







Chiede direzione	Obiettivo (preziosi da 100 a 1000)	Indicatore	Indice target %	Peso ind. (max 10)	Risultato conseguito anno 2013 %	Risultato conseguito anno 2013 % obiettivo	Indice Fiscale	Nota
1	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
2	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
3	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
4	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
5	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
6	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
7	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
8	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
9	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
10	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
11	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
12	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
13	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	
14	Realizzare il 100% del fatturato previsto nel piano di bilancio 2013	Indice di fatturato	100%	10	100%	100%	100%	

*[Handwritten signature]*

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA CURENZA AZIENDA E AREA MEDICA SANTIAGIA									
SCUOLA DI PROJECT									
N. scheda									
DESCRIZIONE VALUTAZIONE									
COSPICUA E MEDIA									
INTELLIGENTE E INFORMATICA									
UNITA OPERATIVA									
PNEUMOLOGIA P. O. MATTEA									
DEPARTAMENTO AREA MEDICA									
VALUTAZIONE DI 1ª ISTANZA									
Codice Obiettivo	Obiettivo (descrizione sintetica)	Indicatore	Valore target %	Peso (min / max 3)	Risultato Conseguito anno 2012 %	Risultato Conseguito anno 2013 %	% raggiungimento obiettivo	Puntaggio Peso	Note
1	Pre - requisito di Valutazione								
2	Assorbimento del debito informatico	Indicatore di performance (KPI) in merito alla riduzione del debito informatico. Il debito informatico è definito come l'importo complessivo di tutti i debiti informatici (debiti verso fornitori, debiti verso clienti, debiti verso banche, ecc.)	Indicatore di performance (KPI) in merito alla riduzione del debito informatico. Il debito informatico è definito come l'importo complessivo di tutti i debiti informatici (debiti verso fornitori, debiti verso clienti, debiti verso banche, ecc.)	3	3	3	100%	3,00	
3	% ricoveri in DH medico con firma di diagnosi	N. ric. in DH medico con firma di diagnosi / N. ric. in DH medico	< 10 (100% - da 10 a 30 (50%) - > 30 (0%)	2	0	2	40%	0,80	
4	ritenzione % (ricoveri medici brevi)	N. ricoveri medici brevi (part. a D-12 giorni) / N. ricoveri medici brevi	< 12 (100% - da 12 a 25 (50%) - > 25 (0%)	1	4,16	5,24	100%	4,16	
5	Rotazione del letto di ospitalizzazione X BPCO	N. ric. X SPCCO / N. letto X giorni	> di 125 = 0 - da 50 a 125 = 50% - < 50 = 100%	1	69,79	69,79	56%	0,50	
6	Implementazione delle attività ambulatoriali in regime di Day Service	N. di prestazioni amb. in regime di Day Service / N. prestazioni amb. in regime di Day Service	< 10% rispetto all'anno precedente	1	obiettivo non presente nel 2012	obiettivo non presente nel 2013	100%	0,00	
7	Verifica / attivazione delle spesa (verifica dell'efficacia dei farmaci di prescrizione)	report farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	< al 100% rispetto al consumo di farmaci e presidi	2	2,00	2,00	100%	2,00	
8	Informazione / consapevolezza delle prestazioni / consistenza	report farmacia / paz. residenti dimessi (ord. -cdi)	uguale o maggiore attività ambulatoriale effettuata nel 2013 - tempi di attesa > 30 gg. X visto - 60 gg. X prestazioni ambulatoriali	2	obiettivo non presente nel 2012	obiettivo non presente nel 2013	100%	0,00	
9	Informazione / consapevolezza delle prestazioni / consistenza	consulenze / prestazioni inform. al P.O. (da quelle effettuate che giungono al servizio) formalizzate tramite SIRP	80%	1	1,00	1,00	100%	1,00	
10	Informazione / consapevolezza delle prestazioni / consistenza	report di ragione Sanitaria del F.U.	100% di SDO consegnata formalizzata entro 30 gg. dalla dimissione	1	1	1	100%	1,00	
11	Conduzione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	almeno un incontro di confronto con tutti gli operatori della U.O. (comitato) 100% completazione realizzazione sottoscrizione scheda di valutazione	1	1,00	1,00	100%	1,00	
12	Conduzione degli obiettivi di budget	N. di dirigenti presenti nella U.O. / n. di schede di valutazione consegnate a fine anno	100% completazione sottoscrizione scheda di valutazione	18	1,00	1,00	100%	1,00	
13	Conduzione degli obiettivi di budget	report di ragione Sanitaria del F.U.	100% completazione sottoscrizione scheda di valutazione	18	1,00	1,00	100%	1,00	
14	Conduzione degli obiettivi di budget	Totale Raggiungimento Obiettivi anno	100%	100%	100%	100%	100%	0,00	













VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIVISIONE AZIENDALE ASSA MEDICAL ITALIA S.p.A.

Griglia	Obiettivo (Metrica)	Indicatore	Misure Target	Peso (su 100%)	Obiettivo Compiuto anno 2011 (%)	Obiettivo Compiuto anno 2012 (%)	Obiettivo Compiuto anno 2013 (%)	Performance Ponderata	Max
1	Obiettivo di crescita del fatturato	Incremento del fatturato rispetto al periodo precedente	Incremento del fatturato rispetto al periodo precedente	30	100%	100%	100%	30,00	30,00
2	Obiettivo di redditività	Incremento della redditività	Incremento della redditività	30	100%	100%	100%	30,00	30,00
3	Obiettivo di soddisfazione del cliente	Incremento della soddisfazione del cliente	Incremento della soddisfazione del cliente	10	100%	100%	100%	10,00	10,00
4	Obiettivo di fidelizzazione del cliente	Incremento della fidelizzazione del cliente	Incremento della fidelizzazione del cliente	10	100%	100%	100%	10,00	10,00
5	Obiettivo di riduzione dei costi	Incremento della riduzione dei costi	Incremento della riduzione dei costi	10	100%	100%	100%	10,00	10,00
6	Obiettivo di innovazione	Incremento della innovazione	Incremento della innovazione	10	100%	100%	100%	10,00	10,00
7	Obiettivo di sviluppo del personale	Incremento dello sviluppo del personale	Incremento dello sviluppo del personale	10	100%	100%	100%	10,00	10,00
8	Obiettivo di sicurezza	Incremento della sicurezza	Incremento della sicurezza	10	100%	100%	100%	10,00	10,00
9	Obiettivo di sostenibilità	Incremento della sostenibilità	Incremento della sostenibilità	10	100%	100%	100%	10,00	10,00
10	Obiettivo di compliance	Incremento della compliance	Incremento della compliance	10	100%	100%	100%	10,00	10,00





Col. 1	Col. 2	Col. 3	Col. 4	Col. 5	Col. 6	Col. 7	Col. 8	Col. 9	Col. 10	Col. 11	Col. 12	Col. 13	Col. 14	Col. 15
Col. 16	Col. 17	Col. 18	Col. 19	Col. 20	Col. 21	Col. 22	Col. 23	Col. 24	Col. 25	Col. 26	Col. 27	Col. 28	Col. 29	Col. 30
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105
106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135
136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165
166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195
196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225
226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240
241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255
256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270
271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285
286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315
316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345
346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360
361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375
376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390
391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405
406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420
421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435
436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465
466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480
481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495
496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525
526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540
541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555
556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570
571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585
586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600
601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615
616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630
631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645
646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660
661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675
676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690
691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705
706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720
721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735
736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750
751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765
766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780
781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795
796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810
811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825
826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840
841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855
856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870
871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885
886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900
901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915
916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930
931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945
946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960
961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975
976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990
991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000					

NOTE PER I PRETITOLI/CONSIGLI DI AMMINISTRAZIONE E DELL'ORGANO DI AMMINISTRAZIONE: RENDIMENTO SOCIETA' DI RENDIMENTO

NOTE PER LA DIREZIONE STRATEGICA E DI PROGETTO: RENDIMENTO SOCIETA' DI RENDIMENTO

1) Rendimento della società di amministrazione e di gestione della struttura amministrativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura amministrativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura amministrativa e di gestione della struttura operativa.

2) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

3) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

4) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

5) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

6) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

7) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

8) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

9) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

10) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

11) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

12) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

13) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

14) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

15) Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa. Rendimento della struttura operativa e di gestione della struttura operativa.

VALUTAZIONE DEGLI APERIMENTI PER LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, AREA MEDICO-CHIRURGICA

Obiettivo	Indicatore	Valore Target %	Peso (min 1, max 3)	Risultato Conseguito anno 2012 %	Risultato Conseguito anno 2013 %	% raggiungimento obiettivo 2013	Punteggio Pesato	Obiettivo 2014	Nota
1	Assolvimento del debito informale	Previsione annuale di riduzione delle fatture inviate in ritardo e recupero delle fatture inviate in ritardo. Previsione di riduzione delle fatture inviate in ritardo.	3	3	3	100%	3,00		
2	Mantenimento / riduzione del debito informale nell'ambito dei volumi di produzione di farmaci e presidi	Previsione di riduzione delle fatture inviate in ritardo e recupero delle fatture inviate in ritardo.	3	obiettivo non presente nel 2012	obiettivo non presente nel 2013		0,00		
3	Attività promozionale, conferire una attività espositiva anno 2013 (a parità di risorse) e rispetto dei tempi di attesa come da normativa	reparti farmacia sul consumo della U.O. di farmaci e presidi	2	2	1	50%	1,00		
4	Incremento del numero dei ricoveri del SSN, alla dimissione ospedaliera e invito al pz. a rifare la farmacia presso la farmacia ospedaliera	rispetto CUP N. ricoveri / pat. residenti (messi ed -ed)	2	2	2	100%	2,00		
5	Informazione / consegna della SCO entro 30 gg. Dalla dimissione	reparti U.O. ricovero Sanità via F. U.	1	1	1	100%	1,00		
6	Apertura del pronto soccorso medico (orario di vita) da 08h00 alle 24h00 (orario di lavoro) e apertura del pronto soccorso infermieristico (orario di vita) da 08h00 alle 24h00 (orario di lavoro) in U.O. del letto di 60, che saranno 60 gg. di lavoro di abbattimento	U.O. Direzione Sanitaria dell'ospedale distrettuale di Sogliano	2	1	1	100%	2,00		
7	Conferma degli obiettivi di budget	verbale del incontro	1	1	1	100%	1,00		
8	Convalidazione degli obiettivi di budget	verbale dell'incontro	1	1	1	100%	1,00		
9	Negoziazione e assegnazione % utenze obiettivi a tutti i dirigenti della U.O.	N. di dirigenti presenti nella U.O. / n. di società di valutazione consegnate e in attesa	1	1	1	100%	1,00		
<p>Fonte: Tabelle Obiettivi 2014 Fonte: Tabelle Obiettivi 2013</p> <p>Totale Raggiungimento Obiettivi anno 2013</p> <p>100%</p>									

VALIDAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE - AREA MEDICA SANITARIA  
SCHEDA DI SINGOLI

Periodo Valutato	Concorrenza	Indicatore	Valore Target %	Peso (su 1, max 3)	Risultato Conseguito anno 2012 %	Risultato Conseguito anno 2013 %	% raggiungimento obiettivo	Punteggio Puntato	Note
1	Obiettivo (descrizioni sintetiche) Assolvimento del debito informativo	Funzioni 931.000 di COG, il cui risultato è misurato / rispetto rispetto del debito inf. in occasione dei corsi di aggiornamento / partecipazione ad altri corsi di aggiornamento / corsi di aggiornamento	Relazione annuale X la valutazione della performance - Tempestivo riscontro di dati e relazioni da parte della Direzione Strategica - almeno due percorsi X U.O.	3	3	3	100%	3,00	
2	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	Definizione percorsi report CLUP	uguale o maggiore attività ambulatoriali effettuate nel 2013 - tempi di attesa > 30 gg. X nelle - 80 gg x prestazioni strumentali « = al confronto con i percorsi di farmaci e prodotti a partire di valore di attività prodotta	3	3	3	100%	3,00	
3	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	report farmacia ed consumo della U.O. di farmaci e prodotti	« = al confronto con i percorsi di farmaci e prodotti a partire di valore di attività prodotta	1	1	0	0%	0,00	
4	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	report CLUP	« = al confronto con i percorsi di farmaci e prodotti a partire di valore di attività prodotta	3	3	3	100%	3,00	
5	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	report farmacia ed consumo della U.O. di farmaci e prodotti	100% corrispondenza (valutazione) corrispondenza schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	3	3	3	100%	3,00	
6	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	report CLUP	100% corrispondenza (valutazione) corrispondenza schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	1	1	100%	1,00	
7	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	report CLUP	100% corrispondenza (valutazione) corrispondenza schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	0	0	0%	0,00	
<p>1. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>2. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>3. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>4. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>5. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>6. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>7. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p>									

Periodo Valutato	Concorrenza	Indicatore	Valore Target %	Peso (su 1, max 3)	Risultato Conseguito anno 2012 %	Risultato Conseguito anno 2013 %	% raggiungimento obiettivo	Punteggio Puntato	Note
1	Obiettivo (descrizioni sintetiche) Assolvimento del debito informativo	Funzioni 931.000 di COG, il cui risultato è misurato / rispetto rispetto del debito inf. in occasione dei corsi di aggiornamento / partecipazione ad altri corsi di aggiornamento / corsi di aggiornamento	Relazione annuale X la valutazione della performance - Tempestivo riscontro di dati e relazioni da parte della Direzione Strategica - almeno due percorsi X U.O.	3	3	3	100%	3,00	
2	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	Definizione percorsi report CLUP	uguale o maggiore attività ambulatoriali effettuate nel 2013 - tempi di attesa > 30 gg. X nelle - 80 gg x prestazioni strumentali « = al confronto con i percorsi di farmaci e prodotti a partire di valore di attività prodotta	3	3	3	100%	3,00	
3	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	report farmacia ed consumo della U.O. di farmaci e prodotti	« = al confronto con i percorsi di farmaci e prodotti a partire di valore di attività prodotta	1	1	0	0%	0,00	
4	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	report CLUP	« = al confronto con i percorsi di farmaci e prodotti a partire di valore di attività prodotta	3	3	3	100%	3,00	
5	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	report farmacia ed consumo della U.O. di farmaci e prodotti	100% corrispondenza (valutazione) corrispondenza schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	3	3	3	100%	3,00	
6	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	report CLUP	100% corrispondenza (valutazione) corrispondenza schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	1	1	100%	1,00	
7	Definizione delle prestazioni essenziali per la quali risulta appropriato attivare il percorso del Dry Service e stesura del piano di lavoro	report CLUP	100% corrispondenza (valutazione) corrispondenza schede di valutazione singoli dirigenti della U.O.	1	0	0	0%	0,00	
<p>1. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>2. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>3. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>4. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>5. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>6. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p> <p>7. Confronto con i dati del 2012 e del 2013</p>									

*[Handwritten signature]*



Allegato alla delibera  
N° 788 del 30 GIU 2014



DGR 298 del 14. 03. 2012

DGR 337 del 27/03/2013

**OBIETTIVI 2013  
DELLE AZIENDE SANITARIE  
DELLA REGIONE BASILICATA  
AZIENDA SANITARIA MATERA**

**Verifica al 31 dicembre 2013**



**In ottemperanza a quanto richiesto dalle DD.GG.RR. 298/2012 e 337 /2013 , è stata redatta apposita relazione di verifica al 31 dicembre 2013.**

**Equilibrio Economico del SSR : I Costi di produzione rilevati nel corso dell'esercizio 2013 devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio 2010.**

**I costi di produzione della ASM nell'anno 2010 erano pari a 380.967.202 euro, per cui nel 2013 gli stessi non dovranno essere superiori a 377.157.530 euro.**

Nel periodo considerato l'Azienda ASM ha posto, tra le proprie attività, la ricerca della sostenibilità economica da rendere compatibile con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza e con le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo, in un contesto caratterizzato dalla limitatezza di risorse disponibili.

**I costi di produzione complessivi dell'Azienda sanitaria di Matera nel 2013 sono stati pari a 374.243.028 euro, con una riduzione di oltre 6 milioni di euro sul 2010, pari al -1,8%, ed una riduzione di oltre 10 milioni di euro, pari al -2,8% rispetto al 2011.**

**In considerazione dei dati sopra riportati l'obiettivo in oggetto è da considerarsi pienamente raggiunto.**

Le risultanze del bilancio d'esercizio 2013, chiusosi con un utile pari a 116 mila euro, (nel 2011 la ASM ha chiuso il bilancio a - 18,600 milioni di euro), infatti, evidenziano la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel biennio 2012 - 2013, con il pieno azzeramento nel 2013 di un deficit economico che ha storicamente gravato sulle gestioni precedenti, attestandosi su valori (-20 milioni di euro) tali da compromettere la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale.

Tale azione è stata realizzata mediante massicci interventi di razionalizzazione dei costi, soprattutto quelli relativi a servizi non sanitari, che si collocano nell'ambito di un macro obiettivo che ha qualificato le strategie aziendali: il perseguimento di un costante innalzamento del livello dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, declinata sotto tutti i profili, da quello clinico a quello organizzativo, nella convinzione che il recupero dell'appropriatezza sia l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse.



**Rete Regionale degli Acquisti - URA :**

L'azienda ha provveduto all'approvvigionamento di beni e servizi attraverso unioni regionali di acquisto, in misura non inferiore al 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi.

Inoltre, in qualità di soggetto capofila ha provveduto ad indire e/o ad aggiudicare le gare in unione regionale di acquisto secondo il seguente crono programma:

**DENOMINAZIONE URA**

N.	Capofila	Aderenti	Obiettivo 2013	Raggiungimento obiettivo anno 2013
1	ASM	Tutte	Accordo quadro per PHT	Indetta procedura ordinaria x massimizzare il risparmio
2	ASP	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi nel 2012	
3	S. CARLO	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi nel 2012	
4	CROB	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi	
5	ASM	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi	In corso di indizione
6	ASP	ASM S. Carlo	Aggiudicazione	
7	ASP	Tutte	Aggiudicazione	
8	ASM	Tutte	Aggiudicazione	Sono stati aggiudicati in via definitiva
9	S. CARLO	ASM S. Carlo	Aggiudicazione lotti infruttuosi nel 2012	
10	S. CARLO	Tutte	Aggiudicazione	
11	S. CARLO	Tutte	Aggiudicazione	
12				

	della locazione, installazione, avviamento, formazione all'uso e manutenzione di sistemi per la digitalizzazione (CR) e di sistemi per la stampa a secco di immagini radiografiche	CROB	Tutte	Aggiudicazione	
14	Screening mammografico, cervicouterino e colon retto	CROB	Tutte	-	-
15	Prosciutti e salumi Pane	S. CARLO	ASP	Aggiudicazione	
16	Vaccini	ASP	Tutte	Aggiudicazione tutti i Lotti nel 2012	■
17	Test HPV	CROB	S. Carlo - ASM	Aggiudicazione nel 2012	
18	Assistenza respiratoria domiciliare e fornitura di ausili per tracheotomia	ASP	Tutte	Aggiudicazione	
19	NAT	S. CARLO	Tutte	Aggiudicazione	
20	Sistema Informativo contabile	ASP	Tutte	Aggiudicazione nel 2012	
21	Servizi in strutture residenziali e semiresidenziali / Case alloggio	ASM	ASP	Aggiudicazione	<b>Gara non indetta non essendo pervenute le informazioni necessarie da parte della ASP</b>
22	Pulizia	CROB	ASP ASM	Aggiudicazione	
23	Ristorazione	ASM	ASP CROB 2014 S. Carlo Pesc. 2013	Indizione	
24	Manutenzione impianti (elettrici, condizionatori, riscald.)	CROB	ASP ASM	Aggiudicazione	
25	Manutenzione tecnologie biomedicali (tecnologie medio/ basse	ASM	Tutte	Indizione	Predisposizione atti di gara
26	Vigilanza	ASM	CROB S. Carlo	Aggiudicazione nel 2012	Prossima indizione. Il tavolo tecnico incaricato di redigere gli atti di gara ha terminato positivamente i lavori, si è in attesa dei DUVRI di ciascuna Azienda aderente all'URA
27	Assicurazioni	ASM	CROB	Aggiudicazione nel 2012	<b>Gara indetta con deliberazione n.37/2014</b>
28	Dispositivi per cardiologia pediatrica	S. Carlo	Tutte	Aggiudicazione	
29	SIT	S. Carlo	Tutte	Indizione	

## AREA N. 1

### AREA TUTELA DELLA SALUTE

#### PESO 20

#### OBIETTIVI E INDICATORI

##### OBIETTIVO 1.1: PREVENZIONE PRIMARIA

L'obiettivo procede alla verifica di alcune attività di prevenzione sulla popolazione. L'obiettivo si concentra sia sulle vaccinazioni obbligatorie sia su quelle raccomandate (morbillo, parotite, rosolia nell'infanzia e influenza nell'anziano).

##### 1.1.1. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).

Definizione	<b>1.1.1. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).</b>	
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre	
Denominatore	Corte di bambini che compiono 2 anni	
Formula matematica	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2011 (1552) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1582) *100 $1552 / 1582 * 100 = 98,10\%$	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
Note	Vaccino pediatrico esavalente (anti Diftto - Pertosse - polio - Epatite B e HIB)	
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		

Nel 2013 i cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2011 dell'ASM sono stati 1.552, a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1582 soggetti.

Ne deriva che nel 2013 la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo di base (3 dosi) nell'ASM nel 2013 è stata pari 98,10%, raggiungendo al 100% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

##### 1.1.2 Copertura per vaccino MPR.

Definizione	<b>1.1.2 Copertura per vaccino MPR</b>	
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	
Denominatore	Corte di bambini che compiono 2 anni	
Formula matematica	Cicli vaccinali completati nei primi sei mesi dell'anno per i bambini nati nel 2011 (1445) per MPR / Corte di bambini che compiono 2 anni (1582) *100 = 91,34%	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
Note		
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		

Nel 2013 i cicli vaccinali per MPR completati tra i bambini nati nel 2011 dell'ASM sono stati 1.445, a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1.582 soggetti.

Ne deriva che nel 2013 la copertura vaccinale per MPR nei bambini di 2 anni nell'ASM è stata pari a 91,34%, raggiungendo al 100% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.



epg

### 1.1.3. Copertura per vaccino antinfluenzale *over* 64 anni.

<b>Definizione</b>	<b>1.1.3.Copertura per vaccino antinfluenzale <i>over</i> 64 anni.</b>	
<b>Numeratore</b>	Soggetti vaccinati di età pari o superiore ai 65 anni	
<b>Denominatore</b>	Popolazione di età pari o superiore ai 65 anni	
<b>Formula matematica</b>	Anno 2013 = Soggetti vaccinati di età pari o superiore ai 65 anni (23930) / Popolazione di età pari o superiore ai 65 anni (39204) *100 = 61,04 %	
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER B)	
<b>Note</b>	Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno (2012 -2013 per il 2013)	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>0 %</b>	
<b>Punteggio relativo</b>		

Nel 2013 i soggetti ultra sessantatrenni dell'ASM che hanno effettuato il vaccino antinfluenzale sono stati 23.930, a fronte di una popolazione di soggetti con età pari o superiore a 65 anni di 39.204 soggetti.

Ne deriva che nel 2013 la copertura per vaccino antinfluenzale nella popolazione ultra sessantatrenni dell'ASM è stata pari al 61%, raggiungendo lo 0% del target definito dalla programmazione regionale.

Ci preme sottolineare, che il raggiungimento parziale dell'obiettivo, non si può assolutamente attribuire ai servizi aziendali, basti ricordare, infatti, i timori e le retrosie degli anziani a vaccinarsi in seguito alle notizie dei media inerenti la diffusione di vaccini non a norma, il ritiro di alcuni vaccini e le notizie di stampa spesso non veritiere divulgate in quel periodo. I servizi aziendali, di concerto con i MMG hanno fornito tutto il supporto e l'assistenza richiesta, a fronte di una domanda ridottasi per effetto di fattori e cause esterne.

**Si ritiene, pertanto, che in considerazione delle difficoltà esterne riscontrate la ASM abbia largamente raggiunto il target, in quanto il risultato conseguito risulta il massimo che si potesse ottenere in presenza di cause esterne avverse non imputabili ai servizi della ASM.**



I dati di sotto riportati, in riferimento alla verifica degli obiettivi sui programmi di screening della cervice uterina e screening mammografico sono relativi all'anno 2012. Pur avendo richiesto l'aggiornamento alla centrale regionale, a tutt'oggi, non è pervenuto alcun dato relativo all'anno 2013.

### **OBIETTIVO 1.2: PREVENZIONE SECONDARIA**

Messa a regime dei programmi di screening oncologici per cervice uterina, mammella per garantire la diagnosi precoce nelle popolazioni target.

<b>Definizione</b>	<b>1.2.1. Estensione grezza dello screening mammografico.</b>
<b>Numeratore</b>	N. donne invitate allo screening in due anni
<b>Denominatore</b>	Popolazione di riferimento (donne in età compresa tra i 50 e i 69 anni)
<b>Formula matematica</b>	n. donne invitate allo screening in due anni / popolazione di riferimento x 100 22.866/ 24.550*100 = 93,14 %
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata
<b>Note</b>	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CRB la pop. Di riferimento è quella regionale

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>50 %</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

L'obiettivo posto dalla programmazione regionale è quello di mettere a regime i programmi di screening oncologici con specifico riferimento alla mammella, al fine di garantire la diagnosi precoce nella popolazione target. A tal fine nel 2012 il numero di donne, con età compresa tra 50 e 69 anni, invitate allo screening mammografico in due anni è stato pari a 22.866, a fronte di una popolazione di donne aventi l'età considerata pari complessivamente a 24.550 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 l'estensione grezza dello screening mammografico alla popolazione femminile interessata della ASM è stata pari al 93,14%, raggiungendo al 100% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

<b>Definizione</b>	<b>1.2.2. Adesione grezza dello screening mammografico.</b>
<b>Numeratore</b>	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico nell'anno
<b>Denominatore</b>	N. donne invitate allo screening
<b>Formula matematica</b>	n. donne che hanno partecipato allo screening / N. donne invitate allo screening x 100 7525/ 13462 *100 = 56%
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata
<b>Note</b>	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CRB la pop. Di riferimento è quella regionale

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>50%</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Nel 2012 il numero di donne che ha partecipato allo screening mammografico è stato pari a 7.525, a fronte di una popolazione di donne invitate pari complessivamente a 13.462 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 l'adesione grezza allo screening mammografico da parte della popolazione femminile interessata della ASM è stata pari al 56%, raggiungendo al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

### 1.2.3 Estensione grezza dello screening della cervice uterina.

<b>Definizione</b>	1.2.3 Estensione grezza dello screening della cervice uterina.
<b>Numeratore</b>	N. donne invitate allo screening nei tre anni consecutivi
<b>Denominatore</b>	Popolazione di riferimento (donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni)
<b>Formula matematica</b>	n. donne invitate allo screening (anni 2010 – 2012) / Popolazione di riferimento x 100 48.463 / 56.470 *100 = 86,00 %
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER –B)
<b>Note</b>	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CRB la pop. Di riferimento è quella regionale

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	50%
<b>Punteggio relativo</b>	

Nel 2012 il numero di donne che ha partecipato allo screening mammografico è stato pari a 7.525, a fronte di una popolazione di donne invitate pari complessivamente a 13.462 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 l'adesione grezza allo screening mammografico da parte della popolazione femminile interessata della ASM è stata pari al 56%, raggiungendo al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

L'obiettivo posto dalla programmazione regionale, come già rilevato, è quello di mettere a regime i programmi di screening oncologici con specifico riferimento alla cervice uterina, al fine di garantire la diagnosi precoce nella popolazione target.

A tal fine nel 2012 il numero di donne, con età compresa tra 25 e 64 anni, invitate allo screening della cervice uterina in due anni è stato pari a 48.463, a fronte di una popolazione di donne aventi l'età considerata pari complessivamente a 56.470 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 l'estensione grezza dello screening della cervice uterina alla popolazione femminile interessata della ASM è stata pari all'86%, raggiungendo al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

**Il raggiungimento parziale del suddetto obiettivo è ascrivibile al blocco delle attività di screening verificatosi per ragioni esterne all'Azienda. Per molti mesi, infatti, lo screening è stato sospeso a livello regionale. Pertanto si ritiene di aver conseguito il risultato massimo in presenza di eventi esterni avversi non dipendenti dalla ASM.**

### 1.2.4 Adesione grezza dello screening della cervice uterina.

<b>Definizione</b>	1.2.4 Adesione grezza dello screening della cervice uterina.
<b>Numeratore</b>	N. donne che hanno partecipato allo screening cervice uterina nell'anno
<b>Denominatore</b>	N. donne invitate allo screening cervice uterina
<b>Formula matematica</b>	n. donne che hanno partecipato allo screening / N. donne invitate allo screening x 100 6106/ 30147 *100 = 22,00 %
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER –B)
<b>Note</b>	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CRB la pop. di riferimento è quella regionale

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	0%
<b>Punteggio relativo</b>	

Nel 2012 il numero di donne che ha partecipato allo screening della cervice uterina è stato pari a 6.106, a fronte di una popolazione di donne invitate pari complessivamente a 30.147 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 l'adesione grezza allo screening della cervice uterina da parte della popolazione femminile interessata della ASM è stata pari al 22%, discostandosi significativamente dal raggiungimento del target definito dalla programmazione regionale.

**Come già rilevato in occasione dello screening mammografico, il mancato raggiungimento dell'obiettivo inerente lo screening della cervice uterina è ascrivibile al blocco delle attività di screening verificatosi per ragioni esterne all'Azienda. Per molti mesi, infatti, lo screening è stato sospeso a livello regionale.**

**Pertanto si ritiene di aver conseguito il risultato massimo in presenza di eventi esterni avversi non dipendenti dalla ASM.**

### OBIETTIVO 1.3: SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

<b>Definizione</b>	<b>1.3.1. Percentuale di imprese attive sul territorio controllate</b>	
<b>Numeratore</b>	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate	
<b>Denominatore</b>	N. imprese attive presenti sul territorio	
<b>Formula matematica</b>	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate / n. imprese attive presenti sul territorio (583/5086*100) = 11,46% (anno 2013)	
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER -B)	
<b>Note</b>	Per il numeratore: dati attività trasmessi dalle UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL. Per il denominatore Nuovi flussi informativi INAIL (c/o Dipartimento di salute – ufficio Politiche della prevenzione e le predette UU.OO. per competenza territoriale.	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%	
<b>Punteggio relativo</b>		

Nel 2013 i servizi aziendali dell'area della prevenzione preposti alle attività di controllo hanno controllato 583 imprese attive, a fronte di un numero complessivo di imprese presenti nel territorio aziendale pari a 5.086.

Ne deriva che nel 2013 la percentuale di imprese attive sottoposte a controlli da parte dell'ASM è stata pari 11,46%, raggiungendo al 100% il target definito dalla programmazione regionale.

Nel corso dei controlli sono state accertate contravvenzioni e impartite le relative prescrizioni tutte ottemperate.

### OBIETTIVO 1.4: SANITÀ VETERINARIA

Monitoraggio della regolarità e sistematicità dei controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti.

<b>Definizione</b>	<b>1.4.1. Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina, bufalina</b>	
<b>Numeratore</b>	numero di allevamenti bovini e bufalini controllati : n. 569	
<b>Denominatore</b>	N. di allevamenti da sottoporre a controllo : n.569	
<b>Formula matematica</b>	N. di allevamenti bovini e bufalini controllati per TBC / N. di allevamenti da sottoporre a controllo x 100 569 / 569 *100 = 100,00 %	
<b>Fonte</b>	Banca dati regionale Anagrafe Animali	
<b>Note</b>	Il controllo per la tubercolosi bovina viene effettuato nei soggetti di età > 42 giorni.	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%	
<b>Punteggio relativo</b>		

L'obiettivo in oggetto unitamente agli altri sulla sanità veterinaria è finalizzato a realizzare il monitoraggio della regolarità e sistematicità dei controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti.

In tal senso nel 2013 tutti gli allevamenti bovini e bufalini, pari complessivamente a 583, sono stati sottoposti a controlli da parte dei servizi veterinari della ASM, consentendo il pieno raggiungimento del target fissato dalla programmazione regionale.

#### 1.4.2 Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina.

<b>Definizione</b>	<b>1.4.2 Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina.</b>	
<b>Numeratore</b>	numero di allevamenti controllati : n.1774	
<b>Denominatore</b>	N. di allevamenti da sottoporre a controllo : n.1774	
<b>Formula matematica</b>	N. di allevamenti controllati (1774) / N. di allevamenti da sottoporre a controllo (1774) x 100 $1774/ 1774 *100 = 100 \%$	
<b>Fonte</b>	Banca dati regionale Anagrafe Animali	
<b>Note</b>	Il controllo per brucellosi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bovina e bufalina, viene effettuato negli allevamenti ove sono presenti soggetti di età &gt; ai 12 mesi ;</li> <li>• Ovicaprina viene effettuato negli allevamenti ove sono presenti soggetti di età &gt; ai 6 mesi.</li> </ul>	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%	
<b>Punteggio relativo</b>		

Nel 2013 tutti gli allevamenti ovicaprini, bovini e bufalini, pari complessivamente a 1.774, sono stati sottoposti a controlli per brucellosi da parte dei servizi veterinari della ASM, consentendo il pieno raggiungimento del target fissato dalla programmazione regionale.

#### 1.4.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina.

<b>Definizione</b>	<b>1.4.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina</b>	
<b>Numeratore</b>	N. totale di aziende ovicaprine controllate 42	
<b>Denominatore</b>	N. totale di aziende ovicaprine da sottoporre a controlli: n.37 (pari al 3% del totale delle aziende presenti sul territorio cioè $1205 \times 3/100 = 36,15$ )  N. capi da sottoporre a controlli: n.4321 (pari al 5% dei capi presenti sul territorio: $86.425 * 5/ 100 = 4321$ )	
<b>Formula matematica</b>	N. di aziende ovicaprine controllate (42) / N. totale di allevamenti da sottoporre a controllo (37) x 100 $(42 / 37 \times 100 = 113,5)$	
<b>Formula matematica</b>	N. di capi controllati (5350 / n. di capi da sottoporre a controllo 4321 * 100 <b>Formula <math>5350/ 4321 *100 = 123,8\%</math></b>	
<b>Fonte</b>	Banca dati regionale Anagrafe Animali	
<b>Note</b>	Il controllo per l'anagrafe ovicaprina viene effettuato: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sul 3% del numero totale delle aziende ovicaprine presenti sul territorio e registrati all'anagrafe Zootecnica;</li> <li>- sul 5% dei capi ovi-caprini presenti sul territorio e registrati nell'Anagrafe Zootecnica.</li> </ul>	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%	
<b>Punteggio relativo</b>		

L' obiettivo risulta ampiamente raggiunto in quanto sono stati eseguiti tutti i controlli programmati e richiesti dalla programmazione regionale



#### 1.4.4 Percentuale dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale.

<b>Definizione</b>	1.4.4 Percentuale dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale.	
<b>Numeratore</b>	N. di campioni analizzati 8	
<b>Denominatore</b>	N. di campioni programmati 8	
<b>Formula matematica</b>	N. di campioni programmati / N. di campioni analizzati *100 $8/8*100 = 100 \%$	
<b>Fonte</b>	Banca dati regionale NSIS sanità	
<b>Note</b>	Il controllo per la ricerca dei residui viene effettuato secondo le indicazioni del Piano nazionale (matrici da analizzare e tipologia dei siti da sottoporre a controllo)	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>100%</b>	
<b>Punteggio relativo</b>		

Nel 2013 i servizi veterinari della ASM hanno analizzato 8 campioni di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale, pari al 100% dei campioni programmati, raggiungendo, pertanto, al 100% l'obiettivo fissato dalla programmazione regionale.



## AREA N. 2

### AREA DI

## RISULTATO PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

### 2.1. APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

#### 2.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzati per età e sesso.

<b>Definizione</b>	2.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzati per età e sesso.	
<b>Numeratore</b>	N. di ricoveri ordinari attesi	
<b>Denominatore</b>	Popolazione standard	
<b>Formula matematica</b>	$N. \text{ di ricoveri ordinari attesi} / \text{Popolazione standard} * 100$	101,13*
<b>Fonte</b>	SIS Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. La popolazione standard e quella ISTAT Italia 2001. Sono esclusi i ricoveri: - Relativi a neonati normali (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)	

\*dato 2012

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%
<b>Punteggio relativo</b>	

In merito al suddetto obiettivo, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2013. Nello specifico non sono pervenuti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

Il suddetto indicatore nell'anno 2012 è stato pari a 101,13, evidenziando una performance ottimale da parte dell'Azienda, con il raggiungimento del target prestabilito al 100%.

Nel corso del 2013 l'Azienda ha continuato a perseguire l'obiettivo del contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il target prestabilito, attraverso la ricerca dell'appropriatezza nella scelta del setting assistenziale da utilizzare per l'erogazione delle prestazioni.

Tale strategia ha portato ad un'ulteriore riduzione dei ricoveri erogati dagli ospedali per acuti di quest'Azienda, come precedentemente rappresentato, con riguardo particolare ai DH, con l'effetto di un calo complessivo rispetto al 2012 di oltre 240 ricoveri.

In virtù delle considerazioni sopra effettuate, con riferimento specifico all'attuale obiettivo di contenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo dei ricoveri ordinari entro i parametri sopra indicati, pur non potendo fornire il relativo valore, a causa della indisponibilità dei dati di mobilità ospedaliera passiva extraregionale, se ne può ragionevolmente ipotizzare il pieno raggiungimento anche per il 2013.

Va evidenziato che il valore del tasso di ospedalizzazione relativo al 2012 è stato desunto dal rapporto predisposto dall'Istituto Sant'Anna di Pisa.

### 2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medici per ricoveri ordinari

<b>Definizione</b>	2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medici per ricoveri ordinari	
<b>Numeratore</b>	N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x i ricoveri ordinari	<b>1817</b>
<b>Denominatore</b>	N. dimessi da reparti chirurgici x i ricoveri ordinari	<b>5634</b>
<b>Formula matematica</b>	$\frac{\text{N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x i ricoveri ordinari}}{\text{N. dimessi da reparti chirurgici x i ricoveri ordinari}} \times 100$	<b>32,35</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	<p>Si considerano i soli ricoveri ordinari</p> <p>Le specialità chirurgiche sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38, otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59)</li> <li>- i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643)</li> <li>- i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125</li> <li>- le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95</li> <li>- i dimessi con tipo DRG nè medico nè chirurgico</li> </ul>	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>0%</b>

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
<b>100%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>
< 20	da 20 a 30	> 30

### 2.1.3 Percentuale di ricoveri effettuati in Day surgery per i DRG dei LEA chirurgici

<b>Definizione</b>	2.1.3 Percentuale di ricoveri effettuati in Day surgery per i DRG dei LEA chirurgici	
<b>Numeratore</b>	N. di ricoveri effettuati in Day Surgery per i LEA chirurgici	<b>1.053</b>
<b>Denominatore</b>	N. ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA chirurgici	<b>2.478</b>
<b>Formula matematica</b>	$N. \text{ di ricoveri effettuati in Day Surgery} / \text{ Ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario} * 100$	<b>42,49</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	<p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010.  Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale:  006 – Decompressione del tunnel carpale  039 – Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia  119 – legature e stripping di vene  Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione.  Sono esclusi i ricoveri:  - dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)</p>	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>0%</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
<b>100%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>
<b>&gt; 60</b>	<b>da 50 a 65</b>	

### 2.1.4. Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche

<b>Definizione</b>	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche	
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<b>416</b>
<b>Denominatore</b>	N ricoveri in DH medico	<b>1.301</b>
<b>Formula matematica</b>	$N. \text{ ricoveri in DH medico con finalità diagnostica} / N \text{ ricoveri in DH medico} * 100$	<b>31,98</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	<p>Si considerano i DRG medici in ricovero di DH  Nel campo "finalità del Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico"</p>	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>0%</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
<b>100%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>
<b>&lt; 10</b>	<b>da 10 a 30</b>	

### 2.1.5 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi

<b>Definizione</b>	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri ordinari medici brevi	1245
<b>Denominatore</b>	N ricoveri ordinari medici	8720
<b>Formola matematica</b>	$N. \text{ ricoveri ordinari medici brevi} / N \text{ ricoveri ordinari medici} * 100$	14,28
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico. Il ricovero breve e identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni. Sono esclusi: - DRG 391: neonato normale - DRG 373: parto vaginale senza diagnosi complicanti - le modalita di dimissione: deceduto, dimissione volontaria, trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti.	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	50%
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 12	da 12 a 28	> 28

### 2.1.6 Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico

<b>Definizione</b>	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	
<b>Numeratore</b>	N. giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	<b>5.041</b>
<b>Denominatore</b>	N. di dimessi sottoposti a intervento chirurgico	<b>4.093</b>
<b>Formula matematica</b>	N. giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico / dimessi sottoposti a intervento chirurgico *100	<b>1,23</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	<p>L'analisi è ristretta a ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione maggiori di 1 giorno. Si considera il primo intervento in ordine cronologico.</p> <p>Codifiche ICD-9 CM: Codici di procedure chirurgiche: da 00 a 86 e 87.53, 88.52, 88.53, 88.54, 88.55, 88.56, 88.57, 92.27, 92.30, 92.31, 92.32, 92.33, 92.39, 96.70, 96.71, 96.72, 98.51</p> <p>Reparto di ammissione:  Chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica)</p> <p>• Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRGchirurgico</p> <p>Sono esclusi:  - I trapianti (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513. Pancreas: intervento principale 528*)  - I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento  - I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno  - I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione</p>	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>50%</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
<=1	da 1 a 1,45	>1,45

## **OBIETTIVO 2.2: APPROPRIATEZZA CLINICA**

### 2.2.1 Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2$ giorni

<b>Definizione</b>	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2$ giorni	
<b>Numeratore</b>	N. di interventi x frattura del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento < 2 giorni /	<b>143</b>
<b>Denominatore</b>	N. interventi per frattura di femore x 100	<b>355</b>
<b>Formula matematica</b>	N. di interventi x frattura del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento < 2 giorni / N. interventi per frattura di femore x 100	<b>40,28</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano solo i ricoveri ordinari. Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx AND codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna 81.51 Sostituzione totale dell'anca 81.52 Sostituzione parziale dell'anca 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>50%</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
<b>100%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>
> 60	da 40 a 60	

### 2.2.2 Percentuale di parti con taglio cesareo primario

<b>Definizione</b>	Percentuale di parti con taglio cesareo primario	
<b>Numeratore</b>	Numero totale di parti cesarei primari	<b>324</b>
<b>Denominatore</b>	n. totale di parti con nessun pregresso cesareo	<b>1.140</b>
<b>Formula matematica</b>	Numero totale di parti cesarei primari / n. totale di parti con nessun pregresso cesareo x 100	<b>28,42</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Sono inclusi i DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx o 640.xy-676.xy dove y = 1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99. Sono escluse tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi 654.2 nel ricovero per parto, codici di diagnosi 654.2 e di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti]; tutte le dimissioni di donne non residenti nella regione; tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni; tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice: nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)].	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>50%</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
<b>100%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>
> 35	da 25 a 35	

## OBIETTIVO 2.3: EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

### 2.3.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni

<b>Definizione</b>	<b>Tasso di ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni</b>	
<b>Numeratore</b>	N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni	
<b>Denominatore</b>	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni	
<b>Formula matematica</b>	N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni X 100	<b>312,93</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428 *, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 Esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i ricoveri in strutture private non accreditate	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>50 %</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
<b>100%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>
< 200	da 200 a 350	> 350

*I risultati relativi al tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per residenti della fascia di età 50 – 74 anni si riferiscono all'anno 2012 in quanto i dati di mobilità passiva attualmente disponibili sono quelli relativi all'anno 2012.*

### 2.3.2 Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni

<b>Definizione</b>	<b>Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni</b>
--------------------	---

<b>Numeratore</b>	N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20 – 74 anni	
<b>Denominatore</b>	popolazione residente della fascia di età 20 – 74	
<b>Formula matematica</b>	$\frac{\text{N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20 – 74 anni}}{\text{popolazione residente della fascia di età 20 – 74} \times 100}$	25,05
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non e disponibile la mobilita passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i DRG 113 e 114</li> <li>- i codici di procedura 36 e 39.5</li> <li>- i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)</li> <li>- i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale)</li> <li>- i ricoveri in strutture private non accreditate</li> </ul>	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	50 %
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 21	da 21 a 42	

*I risultati relativi al tasso di ospedalizzazione per diabete per residenti della fascia di età 20 – 74 anni si riferiscono all'anno 2012 in quanto i dati di mobilità passiva attualmente disponibili sono quelli relativi all'anno 2012.*

### 2.3.3 Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni

<b>Definizione</b>	Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni
--------------------	---

<b>Numeratore</b>	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni	
<b>Denominatore</b>	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni	
<b>Formula matematica</b>	$N. \text{ ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età } 50 - 74 \text{ anni} / \text{Popolazione residente della fascia di età } 50 - 74 \text{ anni} \times 100$	<b>69,73</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</p> <p>490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica</p> <p>491*: Bronchite cronica</p> <p>492*: Enfisema</p> <p>496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 50, 60, 75)</li> <li>- i ricoveri in strutture private non accreditate; i ricoveri in strutture private non accreditate</li> </ul>	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>50%</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
<b>100%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>
≥ 50	da 50 a 125	

*I risultati relativi al tasso di ospedalizzazione per BPCO per residenti della fascia di età 50 – 74 anni si riferiscono all'anno 2012 in quanto i dati di mobilità passiva attualmente disponibili sono quelli relativi all'anno 2012.*

#### 2.3.4 Percentuale di over 64 anni trattati in ADI

<b>Definizione</b>	Percentuale di over 64 anni trattati in ADI	
<b>Numeratore</b>	N. di over 64 anni trattati in ADI	<b>2.177</b>

Denominatore	popolazione residente over 64	38.969
Formula matematica	N. di over 64 anni trattati in ADI / popolazione residente over 64 x 100	6,0 %
Fonte	SIS – Flusso ADI	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
≥ 5,5	da 3,5 a 5,5	

Il numero di pazienti trattati in ADI con età superiore ai 64 anni nel 2013 è stato pari a 2.177, che rappresentano il 6% del totale della popolazione residente degli ultrasessantatrenni, in piena aderenza al target fissato dalla programmazione regionale, a testimonianza dell'efficacia dell'assistenza domiciliare erogata dall'Azienda.

### 2.3.5 Consumo di inibitori di pompa protonica

Definizione	Consumo di inibitori di pompa protonica	
Numeratore	N. unità posologiche di IIP erogate	6.879.985
Denominatore	Popolazione residente pesata	196.571
Formula matematica	N. unità posologiche di IIP erogate / popolazione residente pesata	35
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l'elaborazione	farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica – terapeutica - chimica) A02BC. E' escluso il consumo privato.	

% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
≥ 27	da 21 a 27	

Il consumo di inibitori di pompa protonica da parte dei residenti della ASM nel 2013 è stato pari a 35 unità posologiche erogate per abitante, evidenziando uno scostamento significativo rispetto al target fissato dalla programmazione regionale.

In proposito pare opportuno sottolineare che il suddetto risultato negativo costituisce una criticità costante che tradizionalmente caratterizza i consumi farmaceutici di tutta la Regione Basilicata. (Fonte Marno: nota sulla spesa farmaceutica 2013)



### 2.3.6 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine

<b>Definizione</b>	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine	
<b>Numeratore</b>	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno	1468
<b>Denominatore</b>	N. utenti che consumano statine	18.236
<b>Formula matematica</b>	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno / N. utenti che consumano statine x 100 (1456/17776 x 100)	
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno	
<b>Note x l'elaborazione</b>	farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica – terapeutica - chimica) A02BC. E' escluso il consumo privato.	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 8	da 8 a 15	

\* Nel calcolo riportato sono stati considerati i pazienti che hanno assunto 1 o 2 confezioni nel 2013 e che risultano senza alcuna prescrizione nei 12 mesi antecedenti la prima prescrizione, senza considerare gli utilizzatori occasionali dei mesi di novembre e dicembre, non potendo escludere per essi la continuazione della terapia anche nel 2014.

Pertanto l'obiettivo in oggetto si può ritenere praticamente raggiunto, in quanto è ipotizzabile che per alcuni pazienti si sia determinata l'interruzione della terapia a causa di eventi esterni avversi, quali il decesso, il trasferimento in altra provincia, ecc., di conseguenza essi non dovrebbero essere definiti utilizzatori occasionali.

### 2.3.7 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina

<b>Definizione</b>	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina	
<b>Numeratore</b>	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 2sostanze ad azione sul sistema renina- angiotensina erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale	252.971
<b>Denominatore</b>	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09	527.173
<b>Formula matematica</b>	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati / N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 x 100 (233.504/506.503 x 100)	
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno	
<b>Note x l'elaborazione</b>	I sartani appartengono alla classe ATC3. E' escluso il consumo privato	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	0%
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 30	da 30 a 35	

In proposito pare opportuno sottolineare che il suddetto risultato negativo costituisce una criticità costante che tradizionalmente caratterizza i consumi farmaceutici di tutta la Regione Basilicata. (Fonte Marno: nota sulla spesa farmaceutica 2013)

### 2.3.8 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

<b>Definizione</b>	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	
<b>Numeratore</b>	N. utenti che consumano 1 –2 confezioni di antidepressivi all'anno	1.856

<b>Denominatore</b>	N. utenti che consumano antidepressivi	9.386
<b>Formula matematica</b>	N. utenti che consumano 1 – 2 confezioni di antidepressivi all'anno / N. utenti che consumano antidepressivi x 100 (1.969 / 10.342 x 100)	19,78
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno	
<b>Note x l'elaborazione</b>		

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 27	da 27 a 31	

Gli utenti dell'ASM che consumano 1 – 2 confezioni di antidepressivi all'anno nel 2013 sono stati 1.856, pari al 19,78% del totale degli utenti che consumano antidepressivi, in piena aderenza al target fissato dalla programmazione regionale.

### 2.3.9 Consumo di farmaci antibiotici

<b>Definizione</b>	Consumo di farmaci antibiotici	
<b>Numeratore</b>	DDD farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell'anno	1.908.840 x 1000
<b>Denominatore</b>	N. residenti x 365	200.012 x 365
<b>Formula matematica</b>	DDD di altri farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell'anno / N. residenti x 365 x 1000	26,14*
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno	
<b>Note x l'elaborazione</b>	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (Classificazione anatomica – terapeutica ) J01	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	0 %
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 20	da 20 a 24	

\*Non essendo molto chiara la definizione del numeratore (altri ???? farmaci antibiotici) è stata presa in considerazione la classe ATC J 01, come indicato nelle note per l'elaborazione).

La percentuale di antibiotici consumati nel 2013 si discosta dal target stabilito. In proposito pare opportuno sottolineare che il suddetto risultato negativo costituisce una criticità costante che tradizionalmente caratterizza i consumi farmaceutici di tutta la Regione Basilicata. (Fonte Marno: nota sulla spesa farmaceutica 2013)

**AREA N. 3**

## GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

L'Azienda Sanitaria di Matera nel corso del 2013 ha continuato a porre in essere molteplici attività rivolte a monitorare le varie aree e strutture aziendali in cui operare possibili interventi di razionalizzazione ai fini dell'efficienza economica – finanziaria al fine di ridurre e/o azzerare il rischio del non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Quest'Azienda fin dai primi mesi del 2012 ha avviato un percorso virtuoso di risanamento della propria situazione economica, contraddistinto dallo sviluppo di molteplici processi di razionalizzazione delle risorse attraverso l'integrazione gestionale e professionale ed il perseguimento di un costante innalzamento del livello della appropriatezza clinica ed organizzativa, che nel 2013 ha portato al raggiungimento dell'equilibrio economico, con un avanzo pari a 116 mila euro.

Significativi a tale riguardo sono le attività di seguito elencate relative agli anni 2012 - 2013:

- la revisione, nei limiti del consentito, dei contratti in essere in una prospettiva di recupero dell'efficienza gestionale, senza intaccare i livelli essenziali di assistenza da garantire alla popolazione (razionalizzazione del servizio di vigilanza presso le strutture aziendali, con significativa riduzione dei costi);
- l'adozione in via sperimentale di modello di gestione del contenzioso e del rischio clinico in autoassicurazione, con soppressione dei costi assicurativi;
- riorganizzazione del servizio trasporti infermi, attraverso la rimodulazione della convenzione in essere e l'integrazione con il servizio del 118;
- razionalizzazione della spesa farmaceutica attraverso il potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci, della distribuzione in nome e per conto, delle azioni di monitoraggio e sensibilizzazione mirate a favorire l'appropriatezza prescrittiva sia sotto il profilo meramente clinico sia sotto quello economico (audit con i medici ospedalieri e i MMG/PLS),
- blocco del turn over del personale dipendente nei limiti e secondo le disposizioni previste dalla normativa vigente, con conseguente riorganizzazione dei servizi e delle attività produttive all'insegna della integrazione delle risorse umane e materiali al fine di contenere gli effetti depauperativi sui livelli di assistenza erogati.

Le risultanze del bilancio d'esercizio 2013, chiusosi con un utile pari a 116 mila euro, evidenziano la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il definitivo azzeramento di un deficit economico che ha storicamente gravato sulle gestioni precedenti, attestandosi su valori (-20 milioni di euro) tali da compromettere la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale.

I suddetti risultati assumono un significato tanto più rilevante in considerazione sia del limitato arco temporale in cui gli stessi sono stati realizzati (meno di un biennio), sia soprattutto dell'immutato volume di risorse assegnate all'Azienda nell'ambito del riparto del Fondo Sanitario Regionale 2012 - 2013, definendo di fatto le dimensioni reali e la portata dell'azione di risanamento posta in essere.

Tale azione è stata realizzata mediante massicci interventi di razionalizzazione dei costi, soprattutto quelli relativi a servizi non sanitari, che si collocano nell'ambito di un macro obiettivo che ha qualificato le strategie aziendali: il perseguimento di un costante innalzamento del livello dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, declinata sotto i tutti i profili, da quello clinico a quello organizzativo, nella convinzione che il recupero dell'appropriatezza sia l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse.

Tali interventi hanno consentito di contenere i costi senza intaccare i livelli quali-quantitativi assistenziali, senza, cioè, determinare una reale contrazione della produzione di servizi e prestazioni all'utenza, che, di converso, si è mantenuta sugli stessi livelli dell'anno precedente, risultando, rispetto a quest'ultima, maggiormente qualificata sotto il profilo della congruità dei setting assistenziali adoperati.

### OBIETTIVO 3.1: EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

#### 3.1.1. Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale



<b>Definizione</b>	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale	
<b>Criterio per la valutazione positiva</b>	Tetto di spesa x Assistenza Farmaceutica Territoriale 13,1 % del valore complessivo di riparto del fondo sanitario regionale assegnato all'azienda	
	FSR trasferito alla ASM dalla Regione anno 2012	€ 335.570.000,000
	Tetto di spesa x ass. farmaceutica territoriale (13,1 %)	€ 38.087.195,00
	Spesa farmaceutica territoriale della ASM anno 2012	€ 42.866.689,23 pari a 12,78% vedi nota sotto
<b>Fonte</b>	Ufficio Risorse finanziarie del Dipartimento Salute	
<b>Note x l'elaborazione</b>		

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%
<b>Punteggio relativo</b>	

**L'Assistenza farmaceutica territoriale comprende le seguenti voci di spesa realmente sostenuta dalla ASM:**

Spesa netta Farmaceutica convenzionata	€ 29.786.202,24
Distribuzione diretta farmaci fascia "A" in dimissione osped. e a seguito di visita spec.	€ 6.215.825,08
Spesa di acquisto di farmaci per la "Distribuzione per conto"	€ 5.745.903,49
Oneri alle farmacie e ai distributori intermedi per la "Distribuzione per conto"	€ 1.118.758,42
<b>TOTALE</b>	<b>€ 42.866.689,23 pari al 12,78%</b>

Ai sensi della L.222/2007, tuttavia, la spesa farmaceutica convenzionata deve essere considerata al lordo del Ticket (pur non essendo una spesa effettivamente sostenuta dalla ASM) pari a € 1.899.012,49 successivamente la L. 135 /2012, che ha rideterminato nella misura del' 11,35 il tetto della spesa 2013, ha stabilito che tale tetto è al netto del ticket corrisposto per differenza rispetto al prezzo per il rimborso stabilito dall'AIFA e, pertanto, alle precedenti voci di spesa deve essere sommato solamente l'importo del ticket regionale che, deve essere sommato alle precedenti voci di spesa e cioè:

**Totale compreso Ticket € 1.899.012,49 + 42.866.689 = € 44,765.701,21 pari al 13,34 % .**

**Poiché nel calcolo del tetto di spesa si deve tener conto anche dell'importo del Pay – back versato dalle aziende farmaceutiche alle Regioni, ci si riserva di definire il valore della effettiva spesa farmaceutica territoriale non appena in possesso del suddetto importo, che probabilmente sarà reso noto dalla Regione Basilicata.**

### 3.1.2. Spesa farmaceutica territoriale pro capite

<b>Definizione</b>	<b>Spesa farmaceutica territoriale pro capite</b>	
<b>Numeratore</b>	Spesa farmaceutica convenzionata + spesa per la distribuzione diretta	42.039.824,26
<b>Denominatore</b>	Popolazione residente pesata	196.571
<b>Formula matematica</b>	Spesa farmaceutica convenzionata + spesa per la distribuzione diretta / Popolazione residente pesata	213,87
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno	
<b>Note x l'elaborazione</b>	E inclusa la mobilità intraregionale E esclusa la mobilità extraregionale Per la distribuzione diretta si fa riferimento ai farmaci di classe A	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%
<b>Punteggio relativo</b>	

La spesa farmaceutica territoriale pro – capite sostenuta dalla ASM nel 2013 ammonta a € 213,87, consentendo alla ASM il raggiungimento dell'obiettivo pari al 100%.



Il costo della assistenza farmaceutica territoriale ha fatto registrare una notevole riduzione nel 2012 rispetto all'anno precedente, per effetto dell'introduzione del ticket sulle prescrizioni farmaceutiche, oltre che per le strategie di razionalizzazione della spesa e di ricerca dell'appropriatezza prescrittiva messe in campo dalla Azienda.

### 3.1.3. Percentuale derivati diidropiridinici non coperti da brevetto

Definizione	Percentuale derivati diidropiridinici non coperti da brevetto	
Numeratore	N. unità posologiche derivati diidropiridinici non coperti da brevetto erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale	2.025.348
Denominatore	Totale unità posologiche di derivati diidropiridinici erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale	2.519.504
Formula matematica	$N. \text{ unità posologiche derivati diidropiridinici non coperti da brevetto} / \text{Totale unità posologiche di derivati diidropiridinici} \times 100$	80,38
Fonte	SIS flusso Marno	
Note x l'elaborazione	I derivati diidropiridinici appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica terapeutica - chimica) C08CA	

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

La percentuale di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto sul totale dei derivati di diidropiridinici erogati dalle farmacie territoriali della ASM in regime convenzionale nel 2013 è stata pari all'80,38%, raggiungendo al 100% l'obiettivo fissato dalla Regione Basilicata.

### 3.1.4. Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto

Definizione	Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto	
Numeratore	N. unità posologiche di Ace inibitori associati non coperti da brevetto erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale	1.281.556
Denominatore	Totale unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale	1.968.020
Formula matematica	$N. \text{ unità posologiche di Ace inibitori associati non coperti da brevetto} / \text{Totale unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto} \times 100$	65,12 %
Fonte	SIS flusso Marno	
Note x l'elaborazione	Gli Ace inibitori associati appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica terapeutica - chimica) C09AB	

% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	

La percentuale di derivati di ACE inibitori non coperti da brevetto sul totale degli ACE inibitori erogati dalle farmacie territoriali della ASM in regime convenzionale nel 2013 è stata pari al 65,12%, discostandosi dal raggiungimento dell'obiettivo fissato dalla Regione Basilicata.

### 3.1.5. Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associati sui sartani non associati

<b>Definizione</b>	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associati sui sartani non associati	
<b>Numeratore</b>	N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto non associati	<b>2.392.164</b>
<b>Denominatore</b>	N. unità posologiche di sartani non associati	<b>3.076.624</b>
<b>Formula matematica</b>	N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto non associati / N. unità posologiche di sartani non associati x 100	<b>77,80/4 = 19,45 %</b>
<b>Fonte</b>	SIS flusso Marmo	
<b>Note x l'elaborazione</b>	I Sartani non associati appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica terapeutica - chimica) C09D	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>100 %</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

La percentuale di sartani a brevetto scaduto non associati sui sartani sul totale dei sartani non associati erogati dalle farmacie territoriali della ASM in regime convenzionale nel 2013 è stata pari all'77,80%, raggiungendo al 100% l'obiettivo fissato dalla Regione Basilicata.

### 3.1.6. Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA associati sui sartani associati

<b>Definizione</b>	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA associati sui sartani associati	
<b>Numeratore</b>	N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto non associati	<b>2.501.716</b>
<b>Denominatore</b>	N. unità posologiche di sartani non associati	<b>3.476.396</b>
<b>Formula matematica</b>	N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto non associati / N. unità posologiche di sartani non associati x 100	<b>72,00/4 = 18,00%</b>
<b>Fonte</b>	SIS flusso Marmo	
<b>Note x l'elaborazione</b>	I Sartani non associati appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica terapeutica - chimica) C09D	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>50%</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

La percentuale di sartani a brevetto scaduto associati sui sartani sul totale dei sartani associati erogati dalle farmacie territoriali della ASM in regime convenzionale nel 2013 è stata pari al 18,00%, e si discosta lievemente dal raggiungimento del 100% del target stabilito dalla programmazione regionale, collocandosi nella fascia intermedia di raggiungimento dell'obiettivo pari al 50%.

### 3.2 Razionalizzazione delle risorse economiche e finanziarie

#### 3.2.1 Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino

<b>Definizione</b>	Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino	
<b>Numeratore</b>	Differenza tra il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del Modello SP dell'anno ed il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del Modello SP di due anni precedenti (= Valore Diff)	<b>2.324 €/000</b>
<b>Denominatore</b>	Il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario del Modello SP relativo a 2 anni precedenti (= valore base)	<b>6.020 €/000</b>
<b>Formula matematica</b>	Valore diff. / valore base	<b>38,6%</b>
<b>Fonte</b>	Ufficio Risorse finanziarie del dipartimento Salute	
<b>Note x l'elaborazione</b>	L'obiettivo è raggiunto se il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" dello SP dell'anno è inferiore del valore obiettivo previsto, rispetto al valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del modello SP di due anni precedenti. Da MODELLO SP	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>100 %</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Con riferimento a tale indicatore si rileva quanto segue:

- o il valore delle rimanenze "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del Modello SP del 2013 è pari a 8.344 €/000,
- o il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del Modello SP 2011 è pari a 6.020 €/000,

ne deriva che lo scostamento tra il valore relativo al 2013 e quello relativo al 2011 è pari al 38,6%, non consentendo il raggiungimento del target stabilito dalla programmazione regionale.

Va tuttavia fatto notare come la rilevazione delle rimanenze nel 2013 è stata effettuata con maggiore rigore e precisione all'interno dei singoli reparti rispetto a quanto avvenuto nel 2011, con l'effetto di determinare un raffronto non troppo omogeneo e conseguentemente falsare il valore dell'indicatore.



#### 4. CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

## OBIETTIVO 4.1: UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI

### 4.1.1 Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)

<b>Definizione</b>	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)	
<b>Fonte</b>	SIS	
<b>Criterio per la valutazione</b>	Rispetto della completezza e tempistica di invio di tutti i flussi di seguito indicati	

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio	Risultato
Assistenza Domiciliare Integrata - DM 17/12/2008 (A.D.I.)	WEB	mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Assistenza Sanitaria Internazionale (ASPE)	WEB	semestrale (1° semestre entro il 31/5 dell'anno successivo, 2° sem.entro il 30.11.dell'anno successivo)	Inviato nei temp previsti
Assistenza Sanitaria Internazionale (TECAS:trasferimenti all'estero x cure ad altissima specializzazione)	WEB	Semestrale (entro il mese successivo al semestre)	Inviato nei temp previsti
Certificati di assistenza al parto	WEB	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi di struttura (FLS 11, FLS 12, STS 11, STS 14, RIA 11, HSP 11, HSP 11bis, HSP 12, HSP 13, HSP 14, HSP 16)	WEB	Annuale (30 aprile dell'anno di riferimento)	Inviato nei temp previsti
Flussi di attività (FLS 18, FLS 21, STS 21, STS 24, RIA 11)	WEB	annuale (31 gennaio dell'anno successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi relativi ad attività di ricovero (HSP 22bis, HSP 23, HSP 24)	WEB	trimestrale (entro il mese successivo al trimestre)	Inviato nei temp previsti
Emergenza urgenza DM 17/12/2008 (DEA Pronto Soccorso)	E- mail	Mensile (entro il 20 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Farmaceutica (diretta e per conto)	WEB	Mensile (entro il 15 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Farmaceutica (ospedaliera)	WEB	Mensile (entro il 15 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi economici: conto economico (mod.CE)	WEB	Trimestrale (entro il 30 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi economici: stato patrimoniale mod. SP)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi economici: (costi dei presidi (mod. CP)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi economici: costi per livello di assistenza (mod. LA)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei temp previsti
Monitoraggio consumi Dispositivi medici (Dm 11/12/2009)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES eventi sentinella)	WEB	Scheda A al verificarsi, scheda B entro 45 giorni (validazione Regione)	Inviato nei temp previsti
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES denuncia sinistri)	WEB	Annuale entro il 31/01 anno successivo (validazione regione)	Inviato nei temp previsti
Monitoraggio tempi di attesa (PNCTA)	WEB	Mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Residenziali / semiresidenziali DM 17/12/2008(FAR)	WEB	Mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio	Risultato
Monitoraggio Rete di Assistenza (MRA)	WEB	Riconversione dei dati: entro il	Inviato nei temp

		31/10/11 70%, entro il 31/12/11 100%. Successivamente: aggiornamento continuo	previsti
Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) - DM 15/10/2010 (SDO)	Supporto magnetico / E-mail	annuale entro il 31/05 anno successivo (Personale) semestrale entro 60 gg successivi (Attività)	Inviato nei temp previsti
Schede dimissione ospedaliera	WEB	mensile (entro 15 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Tossicodipendenza (SIND)	WEB	Annuale (validazione Regione)	Inviato nei temp previsti
Tessera Sanitaria (TS)	WEB	Mensile per le prestazioni ambulatoriali (entro il 6 del mese successivo) bisettimanale per latrati dati	Inviato nei temp previsti
Schede per il pronto soccorso	WEB	Trimestrale (entro il 15 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
PIANI DI RISANAMENTO - Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC e LEB (Dec. 2008/940/CE)	WEB	1° semestre entro 15/7 e annuale entro 28/2	Inviato nei temp previsti
PNAA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale -	Cartaceo	semestrale (1° semestre entro 31/7 e 31/01)	Inviato nei temp previsti
WEST NILE DISEASE - D. M. 29 novembre 2007 - Piano di sorveglianza nazionale per la encefalomielite di tipo West Nile (West NileDisease) e Ordinanza Ministeriale 5 novembre 2008	WEB	completo al 31/01	Inviato nei temp previsti
BENESSERE TRASPORTO- Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto"	WEB	annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
BENESSERE IN ALLEVAMENTO - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti"	Cartaceo	annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
FARMACOSORVEGLIANZA: Attività di ispezione e verifica.	Cartaceo	annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
ZOONOSI - Adempimenti direttiva 99/2003/CE e Regolamento 2160/99	Cartaceo	annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
BSE - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE.	Cartaceo	annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
SCRAPIE - Decisione della Commissione 2002/677/CE del 22/08/2002.	WEB	semestrale 15/07 - annuale 28/02	Inviato nei temp previsti
ANAGRAFE OVICAPRINA - livello minimo dei controlli in aziende oviceprine	WEB	(entro 30 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
ANAGRAFE BOVINA - livello minimo dei controlli aziende bovine	WEB	annuale	Inviato nei temp previsti
OGM- Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2009-2011	WEB	semestre 31/7 e annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
AUDIT SU STABILIMENTI - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale	cartaceo	annuale (31 gennaio dell'anno)	Inviato nei temp previsti
PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	WEB	completo al 31/12	Inviato nei temp previsti
RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	e-mail	risposta entro 7 giorni	Inviato nei temp previsti
FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	e-mail	annuale 31/3	Inviato nei temp previsti

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

## OBIETTIVO 4.2: REVISIONE CONTABILE

### 4.2 Revisione contabile

Definizione	Certificazione del bilancio	
Criterio per valutazione positiva	SI = opinion positiva dell'ente certificatore Positiva con limitazioni = opinion positiva con limitazioni dell'ente certificatore No = impossibilità	
Fonte		
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100 %
Punteggio relativo	

Gli uffici aziendali (U.O. Gestione Risorse finanziarie) stanno collaborando con la Società di revisione contabile B.D.O. s.p.a. ( a cui la Regione Basilicata ha conferito l'incarico di certificazione). Le attività sono iniziate a ottobre 2012 e sono attualmente in corso. Nel 2013 la ASM si è impegnata a rimuovere le cause ostative che hanno generato le limitazioni (non conformità rilevate) alla certificazione del bilancio d'esercizio 2012.

Pertanto si ritiene l'obiettivo raggiunto per quanto attiene le attività di competenza della ASM.

### 4.3. Controllo cartelle cliniche

Definizione	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	
Criterio per valutazione positiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- controllo di almeno il 10% delle cartelle cliniche di dimissione dell'anno in corso secondo quanto previsto dal D.M. salute del 10 dic. 2009</li> <li>- Invio entro il 15 maggio dell'anno successivo della relazione aziendale sul controllo effettuato</li> </ul>	<p>Nel corso dell'anno 2013 sono state controllate solo presso il P.O. di Matera, 2215(campione random) cartelle cliniche su un totale di 13.851, corrispondenti al 16 % del totale</p> <p>La relazione aziendale è stata inviata agli uffici regionali nei tempi previsti</p>
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale (OER B)	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Nel corso dell'anno 2013 sono state controllate 2215(campione random) cartelle cliniche su un totale di 14.059, solo presso il P.O. di Matera, corrispondenti al 16 % del totale.

La relazione aziendale è stata inviata agli uffici regionali nei tempi previsti

## OBIETTIVO 4.4 : RISK MANAGEMENT

### 4.4.1 Risk management

<b>Definizione</b>	Piano di previsione delle attività	<b>Azioni svolte</b>
<b>Criterio per valutazione positiva</b>	- entro il 31 marzo dell'anno in corso invio piano del risk management	Il Piano è stato inoltrato in Regione il 20 febbraio 2013 (prot.n. 210130014227)
<b>Fonte</b>	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
<b>Note x l'elaborazione</b>		

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%
<b>Punteggio relativo</b>	

Quest'Azienda nel corso del 2013 ha provveduto a predisporre il piano di previsione delle attività di risk management, che è stato inoltrato alla Regione con nota prot. n. 2030014227. Pertanto l'obiettivo è stato raggiunto al 100%.

#### 4.4.2 Risk management

<b>Definizione</b>	Relazione di attuazione delle attività di risk management	
<b>Criterio per valutazione positiva</b>	Entro il 28 febbraio 2013 invio della relazione di attuazione del piano di risk management	La relazione è stata inviata agli uffici regionali con nota del 20.02.2013 con prot. n. 20130014227
<b>Fonte</b>	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
<b>Note x l'elaborazione</b>		

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100%
<b>Punteggio relativo</b>	

Quest'Azienda nel corso del 2013 ha provveduto a predisporre la relazione inerente lo stato di attuazione del piano delle attività di risk management, che è stata inoltrata alla Regione con nota del 20.02.2013 prot. n. 20130014227. Pertanto l'obiettivo è stato raggiunto al 100%.



**OBIETTIVO 4.5 : VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE**

#### 4.5.1. Valutazione strategie per il controllo del dolore

<b>Definizione</b>	Consumo di farmaci oppioidi	
<b>Numeratore</b>	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo	37.488,86
<b>Denominatore</b>	N. residenti x 365	203.726 x 365
<b>Formula matematica</b>	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo / N. residenti x 365 x 1000	0,51
<b>Fonte</b>	SIS Flussi Marno	
<b>Note x P'elaborazione</b>		

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	0%
<b>Punteggio relativo</b>	

Il consumo di farmaci oppioidi è stato pari a 0,51 DD per residente, discostandosi pertanto dalle percentuali di raggiungimento pieno o parziale dell'obiettivo fissato dalla Regione.

## 5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

### 5.1. SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

#### 5.1.1 Customer Satisfaction

<b>Definizione</b>	Produzione relazione sulla customer satisfaction	
<b>Criterio per valutazione positiva</b>	Entro il 28 febbraio dell'anno successivo invio relazione sulla customer satisfaction	
<b>Fonte</b>	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
<b>Note x P'elaborazione</b>		

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	
<b>Punteggio relativo</b>	

E' stata predisposta una indagine sulla customer satisfaction e inviata una relazione sulle attività svolte e sui risultati raggiunti all'Ufficio Pianificazione del Dipartimento salute.



## 5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

### 5. SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

### 5.1.2 Produzione del bilancio sociale

Definizione	Produzione del bilancio sociale	
Criterio per valutazione positiva	Entro il 28 febbraio dell'anno successivo invio del bilancio sociale	
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Con delibera aziendale n. 1380 /2013 è stato approvato il Bilancio Sociale in forma di Bilancio di missione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera 2012 – 2013, predisposto in collaborazione alla Fondazione Universitaria CEIS Economia Tor Vergata.

Il suddetto documento è stato redatto in conformità agli standard di qualità attesi soddisfacendo a pieno le esigenze informative intrinseche alle finalità che lo stesso Bilancio Sociale si pone.

Il Bilancio Sociale in forma di Bilancio di missione 2012 – 2013 della ASM è stato trasmesso al Presidente della Giunta della Regione Basilicata, al Dipartimento Politiche della Persona della Regione, alla Conferenza dei sindaci, all'O.I.V. e al Collegio Sindacale aziendali, oltre che essere pubblicato su apposita sezione del sito web aziendale al fine di diffonderne la conoscenza a tutti i soggetti interessati.



## 5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

### 5.2.1. Liste di attesa

<b>Definizione</b>	Miglioramento sui tempi di attesa	
<b>Numeratore</b>	N. di liste di attesa critiche risolte	
<b>Denominatore</b>	N. liste di attesa critiche	
<b>Formula matematica</b>	N. di liste di attesa critiche risolte / N. liste di attesa critiche x 1000	
<b>Fonte</b>	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
<b>Note x l'elaborazione</b>		

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	100 %
<b>Punteggio relativo</b>	

Un gruppo di lavoro aziendale ha analizzato tutte le liste di attesa presenti in Azienda ed è stato predisposto (all'inizio dell'anno in corso) un piano di intervento per il miglioramento delle liste di attesa critiche che prevedeva:

- Apertura e condivisione delle liste di prenotazione dei centri accreditati
- Introduzione delle classi di priorità
- Lista palese e separata dei programmati interni
- Gestione prime visite con lista dedicata e aumento dell'offerta da parte degli specialisti;
- Governo della richiesta generica con tavolo condiviso con i MMG
- Pulizia della lista delle procedure programmate a lungo termine
- Sono stati organizzati e tenuti diversi incontri con i MMG al fine di condividere le classi di priorità, e governare la richiesta di prestazioni ambulatoriali inappropriate.

Sono state attivate ex novo presso le strutture Ospedaliere e le strutture territoriali dell'Azienda Sanitaria Matera nel 1° semestre dell'anno 2013 le classi di priorità B e D per 60 delle prestazioni diagnostiche e strumentali erogate, tutte indicate nell'allegato A. Con un notevole sforzo organizzativo è stato quindi quasi del tutto realizzato il percorso previsto dal Dipartimento Salute della Regione Basilicata per consentire l'accesso in tempi ragionevoli alla diagnosi e alla cura agli utenti con particolari esigenze cliniche.

Occorre rilevare che per diverse delle prestazioni suddette i calendari delle priorità sono stati in breve tempo saturati dalle prenotazioni ed è stato superato in molti casi il limite temporale di 10 giorni di attesa indicato dalle linee guida regionali per la classe B. Tuttavia, anche se si rende necessario attivare una severa verifica sull'appropriatezza delle richieste di prestazioni effettuate dai medici prescrittori e sulle motivazioni da questi indicate, occorre potenziare la disponibilità delle prestazioni medesime. Pertanto notevoli sono stati i risultati positivi raggiunti in termini di tempo di accesso alle cure.

Nella tabella successiva sono riportate alcuni dei risultati raggiunti per tale classe di prestazioni.

Tempi di attesa per le classi di priorità b attivate nel primo semestre 2013				
	Stu	Descrizione	Uo	Descrizione
<i>ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA</i>				
	Ospedale Policoro	Cardiologia - Ecocardi	4	
<i>ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO</i>				
	Ospedale Matera	Geriatrics - Ecografie	4	
	Ospedale Matera	Radiologia - Ecografie	3	
<i>ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA</i>				
	Ospedale Matera	Senologia -	16	
	Ospedale Policoro	Radiologia - Eco mammella	15	

<i>Ecografia della tiroide-paratiroidi</i>			
	Ospedale Matera	Geriatría - Ecografie	4
<i>Ecografia delle ghiandole salivari</i>			
	Ospedale Matera	Radiologia - Ecografie	3
<i>Ecografia delle vie urinarie (reni, vescica)</i>			
	Ospedale Policoro	Ginecologia - Ostetricia	3
<b>ECOGRAFIA OSTETRICA</b>			
	Ospedale Policoro	Ginecologia - Ostetricia	3
<b>ELETTROCARDIOGRAMMA</b>			
	Ospedale Matera	Cardiologia - Visita ed ECG	19
	Ospedale Policoro	Cardiologia - Visite - ECG	15
<b>ESAME DEL FUNDUS OCULI</b>			
	Ospedale Matera	Oculistica - Fundus	2
	Ospedale Policoro	Oculistica - Fondo oculare	2
<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]</b>			
	Ospedale Matera	Endoscopia - Esofagogastroduodenoscopia	16
	Presidio Ospedaliero Tricarico	Endoscopia - Gastroscopia	4
<b>MAMMOGRAFIA</b>			
	Ospedale Policoro	Radiologia - Mammografia	13
<i>Visita cardiologica</i>			
	Ospedale Matera	Cardiologia - Visita ed ECG	19
	Ospedale Policoro	Cardiologia - Visite - ECG	15
<i>Visita fisiatrica</i>			
	Ospedale Policoro	Fisiatria - Visite	8
<i>Visita medicina dello sport</i>			
	Ospedale Matera	Neurologia - Visite	12
<i>Visita ostetrico - ginecologica</i>			
	Ospedale Policoro	Ginecologia - Ostetricia	3
	Ospedale Policoro	Ginecologia - Ostetricia (Visite Priorità D)	3
<i>Visita senologica</i>			
	Ospedale Matera	Senologia -	16

Per quanto riguarda i tempi di attesa medi, nonostante nella maggior parte dei casi ci sia stata una riduzione consistente rispetto all'anno precedente restano alcune situazioni critiche quali ad esempio i tempi di attesa eccessivi per le visite allergologiche, dermatologiche, senologiche e urologiche, e per gli ecodoppler periferici ed test cardiovascolari da sforzo.

Da un primo esame e attento monitoraggio dell'andamento delle attività si riscontra, rispetto ai primi mesi dell'anno, un miglioramento sensibile dei tempi di attesa riscontrabile direttamente sulla procedura CUP. Si sta procedendo all'apertura e condivisione delle liste di prenotazione dei centri accreditati.

Per le considerazioni sopra effettuate, l'obiettivo in oggetto può ritenersi raggiunto al 100%.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(dr. ROCCO A.G. MAGLIETTA)**

La Dirigente Responsabile della U.O.  
Pianificazione e Controllo Strategico  
(dott.ssa M. Giuliana Di Grottole)



**Obiettivi dei Direttori di Dipartimento/Distretto ASM**

**A) OBIETTIVI ORGANIZZATIVI**

OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2013	SOURCE DATA
Organizzare almeno 3 Comitati di Dipartimento all'anno con verbale	Trasmissione di almeno 3 verbali di Dipartimento al Centro di Controllo Strategico	3	CCS
Condividere le decisioni strategiche all'interno del Dipartimento assunte nell'ambito del Collegio di Direzione entro 15 giorni dalla data del Collegio di Direzione	Trasmissione del verbale di Dipartimento al Centro di Controllo Strategico della riunione di Dipartimento	Un verbale per ogni Collegio di Direzione	CCS
Stimolare l'uso della email aziendale attraverso l'invio delle comunicazioni a rilevanza esclusivamente interna ai Direttori di SC e SSD del dipartimento tramite la posta elettronica aziendale	N. comunicazioni inviate ai Direttori di SC e SC Dipartimentali	12	Dipartimento

**B) OBIETTIVI DI QUALITA' /FORMATIVI**

OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2013	SOURCE DATA
Stabilire ed organizzare con ogni Unità Operativa afferente al Dipartimento un calendario di incontri su problematiche comuni (es. Clinical problem solving, protocolli di intesa, standardizzazione di processi etc)	Trasmissione al CCS del calendario degli incontri (almeno 1 per ogni Unità Operativa) con relativi fogli di presenza	Un incontro per Unità operativa dipartimentale	CCS
Raccogliere annualmente i fabbisogni formativi delle Unità Operative e promuovere percorsi condivisi	Trasmissione annuale dei fabbisogni formativi alla U.O. Formazione	entro il 15 giugno 2013	U.O. Formazione

**C) OBIETTIVI ECONOMICI**

OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2013	SOURCE DATA
Predisposizione di un elenco di richieste per l'acquisto di apparecchiature per ogni U.O.	Trasmissione annuale dell'elenco di richieste di apparecchiature da acquistare	entro il 15 giugno 2013	U.O. Provveditorato ed Economato

**D) OBIETTIVI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE**

OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2013	SOURCE DATA
Assegnazione e condivisione degli obiettivi ai Dirigenti di struttura complessa e semplice dipartimentale	Trasmissione al CCS delle schede di assegnazione degli obiettivi dirigenziali entro 15 giorni dalla approvazione del documento di budget 2013	entro 15 giorni dalla approvazione del documento di budget 2013	CCS

