Salute individuale e dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI);
- Stratificazione dei bisogni con strumenti digitali come InterRAI e POHEMA;
- Attivazione dei programmi di screening e prevenzione per le principali cronicità

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Partecipazione attiva della comunità e co-progettazione dei servizi*

Obiettivo: Rafforzare il coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni del territorio nella definizione, progettazione e valutazione dei servizi sanitari e sociosanitari

Attori coinvolti: Direzione Distretti, cittadini, associazioni, terzo settore, istituzioni locali

Azioni:

- Attivazione di tavoli permanenti di confronto tra cittadini, istituzioni e terzo settore;
- Adozione della Carta dei Servizi e rilevazione della qualità percepita da parte degli utenti;
- Promozione della co-progettazione e della co-valutazione dei percorsi e dei servizi

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Modello digitale regionale e servizi di telemedicina*

Obiettivo: Rendere operativi i servizi digitali regionali e i percorsi di telemedicina, integrandoli nella presa in carico dei pazienti e nella rete territoriale

Attori coinvolti: Direzione Sistemi Informativi, Direzione CUP, Direzione Distretti, MMG, infermieri di comunità

Azioni:

- Utilizzo della piattaforma POHEMA per televisite, telemonitoraggio e teleconsulto;
- Formazione del personale sanitario e amministrativo all'uso delle tecnologie digitali;
- Collegamento al CUP unico regionale per prenotazioni e ritiro referti

X. Rete ospedaliera regionale della Basilicata nel rispetto degli standard del DM 70/2015, garantendo l'appropriatezza, l'equità e la sostenibilità dell'offerta assistenziale ospedaliera

La Regione Basilicata intende confermare l'impianto organizzativo della rete ospedaliera già delineato dalla Legge Regionale n. 2/2017, dalla Legge Regionale n. 2/2018 e dai provvedimenti attuativi, in particolare la DGR 1479/2016, in coerenza con gli standard nazionali definiti dal DM 70/2015. Non sono previste modifiche sostanziali ai criteri di organizzazione dei ricoveri per acuti, già conformi alla normativa vigente. Viene dunque confermata la dotazione di posti letto ospedalieri per acuti e post-acuti entro i limiti massimi previsti dal DM 70/2015, assicurando una distribuzione coerente con i reali fabbisogni assistenziali della popolazione lucana.

L'obiettivo generale è garantire un sistema ospedaliero appropriato, equo e sostenibile, capace di rispondere efficacemente alle esigenze sanitarie del territorio. Per farlo, si procederà con un insieme coordinato di azioni: l'ottimizzazione delle strutture complesse e semplici per disciplina, la revisione dei modelli organizzativi per evitare duplicazioni e sprechi, e l'eliminazione delle unità operative interaziendali non strategiche, mantenendo solo quelle a valenza regionale. Tale approccio mira a consolidare un sistema ospedaliero moderno, centrato sulla qualità dell'assistenza, sull'equilibrio tra risorse e bisogni, e sulla valorizzazione delle competenze professionali presenti sul territorio.

Azioni

- Ottimizzare la dotazione delle strutture complesse e semplici per disciplina, in coerenza con i fabbisogni assistenziali come da deliberato;
- Promuovere la razionalizzazione e l'integrazione interaziendale attraverso reti cliniche e dipartimenti funzionali interaziendali;
- Garantire l'equità di accesso e la prossimità dei servizi ospedalieri sul territorio regionale rispettando il disegno della rete ospedaliera di Basilicata come ulteriormente definita dalla LR 2 del 2017;
- Rivedere e ottimizzare i modelli organizzativi esistenti per promuovere l'appropriatezza, evitare sprechi e duplicazioni;
- Investire in innovazione tecnologica, come sistemi di gestione elettronica dei dati sanitari e strumenti di telemedicina;
- Formare e reclutare il personale sanitario per garantire competenze di qualità;
- Garantire un sistema di monitoraggio e valutazione continua per monitorare il livello di efficienza e la qualità dei servizi.

XI. Riqualficazione e gestione sostenibile delle risorse

Promuovere un utilizzo efficiente, razionale ed ecologicamente sostenibile delle risorse economiche, energetiche e umane all'interno del sistema sanitario regionale.

La sostenibilità deve essere affrontata in modo integrato, considerando le dimensioni ambientale, economica e organizzativa. Un uso più consapevole delle risorse garantisce servizi di qualità nel tempo, con minore impatto ambientale e maggior efficienza operativa.

Azioni

- Riprogettazione dei modelli di allocazione e impiego del personale;
- Efficientamento energetico degli edifici sanitari (*Near Zero Energy Building*, NZEB);
- Digitalizzazione completa dei flussi amministrativi e clinici;
- Sviluppo della tecnologia di supporto:
 - Sistemi di gestione energetica integrata (Building Energy Management System - BEMS).
 - Piattaforme per la gestione digitale di documenti, firme e workflow.

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ **Riqualificazione energetica e digitalizzazione dei flussi dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera**

Obiettivo: Migliorare l'efficienza energetica dell'ospedale e ottimizzare la gestione dei flussi documentali e autorizzativi attraverso la digitalizzazione

Attori coinvolti: Direzione ospedaliera, responsabili tecnici e manutentivi, personale amministrativo, fornitori di tecnologia e servizi energetici

Azioni:

- Realizzazione di interventi di riqualificazione energetica (impianto fotovoltaico, isolamento termico, pompe di calore);
- Digitalizzazione completa dei flussi documentali e autorizzativi interni;
- Monitoraggio dei consumi energetici e dei processi digitalizzati per valutarne l'efficacia;
- Analisi dei risultati e implementazione di eventuali ottimizzazioni per garantire sostenibilità ed efficienza

Scheda Obiettivo Generale (1c)

Codice	1c
Titolo	Implementazione degli strumenti di clinical governance e ottimizzazione dei processi a supporto
Descrizione	La Regione Basilicata, come molte aree a bassa densità demografica e con una popolazione progressivamente più anziana, si confronta con sfide strutturali e sistemiche che richiedono una risposta strategica e lungimirante. La pressione sulla sostenibilità del sistema sanitario pubblico, unita alla necessità di garantire equità, qualità e sicurezza nelle cure, impone un cambio di paradigma: da una sanità centrata sull'offerta a un modello organizzato intorno ai bisogni reali della persona e alle evidenze cliniche. La Regione Basilicata intende promuovere una sanità moderna, vicina alle persone, capace di garantire cure efficaci, sicure e personalizzate, in un contesto di risorse limitate e bisogni crescenti. In quest'ottica, l'attuazione di una governance clinica evoluta e l'ottimizzazione dei processi rappresentano leve fondamentali per realizzare un Servizio Sanitario Regionale più equo, efficiente e sostenibile. Investire in clinical governance significa dotare il sistema di strumenti e modelli gestionali che permettano il controllo sistematico della qualità delle prestazioni erogate, la promozione della sicurezza dei pazienti e degli operatori, l'efficienza dei processi e la responsabilizzazione dei professionisti. Il tutto in coerenza con le indicazioni del PNRR, del DM 77/2022 e delle Linee Guida Nazionali per la qualità e la sicurezza delle cure. L'obiettivo è rafforzare la capacità del sistema regionale di produrre valore in sanità, in termini di esiti clinici, efficienza allocativa e sostenibilità nel tempo.
Misurazione dell'impatto	c) Migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari
Popolazione target	Tutta la popolazione ed in particolare la popolazione fragile per condizione geografica ed economico-sociale
Strategie	I. Ottimizzare i percorsi Clinico-assistenziali

- Mappatura dei PDTA esistenti e valutazione della loro applicazione e aderenza clinica;
- Costituzione di tavoli tecnici multidisciplinari per la revisione o progettazione di nuovi PDTA prioritari (es. scompenso cardiaco, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, tumori, fragilità);
- Definizione di standard regionali per la struttura dei PDTA (criteri di eleggibilità, attori coinvolti, indicatori di processo e di esito);
- Formalizzazione del PDTA nei sistemi informativi regionali (es. integrazione con Fascicolo Sanitario Elettronico);
- Avvio di percorsi formativi e di accompagnamento al cambiamento per gli operatori coinvolti

II. Valorizzare il feedback e personalizzare le cure

- Adozione regionale di set standardizzati di PROMs/PREMs per patologie croniche ad alta prevalenza;
- Formazione degli operatori sulla somministrazione e utilizzo dei dati raccolti;
- Integrazione dei risultati nei sistemi di valutazione di struttura e professionisti;
- Utilizzo dei dati per la revisione dei PDTA e dei modelli organizzativi.

III. Governo delle liste d'attesa

- Revisione dei criteri di priorità clinica (U, B, D, P) secondo le indicazioni del PNGLA vigente;
- Introduzione del triage prescrittivo digitale per MMG e PLS;
- Aggiornamento CUP e attualizzazione agende;
- Monitoraggio settimanale delle performance di prenotazione e prestazione.

IV. Ridurre la Mobilità Passiva dei Pazienti

- Analisi epidemiologica e territoriale della domanda di mobilità (per patologia, struttura, motivazione);
- Identificazione e potenziamento di reparti specialistici con alta capacità attrattiva;
- Collaborazioni stabili con IRCCS e centri di eccellenza per la formazione e l'erogazione condivisa di servizi;
- Percorsi diagnostici e di secondo parere in telemedicina.

V. Aumentare la trasparenza e la comunicazione

- Alimentazione del FSE da parte di MMG, PLS e strutture accreditate;
- Attivazione di un sistema unificato per la condivisione di referti, terapie, piani di cura;
- Potenziamento della comunicazione con i cittadini tramite app regionali e portali informativi.

VI. Potenziare il supporto ai processi

- Revisione del sistema di approvvigionamento farmaci e dispositivi;
- Digitalizzazione del magazzino e gestione just-in-time;
- Introduzione di indicatori di performance per la logistica sanitaria.

VII. Investire in innovazione tecnologica

- Acquisto di dispositivi per il monitoraggio remoto di pazienti cronici;
- Introduzione di strumenti di intelligenza artificiale per il supporto alle decisioni cliniche;
- Diffusione della cartella clinica elettronica unica e interoperabile.

VIII. Garantire un sistema di monitoraggio e valutazione continua

- Costruzione di un set regionale di KPI clinici, gestionali e di equità;
- Attivazione di cruscotti direzionali per Aziende Sanitarie e Distretti;
- Integrazione dei dati clinici e amministrativi da FSE, CUP, anagrafiche.

IX. Potenziare l'assistenza sanitaria territoriale in Basilicata attraverso lo sviluppo del modello delle Case della Comunità (CdC)

- Attivare e strutturare le CdC HUB e SPOKE secondo quanto previsto dal DM 77/2022, dal PNRR e dalla determinazione dirigenziale 13Be.2025/D.140 del 30.04.25;
- Integrare i servizi sanitari, sociosanitari e sociali in un unico punto di accesso;
- Promuovere la sanità di iniziativa e la presa in carico proattiva della cronicità;
- Favorire la partecipazione attiva della comunità alla definizione dei servizi e dei percorsi;
- Rendere operativo il modello digitale regionale e i servizi di telemedicina.

X. Rete ospedaliera regionale della Basilicata nel rispetto degli standard del DM 70/2015, garantendo l'appropriatezza, l'equità e la sostenibilità dell'offerta assistenziale ospedaliera

- Ottimizzare la dotazione delle strutture complesse e semplici per disciplina, in coerenza con i fabbisogni assistenziali come da deliberato.
- Promuovere la razionalizzazione e l'integrazione interaziendale attraverso reti cliniche e dipartimenti funzionali interaziendali.
- Garantire l'equità di accesso e la prossimità dei servizi ospedalieri sul territorio regionale rispettando il disegno della rete ospedaliera di Basilicata come ulteriormente definita dalla LR 2 del 2017.
- Rivedere e ottimizzare i modelli organizzativi esistenti per promuovere l'appropriatezza, evitare sprechi e duplicazioni;
- Investire in innovazione tecnologica, come sistemi di gestione elettronica dei dati sanitari e strumenti di telemedicina;
- Formare e reclutare il personale sanitario per garantire competenze aggiornate e di qualità;
- Garantire un sistema di monitoraggio e valutazione continua per monitorare il livello di efficienza e la qualità dei servizi.

XI. Riqualficazione e Gestione Sostenibile delle Risorse

- Riprogettazione dei modelli di allocazione e impiego del personale;
- Efficientamento energetico degli edifici sanitari (ospedali Near Zero Energy Building, nZEB);
- Digitalizzazione completa dei flussi amministrativi e clinici.
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020 – 2025;
- Piano Regionale di Prevenzione 2020 – 2025;
- Piano Nazionale Salute Mentale (PNSM) – Conferenza Unificata 24 gennaio 2013
- Linee di indirizzo per la promozione del benessere e della salute mentale (Ministero Salute 2022)
- PNRR – Missione 6, Componente 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale
- D.M. 77/2022 – Modelli e standard per l'assistenza territoriale nel SSN
- OMS – Piano d'azione per la salute mentale 2020-2030

RIFERIMENTI NORMATIVI

- D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992
- L. n. 328 dell'8 novembre 2000

Riferimenti normativi e programmatici

- Statuto Regione Basilicata
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 23 maggio 2022 n. 77
- L.R. 28/2000: Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- L.R. 25/2008: Disposizioni in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- L.R. 11/2014: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21, norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche
- DGR 32-2024: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, relativo alla valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie
- DGR 360-2023: Attivazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari
- Legge n. 833/1978: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
- Decreto Legislativo n. 502/1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria.
- Decreto Legislativo n. 229/1999: Modifiche al D.lgs. 502/1992.
- Legge n. 38/2010: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- Legge n. 24/2017: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- Decreto-Legge n. 73/2024: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie
- Legge Regionale n. 28/2000: Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- Legge Regionale n. 39 del 2001
- Legge Regionale n. 2 del 2017
- Legge Regionale n. 25/2008: Disposizioni in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- Legge Regionale n. 11/2014: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21, norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche.
- Legge Regionale n. 19/2019: Modifiche alla L.R. 26 giugno 2014, n. 11, recante modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21.
- Legge Regionale n. 38/2021: Nuove disposizioni in materia sanitaria
- Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 32/2024: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, recante valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.
- Decreto legislativo n. 288/2003
- Decreto legislativo n. 200/2023
- Legge Regionale n. 12/2008
- Delibera della Giunta Regionale n. 144/2021 e delle correlate determinazioni del Dirigente generale del Dip. Politiche della Persona n. 100/2021 e del Dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria n. 466/2021,
- Delibera della Giunta Regionale n. 358/2023
- Delibera della Giunta Regionale n. 831/2023

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI

- Patto per la Salute 2019-2021

- Piano sanitario Nazionale 2006-2008
- Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2025
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025
- Piano Oncologico Nazionale 2023-2027
- Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026
- Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR)
- PNRR Salute M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale"
- Piano Strategico Regionale 2021-2030
- Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025
- Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 "Ammalarsi meno, curarsi meglio" – D.C.R. 24 luglio 2012 n. 317 pubblicata sul BUR n. 32 del 1° settembre 2012
- DGR n. 948 del 30/12/2022 "D.M. Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022- g. u. n. 144 del 22.6.2022 – regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale o nel Servizio Sanitario Nazionale – adozione del provvedimento generale di programmazione ai sensi dell'art.1, comma 2"
- DGR n. 219 del 29 aprile 2022 "Presenza d'atto dei documenti: indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina... omissis-direttiva per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina alle aziende sanitarie locali". Allegato C – Piano Operativo
- Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera n°58 del 9 febbraio 2022



Dirigenti responsabili dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica Degli Obiettivi, Innovazione e Qualità, dell'Ufficio PNRR e Sanità Digitale, e responsabili delle liste d'attesa e della mobilità sanitaria regionale

Monitoraggio
e
Valutazione

Il monitoraggio è coordinato dal Responsabile della verifica dell'obiettivo che si può avvalere, per le specifiche competenze, degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali (vedi Allegato – Indicatori di monitoraggio e Target)

3.3.2. Obiettivo Generale (2c): Valorizzazione del patrimonio informativo regionale

Il patrimonio informativo sanitario è riconosciuto come un asset strategico cruciale per la programmazione, il governo e la valutazione dei servizi sanitari regionali. La sua disponibilità, qualità e interoperabilità sono prerequisiti essenziali per garantire l'efficacia delle politiche sanitarie, monitorare i LEA, valutare gli esiti di salute e assicurare l'equità di accesso ai servizi. La Regione si impegna a ottimizzare la gestione dei flussi informativi per creare un ecosistema dati dinamico e sicuro, in grado di supportare decisioni basate sull'evidenza e migliorare l'efficienza complessiva del sistema sanitario.

Obiettivi Specifici

I. Governance del dato e dei flussi informativi

La Regione definirà e implementerà modelli organizzativi e procedurali chiari per la gestione dell'intero ciclo di vita del dato (raccolta, validazione, analisi, utilizzo), attribuendo ruoli e responsabilità specifiche a livello regionale e aziendale. Sarà garantito il raccordo con il

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0) e i sistemi nazionali (NSIS, Anagrafe Nazionale Assistiti, ecc.). La standardizzazione dei dati (es. HL7 FHIR, SNOMED CT, ICD-10) sarà la chiave per l'interoperabilità e la continuità assistenziale.

Azioni

- Completamento dell'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0) rendendo omogeneo l'accesso ai documenti clinici (referti, ricoveri, terapie), rafforzando la sicurezza dei dati, migliorando competenze digitali operative e garantendo l'accessibilità da mobile/web;
- Consolidamento e promozione dell'utilizzo dell'App e del portale "Salute Basilicata" che rappresenteranno l'accesso ufficiale e unificato per i servizi sanitari dei cittadini: prenotazioni, televiste, telemonitoraggio, FSE 2.0, con l'obiettivo di facilitare l'accesso e l'utilizzo dei servizi garantendo un'interfaccia unica e personalizzata;
- Istituzione di un Centro Regionale per la Governance del Dato Sanitario con funzione di indirizzo, monitoraggio e supporto tecnico-metodologico alle Direzioni Regionali, alle Aziende Sanitarie per l'utilizzo strategico dei dati;
- Realizzazione di una piattaforma gestionale dei flussi per lo scambio dei dati con le Aziende e la verifica dei tempi di trasmissione dei dati e della loro qualità, con la creazione di un *data lake* del contenuto di tutti i flussi trasmessi e storicizzati.

II. Qualità e standardizzazione dei dati

L'adozione di strumenti e metodologie avanzate per migliorare l'accuratezza, la tempestività e la completezza dei flussi informativi, imponendo l'adozione di standard nazionali e internazionali (es. HL7 FHIR, SNOMED CT, ICD-10), rappresenta una delle sfide più importanti per la Regione.

Azioni

- Avvio di un programma regionale di audit dei flussi informativi con analisi trimestrali e restituzione di feedback alle Aziende Sanitarie;
- Introduzione di un sistema regionale di validazione automatica dei dati basato su algoritmi di controllo qualità e standard semantici;
- Adesione formale ai sistemi di codifica formalmente indicati a livello nazionale e regionale e avvio della formazione del personale clinico e informatico per l'adozione progressiva;
- Introduzione di una checklist standard per il rilascio di ogni nuova piattaforma digitale sanitaria, basata sulla compatibilità con HL7 FHIR e altri standard;
- Implementazione di processi di validazione del dato e revisione dei sistemi per conformarsi agli standard definiti, garantendo la coerenza e l'interoperabilità dei dati;
- Programmazione di corsi obbligatori per il personale coinvolto nella raccolta e gestione dei dati, enfatizzando l'importanza dell'accuratezza e della completezza.

III. Interoperabilità e integrazione

L'integrazione tra tutti i sistemi informativi aziendali, territoriali e ospedalieri, sarà una priorità per la Regione Basilicata, assicurando una continuità informativa fruibile lungo l'intero percorso di cura del paziente e tra i diversi livelli di assistenza.

Azioni

- Pieno sviluppo e utilizzo del sistema CHARTA nelle aziende sanitarie per censire e monitorare i presidi sanitari e le strutture territoriali ai fini della governance clinico-assistenziale territoriale e mappare risorse territoriali in tempo reale, ottimizzare programmazione e governance clinico-amministrativa;
- Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2027 e realizzazione dei progetti FSN- PNRR (Fondo Sanitario Nazionale e Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), per la digitalizzazione e la telemedicina ai fini dell'integrazione ospedale-territorio e della omogeneizzazione dei sistemi di ICT tra le diverse aziende sanitarie;
- Completamento Missione 6 – Salute del PNRR e avanzamento dei progetti di:
 - Digitalizzazione dei DEA e di I e II livello
 - Fascicolo Sanitario Elettronico
 - Telemedicina per cronicità e fragilità;
 - Infrastruttura Cloud e interoperabilità;
 - Formazione e change management ai fini delle attività previste dal sub-investimento 1.3 del PNRR;
- Sviluppo di un middleware regionale per il collegamento dei software gestionali delle Aziende Sanitarie, così da garantire lo scambio automatico e continuo di dati clinici e amministrativi prelevandoli da un data lake realizzato dal nuovo sistema di gestione dei flussi. L'obiettivo è quello di disporre di un'infrastruttura dati avanzata che si basi sulla piena interoperabilità tra sistemi, indicatori standardizzati per valutare la capacità di risposta, la qualità e la sicurezza dei servizi, e la qualità dei dati in formato open, fatta salva la normativa, per la partecipazione della cittadinanza.

IV. Data analytics e supporto decisionale

La Regione svilupperà, implementerà e garantirà la corretta alimentazione di cruscotti direzionali, modelli predittivi e strumenti di business intelligence a supporto della programmazione sanitaria, della valutazione delle performance e del controllo di gestione.

Azioni

Le aziende dovranno garantire:

- **Alimentazione puntuale dei cruscotti direzionali:** assicurare il costante accurato e tempestivo inserimento dei dati per monitorare indicatori chiave (es. LEA, Percorsi Clinico-Assistenziali, tempi di attesa, accesso ai servizi digitali), permettendo il confronto delle performance aziendali e un reporting trimestrale a livello regionale;
- **Formazione sull'utilizzo degli strumenti di Business Intelligence:** incentivare l'adozione di questi strumenti per l'analisi interna e il supporto alle decisioni operative e strategiche.

V. Cybersecurity e protezione dei dati sensibili

La Regione darà massima priorità alla sicurezza informatica dell'intero sistema SISR della Direzione Generale delle Politiche della Salute e di tutte le Aziende Sanitarie, partecipando alla realizzazione di un sistema di cybersecurity regionale per la protezione dei dati sensibili e la resilienza infrastrutturale.

Azioni

- **Implementazione di protocolli di sicurezza robusti:** adozione e applicazione rigorosa delle più recenti *best practice* e standard di cybersecurity, inclusi sistemi di crittografia avanzata, autenticazione a più fattori e controlli di accesso granulari per il FSE 2.0 e tutti i sistemi informativi;
- **Monitoraggio continuo e gestione delle vulnerabilità:** adozione e attivazione di sistemi di monitoraggio della sicurezza 24/7, esecuzione sistematica di *penetration test* e *vulnerability assessment*, e definizione di piani di risposta agli incidenti per mitigare tempestivamente ogni minaccia;
- **Conformità al GDPR e normative sulla privacy:** piena aderenza al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR) e a tutte le normative nazionali e regionali in materia di protezione dei dati personali e sensibili;
- **Formazione e sensibilizzazione del personale:** implementazione di programmi di formazione obbligatori e regolari per tutto il personale, focalizzati sulle minacce informatiche, sulle procedure di sicurezza e sulla gestione corretta delle informazioni sanitarie per prevenire *data breach*.

VI. Accesso e trasparenza del dato

È fondamentale promuovere l'utilizzo di strumenti per la condivisione dei dati a vari livelli (tecnico, gestionale, istituzionale), nel pieno rispetto delle normative su privacy e sicurezza, per rafforzare la trasparenza, la partecipazione e l'empowerment dei cittadini.

Azioni

Le Aziende dovranno garantire:

- **Pubblicazione di dati aggregati e anonimi:** Rendere disponibili ai cittadini, tramite portali dedicati, dati pertinenti (es. liste d'attesa, performance LEA) nel rispetto delle normative vigenti;
- **Gestione rigorosa della privacy:** implementazione di protocolli stringenti per la protezione dei dati sensibili dei pazienti, garantendo la piena conformità al GDPR e alle normative nazionali;
- **Miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità** dei servizi e della documentazione contenuti nei siti web aziendali;
- **Introduzione di un sistema regionale di segnalazioni digitali** da parte degli utenti per migliorare i servizi (es. tempi di attesa, disservizi digitali, accessibilità).

VII. Formazione e cultura del dato

La Regione si impegnerà al rafforzamento delle competenze del personale sanitario e amministrativo nell'utilizzo dei dati per il miglioramento continuo dei processi e degli esiti.

Azioni

Le Aziende dovranno garantire:

- Avvio di un programma formativo regionale annuale su "Data management e sanità digitale" rivolto a dirigenti, clinici, tecnici e amministrativi;
- Introduzione di moduli obbligatori su FSE, privacy, interoperabilità e data quality nei percorsi ECM e nei corsi per operatori sanitari;

- Attivazione di una community di pratica regionale su data analytics in sanità, con momenti di confronto tra professionisti IT, epidemiologi e decisori aziendali;
- Finanziamento di borse di studio per giovani professionisti in "Health Data Science" da impiegare nelle Aziende Sanitarie lucane.

Scheda Obiettivo Generale (2c)

Codice	2c
Titolo	Valorizzazione del patrimonio informativo regionale
Descrizione	Il patrimonio informativo sanitario è riconosciuto come un asset strategico cruciale per la programmazione, il governo e la valutazione dei servizi sanitari regionali. La sua disponibilità, qualità e interoperabilità sono prerequisiti essenziali per garantire l'efficacia delle politiche sanitarie, monitorare i LEA, valutare gli esiti di salute e assicurare l'equità di accesso ai servizi. La Regione si impegna a ottimizzare la gestione dei flussi informativi per creare un ecosistema dati dinamico e sicuro, in grado di supportare decisioni basate sull'evidenza e migliorare l'efficienza complessiva del sistema sanitario.
Metriche di valutazione	c) Migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari
Popolazione target	Tutta la popolazione ed in particolare la popolazione fragile per condizione geografica ed economico-sociale
Azioni	<p>I. Governance del dato e flussi informativi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completamento dell'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0) rendendo omogeneo l'accesso ai documenti clinici (referti, ricoveri, terapie), rafforzando la sicurezza dei dati, migliorando competenze digitali operative e garantendo l'accessibilità da mobile/web; • Consolidamento e promozione dell'utilizzo dell'App e del portale "Salute Basilicata" che rappresenteranno l'accesso ufficiale e unificato per i servizi sanitari dei cittadini: prenotazioni, televiste, telemonitoraggio, FSE 2.0, con l'obiettivo di facilitare l'accesso e l'utilizzo dei servizi garantendo un'interfaccia unica e personalizzata; • Istituzione di un Centro Regionale per la Governance del Dato Sanitario con funzione di indirizzo, monitoraggio e supporto tecnico-metodologico alle Direzioni Regionali, alle Aziende Sanitarie per l'utilizzo strategico dei dati; • Realizzazione di una piattaforma gestionale dei flussi per lo scambio dei dati con le Aziende e la verifica dei tempi di trasmissione dei dati e della loro qualità, con la creazione di un data lake del contenuto di tutti i flussi trasmessi e storicizzati. <p>II. Qualità e standardizzazione dei dati</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvio di un programma regionale di audit dei flussi informativi con analisi trimestrali e restituzione di feedback alle Aziende Sanitarie; • Introduzione di un sistema regionale di validazione automatica dei dati basato su algoritmi di controllo qualità e standard semantici; • Adesione formale ai sistemi di codifica formalmente indicati a livello nazionale e regionale e avvio della formazione del personale clinico e informatico per l'adozione progressiva; • Introduzione di una checklist standard per il rilascio di ogni nuova piattaforma digitale sanitaria, basata sulla compatibilità con HL7 FHIR e altri standard;

- Implementazione di processi di validazione del dato e revisione dei sistemi per conformarsi agli standard definiti, garantendo la coerenza e l'interoperabilità dei dati;
- Programmazione di corsi obbligatori per il personale coinvolto nella raccolta e gestione dei dati, enfatizzando l'importanza dell'accuratezza e della completezza.

III. Interoperabilità e integrazione

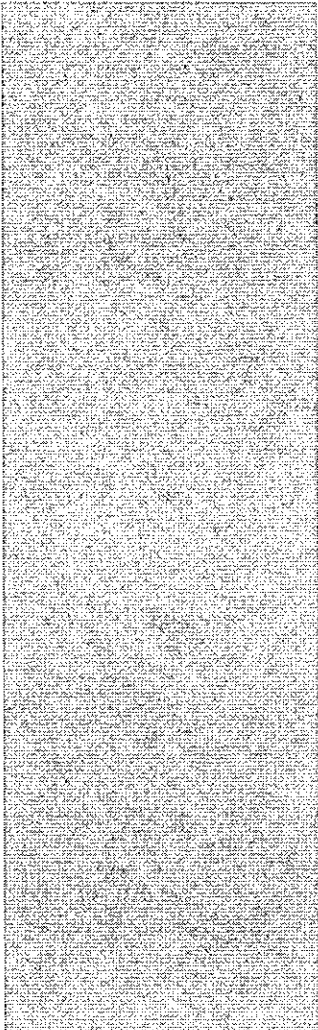
- Pieno sviluppo e utilizzo del sistema CHARTA nelle aziende sanitarie per censire e monitorare i presidi sanitari e le strutture territoriali ai fini della governance clinico-assistenziale territoriale e mappare risorse territoriali in tempo reale, ottimizzare programmazione e governance clinico-amministrativa;
- Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2027 e realizzazione dei progetti FSN- PNRR (Fondo Sanitario Nazionale e Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), per la digitalizzazione e la telemedicina ai fini dell'integrazione ospedale-territorio e della omogeneizzazione dei sistemi di ICT tra le diverse aziende sanitarie;
- Completamento Missione 6 – Salute del PNRR e avanzamento dei progetti di:
 - Digitalizzazione dei DEA e di I e II livello;
 - Fascicolo Sanitario Elettronico;
 - Telemedicina per cronicità e fragilità;
 - Infrastruttura Cloud e interoperabilità;
 - Formazione e change management ai fini delle attività previste dal sub-investimento 1.3 del PNRR;
- Sviluppo di un middleware regionale per il collegamento dei software gestionali delle Aziende Sanitarie, così da garantire lo scambio automatico e continuo di dati clinici e amministrativi prelevandoli da un data lake realizzato dal nuovo sistema di gestione dei flussi. L'obiettivo è quello di disporre di un'infrastruttura dati avanzata che si basi sulla piena interoperabilità tra sistemi, indicatori standardizzati per valutare la capacità di risposta, la qualità e la sicurezza dei servizi, e la qualità dei dati in formato open, fatta salva la normativa, per la partecipazione della cittadinanza.

IV. Data analytics e supporto decisionale

- Alimentazione puntuale dei cruscotti direzionali: assicurare il costante accurato e tempestivo inserimento dei dati per monitorare indicatori chiave (es. LEA, Percorsi Clinico-Assistenziali, tempi di attesa, accesso ai servizi digitali), permettendo il confronto delle performance aziendali e un reporting trimestrale a livello regionale;
- Formazione sull'utilizzo degli strumenti di Business Intelligence: incentivare l'adozione di questi strumenti per l'analisi interna e il supporto alle decisioni operative e strategiche;

V. Cybersecurity e Protezione dei Dati Sensibili

- Implementazione di protocolli di sicurezza robusti: adozione e applicazione rigorosa delle più recenti best practice e standard di cybersecurity, inclusi sistemi di crittografia avanzata, autenticazione a più fattori e controlli di accesso granulari per il FSE 2.0 e tutti i sistemi informativi;
- Monitoraggio continuo e gestione delle vulnerabilità: adozione e attivazione di sistemi di monitoraggio della sicurezza 24/7, esecuzione sistematica di penetration test e vulnerability assessment, e definizione di piani di risposta agli incidenti per mitigare tempestivamente ogni minaccia;



- Conformità al GDPR e normative sulla privacy: piena aderenza al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR) e a tutte le normative nazionali e regionali in materia di protezione dei dati personali e sensibili;
- Formazione e sensibilizzazione del personale: implementazione di programmi di formazione obbligatori e regolari per tutto il personale, focalizzati sulle minacce informatiche, sulle procedure di sicurezza e sulla gestione corretta delle informazioni sanitarie per prevenire data breach;

VI. Accesso e Trasparenza del Dato

- Pubblicazione di dati aggregati e anonimi: Rendere disponibili ai cittadini, tramite portali dedicati, dati pertinenti (es. liste d'attesa, performance LEA) nel rispetto delle normative vigenti;
- Gestione rigorosa della privacy: implementazione di protocolli stringenti per la protezione dei dati sensibili dei pazienti, garantendo la piena conformità al GDPR e alle normative nazionali;
- Miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità dei servizi e della documentazione contenuti nei siti web aziendali;
- Introduzione di un sistema regionale di segnalazioni digitali da parte degli utenti per migliorare i servizi (es. tempi di attesa, disservizi digitali, accessibilità).

VII. Formazione e cultura del dato

- Avvio di un programma formativo regionale annuale su "Data management e sanità digitale" rivolto a dirigenti, clinici, tecnici e amministrativi;
- Introduzione di moduli obbligatori su FSE, privacy, interoperabilità e data quality nei percorsi ECM e nei corsi per operatori sanitari;
- Attivazione di una community di pratica regionale su data analytics in sanità, con momenti di confronto tra professionisti IT, epidemiologi e decisori aziendali;
- Finanziamento di borse di studio per giovani professionisti in "Health Data Science" da impiegare nelle Aziende Sanitarie lucane.

Riferimenti normativi e programmatici

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

- Costituzione Italiana;
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- D. Lgs. 21 dicembre 1999, n.517;
- Legge 8 novembre 2000, n. 328;
- D.P.C.M. 24 maggio 2001;
- D.P.C.M 29 novembre 2001;
- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158;
- Legge 8 novembre 2012, n. 189;
- Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70;
- Accordo concernente "La Formazione continua ne settore salute" (Atto Rep. n. 14/CSR del 2 febbraio 2017);
- Intesa sul Patto per la sanità digitale di cui all'art. 15, comma 1 dell'Intesa concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 (Atto Rep. n. 209/CSR del 18 dicembre 2020);
- Regolamento (UE) n. 2021/241/UE;
- Legge 30.12.2021, n. 234 Art. 1 c. 274;
- Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77;
- Decreto Ministero della Salute 29 luglio 2022;
- Decreto Ministero della Salute 23 dicembre 2022;
- Legge 23 marzo 2023, n. 33;
- ACN del 04.04.2024 con gli Specialisti Ambulatoriali (S.A.);

- ACN del 04.04.2024 con i Medici di Medicina Generale (MMG);
- ACN del 25.07.2024 con i Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73;
- Legge 29 luglio 2024, n. 107;
- Decreto Ministero della Salute 25 settembre 2024;
- Regolamento (UE) 2016/679;
- Decreto-legge 27 aprile 2016, n.101;
- Legge 28 giugno 2024, n.90.

RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI

- Statuto Regione Basilicata;
- Legge Regionale 5 aprile 2000, n. 28;
- Legge Regionale 31 ottobre 2001, n. 39;
- Legge Regionale 26 giugno 2014, n. 11 e s.m.i.;
- Legge Regionale 12 gennaio 2017, n. 2;
- Legge Regionale 22 settembre 2021, n. 38;
- Legge Regionale 11 febbraio 2022, n. 1;
- DGR 10 agosto 2010, n.1338;
- DGR 08 agosto 2011, n.1189;
- DGR 04.02.2021, n. 53;
- DGR 29 dicembre 2020, n. 994;
- DGR 29 aprile 2022, n. 219;
- DGR 06.07.2022, n. 428;
- DGR 30 dicembre 2022, n. 948;
- DGR 16 giugno 2023, n.360;
- DGR 25 gennaio 2024, n. 32;
- DGR 17 ottobre 2024, n. 600;
- DGR 30 dicembre 2024, n. 825;
- DGR 28 marzo 2025, n. 148;
- DGR 8 maggio 2025, n. 236;

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI NAZIONALI

- Piano sanitario Nazionale 2006-2008 (*DPR 7 aprile 2006*);
- Patto per la Salute 2014-2016 (*Atto Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014*);
- Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2025;
- Patto per la Salute 2019-2021 (*Atto Rep. n. 209/CSR del 18 dicembre 2019*);
- Accordo per la Telemedicina (*Atto Rep. n.215/CSR del 17 dicembre 2020*);
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (*Atto Rep. n.127/CSR del 6 agosto 2020*);
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 “*Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN*”;
- Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026 (*Atto Rep. n.121/CSR del 23 maggio 2023*);
- Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 (*Atto Rep. n.38/CSR del 27 marzo 2025*);
- Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2025;

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI REGIONALI

- Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 “Ammalarsi meno, curarsi meglio” – D.C.R. 24 luglio 2012, n. 317;
- Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 (DGR 29 dicembre 2020, n. 994);
- Piano Strategico Regionale 2021-2030 (L.R. 11 febbraio 2022, n. 1);
- PNRR Salute M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (DGR 26 maggio 2022);
- Provvedimento generale di Programmazione dell’assistenza Sanitaria Territoriale (DGR 30 dicembre 2022, n. 948).

Responsabile
attività
direttive

Dirigente responsabile dell’Ufficio PNRR e Sanità Digitale (Sistemi Informativi)

Monitoraggio
Valutazione

e Il monitoraggio è coordinato dal Responsabile della verifica dell’obiettivo che si può avvalere, per le specifiche competenze, degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali (vedi Allegato – Indicatori di monitoraggio e Target)

Indicatori di monitoraggio (c)

Di seguito si riportano in versione sintetica gli indicatori relativi alla macroarea (c) con il riferimento della scheda presente in allegato

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
IC1	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	Il tasso di ospedalizzazione descrive la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale.	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera
IC2	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.	Viene definita la necessità di curare la patologia della mammella in centri multidisciplinari dedicati, dotati di specifici criteri organizzativi e tecnologici ed atti ad erogare un numero sufficiente di nuovi casi l’anno, almeno 150, a garanzia dell’efficacia e sicurezza dell’intervento, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team.	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera
IC3	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	Indicatore di inappropriatelyzza del setting assistenziale. Mira a valutare la bontà dell’organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
IC4	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Misura di esito per valutare le performance della struttura	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera
IC5	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	L'indicatore valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del femore, per i quali le evidenze scientifiche concordano sulla necessità di effettuare l'intervento chirurgico entro le 48 ore.	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera
IC6	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	Misura il grado di appropriatezza delle scelte dei medici e delle partorienti	Indicatori NSG – CORE, anno 2022. C) Assistenza ospedaliera
IC7	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti		
IC8	Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti	L'indicatore misura la spesa farmaceutica effettuata convenzionata o per acquisti diretti che deve essere inferiore o uguale alla media nazionale	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona - Ufficio centrale di committenza e soggetto aggregatore
IC9	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	Misura l'appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital per acuti con finalità diagnostica, considerando le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate dei residenti in regione	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica
IC10	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici	L'indicatore misura la quota di interventi chirurgici, individuati come erogabili in Day-Surgery dal Patto per la Salute, eseguiti effettivamente in questa modalità anziché in ricovero ordinario. Esprime il grado di appropriatezza organizzativa delle strutture, poiché un ricovero più lungo in tali casi non è clinicamente necessario e comporta un utilizzo inefficiente delle risorse	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
IC11	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano	Misura la quota di pazienti anziani operati entro 2 giorni dal ricovero. Interventi tempestivi riducono mortalità e disabilità. Il valore aziendale è la media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi.	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica
IC12	Percentuale di interventi conservativi sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella	Esprime la quota di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella, riflettendo la qualità del trattamento chirurgico secondo gli standard EUSOMA. Sono considerati i ricoveri ordinari e in Day Hospital di pazienti femminili residenti, indipendentemente dalla regione di cura	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica
IC13	Mortalità a trenta giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)	Misura la percentuale di pazienti deceduti entro 30 giorni dall'intervento di BPAC isolato, eseguito per trattare malattia coronarica avanzata. L'intervento migliora la sopravvivenza rispetto alla sola terapia medica, con rischi legati soprattutto allo stato generale del paziente. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica
IC14	Mortalità a trenta giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	Misura la percentuale di pazienti deceduti entro 30 giorni dall'intervento isolato di riparazione o sostituzione di valvole cardiache. Rappresenta un indicatore della qualità delle strutture di cardiocirurgia. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica
IC15	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica	Misura la quota di pazienti con IMA sottoposti a	Sistema di valutazione 2025-

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
	coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	PTCA entro 90 minuti dall'arrivo in ospedale. La tempestività dell'intervento è associata a migliori esiti clinici e ridotta mortalità. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi	2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica
IC16	Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)	Misura la percentuale di pazienti deceduti entro 30 giorni dall'evento di infarto miocardico acuto. Riflette l'efficacia dei trattamenti tempestivi ed appropriati, particolarmente critici nella fase precoce dell'IMA. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica
IC17	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Misura la quota di pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica dimessi entro 3 giorni dall'intervento. Riflette l'efficacia e la rapidità della gestione post-operatoria. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica
IC18	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Misura la quota di parti cesarei primari, ossia cesarei tra donne senza precedenti cesarei, rispetto al totale dei parti. Riflette la qualità dell'assistenza ostetrica e l'appropriatezza della pratica clinica. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi, con soglie di riferimento secondo D.M. 70/2015: 15% per maternità di I livello (<1000 parti) e 25% per maternità di II livello (>1000 parti)	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica
IC19	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	Misura la quota di dimissioni da ricovero	Sistema di valutazione 2025-

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
		diurno per accertamenti diagnostici, effettuate in strutture pubbliche e private accreditate, lasciando disponibili i posti letto per pazienti con reale necessità di ricovero ordinario. Sono esclusi casi di trapianto, oncologici in terapia radioterapica o chemioterapica, dimessi da unità speciali (spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione, cure palliative), medicina del lavoro e deceduti. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi	2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately Area Clinica
IC20	Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri	Misura la quota di ricoveri con diagnosi oncologica (ICD9CM 140–2399, V580, V5811) sul totale dei ricoveri. Riflette l'attività oncologica delle strutture, con particolare riferimento agli IRCCS specializzati, come il CROB della Basilicata. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere, pesata per numero di casi	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately organizzativa
IC21	Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (>= 65 anni)	Misura la quota di persone ≥65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare con valutazione tramite scheda unica o Unità di Valutazione Multidisciplinare, escludendo prestazioni occasionali monoprofessionali. Riflette l'appropriatezza e l'organizzazione dei percorsi di assistenza domiciliare. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi, con obiettivo ≥10% della	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Efficacia assistenza territoriale

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
		popolazione over 65 secondo il decreto PNRR 13 marzo 2023	
IC22	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice arancione visitati entro 15 minuti	Misura la quota di pazienti con codice arancione al triage trattati entro 15 minuti dall'accettazione, riflettendo la tempestività delle visite e la qualità del servizio di Pronto Soccorso. Sono esclusi gli accessi con tempi di attesa negativi o superiori a 1440 minuti e quelli con esito "giunto cadavere". Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi, in linea con i target dell'Accordo CSR 143/2019	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Efficacia percorso emergenza urgenza
IC23	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice azzurro visitati entro 1 ora	Misura la quota di pazienti con codice azzurro al triage trattati entro 60 minuti dall'accettazione, riflettendo la tempestività nella gestione delle urgenze differibili. Sono esclusi gli accessi con tempi di attesa negativi o superiori a 1440 minuti e quelli con esito "giunto cadavere". Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi, in linea con i target dell'Accordo CSR 143/2019	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Efficacia percorso emergenza urgenza
IC24	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 2 ore	Misura la quota di pazienti con codice verde dimessi a domicilio o a strutture ambulatoriali entro 2 ore dall'ingresso, escludendo i casi inviati in Osservazione Breve. Riflette l'efficienza complessiva del percorso in Pronto Soccorso, incluse eventuali prestazioni diagnostiche o consulenze specialistiche. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Efficacia percorso emergenza urgenza

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
		riferimento, pesata per numero di casi	
IC25	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)	Misura la tempestività di risposta del sistema di emergenza 118 come tempo intercorso tra la ricezione della chiamata e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto. L'indicatore è calcolato sul 75° percentile degli intervalli, considerando solo i casi con codice di criticità Rosso o Giallo, ed escludendo le missioni di elisoccorso e i tempi fuori range (1-180 minuti). Riflette la capacità del sistema di garantire interventi rapidi nelle emergenze tempo-dipendenti	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Efficacia percorso emergenza
IC26	Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari	Misura la quota di unità posologiche di farmaci biosimilari sul totale delle unità posologiche di riferimento (ATC 5° livello). Riflette l'adozione dei biosimilari come opzione terapeutica appropriata. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately prescrittiva farmaceutica
IC27	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	Misura il consumo di antibiotici (ATC J01) sul territorio in Defined Daily Dose (DDD), riflettendo l'uso appropriato di questi farmaci e il rischio di sviluppo di resistenze. Sono considerati solo i farmaci erogati in regime convenzionale o in distribuzione diretta. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali - Appropriately prescrittiva farmaceutica
IC28	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	Misura il numero di prestazioni di risonanza magnetica muscolo-scheletrica erogate ai residenti ≥65 anni ogni 1000 abitanti, riflettendo	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e

CODICE SCHEDE INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
		L'intensità prescrittiva nella fascia anziana. Prestazioni eccessive possono indicare un uso potenzialmente inappropriato. Sono considerate le prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate, escluse quelle per interni e per pronto soccorso. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei tassi delle strutture di riferimento, pesata per numero di casi	cliniche aziendali - Appropriatezza prescrittiva diagnostica
IC29	Recupero della mobilità passiva ospedaliera	Misura il numero di DRG per i quali la spesa sostenuta per ricoveri in mobilità passiva dai residenti non supera la soglia massima annua ammissibile, secondo i tetti di valorizzazione definiti per il recupero della spesa. Riflette l'efficacia delle aziende nell'ottimizzare l'offerta sanitaria regionale e ridurre i costi derivanti dalla mobilità passiva. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei DRG su cui ciascuna azienda può intervenire, in base alla capacità di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo di riduzione	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali – Efficienza mobilità ospedaliera
IC30	Soddisfaccimento del fabbisogno interno	Misura la capacità delle aziende di rispondere al fabbisogno di cure dei residenti sul territorio, rapportando la produttività interna alla mobilità passiva dei cittadini. Riflette l'efficacia dell'offerta sanitaria regionale e la capacità di ridurre i ricoveri fuori regione. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei DRG o delle prestazioni erogabili, pesata per numero di residenti serviti	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali – Efficienza mobilità ospedaliera
IC31	Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera	Misura la capacità delle aziende di attrarre pazienti da altre regioni	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
		rapportando la mobilità attiva alla produttività aziendale. Riflette l'efficienza e l'attrattività del sistema sanitario regionale, evidenziando punti di forza e potenziali aree di miglioramento. Il valore aziendale è calcolato come media ponderata dei DRG o delle prestazioni su cui ciascuna azienda può intervenire, pesata per numero di pazienti serviti	Direttori Generali – Performance organizzative e cliniche aziendali – Efficienza mobilità ospedaliera
IC32	Realizzazione <i>data lake</i> flussi obbligatori	Misura l'avvenuta implementazione del <i>data lake</i> per la raccolta dei flussi obbligatori, riflettendo la capacità della regione di organizzare e centralizzare i dati sanitari	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona - Ufficio PNRR e sanità digitale
IC33	Realizzazione sistema regionale cybersecurity	Misura l'avvenuta implementazione del sistema regionale di cybersecurity per la protezione dei dati e delle infrastrutture sanitarie, riflettendo la capacità della Regione di garantire sicurezza informatica	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona - Ufficio PNRR e sanità digitale
IC34	Realizzazione cruscotto governance regionale	Misura l'avvenuta implementazione del cruscotto di governance regionale, strumento di monitoraggio e supporto decisionale per le politiche sanitarie, riflettendo la capacità della Regione di centralizzare e rendere fruibili dati e informazioni strategiche	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona - Ufficio PNRR e sanità digitale
IC35	Realizzazione DPIA per i software regionali	Misura l'avvenuta effettuazione della Data Protection Impact Assessment sui software regionali, valutando la conformità della Regione alle normative sulla protezione dei dati personali e la gestione dei rischi privacy	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona - Ufficio PNRR e sanità digitale
IC36	Integrazione SGR regionali e SMT regionale a PNT	Misura l'avvenuta integrazione dei Sistemi Gestionali Regionali e del Sistema di Monitoraggio Territoriale con il Piano Nazionale di Telemedicina,	Decreto 19 febbraio 2025 - Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
		riflettendo la capacità della Regione di garantire interoperabilità e coordinamento dei dati sanitari	1.2.3.2. «Servizi di telemedicina» della M6C1 del PNRR
IC37	Integrazione specifiche a sistemi locali	Misura l'avvenuta integrazione delle specifiche regionali nei sistemi informativi locali, riflettendo la capacità della Regione di garantire interoperabilità, uniformità dei dati e coerenza con le direttive regionali	Decreto 19 febbraio 2025 - Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina» della M6C1 del PNRR
IC38	Dispositivi medici	Misura la disponibilità e l'aggiornamento dei dispositivi medici necessari per l'erogazione dei servizi sanitari regionali	Decreto 19 febbraio 2025 - Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina» della M6C1 del PNRR
IC39	Evoluzioni software	Misura l'implementazione degli aggiornamenti e delle evoluzioni software dei sistemi sanitari regionali, riflettendo la capacità della Regione di garantire funzionalità aggiornate e interoperabilità	Decreto 19 febbraio 2025 - Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina» della M6C1 del PNRR
IC40	Pazienti cronici da trattare in Telemedicina - target regione al T3 2026	Misura la percentuale di pazienti cronici inclusi nei programmi di telemedicina rispetto al target fissato a livello regionale	Decreto 19 febbraio 2025 - Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina» della M6C1 del PNRR
IC41	Piani terapeutici digitali attivati su FSE	Misura la percentuale di piani terapeutici digitali correttamente attivati e resi disponibili sul Fascicolo Sanitario Elettronico rispetto al totale dei piani terapeutici attivati nella regione	Direzione Generale per la salute e le politiche della persona - Ufficio PNRR e sanità digitale

3.4. Macroarea (d) - Prevedere, promuovere e sostenere l'innovazione e lo sviluppo di eccellenze territoriali attraverso la collaborazione con le Università, gli enti di ricerca regionali e nazionali

La promozione dell'innovazione e la valorizzazione delle eccellenze territoriali in sanità costituiscono una leva strategica per l'evoluzione del Servizio Sanitario Regionale lucano verso modelli più equi, efficaci e sostenibili. In una Regione caratterizzata da popolazione diffusa e fragilità demografiche, infrastrutturali e logistiche, è fondamentale adottare soluzioni tecnologiche avanzate, sperimentare modelli organizzativi innovativi e rafforzare la collaborazione tra istituzioni, enti di ricerca e imprese, così da rispondere in modo proattivo ai bisogni di salute.

Esperienze consolidate come la Rete Regionale degli Acquisti (RRA), l'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT), il ruolo strategico della SUA-RB, la collaborazione con l'Università degli Studi della Basilicata, il potenziamento dell'IRCCS CROB e i progetti innovativi delle Aziende Sanitarie lucane rappresentano asset fondamentali per una governance regionale dell'innovazione orientata a risultati concreti e misurabili. In particolare, l'esperienza della RRA, avviata nel 2010 (D.G.R. n. 139/2010, progetto nazionale ex art. 12), ha posto le basi per un modello avanzato di governo dell'innovazione tecnologica in sanità.

La successiva L.R. n. 31/2015 ha integrato l'OPT nel Dipartimento SUA-RB, attribuendogli anche compiti di supporto tecnico-specialistico alla programmazione e introduzione delle nuove tecnologie sanitarie, nella logica di una governance orientata all'HTA e alla valorizzazione delle innovazioni ad elevato impatto clinico-assistenziale.

3.4.1. Obiettivo Generale (1d): Valorizzare le eccellenze territoriali e i centri di competenza clinica e assistenziale promuovendo la collaborazione tra il SSR, le università, gli enti di ricerca e le imprese

La valorizzazione delle eccellenze territoriali e dei centri di competenza clinica e assistenziale rappresenta una leva strategica per rafforzare la qualità complessiva del Servizio Sanitario Regionale (SSR), promuovere lo sviluppo locale e favorire l'attrattività del sistema salute. In un contesto caratterizzato da sfide demografiche, epidemiologiche e tecnologiche crescenti, è fondamentale individuare e sostenere poli di eccellenza che possano fungere da motore per l'innovazione, la formazione avanzata e la sperimentazione di modelli assistenziali evoluti.

Obiettivi specifici

I. Promuovere la collaborazione strutturata tra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università degli Studi della Basilicata per la formazione sanitaria, la ricerca applicata, l'innovazione tecnologica e organizzativa e la governance del sistema sanitario regionale

Azioni

- Revisione e potenziamento del Protocollo d'Intesa Regione-Università degli Studi della Basilicata, in coerenza con il D.Lgs. 517/1999 e il D.P.C.M. 24/05/2001, per:
 - Formalizzare la collaborazione nel definire i fabbisogni formativi del SSR;
 - Implementare la clinicizzazione di attività assistenziali ad alta specializzazione ed attività assistenziali territoriali;
 - Integrare Università e SSR nella programmazione sanitaria regionale anche a supporto delle attività didattiche e di ricerca dell'Ateneo lucano, attuabile in una visione olistica del Servizio Sanitario Regionale con possibili ricadute sulla programmazione, organizzazione e gestione del SSR.

- Istituzione di un Organo di Indirizzo Strategico Congiunto Regione–Università, con il compito di:
 - Garantire il monitoraggio dell’attuazione del Protocollo d’Intesa;
 - Proporre interventi congiunti su formazione, ricerca e organizzazione dei servizi;
 - Supportare la governance integrata del SSR;
 - Assicurare la coerenza della programmazione generale dell’attività assistenziale del S.S.R. con la programmazione didattica e scientifica dell’Ateneo;
 - Verificare la corretta attuazione della programmazione.

Esempio per la programmazione aziendale

- ◆ *Protocollo d'intesa Regione Basilicata – Università degli Studi della Basilicata per formazione, ricerca e centri di eccellenza*

Obiettivo: Promuovere l’integrazione tra formazione universitaria, attività assistenziali, centri di riferimento regionali e ricerca traslazionale, con particolare attenzione alle malattie rare e all’IRCCS

Attori coinvolti: Regione Basilicata, Università degli Studi della Basilicata, personale sanitario, studenti e specializzandi, centri di riferimento regionali, IRCCS

Azioni:

- Stipula del protocollo d’intesa tra Regione e Università;
- Collaborazione tra funzione didattico-formativa e di ricerca dell’Università e funzione assistenziale delle Aziende sanitarie;
- Coinvolgimento del personale del Servizio Sanitario nelle attività formative universitarie;
- Definizione annuale della rete formativa per lauree sanitarie e formazione complementare nelle scuole di specializzazione;
- Individuazione di centri di riferimento regionali e per le malattie rare presso le Aziende di riferimento; Sviluppo della medicina traslazionale, soprattutto nell’ambito dell’IRCCS

II. Sostenere lo sviluppo di programmi di formazione avanzata, anche post-lauream, per il personale sanitario, con il coinvolgimento delle istituzioni accademiche e di ricerca per contrastare la carenza di risorse umane qualificate realizzando percorsi formativi integrati e mirati

Azioni

- Valorizzare l’azione sussidiaria e complementare degli altri Atenei extraregionali;
- Sviluppare il coinvolgimento di professionisti aziendali nella formazione universitaria;
- Promuovere la realizzazione di laboratori didattici in collaborazione con le strutture aziendali

III. Promuovere la collaborazione con gli enti di ricerca regionali e nazionali, e le imprese innovative, per la co-progettazione e lo sviluppo di modelli sanitari avanzati (es. reti cliniche, sanità digitale) basati su evidenze.

Azioni

- Sviluppo di poli integrati di eccellenza clinica in ambiti ad alto impatto sociosanitario:
 - Oncologia integrata tra IRCCS e AOR San Carlo;
 - Riabilitazione avanzata;
 - Specialità ad alta mobilità passiva

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Sviluppo di reti cliniche integrate, ricerca e innovazione digitale*

Obiettivo: Rafforzare la capacità aziendale di presa in carico dei pazienti, potenziare la ricerca clinica e favorire l'innovazione digitale attraverso reti integrate, partecipazione a bandi e creazione di infrastrutture dedicate

Attori coinvolti: Aziende sanitarie, università, partner privati, trial center aziendali, comitati etici, professionisti sanitari, fornitori tecnologici, pazienti

Azioni:

- Costituire e formalizzare a livello aziendale reti cliniche integrate (es. oncologia, riabilitazione avanzata);
- Partecipare a bandi nazionali ed europei (PNRR, Horizon Europe) con partenariati pubblico-privato;
- Avviare progetti pilota aziendali in sanità digitale (telemonitoraggio, intelligenza artificiale);
- Creare Hub territoriali di ricerca clinica (trial center aziendali certificati GCP);
- Implementare un registro clinico regionale per patologie a elevata mobilità passiva (es. oncologia, cardiologia).

IV. Rafforzare la rete pubblico-privato, con il contributo dell'Università degli Studi della Basilicata, per il trasferimento tecnologico

Azioni

- Realizzazione di un Centro congiunto Regione-Università per l'Innovazione Tecnologica e la Digital Health focalizzato su:
 - diagnostica avanzata e ricerca biomedical
 - telemedicina, intelligenza artificiale, robotica e ICT
 - formazione specialistica nei settori tecnologici applicati alla salute

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Innovazione tecnologica e Digital Health*

Obiettivo: Favorire lo sviluppo e l'adozione di soluzioni digitali e tecnologiche avanzate in ambito sanitario, promuovendo la ricerca applicata e la formazione specialistica

Attori coinvolti: Aziende sanitarie, Università degli Studi della Basilicata (Unibas), professionisti sanitari, ingegneri biomedici

Azioni:

- Collaborare con Unibas per la creazione di un Centro congiunto su Innovazione Tecnologica e Digital Health;
- Avviare progetti su intelligenza artificiale e robotica in chirurgia, riabilitazione e assistenza domiciliare;
- Sviluppare spin-off e startup sanitarie in collaborazione con incubatori locali e con sostegno aziendale;
- Attivare formazione specialistica aziendale per medici, tecnici e ingegneri biomedici sulle nuove tecnologie

V. Potenziamento rafforzamento e valorizzazione del personale sanitario attraverso azioni di rilancio per elevare la qualità dell'assistenza finalizzata anche ad aumentare l'appeal del SSR nei confronti dei cittadini utenti.

Azioni

- Potenziamento e rafforzamento delle Risorse Umane del SSR;
 - Piani Triennali del fabbisogno del Personale;
 - Concorsi Unici Regionali e Stabilizzazioni.
- Realizzazione di percorsi di formazione e aggiornamento fortemente orientati all'accrescimento delle competenze cliniche, tecniche, digitali e gestionali degli operatori sanitari, avendo riguardo anche alla tematica delle infezioni ospedaliere (Piano Straordinario di qualificazione delle competenze del personale del SSR ("*Catalogo*")).

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Gestione e sviluppo del personale sanitario*

Obiettivo: Garantire la disponibilità di personale qualificato, potenziare le competenze professionali e favorire la fidelizzazione del personale all'interno dell'azienda sanitaria

Attori coinvolti: Direzione del personale, professionisti sanitari, responsabili di reparto, team HR, operatori amministrativi

Azioni:

- Predisporre Piani Triennali del fabbisogno del personale con concorsi unici e procedure di stabilizzazione;
- Lanciare un Piano straordinario aziendale per le competenze con corsi su gestione delle infezioni ospedaliere, tecnologie digitali e competenze manageriali;
- Creare un catalogo aziendale di corsi ECM su temi clinici e digitali prioritari;
- Prevedere percorsi di carriera attrattivi per trattenere professionisti qualificati;
- Monitorare la soddisfazione e la fidelizzazione del personale attraverso survey annuali

VI. Attuazione del potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale mediante misure di riorganizzazione funzionale e formazione professionale del personale convenzionato e del personale dipendente del SSR.

Azioni

- Sviluppare un sistema di relazioni tra i professionisti tale da favorire appropriatezza e continuità nella cura degli assistiti;
 - Costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure Primarie;
- Incentivare la partecipazione ad iniziative di formazione e ricerca;
 - Costituzione del Centro Formativo Regionale per la Medicina Generale;
- Valutazione del fabbisogno di personale per le strutture territoriali (PNRR);
 - Piano di Formazione per Infermieri di famiglia o di Comunità (IFoC) e dell'altro personale dipendente di dette strutture;

Esempio per la programmazione aziendale

♦ Sviluppo dell'assistenza primaria e gestione integrata delle cronicità

Obiettivo: Rafforzare l'assistenza territoriale attraverso l'attivazione di AFT e UCCP, la formazione degli operatori e la pianificazione del personale in coerenza con i progetti PNRR

Attori coinvolti: MMG, PLS, IFoC, operatori territoriali, direzione aziendale, team HR

Azioni:

- Attivare e consolidare Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) tramite atti deliberativi aziendali;
- Predisporre percorsi di livello accademico per Infermieri di famiglia e comunità (IFoC) e piani di formazione aziendali per operatori territoriali;
- Avviare programmi di ricerca-azione con MMG e PLS per la gestione integrata delle cronicità;
- Pianificare annualmente il fabbisogno di personale territoriale in coerenza con i progetti PNRR

Scheda Obiettivo Generale (1d)

Codice

1d

Titolo

Valorizzare le eccellenze territoriali e i centri di competenza clinica e assistenziale promuovendo la collaborazione tra il SSR, le università, gli enti di ricerca e le imprese

Descrizione

La valorizzazione delle eccellenze territoriali e dei centri di competenza clinica e assistenziale rappresenta una leva strategica per rafforzare la qualità complessiva del Servizio Sanitario Regionale (SSR), promuovere lo sviluppo locale e favorire l'attrattività del sistema salute. In un contesto caratterizzato da sfide demografiche, epidemiologiche e tecnologiche crescenti, è fondamentale individuare e sostenere poli di eccellenza che possano fungere da motore per l'innovazione, la formazione avanzata e la sperimentazione di modelli assistenziali evoluti.

Attività previste

d) Prevedere, promuovere e sostenere, l'innovazione, lo sviluppo di eccellenze territoriali grazie anche alla collaborazione con le Università, gli enti di ricerca Regionali e Nazionali

Popolazione target

Tutta la popolazione dei professionisti sanitari e non sanitari che lavorano nell'ambito sanitario

Obiettivi

I. Promuovere la collaborazione strutturata tra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università degli Studi della Basilicata per la formazione sanitaria, la ricerca applicata, l'innovazione tecnologica e organizzativa e la governance del sistema sanitario regionale

- Revisione e potenziamento del Protocollo d'Intesa Regione-Università degli Studi della Basilicata, in coerenza con il D.Lgs. 517/1999 e il D.P.C.M. 24/05/2001;
- Istituzione di un Organo di Indirizzo Strategico Congiunto Regione-Università

II. Sostenere lo sviluppo programmi di formazione avanzata, anche post-lauream, per il personale sanitario, con il coinvolgimento delle istituzioni accademiche e di ricerca per contrastare la carenza di risorse umane qualificate realizzando percorsi formativi integrati e mirati

- Valorizzare l'azione sussidiaria e complementare degli altri Atenei extraregionali;



- Sviluppare il coinvolgimento di professionisti aziendali nella formazione universitaria;
- Promuovere la realizzazione di laboratori didattici in collaborazione con le strutture aziendali.

III. Promuovere la collaborazione con gli enti di ricerca regionali e nazionali, e le imprese innovative, per la co-progettazione e lo sviluppo di modelli sanitari avanzati (es. reti cliniche, sanità digitale) basati su evidenze

- Sviluppo di poli integrati di eccellenza clinica in ambiti ad alto impatto socio-sanitario;

IV. Rafforzare la rete pubblico-privato, con il contributo dell'Università degli Studi della Basilicata, per il trasferimento tecnologico

Realizzazione di un Centro congiunto Regione-Università per l'Innovazione Tecnologica e la Digital Health;

V. Potenziamento, rafforzamento e valorizzazione del personale sanitario attraverso azioni di rilancio per elevare la qualità dell'assistenza finalizzata anche ad aumentare l'appeal del SSR nei confronti dei cittadini utenti.

- Potenziamento e rafforzamento delle Risorse Umane del SSR;
- Realizzazione di percorsi di formazione e aggiornamento fortemente orientati all'accrescimento delle competenze cliniche, tecniche, digitali e gestionali degli operatori sanitari, avendo riguardo anche alla tematica delle infezioni ospedaliere;

VI. Attuazione del potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale mediante misure di riorganizzazione funzionale e formazione professionale del personale convenzionato e del personale dipendente del SSR.

- Sviluppare un sistema di relazioni tra professionisti tale da favorire appropriatezza e continuità nella cura degli assistiti;
- Incentivare la partecipazione ad iniziative di formazione e ricerca;
- Valutazione del fabbisogno di personale per le strutture territoriali (PNRR);

Riferimenti normativi e programmatici

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

- Costituzione Italiana;
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- D. Lgs. 21 dicembre 1999, n.517;
- Legge 8 novembre 2000, n. 328;
- D.P.C.M. 24 maggio 2001;
- D.P.C.M 29 novembre 2001;
- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158;
- Legge 8 novembre 2012, n. 189;
- Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70;
- Accordo concernente "La Formazione continua ne settore salute" (Atto Rep. n. 14/CSR del 2 febbraio 2017);
- Intesa sul Patto per la sanità digitale di cui all'art. 15, comma 1 dell'Intesa concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 (Atto Rep. n. 209/CSR del 18 dicembre 2020);
- Regolamento (UE) n. 2021/241/UE;
- Legge 30.12.2021, n. 234 Art. 1 c. 274;
- Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77;
- Decreto Ministero della Salute 29 luglio 2022;
- Decreto Ministero della Salute 23 dicembre 2022;
- Legge 23 marzo 2023, n. 33;

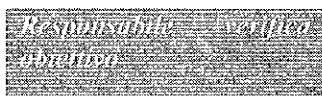
- ACN del 04.04.2024 con gli Specialisti Ambulatoriali (S.A.);
- ACN del 04.04.2024 con i Medici di Medicina Generale (MMG);
- ACN del 25.07.2024 con i Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73;
- Legge 29 luglio 2024, n. 107;
- Decreto Ministero della Salute 25 settembre 2024.

RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI

- Statuto Regione Basilicata;
- Legge Regionale 5 aprile 2000, n. 28;
- Legge Regionale 31 ottobre 2001, n. 39;
- Legge Regionale 26 giugno 2014, n. 11 e s.m.i.;
- Legge Regionale 12 gennaio 2017, n. 2;
- Legge Regionale 22 settembre 2021, n. 38;
- Legge Regionale 11 febbraio 2022, n. 1;
- DGR 10 agosto 2010, n.1338;
- DGR 08 agosto 2011, n.1189;
- DGR 04.02.2021, n. 53;
- DGR 29 dicembre 2020, n. 994;
- DGR 29 aprile 2022, n. 219;
- DGR 06.07.2022, n. 428;
- DGR 30 dicembre 2022, n. 948;
- DGR 16 giugno 2023, n.360;
- DGR 25 gennaio 2024, n. 32;
- DGR 17 ottobre 2024, n. 600;
- DGR 30 dicembre 2024, n. 825;
- DGR 28 marzo 2025, n. 148;
- DGR 8 maggio 2025, n. 236.

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI

- Piano sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 7 aprile 2006);
- Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 “Ammalarsi meno, curarsi meglio” – D.C.R. 24 luglio 2012, n. 317;
- Patto per la Salute 2014-2016 (Atto Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2025;
- Patto per la Salute 2019-2021 (Atto Rep. n. 209/CSR del 18 dicembre 2019);
- Accordo per la Telemedicina (Atto Rep. n.215/CSR del 17 dicembre 2020);
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Atto Rep. n.127/CSR del 6 agosto 2020);
- Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 (DGR 29 dicembre 2020, n. 994);
- Piano Strategico Regionale 2021-2030 (L.R. 11 febbraio 2022, n. 1);
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”;
- PNRR Salute M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” (DGR 26 maggio 2022);
- PNRR Salute M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” (DGR 26 maggio 2022).



Dirigente responsabili dell'Ufficio Risorse Umane del SSR

Monitoraggio
Valutazione

e Il monitoraggio è coordinato dal Responsabile della verifica dell'obiettivo che si può avvalere, per le specifiche competenze, degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali (vedi Allegato – Indicatori di monitoraggio e Target)

3.4.2. Obiettivo Generale (2d): Promuovere l'adozione e la diffusione di tecnologie sanitarie innovative

L'adozione e la diffusione di tecnologie sanitarie innovative rappresentano un fattore chiave per il rafforzamento dell'efficacia, dell'efficienza e della sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale. Le tecnologie emergenti – comprese le soluzioni digitali, l'intelligenza artificiale, la robotica, i dispositivi di telemedicina e i sistemi avanzati di supporto decisionale – offrono opportunità concrete per migliorare la qualità dell'assistenza, facilitare l'integrazione dei percorsi di cura e ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

L'uso appropriato e mirato delle tecnologie, se accompagnato da adeguati percorsi formativi e organizzativi, può contribuire a potenziare la rete dei servizi territoriali, ridurre il ricorso improprio all'ospedale, migliorare la governance dei processi clinici e ottimizzare l'impiego delle risorse.

La promozione dell'innovazione tecnologica richiede una visione sistemica, che comprenda la valutazione dell'impatto (HTA – Health Technology Assessment), la pianificazione degli investimenti, la collaborazione con università, enti di ricerca e imprese, nonché il coinvolgimento attivo dei professionisti e dei cittadini. In linea con gli obiettivi del PNRR, del DM 77/2022 e della Strategia nazionale per la Sanità Digitale, la Regione intende dunque favorire un ecosistema dinamico e sostenibile capace di integrare le tecnologie più avanzate nei processi di cura, prevenzione e promozione della salute.

Obiettivi Specifici

I. Sviluppare competenze e modelli organizzativi orientati all'innovazione, e ai bisogni di salute della popolazione lucana

Azioni

- Integrare la dimensione digitale nei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza per avvicinare la popolazione ai servizi sanitari;
- Incentivare percorsi di formazione e di change management per incentivare l'uso degli strumenti di sanità digitale a favore dei professionisti della popolazione;
- Incentivare la ricerca applicata e traslazionale finalizzata all'introduzione di tecnologie emergenti, modelli organizzativi innovativi e nuove pratiche clinico-assistenziali
- Valorizzazione del patrimonio tecnologico e infrastrutturale esistente (FSE, CCE, Sistema Atlante, POHEMA, ecc.)
- Promuovere la formazione continua e specialistica delle future équipe assistenziali

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Sviluppo di progetti ASM/ASP per l'autismo e l'assistenza territoriale digitale*

Obiettivo: Migliorare la presa in carico dei pazienti con disturbi dello spettro autistico e l'integrazione dei servizi territoriali attraverso percorsi multidisciplinari e soluzioni digitali

Attori coinvolti: Equipe multidisciplinari (neuropsichiatri infantili, terapisti, psicologi), personale dei distretti, team IT, operatori domiciliari.

Azioni:

- Sviluppo del Progetto ASM per l'autismo con equipe multidisciplinari presso l'UOC di Neuropsichiatria Infantile;
- Implementazione di tele-riabilitazione e telepsichiatria nei distretti (post-Covid);
- Integrazione digitale tra strutture territoriali e Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Sviluppo di soluzioni mobile per l'assistenza domiciliare con cartella clinica elettronica condivisa (ATLANTE InteRai)

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Progetto "Salute Basilicata" e interoperabilità dei sistemi informativi sanitari*

Obiettivo: Garantire l'accesso integrato ai servizi sanitari digitali e ottimizzare la gestione delle liste di attesa attraverso l'interoperabilità tra sistemi regionali e nazionali

Attori coinvolti: Cittadini, Medici di medicina generale, specialisti, personale amministrativo

Azioni:

- Implementazione del FSE 2.0 per accesso integrato a referti, cartelle cliniche, prenotazioni, terapie, ricoveri ospedalieri e servizi di telemedicina (es. televisita);
- Accordi con Agenas per garantire interoperabilità e trasparenza dei sistemi informativi;
- Integrazione con la Piattaforma nazionale Liste di Attesa (Pnla) e connessione con piattaforme regionali per gestione e monitoraggio delle liste di attesa;
- Potenziamento dei sistemi di prenotazione delle visite e prestazioni sanitarie;
- Monitoraggio dei tempi di attesa e accesso semplificato alle agende disponibili nei servizi sanitari regionali

II. Sostenere lo sviluppo e la diffusione di nuove tecnologie sanitarie, ad alto valore aggiunto e ad elevata costo-efficacia

Azioni

- Istituire e potenziare, presso la Direzione Generale per la Salute e Politiche della Persona della Regione Basilicata, una Commissione Tecnica di Valutazione delle tecnologie, (CTV-t), con funzioni di supporto tecnico-specialistico per valutare l'introduzione di nuove tecnologie (dispositivi, farmaci, vaccini, modelli organizzativi) e il monitoraggio delle tecnologie sanitarie nel SSR, anche attraverso strumenti di Health Technology Assessment (HTA);
- Coordinare l'attività della Commissione Tecnica di Valutazione delle tecnologie con l'Ufficio centrale di committenza e soggetto aggregatore (SUA-RB).

Scheda Obiettivo Generale (2d)

Codice	2d
Titolo	Promuovere l'adozione e la diffusione di tecnologie sanitarie innovative
Descrizione	<p>L'adozione e la diffusione di tecnologie sanitarie innovative rappresentano un fattore chiave per il rafforzamento dell'efficacia, dell'efficienza e della sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale. Le tecnologie emergenti – comprese le soluzioni digitali, l'intelligenza artificiale, la robotica, i dispositivi di telemedicina e i sistemi avanzati di supporto decisionale – offrono opportunità concrete per migliorare la qualità dell'assistenza, facilitare l'integrazione dei percorsi di cura e ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi.</p> <p>L'uso appropriato e mirato delle tecnologie, se accompagnato da adeguati percorsi formativi e organizzativi, può contribuire a potenziare la rete dei servizi territoriali, ridurre il ricorso improprio all'ospedale, migliorare la governance dei processi clinici e ottimizzare l'impiego delle risorse.</p> <p>La promozione dell'innovazione tecnologica richiede una visione sistemica, che comprenda la valutazione dell'impatto (HTA – Health Technology Assessment), la pianificazione degli investimenti, la collaborazione con università, enti di ricerca e imprese, nonché il coinvolgimento attivo dei professionisti e dei cittadini. In linea con gli obiettivi del PNRR, del DM 77/2022 e della Strategia nazionale per la Sanità Digitale, la Regione intende dunque favorire un ecosistema dinamico e sostenibile capace di integrare le tecnologie più avanzate nei processi di cura, prevenzione e promozione della salute.</p>
Misure e interventi	d) Prevedere, promuovere e sostenere, l'innovazione, lo sviluppo di eccellenze territoriali grazie anche alla collaborazione con gli enti di ricerca Regionali e Nazionali
Popolazione target	Tutta la popolazione
Azioni	<p>I. Sviluppare competenze e modelli organizzativi orientati all'innovazione, e ai bisogni di salute della popolazione lucana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrare la dimensione digitale nei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza per avvicinare la popolazione ai servizi sanitari; • Incentivare percorsi di formazione e di chance management per incentivare l'uso degli strumenti di sanità digitale a favore dei professionisti e della popolazione; • Valorizzazione del patrimonio tecnologico e infrastrutturale esistente (FSE, CCE, Sistema Atlante, POHEMA, ecc.); • Promuovere la formazione continua e specialistica delle future équipe assistenziali. <p>II. Sostenere lo sviluppo e la diffusione di nuove tecnologie sanitarie, ad alto valore aggiunto e ad elevata costo-efficacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istituire e potenziare, presso la Direzione Generale per la Salute e Politiche della Persona della Regione Basilicata, una Commissione Tecnica di Valutazione delle tecnologie, (CTV-t) con funzioni di supporto tecnico-specialistico per valutare l'introduzione di nuove tecnologie (dispositivi, farmaci, vaccini, modelli organizzativi) e il monitoraggio delle tecnologie



*Riferimenti normativi e
programmatici*

sanitarie nel SSR, anche attraverso strumenti di Health Technology Assessment (HTA);

- Coordinare l'attività della Commissione Tecnica di Valutazione delle tecnologie con l'Ufficio centrale di committenza e soggetto aggregatore (ex SUA-RB).

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

- Costituzione Italiana;
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- D. Lgs. 21 dicembre 1999, n.517;
- Legge 8 novembre 2000, n. 328;
- D.P.C.M. 24 maggio 2001;
- D.P.C.M 29 novembre 2001;
- Legge 15 marzo 2010, n. 38;
- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158;
- Legge 8 novembre 2012, n. 189;
- Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70;
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24;
- Accordo concernente "La Formazione continua ne settore salute" (Atto Rep. n. 14/CSR del 2 febbraio 2017);
- Accordo concernente "La Formazione continua ne settore salute" (Atto Rep. n. 14/CSR del 2 febbraio 2017);
- Intesa sul Patto per la sanità digitale di cui all'art. 15, comma 1 dell'Intesa concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 (Atto Rep. n. 209/CSR del 18 dicembre 2020);
- Regolamento (UE) n. 2021/241/UE;
- Legge 30.12.2021, n. 234 Art. 1 c. 274;
- Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77;
- Decreto Ministero della Salute 29 luglio 2022;
- Decreto Ministero della Salute 23 dicembre 2022;
- Legge 23 marzo 2023, n. 33;
- ACN del 04.04.2024 con gli Specialisti Ambulatoriali (S.A.);
- ACN del 04.04.2024 con i Medici di Medicina Generale (MMG);
- ACN del 25.07.2024 con i Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73;
- Legge 29 luglio 2024, n. 107;
- Decreto Ministero della Salute 25 settembre 2024;

RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI

- Statuto Regione Basilicata
- Legge Regionale 5 aprile 2000, n. 28;
- Legge Regionale 31 ottobre 2001, n. 39;
- Legge Regionale 26 giugno 2014, n. 11 e s.m.i.;
- Legge Regionale 12 gennaio 2017, n. 2;
- Legge Regionale 22 settembre 2021, n. 38;
- Legge Regionale 11 febbraio 2022, n. 1;
- DGR 10 agosto 2010, n.1338;
- DGR 08 agosto 2011, n.1189;
- DGR 04.02.2021, n. 53;
- DGR 29 dicembre 2020, n. 994;
- DGR 29 aprile 2022, n. 219;
- DGR 06.07.2022, n. 428;
- DGR 30 dicembre 2022, n. 948;
- DGR 16 giugno 2023, n.360;
- DGR 25 gennaio 2024, n. 32;

- DGR 17 ottobre 2024, n. 600;
- DGR 30 dicembre 2024, n. 825;
- DGR 28 marzo 2025, n. 148;
- DGR 8 maggio 2025, n. 236.

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI

- Piano sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 7 aprile 2006);
- Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 “Ammalarsi meno, curarsi meglio” – D.C.R. 24 luglio 2012, n. 317;
- Patto per la Salute 2014-2016 (Atto Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2025;
- Patto per la Salute 2019-2021 (Atto Rep. n. 209/CSR del 18 dicembre 2019);
- Accordo per la Telemedicina (Atto Rep. n.215/CSR del 17 dicembre 2020);
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Atto Rep. n.127/CSR del 6 agosto 2020);
- Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 (DGR 29 dicembre 2020, n. 994);
- Piano Strategico Regionale 2021-2030 (L.R. 11 febbraio 2022, n. 1);
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”;
- PNRR Salute M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” (DGR 26 maggio 2022);
- PNRR Salute M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” (DGR 26 maggio 2022)



Dirigenti responsabili dell’Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica Degli Obiettivi, Innovazione e Qualità, dell’Ufficio PNRR e Sanità Digitale e dell’Ufficio Risorse Umane del SSR

Monitoraggio e Valutazione

Il monitoraggio è coordinato dal Responsabile della verifica dell’obiettivo che si può avvalere, per le specifiche competenze, degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali (vedi Allegato – Indicatori di monitoraggio e Target)

Indicatori di monitoraggio (d)

Di seguito si riportano in versione sintetica gli indicatori relativi alla macroarea (d) con il riferimento della scheda presente in allegato

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
ID1	Contenimento della spesa del personale sanitario	Esprime il rispetto del limite di spesa per il personale, definito dal Decreto Calabria (D.L. 35/2019) e dalla DGR 521/2024, calcolato sulla base della spesa 2018 o 2004 (-1,4%) e incrementato annualmente in rapporto al Fondo sanitario regionale. La valutazione è positiva se l’Azienda	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali – Monitoraggio spesa del personale sanitario

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
		rispetta il tetto fissato e negativa in caso di superamento	
ID2	Adozione e approvazione PTFP 2025-2027	Esprime il grado di attuazione dei Piani triennali dei fabbisogni di personale delle Aziende ed Enti del SSR, adottati e approvati nei tempi stabiliti dalla normativa (D. Lgs. 165/2001, D.M. 08/05/2018, DGR 799/2019). Riflette la capacità di garantire programmazione del personale coerente con i LEA, superamento del precariato ed efficienza organizzativa. <i>Target: assunzioni effettuate / assunzioni previste x 100</i>	Artt. 6 e 6-ter del D. Lgs. 165/2001, D.M. 08.05.2018 e P.T.F.P. Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali
ID3	Attuazione del Piano stralcio di fabbisogno di personale territoriale 2025-2027	Esprime il grado di attuazione dei PTFP stralcio territoriali approvati con DGR 948/2022, fondamentali per la programmazione dell'assistenza sanitaria territoriale. <i>Target: assunzioni effettuate / assunzioni previste x 100</i>	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali – Monitoraggio spesa del personale sanitario Capacità effettiva di reclutamento di personale in rapporto alle assunzioni previste.
ID4	Attuazione Accordi Integrativi Regionali e conseguenti Accordi Attuativi Aziendali	Misura la percentuale di utilizzo del fondo di quota variabile in relazione agli AACCN e agli AAIRR vigenti. L'indicatore consente di verificare l'effettiva programmazione aziendale e l'attuazione dei programmi e progetti finalizzati, garantendo la partecipazione dei medici convenzionati al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla contrattazione nazionale e regionale. <i>Target: risorse utilizzate / fondi di quota variabile x 100 al 31 dicembre di ogni anno.</i>	AACCN MMG (04.04.2024), SPEC.AMB. (04.04.2024) e PLS (25.07.2024) e AAIRR vigenti. Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali
ID5	Comunicazione entro il 31 gennaio di ogni anno dei dati per la pubblicazione degli	Misura il rispetto da parte delle Aziende Sanitarie Locali dei termini previsti dagli AACCN per la	Pubblicazioni località carenti Ruolo Unico MMG e PLS – comunicazione dei dati.

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
	incarichi vacanti (Ruolo unico MMG e PLS) – 2025/2027	trasmissione dei dati necessari alla Regione Basilicata per la pubblicazione, entro il 31 marzo, degli incarichi vacanti relativi al Ruolo Unico di Assistenza Primaria e alla Pediatria di Libera Scelta. L'indicatore consente di verificare la puntualità e l'adempimento delle Aziende rispetto agli obblighi di comunicazione stabiliti a livello nazionale e regionale	Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali
ID6	Attuazione del Piano straordinario di applicazione delle competenze del personale sanitario (Catalogo)	Misura la quota di corsi formativi effettivamente espletati rispetto a quelli previsti annualmente dal Piano straordinario, riflettendo l'attuazione del percorso di sviluppo delle competenze del personale sanitario. La valutazione è positiva se ciascuna Azienda sanitaria realizza almeno il 20% dei corsi previsti nel 2025 e almeno il 40% negli anni 2026 e 2027, negativa in caso contrario.	“Catalogo” formativo approvato con la DGR 28/03/2025, n. 148. Sistema di valutazione 2025-2027 – Obiettivi Direttori Generali – Conseguimento di obiettivi strategici regionali

3.5. Macroarea (e) – Promuovere e sostenere l'innovazione

Promuovere e sostenere l'innovazione nel Servizio Sanitario Regionale lucano rappresenta una leva cruciale per garantire un'evoluzione del sistema verso modelli più efficienti, equi e sostenibili. In un contesto regionale caratterizzato da fragilità demografiche, strutturali e organizzative, diventa essenziale consolidare strumenti di governance clinico-assistenziale e organizzativa, rafforzare la collaborazione tra istituzioni sanitarie, enti di ricerca e imprese, e introdurre soluzioni innovative capaci di rispondere proattivamente ai bisogni di salute della popolazione. L'adozione di approcci tecnologici avanzati, l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e la sperimentazione di modelli organizzativi evoluti costituiscono fattori chiave per accrescere la qualità delle cure, migliorare l'efficienza delle strutture e favorire la sostenibilità complessiva del sistema.

3.5.1. Obiettivo Generale (1e): Attuare e consolidare la governance clinico-assistenziale e organizzativa prevista nel PNRR

L'attuazione e il consolidamento della governance clinico-assistenziale e organizzativa prevista nel PNRR rappresentano strumenti strategici per rafforzare la capacità del SSR di coordinare efficacemente le attività cliniche e gestionali, migliorare i processi decisionali e promuovere l'integrazione tra i diversi livelli di cura. In un contesto caratterizzato da crescente complessità dei bisogni sanitari e dalla necessità di efficientare le risorse disponibili, è fondamentale sviluppare modelli di governance innovativi che consentano di monitorare le performance,

valorizzare le competenze professionali e sostenere la trasformazione digitale e organizzativa del sistema salute.

Obiettivi Specifici

I. Implementare e rendere pienamente operativi i nuovi modelli organizzativi territoriali (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT)

Azioni

- Completare la realizzazione delle infrastrutture delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle COT secondo le tempistiche del PNRR;
- Definire e formalizzare gli organigrammi funzionali e le dotazioni di personale multidisciplinare per ciascuna tipologia di struttura territoriale, garantendo la copertura delle competenze necessarie;
- Elaborare e implementare protocolli operativi standardizzati per la gestione dei flussi di pazienti e l'integrazione tra le diverse strutture territoriali e con l'assistenza ospedaliera e specialistica;
- Dotare le nuove strutture delle attrezzature tecnologiche e dei sistemi informativi necessari per l'erogazione dei servizi e per la condivisione dei dati (es. cartella clinica elettronica integrata);
- Avviare e monitorare i servizi erogati dalle nuove strutture, raccogliendo dati sull'attività, sull'accesso e sulla soddisfazione degli utenti.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Piano operativo per l'attivazione delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e COT*

Obiettivo: Garantire la realizzazione e l'attivazione dei nuovi servizi territoriali previsti dal PNRR, con adeguato supporto organizzativo, tecnologico e di personale

Attori coinvolti: Direzioni aziendali, medici di medicina generale, infermieri di famiglia e di comunità, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, personale amministrativo

Azioni:

- Predisporre un piano operativo aziendale per l'apertura delle Case della Comunità, con cronoprogramma dei cantieri, stato avanzamento lavori e milestones di attivazione dei servizi;
- Definire atti aziendali e delibere interne per l'istituzione delle Unità funzionali di gestione delle CdC, Ospedali di Comunità e COT;
- Redigere e approvare i piani di fabbisogno del personale, con reclutamento mirato delle figure necessarie (MMG, infermieri di famiglia, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti);
- Implementare la cartella clinica elettronica aziendale territoriale (programma ATLANTE) integrata con i sistemi regionali, garantendo formazione e assistenza tecnica agli operatori;
- Avviare report trimestrali sui servizi erogati da CdC, OdC e COT, con indicatori su accessi, tempi di presa in carico e soddisfazione degli utenti

II. Stabilire e rendere operativo un sistema integrato di gestione della qualità e della performance a livello regionale

Azioni

- Definire un set di indicatori chiave di performance (KPI) clinici, assistenziali, organizzativi ed economici specifici per i nuovi modelli territoriali e per i percorsi di cura prioritari;
- Implementare un sistema di raccolta, analisi e reporting dei dati di performance, garantendo la tempestività e l'accuratezza delle informazioni;
- Introdurre meccanismi di audit clinico e organizzativo periodici per valutare la conformità agli standard, identificare aree di miglioramento e promuovere le buone pratiche;
- Utilizzare i dati di performance per definire obiettivi di miglioramento, implementare azioni correttive e monitorarne l'efficacia;
- Diffondere una cultura della qualità e del miglioramento continuo tra i professionisti sanitari e amministrativi.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Strumenti di monitoraggio e qualità dei servizi aziendali*

Obiettivo: Rafforzare il sistema di governance aziendale attraverso strumenti di monitoraggio, audit clinici e supporto alla qualità per garantire efficienza, appropriatezza e miglioramento continuo dei servizi

Attori coinvolti: Direzioni aziendali, responsabili di reparto, professionisti sanitari, personale amministrativo, team multidisciplinari per la qualità.

Azioni:

- Definire un cruscotto aziendale di indicatori KPI, coerente con il set regionale, per monitorare i servizi territoriali e ospedalieri;
- Mantenere e sviluppare il portale intranet aziendale **ATLANTE InteRai** per la raccolta e condivisione dei dati di performance e outcome assistenziale;
- Programmare audit clinici semestrali su aree prioritarie (es. gestione della cronicità, percorsi oncologici, dimissioni protette);
- Attivare un Nucleo aziendale per la Qualità con competenze multidisciplinari per supportare reparti e servizi

III. Sviluppare e consolidare le competenze del personale per operare nei nuovi modelli organizzativi e con le nuove tecnologie

Azioni

- Realizzare un piano regionale di formazione multidisciplinare specifico per il personale coinvolto nelle Case della Comunità, negli Ospedali di Comunità e nelle COT, focalizzato sull'integrazione, la telemedicina e la gestione del paziente cronico;
- Promuovere programmi di sviluppo della leadership clinica e organizzativa per i professionisti chiave;
- Implementare percorsi di affiancamento e tutoraggio per facilitare l'adozione dei nuovi modelli e delle nuove tecnologie;
- Integrare la formazione sui nuovi modelli organizzativi nei percorsi formativi universitari e post-lauream delle professioni sanitarie;
- Valutare l'efficacia dei programmi formativi attraverso indicatori di competenza e di cambiamento delle pratiche professionali.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Formazione, leadership e tutoraggio nei nuovi modelli organizzativi*

Obiettivo: Potenziare le competenze professionali e manageriali del personale sanitario, favorendo l'integrazione multiprofessionale e la diffusione di nuovi modelli organizzativi

Attori coinvolti: Direzioni aziendali, professionisti sanitari, direttori di struttura complessa, coordinatori infermieristici, responsabili di CdC/COT, Università

Azioni:

- Realizzare un Piano formativo aziendale 2025–2027 dedicato a integrazione multiprofessionale, telemedicina e gestione delle cronicità;
- Attivare workshop di leadership clinica rivolti a direttori di struttura complessa, coordinatori infermieristici e responsabili di CdC/COT;
- Creare un sistema di tutoraggio aziendale tra professionisti esperti e nuovi operatori nelle strutture territoriali;
- Stipulare accordi quadro con le Università per includere nei tirocini formativi esperienze nei nuovi modelli organizzativi

IV. Integrare pienamente la telemedicina nei percorsi di cura e nei modelli organizzativi territoriali

Azioni

- Definire un piano regionale per l'implementazione e la diffusione di servizi di telemedicina (televisite, teleconsulti, etc..) in linea con le indicazioni nazionali;
- Dotare le strutture territoriali e i professionisti delle piattaforme tecnologiche e delle infrastrutture necessarie per l'erogazione dei servizi di telemedicina;
- Elaborare protocolli clinici e organizzativi per l'utilizzo appropriato della telemedicina nei diversi setting assistenziali e per specifiche patologie;
- Formare i professionisti sanitari sull'utilizzo efficace della telemedicina e sulle sue implicazioni cliniche e organizzative;
- Monitorare l'utilizzo della telemedicina, la sua efficacia clinica e la soddisfazione di pazienti e professionisti.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Sviluppo della telemedicina per la gestione dei pazienti cronici e fragili*

Obiettivo: Integrare la telemedicina nei percorsi di cura aziendali per migliorare la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, ridurre accessi impropri al PS e favorire l'aderenza terapeutica

Attori coinvolti: Medici di medicina generale, specialisti, infermieri, responsabili CdC, COT, ADI, pazienti cronici e fragili

Azioni:

- Redigere un piano aziendale di telemedicina, in coerenza con quello regionale, con definizione dei target assistenziali (pazienti cronici, fragili, dimissioni protette);
- Dotare CdC, MMG, COT e ADI di kit di telemonitoraggio (saturimetri, ECG device, tablet, ecc.) collegati alla piattaforma regionale;
- Sviluppare protocolli clinico-organizzativi per l'utilizzo della telemedicina in scompenso cardiaco, BPCO e diabete;
- Attivare sessioni formative obbligatorie per i professionisti sull'utilizzo delle piattaforme di telemedicina;
- Produrre report periodici sull'utilizzo e sugli outcome (riduzione accessi PS, miglioramento aderenza terapeutica)

V. Rafforzare la collaborazione interprofessionale e l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza

Azioni

- Formalizzare accordi di collaborazione e protocolli di integrazione tra Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT, assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e servizi sociosanitari;
- Promuovere la realizzazione di riunioni multidisciplinari periodiche per la discussione di casi clinici complessi e la definizione di piani di cura integrati;
- Implementare strumenti e piattaforme per la comunicazione e la condivisione di informazioni tra i professionisti dei diversi setting assistenziali;
- Sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) interprofessionali e inter-livello per le principali patologie croniche;
- Monitorare l'efficacia dei meccanismi di collaborazione e integrazione attraverso indicatori di processo e di outcome

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Integrazione ospedale-territorio e sviluppo di PDTA aziendali*

Obiettivo: Garantire continuità assistenziale e presa in carico integrata dei pazienti cronici e complessi attraverso la collaborazione tra ospedale, territorio e servizi sociali, con monitoraggio dei PDTA

Attori coinvolti: Dipartimenti ospedalieri, medici di medicina generale, specialisti, infermieri, assistenti sociali, comuni/ambiti sociali

Azioni:

- Sottoscrivere accordi di collaborazione aziendale tra Dipartimenti ospedalieri, servizi territoriali e comuni/ambiti sociali, facilitando il trasferimento e la presa in carico attraverso ATLANTE;
- Istituire riunioni multidisciplinari periodiche (es. una volta al mese per area distrettuale) con MMG, specialisti, infermieri e assistenti sociali;
- Redigere e implementare PDTA aziendali inter-livello per patologie prioritarie (diabete, BPCO, scompenso cardiaco, oncologia);
- Definire un sistema di monitoraggio degli esiti clinici e di processo dei PDTA (tempi di accesso, adesione, outcome clinici)

VI. Assicurare una governance regionale efficace per l'attuazione e il consolidamento del PNRR in ambito sanitario

Azioni

- Costituire e rendere pienamente operativa un'Unità di Missione regionale dedicata al PNRR Sanità, con responsabilità di coordinamento, monitoraggio e valutazione;
- Definire un piano regionale dettagliato per l'attuazione del PNRR Sanità, con cronoprogrammi, responsabilità e indicatori di avanzamento specifici;
- Implementare un sistema di reporting periodico sull'avanzamento dei progetti PNRR e sull'utilizzo dei fondi;
- Stabilire meccanismi di accountability chiari per i responsabili dell'attuazione dei diversi interventi;
- Coinvolgere attivamente gli stakeholder (professionisti, pazienti, enti locali) nel processo di governance e monitoraggio del PNRR.

Esempio per la programmazione aziendale

◆ *Coordinamento aziendale per l'attuazione del PNRR*

Obiettivo: Garantire una gestione efficace, trasparente e monitorata degli interventi finanziati dal PNRR, attraverso un'organizzazione strutturata di project management e sistemi di accountability

Attori coinvolti: Unità aziendale di coordinamento PNRR, Unità di Missione regionale, direzioni aziendali, responsabili di progetto, Regione Basilicata

Azioni:

- Costituire un'Unità aziendale di coordinamento PNRR, collegata all'Unità di Missione regionale, con funzioni di project management;
- Elaborare un piano aziendale di attuazione PNRR con cronoprogrammi, milestone e responsabilità per ciascun intervento;
- Redigere report trimestrali di avanzamento dei progetti e inviarli alla Regione;
- Adottare meccanismi interni di accountability con indicatori per ogni responsabile di progetto e verifica dei risultati

Scheda Obiettivo Generale (1e)

Codice

1e

Titolo

Attuare e Consolidare la Governance Clinico-Assistenziale e Organizzativa prevista nel PNRR

Descrizione

Implementare pienamente e rendere sostenibili nel tempo i modelli organizzativi, i sistemi di gestione della qualità e le pratiche di collaborazione interprofessionale definiti dal PNRR per rafforzare l'efficacia, l'efficienza, l'equità e la resilienza del sistema sanitario regionale.

Misure strategiche

e) Promuovere e sostenere l'innovazione

Popolazione target

Tutta la popolazione ed in particolare la popolazione fragile per condizione geografica ed economico-sociale

Obiettivi

I. Implementare e rendere pienamente operativi i nuovi modelli organizzativi territoriali (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT)

- Completare la realizzazione delle infrastrutture delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle COT secondo le tempistiche del PNRR;
- Definire e formalizzare gli organigrammi funzionali e le dotazioni di personale multidisciplinare per ciascuna tipologia di struttura territoriale, garantendo la copertura delle competenze necessarie;
- Elaborare e implementare protocolli operativi standardizzati per la gestione dei flussi di pazienti e l'integrazione tra le diverse strutture territoriali e con l'assistenza ospedaliera e specialistica;
- Dotare le nuove strutture delle attrezzature tecnologiche e dei sistemi informativi necessari per l'erogazione dei servizi e per la condivisione dei dati (es. cartella clinica elettronica integrata);
- Avviare e monitorare i servizi erogati dalle nuove strutture, raccogliendo dati sull'attività, sull'accesso e sulla soddisfazione degli utenti.

II. Stabilire e rendere operativo un sistema integrato di gestione della qualità e della performance a livello regionale

- Definire un set di indicatori chiave di performance (KPI) clinici, assistenziali, organizzativi ed economici specifici per i nuovi modelli territoriali e per i percorsi di cura prioritari;

- Implementare un sistema di raccolta, analisi e reporting dei dati di performance, garantendo la tempestività e l'accuratezza delle informazioni;
- Introdurre meccanismi di audit clinico e organizzativo periodici per valutare la conformità agli standard, identificare aree di miglioramento e promuovere le buone pratiche;
- Utilizzare i dati di performance per definire obiettivi di miglioramento, implementare azioni correttive e monitorarne l'efficacia;
- Diffondere una cultura della qualità e del miglioramento continuo tra i professionisti sanitari e amministrativi.

III. Sviluppare e consolidare le competenze del personale per operare nei nuovi modelli organizzativi e con le nuove tecnologie

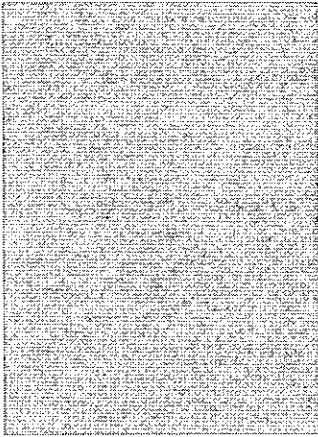
- Realizzare un piano regionale di formazione multidisciplinare specifico per il personale coinvolto nelle Case della Comunità, negli Ospedali di Comunità e nelle COT, focalizzato sull'integrazione, la telemedicina e la gestione del paziente cronico;
- Promuovere programmi di sviluppo della leadership clinica e organizzativa per i professionisti chiave;
- Implementare percorsi di affiancamento e tutoraggio per facilitare l'adozione dei nuovi modelli e delle nuove tecnologie;
- Integrare la formazione sui nuovi modelli organizzativi nei percorsi formativi universitari e post-lauream delle professioni sanitarie;
- Valutare l'efficacia dei programmi formativi attraverso indicatori di competenza e di cambiamento delle pratiche professionali;

IV. Integrare pienamente la telemedicina nei percorsi di cura e nei modelli organizzativi territoriali

- Definire un piano regionale per l'implementazione e la diffusione di servizi di telemedicina (televisite, teleconsulti, telemonitoraggio) in linea con le indicazioni nazionali;
- Dotare le strutture territoriali e i professionisti delle piattaforme tecnologiche e delle infrastrutture necessarie per l'erogazione dei servizi di telemedicina;
- Elaborare protocolli clinici e organizzativi per l'utilizzo appropriato della telemedicina nei diversi setting assistenziali e per specifiche patologie;
- Formare i professionisti sanitari sull'utilizzo efficace della telemedicina e sulle sue implicazioni cliniche e organizzative;
- Monitorare l'utilizzo della telemedicina, la sua efficacia clinica e la soddisfazione di pazienti e professionisti.

V. Rafforzare la collaborazione interprofessionale e l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza

- Formalizzare accordi di collaborazione e protocolli di integrazione tra Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT, assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e servizi sociosanitari;
- Promuovere la realizzazione di riunioni multidisciplinari periodiche per la discussione di casi clinici complessi e la definizione di piani di cura integrati;
- Implementare strumenti e piattaforme per la comunicazione e la condivisione di informazioni tra i professionisti dei diversi setting assistenziali;
- Sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) interprofessionali e inter-livello per le principali patologie croniche;
- Monitorare l'efficacia dei meccanismi di collaborazione e integrazione attraverso indicatori di processo e di outcome.



Riferimenti normativi e programmatici

VI. Assicurare una governance regionale efficace per l'attuazione e il consolidamento del PNRR in ambito sanitario

- Costituire e rendere pienamente operativa un'Unità di Missione regionale dedicata al PNRR Sanità, con responsabilità di coordinamento, monitoraggio e valutazione;
- Definire un piano regionale dettagliato per l'attuazione del PNRR Sanità, con cronoprogrammi, responsabilità e indicatori di avanzamento specifici;
- Implementare un sistema di reporting periodico sull'avanzamento dei progetti PNRR e sull'utilizzo dei fondi;
- Stabilire meccanismi di accountability chiari per i responsabili dell'attuazione dei diversi interventi;
- Coinvolgere attivamente gli stakeholder (professionisti, pazienti, enti locali) nel processo di governance e monitoraggio del PNRR.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Piano Nazionale della Prevenzione 2020 – 2025
- Piano Regionale di Prevenzione 2020 – 2025
- Piano Nazionale della Cronicità – (PNC) 2025;
- Decreto Ministeriale 77/2022 – “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”
- Legge 33/2023 – Delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane
- PNRR – Missione 6 Salute, in particolare Componente 1 (reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale)
- Legge Regionale Basilicata n. 2/2017 – Riordino del SSR
- D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992
- L. n. 328 dell'8 novembre 2000
- Statuto Regione Basilicata
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 23 maggio 2022 n. 77
- L.R. 28/2000: Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- L.R. 25/2008: Disposizioni in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- L.R. 11/2014: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21, norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche
- DGR 32-2024: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, relativo alla valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie
- DGR 360-2023: Attivazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari
- Legge n. 833/1978: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
- Decreto Legislativo n. 502/1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria
- Decreto Legislativo n. 229/1999: Modifiche al D.lgs. 502/1992
- Legge n. 38/2010: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- Legge n. 24/2017: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

- Decreto-Legge n. 73/2024: Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie
- Legge Regionale n. 28/2000: Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private
- Legge Regionale n. 39 del 2001
- Legge Regionale n. 2 del 2017
- Legge Regionale n. 25/2008: Disposizioni in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private
- Legge Regionale n. 11/2014: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21, norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche
- Legge Regionale n. 19/2019: Modifiche alla L.R. 26 giugno 2014, n. 11, recante modifiche ed integrazioni alla L.R. 28 ottobre 2011, n. 21
- Legge Regionale n. 38/2021: Nuove disposizioni in materia sanitaria
- Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 32/2024: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute del 19/12/2022, recante valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie

RIFERIMENTI PROGRAMMATICI

- Patto per la Salute 2019-2021;
- Piano sanitario Nazionale 2006-2008;
- Piano Nazionale Cronicità (PNC) 2025;
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Oncologico Nazionale 2023-2027;
- Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026;
- Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR);
- PNRR Salute M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale";
- Piano Strategico Regionale 2021-2030;
- Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025;
- Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 "Ammalarsi meno, curarsi meglio" – D.C.R. 24 luglio 2012 n. 317 pubblicata sul BUR n. 32 del 1° settembre 2012;
- DGR n. 948 del 30/12/2022 "D.M. Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022- g. u. n. 144 del 22.6.2022 – regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale o nel Servizio Sanitario Nazionale – adozione del provvedimento generale di programmazione ai sensi dell'art.1, comma 2";
- DGR n. 219 del 29 aprile 2022 "Presenza d'atto dei documenti: indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina... ommissiva direttiva per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina alle aziende sanitarie locali". Allegato C – Piano Operativo.

*Responsabile verifica
obiettivi*

Dirigenti responsabili dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica Degli Obiettivi, Innovazione e Qualità, dell'Ufficio PNRR e Sanità Digitale e dell'Ufficio Risorse Umane del SSR

*Monitoraggio
Valutazione*

e Il monitoraggio è coordinato dal Responsabile della verifica dell'obiettivo che si può avvalere, per le specifiche competenze, degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali (vedi Allegato – Indicatori di monitoraggio e Target)

Indicatori di monitoraggio (e)

Di seguito si riportano in versione sintetica gli indicatori relativi alla macroarea (d) con il riferimento della scheda presente in allegato:

CODICE SCHEDA INDICATORE	INDICATORE	DESCRIZIONE	FONTE DI RIFERIMENTO
IE1	% Documenti indicizzati	Misura la percentuale di documenti indicizzati (lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di laboratorio, referti di radiologia, referti di specialistica ambulatoriale, referti di anatomia patologica) rispetto al totale delle prestazioni erogate.	DM Riparto
IE2	% MMG e PLS alimentanti il FSE	Misura la percentuale di MMG e PLS che alimenta il FSE.	DM Riparto
IE3	% documenti in formato CDA2	Misura la percentuale di documenti in formato CDA2 rispetto al totale dei documenti indicizzati (lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di laboratorio, referti di radiologia, referti di specialistica ambulatoriale, referti di anatomia patologica).	DM Riparto
IE4	% documenti firmati in pades	Misura la percentuale di documenti firmati in PadES rispetto al totale dei documenti indicizzati (lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di laboratorio, referti di radiologia, referti di specialistica ambulatoriale, referti di anatomia patologica).	DM Riparto

4. Verso un'assistenza integrata

L'integrazione sociosanitaria si configura come un elemento strutturale imprescindibile del nuovo PSR della Basilicata. Questo approccio strategico è volto a superare la frammentazione dei servizi, assicurando una presa in carico olistica e proattiva dei bisogni complessi dei cittadini. Attraverso la sinergia tra prestazioni sanitarie e interventi sociali, si mira a erogare percorsi di cura personalizzati e di comprovata efficacia, capaci di incidere significativamente sulla qualità della vita.

In questo quadro, i Comuni, associati in Ambiti Territoriali Sociali, hanno, ai sensi della Legge Regionale n.4/2007, il compito di programmare e attuare i Piani Intercomunali dei servizi sociali e sociosanitari, strumenti dinamici per la governance delle politiche sociali territoriali. È imperativo che tali piani siano elaborati in stretta e continuativa concertazione con l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento, nonché con le parti sociali, inclusi sindacati e associazioni di categoria, al fine di intercettare e rispondere in modo puntuale alle reali esigenze della comunità.

La collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare rappresenta il fulcro operativo di questo modello integrato. Medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi e altri professionisti dei due ambiti, sanitario e sociale, sono chiamati a operare in équipe coese, garantendo un'assistenza completa, coordinata e centrata sulla persona. Questa sinergia favorisce la condivisione fluida di informazioni, competenze specialistiche e risorse, elevando gli standard qualitativi dell'assistenza e promuovendo un utilizzo efficiente delle risorse disponibili.

La Legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, commi 159-171 fissa i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), che costituiscono la base sia del Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali che del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza. I Piani nazionali definiscono anche gli Obiettivi di Servizio dei due settori di intervento. L'integrazione sociosanitaria è un cardine fondamentale della pianificazione sociale nazionale e regionale. Strategico è lo sviluppo di paradigmi nuovi di presa in carico attraverso la creazione di Reti istituzionali che consentano, innanzitutto, l'interazione tra il mondo sociale e sanitario per l'attuazione sinergica dei LEPS e dei LEA.

Tra i LEPS più rilevanti ai fini dell'integrazione sociosanitaria vanno citati quelli riguardanti:

- Dimissioni Protette;
- Punti Unici di Accesso (PUA) integrati;
- Valutazione Multidimensionale, Unità di Valutazione Integrate, Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.

Quest'ultimo LEPS viene sostenuto, nel Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, attraverso l'Accordo Interistituzionale di Ambito Territoriale Sociale. L'accordo è stipulato al livello dei singoli ambiti territoriali sociali dal Presidente della Conferenza di Ambito e dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Territoriale.

L'accordo riguarda la realizzazione nell'ambito territoriale del LEPS di processo "Percorso assistenziale integrato", ed esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa che ne garantiscono la piena attuazione. In ciascun ambito territoriale, l'Accordo può dare luogo a successivi protocolli operativi che approfondiscono e specificano aspetti organizzativi, professionali, amministrativi, contabili.

Lo schema di Accordo è stato adottato dalla Regione Basilicata con la D.G.R. n. 654 del 04/11/2024.

La Regione Basilicata si impegna a garantire un coordinamento interistituzionale efficace e una governance multilivello tra i diversi attori coinvolti. Ciò si traduce nella creazione di tavoli tematici permanenti, dedicati alla progettazione condivisa di interventi strutturali e innovativi. Parallelamente, si promuoverà attivamente una cultura del benessere proattiva, che trascenda la mera erogazione di politiche sociali e si radichi in una visione integrata della salute. Solo attraverso una collaborazione sinergica e un impegno condiviso e misurabile sarà possibile edificare un sistema sociosanitario realmente integrato, resiliente e capace di affrontare le sfide demografiche ed epidemiologiche del futuro.

La verifica dell'attuazione aziendale dell'integrazione sociosanitaria del Piano sarà garantita dal Dirigente dell'Ufficio Sistemi di Welfare e dal Dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica degli Obiettivi, Innovazione e Qualità.

Il monitoraggio è coordinato dai Referenti della verifica dell'attuazione aziendale che si possono avvalere, per le specifiche competenze, anche degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali.

5. Coinvolgere comunità e cittadini

La Basilicata ha come obiettivo quello di garantire la partecipazione della comunità nella sanità, supportando la famiglia e tutti i suoi componenti, con particolare attenzione all'esigenza dei pazienti e caregivers, per dare risposta ai nuovi bisogni sociali derivanti dall'invecchiamento demografico. Si impegna, inoltre, a valorizzare, anche ai sensi dell'art. 14 della L.R. n. 4/2007, il ruolo delle associazioni dei pazienti al fine di favorire la personalizzazione delle cure e promuovere la partecipazione attiva dei cittadini nelle decisioni sanitarie, nell'ottica di una sempre maggiore integrazione della popolazione con i servizi sociali, sociosanitari e sanitari. Inoltre, la Basilicata deve garantire alla popolazione il pieno diritto ad essere informata, potenziando la comunicazione sociale ed istituzionale, sia verso i cittadini che verso gli operatori sanitari e sociali.

Per quanto sopra chiarito è necessario che le aziende sanitarie istituiscano i Comitati Consultivi Misti (CCM), ossia organismi di partecipazione civica nelle aziende sanitarie, con l'obiettivo di monitorare e migliorare la qualità dei servizi sanitari dal punto di vista dei cittadini e degli utenti. Il Comitato Consultivo Misto Socio-Sanitario distrettuale è composto in maggioranza da rappresentanze dei cittadini (associazioni di volontariato e di tutela) e in minoranza da rappresentanti dell'Azienda sanitaria. È presieduto da un componente delle rappresentanze dei cittadini. È suo compito la verifica, il supporto, la funzione propositiva all'Azienda sanitaria relativamente al miglioramento della qualità dei servizi.

Caratteristiche e funzioni principali:

- **Partecipazione Civica:** Promuovono il coinvolgimento attivo dei cittadini e delle associazioni nel processo decisionale delle strutture sanitarie.
- **Miglioramento della Qualità:** Supportano le verifiche sulla qualità dei servizi, rilevano problemi e propongono soluzioni per migliorarne le prestazioni e l'efficienza.
- **Interfaccia:** Agiscono come un collegamento tra i cittadini e le istituzioni sanitarie, riportando alle dirigenze i bisogni e le criticità osservate.

- **Composizione:** Maggioranza di rappresentanti di associazioni di volontariato e tutela dei diritti, e una minoranza di rappresentanti dell'azienda sanitaria, come personale medico e amministrativo.
- **Attività:** Collaborano con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e partecipano alla definizione della carta della qualità e della sicurezza delle cure.

Le Aziende USL, le Aziende Ospedaliere e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) hanno i CCM.

Un Comitato Consultivo Misto può esistere sia a livello di singola azienda sanitaria, sia a livello distrettuale.

La verifica dell'attuazione aziendale del coinvolgimento di comunità e cittadini sarà garantita dal Dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica Degli Obiettivi, Innovazione e Qualità.

Il monitoraggio è coordinato dal Referente della verifica dell'attuazione aziendale che si può avvalere, per le specifiche competenze, anche degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali.

6. Rapporto con enti e privati accreditati

I presupposti di carattere generale indispensabili per eseguire prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, disciplinati dal DLgs n.502/1992 e smi e dalla LR n.28/2000 e smi, sono:

1. l'autorizzazione alla realizzazione;
2. l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio di attività sanitaria/sociosanitaria;
3. l'accreditamento istituzionale;
4. gli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni sanitarie/sociosanitaria da stipularsi con gli enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

La Giunta regionale, nel rispetto delle normative nazionali e regionali in materia e delle eventuali limitazioni introdotte dalle stesse, stabilisce per periodi non superiori a cinque anni, gli indirizzi di programmazione sanitaria ai quali subordinare il rilascio dell'accreditamento istituzionale per soddisfare il fabbisogno del Servizio Sanitario Regionale.

Gli enti del SSR instaurano i rapporti contrattuali con le strutture private accreditate istituzionalmente ai sensi della LR n.28/2000 e smi nel rispetto delle procedure definite dalla Giunta Regionale, della programmazione regionale, dei vincoli economico-finanziari imposti dagli obiettivi nazionale e regionali e dello schema tipo di contratto predisposto dalla Giunta Regionale.

La programmazione regionale definisce il fabbisogno di assistenza per distretto territoriale anche ai sensi del DM n.77/2022, in termini qualitativi e quantitativi, tenendo conto della localizzazione territoriale, evitando concentrazioni e valorizzando le zone periferiche/ultraperiferiche.

Gli enti del SSR devono, nel rispetto delle previsioni di cui al DLgs n.502/1992 e smi e al DM 19.12.2022 in materia di rispetto del principio di concorrenza e trasparenza, selezionare le strutture private accreditate per garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie/sociosanitarie con oneri a carico del SSN, secondo criteri che garantiscano:

- trasparenza, pubblicità, parità di trattamento;
- coerenza con la programmazione regionale ed aziendale in termini di fabbisogno e qualità dei risultati e con il rispetto dei vincoli di bilancio;
- appropriatezza e accessibilità dei servizi e delle strutture;
- comparazione valutativa dei servizi offerti.

La Giunta regionale ai sensi del citato DM 19.12.2022 disciplina le relative procedure.

L'affidamento tramite gara ad evidenza pubblica si applica al fine di individuare una pluralità, articolata e flessibile, di produttori di servizi in possesso di accreditamento istituzionale, in ottica di concorrenza e trasparenza. Gli enti del SSR, nel rispetto di quanto previsto dalle Linee guida ANAC n. 17/2022 e del Parere ANAC 3/10/2023 – Obbligo tracciabilità anche per convenzioni con accreditati e smi, devono indire procedure di evidenza pubblica per l'affidamento di servizi sanitari/sociosanitari esclusivamente a soggetti accreditati istituzionalmente in modo da definire:

- la tipologia di attività da erogare, il bacino di utenza ed i volumi di attività (numero di prestazioni/posti letto) nel rispetto del Fabbisogno regionale per attività e della compatibilità economico-finanziaria prevista dalla normativa nazionale e regionale;
- lotti di gara su base distrettuale per garantire, laddove possibile, un equo accesso all'assistenza;
- la durata dell'affidamento;
- gli ulteriori indicatori di qualità;
- l'accettazione incondizionata ed il rispetto delle modalità clinico gestionali utilizzate dall'Ente per la governance clinico assistenziale degli assistiti (esempio Sistema Atlante, InteRai, POHEMA, FSE, CUP, etc.);
- le disposizioni finanziarie (ad esempio: l'obbligo di rispetto del budget assegnato, le modalità di pagamento, gli obblighi di tracciabilità, etc...)

Il presente Piano conferma le previsioni dei fabbisogni per le strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali di cui alla:

- Delibera G.R. 5 maggio 2023, n. 256 - Criteri per la determinazione del fabbisogno delle strutture sociosanitarie intensive e per non autosufficienti, giusta DGR n. 801 dell'8 ottobre 2021: approvazione definitiva a seguito del parere della commissione IV;
- DGR n.1218/2017 per i Disturbi Mentali, per i Disabili, per le Dipendenze Patologiche e per gli Hospice e la REMS, di cui alle rispettive Deliberazioni di Giunta regionale: DGR n.113 /2025 - DGR n.552/2024 DGR n.112/2025 - DGR n. 551/2024, DGR n. 114/2025 - DGR n.553/2024.

La verifica dell'attuazione aziendale sarà garantita dal Dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica Degli Obiettivi, Innovazione e Qualità.

Il monitoraggio è coordinato dal Referente della verifica dell'attuazione aziendale che si può avvalere, per le specifiche competenze, anche degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali.

7. Monitoraggio, valutazione ed aggiornamento dinamico del Piano

Il Piano 2026-2030 prevede il monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni che verranno definite e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi strategici, sulla base di un

sistema di indicatori e relativi standard di riferimento. Il monitoraggio si raccorda in maniera coerente con il sistema di verifica degli Adempimenti LEA e con il Nuovo Sistema di Garanzia.

Il monitoraggio avverrà tramite un sistema integrato di valutazione e controllo, basato sui flussi sanitari correnti per analizzare prestazioni, qualità delle cure, tempi di attesa e costi, offrendo una visione completa e aggiornata dell'andamento del Piano.

Al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi di piano e individuare le possibili azioni correttive, i risultati degli indicatori di monitoraggio devono essere discussi istituendo un tavolo regionale permanente con ASP, ASM, AOR, CROB e Unibas.

La valutazione è una componente fondamentale e ha una duplice funzione:

- misura l'impatto del Piano nei processi, negli esiti di salute e nella governance del sistema (a livello regionale e locale);
- garantisce il raggiungimento degli obiettivi di salute ed equità.

Il sistema di aggiornamento del Piano è pensato per essere dinamico e adattabile, con revisioni periodiche di obiettivi e strategie basate sui risultati e sulle nuove esigenze. Questo processo è strettamente collegato al monitoraggio continuo e alla valutazione delle performance del Piano. Le principali componenti del sistema di aggiornamento includono:

- Report Periodici sui progressi raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati;
- Incontri di Revisione periodici per discutere i risultati del monitoraggio e pianificare le azioni correttive necessarie;
- Revisione documenti programmatici aziendali (Piani attuativi aziendali, ecc.).

Questo garantisce che il Piano rimanga allineato con le esigenze della popolazione e con le evoluzioni del contesto sanitario.

Il Responsabile della verifica dell'attuazione aziendale del monitoraggio, valutazione e aggiornamento dinamico del Piano sarà garantita dal Dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica Degli Obiettivi, Innovazione e Qualità.

Il monitoraggio è coordinato dal Referente della verifica dell'attuazione aziendale che si può avvalere, per le specifiche competenze, anche degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali.

8. L'attuazione aziendale

Le Aziende Sanitarie, per la rispettiva competenza, sono tenute ad approvare o confermare i seguenti atti in coerenza con le previsioni del Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2026-2030:

- 1. Aggiornamento atto aziendale**, laddove necessario, entro tre mesi dall'approvazione del PSR per renderlo coerente con le nuove disposizioni contenute nel DM 23 maggio 2022, n. 77, con la L.R. n. 2 del 12/01/2017 con cui la Regione Basilicata ha ridefinito gli assetti strutturali ed organizzativi delle Aziende Sanitarie del SSR, con le previsioni del PSR e del Provvedimento Generale di Programmazione dell'Assistenza Territoriale anno 2022. La DGR. n. 624 del 14/5/2015, costituisce atto di indirizzo uniforme per tutte le Aziende Sanitarie.

2. **Aggiornamento Piano triennale dotazione, fabbisogni e assunzioni**, tenuto conto delle necessità come rinvenienti dal riordino dell'organizzazione territoriale per quanto previsto dal DM 23 maggio 2022, n. 77, dal Provvedimento Generale di Programmazione dell'Assistenza Territoriale anno 2022 e dal PSR.
3. **Piano attuativo Locale PAL – Piano attuativo aziendale, PAO attuativo ospedaliero per le aziende ospedaliere** – entro il primo semestre dall'approvazione del Piano. Il PAL e il PAO rappresentano, ai sensi dell'art. 40 della L.R. n. 39/2001, non solo una declinazione degli obiettivi fondamentali indicati dalla Regione ma, altresì, la definizione delle complessive strategie aziendali per il periodo considerato e le modalità di monitoraggio per la valutazione degli esiti. Nel Piano Attuativo sono esplicitati strategie, obiettivi e azioni relative al triennio e all'anno di riferimento. La trasmissione del Piano Attuativo alla Regione Basilicata per le valutazioni ed i successivi atti di competenza avviene ai sensi dell'ex art. 44 della L.R. n. 39/2001. Il Piano Attuativo deve essere formalizzato entro il primo semestre dall'approvazione del piano regionale e deve assicurare la condivisione della programmazione con la Conferenza dei Sindaci. Il Piano Attuativo Aziendale è lo strumento che traduce in interventi e servizi la programmazione in ambito sanitario, con l'obiettivo di trasformare le istanze di salute ed assistenziali in azioni concrete attuabili da parte dell'Azienda Sanitaria, secondo quanto indicato nel Piano Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2026-2030, e pertanto anche:
 - a) definisce gli obiettivi e i risultati di gestione da raggiungere;
 - b) individua gli strumenti di controllo dei risultati, sia sul piano della gestione che della qualità della prestazione;
 - c) definisce, in rapporto agli obiettivi prestabiliti e ai livelli di assistenza da raggiungere, le attività da svolgere assegnandole alle diverse strutture aziendali;
 - d) determina le risorse materiali e di personale occorrenti, le modalità di reperimento nonché il programma di utilizzo delle stesse;
 - e) predispone piani d'investimento per l'ampliamento e/o l'ammodernamento delle strutture e per l'acquisizione delle tecnologie sanitarie sulla base delle risorse assegnate o comunque disponibili a tal fine.
4. **Adozione del Piano Attuativo Sanitario Distrettuale (PASD) triennale** entro quattro mesi dall'approvazione del PAL aziendale. I problemi di salute della popolazione, le criticità dei servizi e gli indirizzi regionali costituiscono la base per la definizione, con la Conferenza istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale, del PASD pluriennale. Per la parte sanitaria e sociosanitaria (sanitaria a rilevanza sociale), il Piano è proposto dal Direttore di Distretto, sentiti i coordinatori dell'Ufficio del Piano Sociale, e adottato dal Direttore Generale dell'Azienda. La Regione ne riceve comunicazione per monitorare nel tempo le politiche di equità e la garanzia di accesso ai servizi nei diversi territori.

La verifica dell'attuazione aziendale del Piano sarà garantita dal Dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria, Verifica Degli Obiettivi, Innovazione e Qualità.

Il monitoraggio è coordinato dal Referente della verifica dell'attuazione aziendale del Piano che si può avvalere, per le specifiche competenze, anche degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali.

9. Fonti di finanziamento del Piano

In questo capitolo vengono illustrate le possibili fonti di finanziamento che possono essere utilizzate per sostenere il Piano, in aggiunta rispetto alle risorse già previste dal *Fondo Sanitario Nazionale 2024 - Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale*. La Tabella 3 sintetizza, per ciascuna macroarea, le risorse potenzialmente disponibili, offrendo una panoramica chiara e strutturata delle opportunità di finanziamento a supporto delle iniziative del Piano.

Tabella 3 – Fonti di finanziamento

Macroarea	Obiettivo generale	Programmi/Fonti
<i>Macroarea (a) - Migliorare la salute e il benessere della popolazione, con un'attenzione particolare all'invecchiamento attivo</i>	Obiettivo generale (1a): Sviluppare e promuovere politiche di prevenzione per la tutela della salute della popolazione e degli individui	<ul style="list-style-type: none"> PR Basilicata FESR FSE+ 2021-2027 (FSE+, FESR) PNES 21-27 (FSE+, FESR) PNES 21-27- Accordo ASM-INPM (FESR)
	Obiettivo generale (2a): Aggiungere anni di vita in buona salute rispetto all'aumento dell'aspettativa di vita	<ul style="list-style-type: none"> PNES 21-27- Accordo ASP-INPM (FESR) FAMI 2021-2027 (FAMI)
<i>Macroarea (b) - Garantire l'accesso equo ai servizi sanitari, superando le sfide dovute alla dispersione geografica</i>	Obiettivo generale (1b): Assicurare nuovi modelli di gestione integrata in grado di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale anche nelle aree interne e in quelle disagiate	<ul style="list-style-type: none"> PR Basilicata FESR FSE+ 2021-2027 (FSE+, FESR) PNES 21-27- Accordo ASM-INPM (FESR) PNES 21-27- Accordo ASP-INPM (FESR) FAMI 2021-2027 (FAMI)
	Obiettivo Generale (1c): Implementazione degli strumenti di clinical governance e ottimizzazione dei processi a supporto	<ul style="list-style-type: none"> PR Basilicata FESR FSE+ 2021-2027 (FSE+, FESR) PNES 21-27 (FSE+, FESR) PNES 21-27- Accordo ASM-INPM (FSE+, FESR)
<i>Macroarea (c) - Migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari</i>	Obiettivo Generale (2c): Valorizzazione del patrimonio informativo regionale	<ul style="list-style-type: none"> PNES 21-27- Accordo ASP-INPM (FSE+, FESR) FAMI 2021-2027 (FAMI)
	Obiettivo Generale (1d): Valorizzare le eccellenze territoriali e i centri di competenza clinica e assistenziale promuovendo la collaborazione tra il SSR, le università, gli enti di ricerca e le imprese	<ul style="list-style-type: none"> PR Basilicata FESR FSE+ 2021-2027 (FESR) PNES 21-27 (FSE+, FESR) PNES 21-27- Accordo ASM-INPM (FSE+, FESR) PNES 21-27- Accordo ASP-INPM (FSE+, FESR)
Obiettivo Generale (2d): Promuovere l'adozione e la diffusione di tecnologie sanitarie innovative		
<i>Macroarea (d) - Prevedere, promuovere e sostenere, l'innovazione e lo sviluppo di eccellenze territoriali attraverso la collaborazione con le Università, gli enti di ricerca regionali e nazionali</i>	Obiettivo Generale (1e): Attuare e consolidare la governance clinico-assistenziale e organizzativa prevista nel PNRR	<ul style="list-style-type: none"> PR Basilicata FESR FSE+ 2021-2027 (FSE+, FESR) PNES 21-27 (FSE+, FESR) PNES 21-27- Accordo ASM-INPM (FESR) PNES 21-27- Accordo ASP-INPM (FESR) FAMI 2021-2027 (FAMI)

Fonte – Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

La verifica delle fonti di finanziamento e del loro corretto utilizzo e rendicontazione sarà garantita dal Dirigente dell'Ufficio Risorse Finanziarie del SSR.

Il monitoraggio è coordinato dal Referente della verifica delle fonti di finanziamento che si può avvalere, per le specifiche competenze, anche degli altri uffici regionali o dei referenti aziendali.