



## Relazione di verifica sul raggiungimento degli obiettivi aziendali di salute e di programmazione economico – finanziaria relativi all'anno 2018.

Il presente documento si propone lo scopo di fornire primi elementi valutazione in ordine allo stato di raggiungimento degli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria assegnati a quest'Azienda dalla Giunta Regionale di Basilicata con D.G.R. n. 190 del 9 marzo 2018.

Nello specifico il sistema degli obiettivi assegnati alle Aziende del Sistema Sanitario Regionale della Basilicata ripropone lo stesso impianto programmatico avviato con la D.G.R. 167/2017, sia sotto il profilo strutturale che sotto quello delle logiche sottostanti, che recepisce i cambiamenti nel frattempo intervenuti a livello normativo oltre che nell'ambito dei sistemi di valutazione delle performance delle strutture sanitarie.

A tal riguardo la Regione Basilicata ha aderito ad un network di Regioni, coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il cui scopo è fornire un sistema di valutazione della performance del sistema sanitario, attraverso il confronto di un set di indicatori, condivisi tra tutte le regioni aderenti al predetto network.

Il sistema degli obiettivi assegnati alle Aziende del SSR lucano per l'anno 2018 afferisce a 4 principali aree di risultato:

- Tutela della salute
- Performance organizzative e cliniche aziendali
- Gestione economico – finanziaria
- Conseguimento di obiettivi strategici regionali

ed è articolato in 18 obiettivi per le Aziende Sanitarie Territoriali, misurati attraverso indicatori per ogni area di risultato e obiettivo.

Gli obiettivi hanno deliberatamente natura sintetica e non esaustiva dell'intero panel di indicatori che possono monitorare l'andamento delle Aziende Sanitarie della Regione.

Nel presente documento si utilizza la stessa articolazione espositiva adottata nell'impianto programmatico regionale, riproponendo in maniera schematica lo stesso ordine sequenziale degli indicatori predefiniti, per ciascuno dei quali si fornisce specifica valutazione in ordine allo stato di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target prefissati.

### **SINTESI DEL BILANCIO E RELAZIONE SUL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ECONOMICI – FINANZIARI**

L'esercizio 2018 dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico si è chiuso evidenziando un utile pari a circa 1,145 milioni di euro, che conferma, per il sesto anno consecutivo il pieno raggiungimento dell'equilibrio di gestione, consolidando quell'inversione di tendenza rispetto al passato, avviata nel 2013 e proseguita per il 2014, 2015 e 2016, che ha consentito la tenuta del sistema, preservandone le condizioni di sostenibilità.

Il trend virtuoso dei risultati di gestione relativi agli ultimi anni, stigmatizza gli effetti derivanti da una strategia di grande rigore sotto il profilo economico e finanziario, avviata dall'Azienda nel corso del 2012 e proseguita negli anni successivi, evidenziando la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il definitivo azzeramento di un deficit economico che aveva storicamente gravato sulle gestioni precedenti e che si era attestato su valori (-20 milioni di euro) tali da compromettere



la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale. Tale azione, che ha consentito di consolidare l'equilibrio di bilancio nell'ultimo quinquennio, 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, 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 pregiudicare i livelli quali-quantitativi assistenziali, senza, cioè, determinare alcuna sostanziale 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 della casistica trattata e dei setting assistenziali adoperati.

I risultati conseguiti esaltano la valenza di un principio guida che ha orientato le scelte gestionali effettuate da quest'Azienda negli ultimi anni, che è divenuto criterio cardine del proprio "modus operandi": la lotta ad ogni forma di "antieconomicità" nell'ambito della gestione, intendendo per antieconomicità ogni spesa, ogni investimento, ogni prestazione, ogni servizio, ogni operatore al quale non corrisponda un adeguato beneficio in termini di salute per la popolazione assistita, al fine di avviare un processo virtuoso di ammodernamento del proprio sistema di offerta dei servizi, dei comportamenti professionali, e più in generale delle modalità di approccio agli interventi rispetto alle comunità di riferimento, in grado di fornire concrete risposte all'annoso conflitto tra limitatezza delle risorse disponibili e garanzia dei diritti da tutelare.

In virtù di tale principio, nel periodo considerato, è stata esercitata una capillare attività di monitoraggio dei costi e delle attività aziendali, alla ricerca di tutti i possibili margini di razionalizzazione, che ferma restando l'efficacia dei servizi erogati, consentisse la realizzazione di economie gestionali.

Altro elemento che, in un certo senso, ha agevolato l'Azienda nell'azione di risanamento economico è costituito dall'applicazione della normativa vigente, che ha preso il via nel 2012 con il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, ad oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con l'invarianza dei servizi ai cittadini", convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ed è proseguito negli anni successivi con le norme di finanza pubblica che si sono succedute fino al 2018.

Quest'Azienda, con deliberazione n. 1075/2017, (integrata con le deliberazioni n. 1017/2017), ha approvato il Bilancio di Esercizio 2018. Approvato con DGR n. 1430 del 29/12 2017 dalla Regione Basilicata

Gli effetti delle strategie aziendali, poste in essere con gli interventi di razionalizzazione della spesa sopra indicati, hanno consentito all'Azienda di consolidare strutturalmente in questi anni l'equilibrio di gestione, assicurando anche per l'anno 2018 il raggiungimento del pareggio di bilancio.

Prima di soffermarsi sulle risultanze contabili è opportuno precisare che l'analisi comparativa del bilancio d'esercizio 2018 con il consuntivo 2017, è stata effettuata prendendo in considerazione lo schema del modello CE, che prevede un'articolazione delle voci economiche più analitica e dettagliata rispetto a quella contemplata nello schema di bilancio.



Si riporta di seguito, espresso in migliaia di euro, il raffronto sintetico delle principali componenti del bilancio economico relativo al consuntivo 2018, preventivo 2018 e consuntivo 2017.

Migliaia di euro	Consuntivo 2017	Preventivo 2018	Consuntivo 2017	Scostamento	
				cons.'18 - cons.'17	
<b>Valore della produzione</b>	394.375	378.913	391.202	-3.173	-0,8%
<b>Costi di produzione</b>	384.807	371.163	387.575	2.768	0,7%
<b>Proventi e oneri finanziari</b>	0	0	0	0	
<b>Proventi e oneri straordinari</b>	-667	0	5.871	6.538	-980,2%
<b>Imposte e tasse</b>	7.660	7.750	7.686	26	0,3%
<b>Risultato d'esercizio</b>	1.241	0	1.145	-96	-7,7%

Il bilancio d'esercizio 2018 si è chiuso con un utile di esercizio pari a 1,145 milioni di euro.

L'analisi economica delle macro-voci di bilancio di esercizio 2018 evidenzia come, rispetto al 2017, a fronte di un decremento dei ricavi di -3,2 milioni di euro, pari al -0,8%, si sia registrato un incremento complessivo dei costi di produzione di 2,768 milioni di euro, pari al +0,7%, cui si è aggiunto un aumento netto dei proventi straordinari di 6,538 milioni di euro, con l'effetto finale di una lieve riduzione dell'utile di esercizio di 96 mila euro, pari al -7,7%.

Ciò premesso si riporta di seguito, per ciascuna area e per ogni obiettivo, la verifica dei risultati raggiunti nel 2018 per ogni indicatore considerato, specificando la fonte dei dati riportati e fornendo ogni altro elemento ritenuto utile per la relativa valutazione.

TUTELA DELLA SALUTE

PREVENZIONE PRIMARIA

1.a.1 Copertura per vaccino MPR

<b>Definizione</b>	<b>Copertura per vaccino MPR (Morbilli – Parotite – Rosolia)</b>		
<b>Numeratore</b>	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (ciclo base completo 1 dose) per MPR		
<b>Denominatore</b>	n. di bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione		
<b>Formula matematica</b>	Cicli vaccinali per MPR completati nell'anno (1392) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1532) *100 = <b>91,00%</b>		
<b>Fonte</b>	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartimento Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
<b>Note</b>			
<b>Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt;90</b>	<b>tra 90 a 95</b>	<b>&gt;95</b>

Nel 2018 i cicli vaccinali per MPR completati tra i bambini nati nel 2016 dell'ASM sono stati 1.460 (rispetto ai 1.231 dell'anno precedente), a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1.532 soggetti .

Ne deriva che nel 2018 la copertura vaccinale per MPR nei bambini di 2 anni nell'ASM è stata pari a 91% molto superiore rispetto all'anno precedente (87,00%), raggiungendo al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

1.a.2 Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani) VGP

<b>Definizione</b>	<b>Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)</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 residente		
<b>Formula matematica</b>	Vaccinazioni antinfluenzale ai soggetti di età pari o superiore ai 65 (33.100) / popolazione residente con età pari o superiore ai 65 anni (44.000) *100 33.100/ 44.000 *100 = <b>75,22 %</b> (risultato 2018)		
<b>Fonte</b>	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
<b>Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt;60</b>	<b>Tra 60 e 75</b>	<b>&gt;75,22</b>

Nel 2018 i soggetti (di età pari o sup. ai 65 anni) interessati alla vaccinazione antiinfluenzale nell'ASM sono stati 33.100, in riferimento alla popolazione residente di età pari o superiore ai 65 anni pari a 44.000 soggetti , con una percentuale pari al **75,22%**, raggiungendo al **100%** l'obiettivo definito dalla programmazione regionale. Il dato dell'anno 2017 è pari al **66,50 %**, pertanto nel 2018 è stata aumentata la percentuale di copertura rispetto all'anno precedente.



**1.a.3 Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV)**

<b>Definizione</b>	<b>Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV)</b>		
<b>Numeratore</b>	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (3° dose registrata entro l'anno) entro il 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento		
<b>Denominatore</b>	n. di bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (coorte bambine nate nel 2006)		
<b>Formula matematica</b>	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (579) / Corte di bambine residenti nate nel 2006 (864) *100 - 579/ 864 *100 = <b>67,00%</b> (dato 2018 in aumento rispetto al 2017 60,2)		
<b>Fonte</b>	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartimento Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<60	tra 60 e 75	>75

Nel 2018 i cicli vaccinali completati tra le bambine, residenti nell'ASM, che hanno compiuto 12 anni (nate nel 2006) sono stati 579, a fronte di una coorte di bambine residenti nella provincia di Matera, nate nel 2006, pari a 864. Ne deriva che nel 2018 la copertura vaccinale papilloma virus (HPV) nella popolazione di bambine residenti nell'ASM nate nel 2006, è stata pari **al 67,00%, consentendo di raggiungere al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale, ma in ogni caso nettamente superiore al risultato dell'anno precedente (60,2%).**

Pare opportuno far presente che, in riferimento al raggiungimento del suddetto obiettivo, le percentuali target di raggiungimento assegnate dalla programmazione regionale, risultano troppo elevate, sia perché si discostano notevolmente dalle coperture vaccinali raggiunte negli anni passati a livello regionale, sia perché risultano anche molto più alte dai valori medi nazionali di copertura (64,39%), per questo tipo di vaccinazioni.

**1.a.4 Grado di Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari)**

<b>Definizione</b>	<b>Grado di Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari)</b>		
<b>Numeratore</b>	n. operatori sanitari vaccinati		
<b>Denominatore</b>	Totale dipendenti ruolo sanitario e tecnico		
<b>Formula matematica</b>	Operatori sanitari vaccinati ( 616 ) / totale dipendenti ruolo sanitario e tecnico (1950) *100 = 32,00 % 616/ 1950 *100 = <b>32,00 %</b> (risultato 2018)		
<b>Fonte</b>	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<25	Tra 25 e 40	➤ 40,00

Nel 2018 gli operatori sanitari vaccinati con vaccino antiinfluenzale nell'ASM sono stati 616, in riferimento al totale dei dipendenti ruolo sanitario e tecnico pari a 1950 soggetti, con una percentuale pari al 32%, **raggiungendo al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.**

**1.a.5 Grado di Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi**

<b>Definizione</b>	<b>Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi</b>
<b>Numeratore</b>	Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre x antimeningococcica
<b>Denominatore</b>	n. bambini residenti nella ASM con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre
<b>Formula matematica</b>	Cicli vaccinali completati tra i bambini residenti nella ASM nati nel 2016 al 31 dicembre (1320) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1532) *100 1320/ 1532 *100 = <b>86,10%</b> (dato 2018)
<b>Fonte</b>	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartimento Aziendale di Prevenzione Umana ASM
<b>Note</b>	

<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt; 90</b>	<b>Tra 90 e 95</b>	<b>&gt; 95</b>

Nel 2018 i cicli vaccinali completati tra i bambini, residenti nell'ASM, nati nel 2016 sono stati 1.320, a fronte di una coorte di bambini residenti nella provincia di Matera con età inferiore a 2 anni pari a 1.532. Ne deriva che nel 2018 la copertura vaccinale antimeningococcica nella popolazione di bambini residenti nell'ASM con età inferiore a 2 anni, è stata pari all'**86,10%**, superiore alla media nazionale, pari all'**82,64%**, raggiungendo allo 0% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

Pare opportuno far presente che, in riferimento al raggiungimento di questo obiettivo, le percentuali target di raggiungimento assegnate dalla programmazione regionale, risultano troppo elevate, sia perché si discostano notevolmente dalle coperture vaccinali raggiunte negli anni passati a livello regionale, sia perché risultano anche molto più alte dai valori medi nazionali di copertura per questo tipo di vaccinazioni.

In proposito, anche il Comitato Tecnico regionale per le Politiche vaccinali, in riunioni verbalizzate tenutesi ad inizio anno, aveva indicato obiettivi di copertura più aderenti alla realtà regionale e nazionale.

**1.a.6 Grado di Copertura vaccinale antipneumococcica**

<b>Definizione</b>	<b>Copertura vaccinale antipneumococcica</b>		
<b>Numeratore</b>	Cicli vaccinali (III dose) completati al 31 dicembre x antipneumococcica		
<b>Denominatore</b>	Corte di bambini residenti nel territorio con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre		
<b>Formula matematica</b>	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2016 (1460) / Corte di bambini nati nel 2015 (1532) *100 = <b>95, 30%</b> (risultato 2018)		
<b>Fonte</b>	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt;90</b>	<b>Da 90 a 95</b>	<b>&gt;95</b>

Nel 2018 i cicli vaccinali completati tra i bambini, residenti nell'ASM, nati nel 2016 sono stati 1.460, a fronte di una coorte di bambini residenti nella provincia di Matera con età inferiore a 2 anni pari a 1.532. Ne deriva che nel 2018 la copertura vaccinale pneumococcica nella popolazione di bambini residenti nell'ASM con età inferiore a 2 anni, è stata pari al **95, 30%**, in linea con il risultato 2017, raggiungendo al **100%** l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.



**1.a.7 Grado di Copertura vaccinale esavalente nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)**

<b>Definizione</b>	<b>Copertura vaccinale esavalente nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).</b>		
<b>Numeratore</b>	Cicli vaccinali completati ( 3° dose) al 31 dicembre per esavalente		
<b>Denominatore</b>	Corte di bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi		
<b>Formula matematica</b>	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2016 (1460) / Corte di bambini di età inf. a 24 mesi (1532) *100 1460 / 1532 *100 = <b>95,30 %</b>		
<b>Fonte</b>	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM		
<b>Note</b>	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difterite – Pertosse – Polio – Tetano - Epatite B e HIB)		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt;90</b>	<b>Da 90 a 95</b>	<b>&gt;95</b>

Nel 2018 i cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2016 dell'ASM sono stati 1.460 a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1.532.

Ne deriva che nel 2018 la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo di base (3 dosi) nell'ASM è stata pari 95,30 %, raggiungendo al 100% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.



**1.b.1 % di persone intervistate consigliate dal medico a fare attività fisica**

Codice	Indicatore	Anno di riferimento Bersaglio 2018	Valore %	Numerat.	Denomin.	Intervallo di confidenza
1.b.1	Suggerimento di fare attività fisica	2016 - 2018	19,43	227	1161	19,70% - 24,73%
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			0%	50%		100%
Risultato			Meno di 23	Tra 23 e 33		Più di 33

**1.b.2 % di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico a perdere peso**

Codice	Indicatore	Anno di riferimento Bersaglio 2018	Valore %	Numeratore	Denominatore	Intervallo di confidenza
1.b.1	Suggerimento di perdere peso	2016 - 2018	30,21	165	540	26,46% - 34,25%
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			0%	50%		100%
Risultato			Meno di 25	Tra 25 e 45		Più di 45

**1.b.3 % di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico a fare attività fisica x perdere peso**

Codice	Indicatore	Anno di riferimento Bersaglio 2018	Valore %	Numero	Denominatore	Intervallo di confidenza
1.b.1	Suggerimento di fare att. fisica x perdere peso	2016 - 2018	23,90	131	534	20,48% - 27,69%
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			0%	50%		100%
Risultato			Meno di 25	Tra 25 e 45		Più di 45

**1.b.4 % di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico a bere meno**

Codice	Indicatore	Anno di riferimento Bersaglio 2018	Valore %	Numero	Denominatore	Intervallo di confidenza
1.b.1	Suggerimento a bere di meno	2016 - 2018	7,27	5	63	3,01% - 16,53%

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			0%	50%		100%
Risultato			Meno di 3	Tra 3 e 9		Più di 9



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA



U.O.S.D. Programmazione e Controllo  
di Gestione – Formazione, ECM e  
tirocini

**1.b.5 % di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico a fare attività a bere meno**

Codice	Indicatore	Anno di riferimento Bersaglio 2018	Valore %	Numera tore	Denomina tore	Intervallo di confidenza
1.b.1	Suggerimento a smettere di fumare	2016 - 2018	47,92	128	270	41,48% - 54,43%

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	Meno di 35	Tra 35 e 55	Più di 55

Area Tutela della salute – Totale Promozione stili di vita 2/5

**PREVENZIONE SECONDARIA**

**1.c.1** Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina

<b>Definizione</b>	Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina		
<b>Numeratore</b>	donne (25 -64) che eseguono il test di screening per cervice uterina n. 17.129		
<b>Denominatore</b>	donne residenti nella ASM (donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni) nel periodo di riferimento (2 - 3 anni) n. 51.388 (diviso 3 anni)		
<b>Formula matematica</b>	n. donne (25 -64) che eseguono il test / popolazione di riferimento nei 3 anni x 100 = <b>25,07%</b>		
<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 CROB la popolazione di riferimento è quella regionale		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	0%	50%	100%
<b>Risultato</b>	Meno di 25	Tra 25 e 50	Più del 50

Dati inviati dalla Centrale Screening regionale

**1.c.2** Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per mammella

<b>Definizione</b>	Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per mammella		
<b>Numeratore</b>	N. donne in età target (50-69 anni) che eseguono il test di screening per carcinoma mammella n.13.963		
<b>Denominatore</b>	N. donne residenti (50-69 anni) nel periodo di riferimento (due anni) n. 27.927		
<b>Formula matematica</b>	n. donne (50-69 anni) che hanno effettuato il test di screening / (N. donne residenti nel periodo di riferimento (due anni) 13.963/ 27.927 (diviso 2 a anni)*100 =64,95 %		
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata – Sistema Informativo Screening del Ministero		
<b>Note</b>	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CR=B la pop. Di riferimento è quella regionale		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	0%	50%	100%
<b>Risultato</b>	< 35	tra 35 e 60	> di 60



**Dati inviati dalla Centrale Screening regionale**

**1.c.3 Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per colon retto**

<b>Definizione</b>	<b>Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per colon retto</b>		
<b>Numeratore</b>	N. persone in età target (50-69 anni) che eseguono il test di screening per tumore del colon retto 26.978		
<b>Denominatore</b>	N. persone residenti (50-69 anni) nel periodo di riferimento (due anni) n. 54.235		
<b>Formula matematica</b>	n. persone (50-69 anni) che hanno effettuato il test di screening / (N. donne residenti nel periodo di riferimento (due anni) 33,96		
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata – Sistema Informativo Screening del Ministero		
<b>Note</b>	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CR=B la pop. Di riferimento è quella regionale		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt; 25</b>	<b>tra 25 e 50</b>	<b>&gt; di 50</b>

**Dati inviati dalla Centrale Screening regionale**

**Area Tutela della salute – Totale Screening oncologici 2/3**

**SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

**1.d.1. Percentuale di copertura sul territorio delle aziende sottoposte a controllo rapportato al n. delle aziende con dipendenti VPG**

<b>Definizione</b>	<b>Percentuale di aziende ispezionate / n. di aziende con dipendenti presenti sul territorio</b>
<b>Numeratore</b>	Numero di aziende ispezionate dal servizio
<b>Denominatore</b>	N. aziende con dipendenti presenti sul territorio (ultimo dato disponibile 2014)
<b>Formula matematica</b>	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate / n. imprese attive presenti sul territorio (426 / 5350 *100) = 8,%
<b>Fonte</b>	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e Inail
<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>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt; 5</b>	<b>tra 5 e 10</b>	<b>&gt; 10</b>

Nel 2018 i servizi aziendali dell'area della prevenzione preposti alle attività di controllo hanno controllato 454 imprese attive, in sostanziale allineamento rispetto all'anno precedente, a fronte di un numero complessivo di imprese presenti nel territorio aziendale pari a 5.350 (tale dato si riferisce al 2014 ed è l'ultimo dato ufficiale disponibile e consultabile sul software). La % di raggiungimento dell'obiettivo, con la DGR in oggetto, è stata aumentata rispetto a quanto previsto negli anni precedenti, passando dall'8% al 10%. Pertanto nel 2018 la percentuale di imprese attive sottoposte a controlli da parte dell'ASM è stata pari all'8,00%, **raggiungendo il 50% il target** definito dalla programmazione regionale. Nel corso dei controlli sono state accertate contravvenzioni e impartite le relative prescrizioni tutte ottemperate.

## SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA



U.O.S.D. Programmazione e Controllo  
di Gestione – Formazione, ECM e  
tirocini

### 1.d.2. Copertura dei cantieri sottoposti a controllo sul territorio nuovo obiettivo 2018

<b>Definizione</b>	<b>n. di cantieri ispezionati /cantieri notificati</b>
<b>Numeratore</b>	Numero di cantieri ispezionati dal servizio
<b>Denominatore</b>	N. cantieri notificati
<b>Formula matematica</b>	Numero di cantieri ispezionati / n. cantieri notificati (900/258 *100 ) = <b>29,00%</b>
<b>Fonte</b>	Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER – Basilicata)
<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>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt; 20</b>	<b>tra 20 e 30</b>	<b>&gt; 30</b>

Nel 2018 i servizi aziendali dell'area della prevenzione preposti alle attività di controllo e ispezione hanno ispezionato 258 cantieri su 900 notificati, **raggiungendo il 50% il target** definito dalla programmazione regionale.

### 1.d.3. Valutazione dell'efficienza produttiva nuovo obiettivo 2018

<b>Definizione</b>	<b>n. di aziende ispezionate /personale UPG SPSAL</b>
<b>Numeratore</b>	Numero di aziende ispezionate dal servizio nel corso dell'anno
<b>Denominatore</b>	N. di personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro)
<b>Formula matematica</b>	Numero d aziende ispezionate / n. personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) è del <b>42,06% (426/10 *100)</b>
<b>Fonte</b>	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e Inail
<b>Note</b>	

<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt; 40</b>	<b>tra 40 e 50</b>	<b>&gt; 50</b>

Nel 2018, la valutazione dell'efficienza produttiva del servizio, valutata in riferimento al numero delle aziende ispezionate rispetto al personale UPG - - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) ha raggiunto la percentuale del 42,06 **raggiungendo il 50% il target** definito dalla programmazione regionale.

### 1.d.4. Valutazione dell'efficienza produttiva nuovo obiettivo 2018

<b>Definizione</b>	<b>n. di sopralluoghi /n. personale UPG SPSAL</b>
<b>Numeratore</b>	Numero di sopralluoghi effettuati dal servizio nel corso dell'anno 710
<b>Denominatore</b>	N. di personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) 10
<b>Formula matematica</b>	Numero di sopralluoghi / n. personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) 710/10 *100 = <b>71,00%</b>
<b>Fonte</b>	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt; 70</b>	<b>tra 70 e 90</b>	<b>&gt; 90</b>

Nel 2018, la valutazione dell'efficienza produttiva del servizio, valutata in riferimento al numero dei sopralluoghi effettuati dal servizio rispetto al personale UPG-SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) ha prodotto la percentuale del 71,00 % raggiungendo il 50% il target definito dalla programmazione regionale.

Area Tutela della salute – Totale Sicurezza sul lavoro 2/4

### SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA

#### 1.e.1 Raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale

<b>Definizione</b>	<b>Percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale.</b>		
<b>Numeratore</b>	N. totale di campioni eseguiti n. 9		
<b>Denominatore</b>	N. di campioni programmati i n. 9		
<b>Formola matem.</b>	N. totale di campioni effettuati nell'ambito del PNR 53 / N. campioni programmati/53 *100 = 100 %		
<b>Fonte</b>	Sistema informativo NSIS – PNR Nuovo Sistema informativo - Piano Naz. Residui		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>NO</b>		<b>SI</b>

Il Piano Nazionale per la ricerca di Residui è un piano di sorveglianza del processo di allevamento degli animali e di prima trasformazione dei prodotti di origine animale che, oltre alla valenza in termini di prevenzione per la salute, mira a svelare i casi di somministrazione illecita di sostanze vietate, di somministrazione abusiva di sostanze autorizzate, a verificare la conformità dei residui di medicinali veterinari, di antiparassitari nonché di agenti contaminanti per l'ambiente con i limiti massimi di residui o i tenori massimi fissati dalle normative comunitarie e nazionali. Nel 2018, a fronte di 9 campioni programmati nell'ambito del Piano Nazionale Residui, il numero totale dei campioni effettuati è stato pari a 9 (100%) consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo regionale, perfettamente in linea con il risultato ottenuto nel 2017.

#### 1.e.2 Raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per scrapie

<b>Definizione</b>	<b>Percentuale di ovini e caprini morti testati per scrapie</b>		
<b>Numeratore</b>	numero di capi testati		
<b>Denominatore</b>	N. di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati x SCRAPIE		
<b>Formola matematica</b>	<p><b>OVINI:</b> N. totale di capi testati (203) / totale capi morti di età superiore ai 18 mesi (186) dato dal numero totale dei capi morti (n. 347) da cui sono stati scorporati i capi per i quali è stato impossibile eseguire il prelievo (n. 139). <math>347 - 139 = 203</math> pertanto tutti i capi sono stati testati : <math>203/203 = 100,00\%</math></p> <p><b>CAPRINI:</b> N. totale di capi testati (64) / totale capi morti di età superiore ai 18 mesi (84) dato dal numero totale dei capi morti (n. 94) da cui sono stati scorporati i capi per i quali è stato impossibile eseguire il prelievo (n. 30). <math>94 - 30 = 64</math> pertanto tutti i capi sono stati testati : <math>64/64 = 100,00\%</math></p>		
<b>Fonte</b>	Banca dati regionale Anagrafe Animali Il Flusso dei dati sarà gestito dal nuovo modulo software integrato con il Nodo regionale dei Servizi veterinari e dei SIAN (BDR)		
<b>Note</b>			
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>		<b>100%</b>
<b>Risultato ovini</b>	<b>NO</b>		<b>SI'</b>
<b>Risultato caprini</b>			

Nel 2018 il numero di capi di ovini di età superiore ai 18 mesi testati morti per scrapie è stato pari a 347, a fronte dei quali è stato possibile effettuare il controllo solo a 203. Nello stesso periodo il numero di caprini di età superiore ai 18 mesi testati morti per scrapie è stato pari a 94, a fronte dei quali è stato possibile effettuare il controllo solo a 64.



Nel 2018 sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale, aziendale e dipartimentale. L'obiettivo prefissato è stato raggiunto a seguito dell'adozione della suddetta specifica procedura, prevista dal Piano Aziendale di Sorveglianza delle TSE, che definisce le modalità di intervento dei Veterinari Dirigenti nei casi in cui non sia possibile procedere al prelievo del tronco encefalico (es. ovini e caprini deceduti al pascolo, in luoghi inaccessibili, ecc.); nelle predette circostanze è resa obbligatoria la verbalizzazione delle motivazioni che non permettono l'esecuzione dei test, nonché la loro registrazione nel Sistema Informativo Veterinario Regionale (BDR). Le copie dei predetti verbali, relativi all'anno 2018, come previsto dal Piano di Impegni vengono trasmessi con cadenza trimestrale al Competente Ufficio Veterinario Regionale, secondo quanto definito anche nelle modalità di raggiungimento dell'obiettivo definite nella DGR 190.

**1.e.3 Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine vegetale (Piano Nazionale Residui).**

<b>Definizione</b>	<b>Copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine vegetale (Piano Nazionale Residui).</b>
<b>Numeratore</b>	N. totale di campioni eseguiti e inseriti in NSIS n. <b>48</b>
<b>Denominatore</b>	N. di campioni assegnati <b>48</b>
<b>Formula matematica</b>	N. totale di campioni assegnati 48/ n. campioni eseguiti 48 *100 = <b>100%</b>
<b>Fonte</b>	Sistema informativo dell'IZS di Puglia e Basilicata. Il flusso dei dati sarà gestito dal nuovo Software integrato con il Nodo regionale dei Servizi veterinari e dei SIAN (BDR)

<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>		<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>NO</b>		<b>SI</b>

Nel 2018, a fronte di 48 campioni programmati, il numero totale dei campioni effettuati è stato pari a 48, consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo **regionale (100%), come accaduto anche nel 2017.**

**PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI**

**APPROPRIATEZZA AREA CLINICA**

**2.a.1 Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici dei LEA standardizzato per età e per sesso**

<b>Definizione</b>	<b>Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici dei LEA standardizzato per età e per sesso</b>		
<b>Numeratore</b>	N. di ricoveri per DRG medici relativi ai residenti <b>2286</b>		
<b>Denominatore</b>	N. di residenti <b>198.867</b>		
<b>Formula matematica</b>	N. ricoveri per DRG medici relativi ai residenti / N. residenti x 100 = 114 ,95		<b>114 ,95</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO		
<b>Note per l'elaborazione</b>	I DRG considerati sono quelli del Patto della Salute 2010 -2012 (con le relative esclusioni indicate nell'allegato B) vedi DGR 190 pag. 37		

<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 180</b>	<b>tra 135 e 180</b>	<b>Meno di 135</b>

Il valore del suddetto indicatore è stato calcolato sulla base delle performance rilevate nella ASM. Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2018. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

**2.a.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti**

<b>Definizione</b>	<b>Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti</b>		
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostiche 7		
<b>Denominatore</b>	n. residenti <b>198.867</b>		
<b>Formula matematica</b>	N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostiche / n. residenti 7/198.867*100		<b>0,04</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO		
<b>Note per l'elaborazione</b>	Si considerano le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate dei residenti in Regione per ricoveri in DH per acuti con finalità diagnostiche. Nel campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diagnostico". Vengono esclusi i codici riportati nella DGR 190/2028 pag. 38.		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 3</b>	<b>Tra 1,5 e 3</b>	<b>Meno di 1,5</b>

Il valore del suddetto indicatore è stato calcolato sulla base delle performance rilevate nella ASM. Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2018. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

**2.a.4 Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici**

<b>Definizione</b>	<b>Percentuale di ricoveri effettuati in Day surgery per i DRG dei LEA chirurgici</b>		
<b>Numeratore</b>	N. di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici <b>554</b>		
<b>Denominatore</b>	N. ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA chirurgici <b>1679</b>		
<b>Formula matematica</b>	N. di ricoveri effettuati in D.S. 554/Ricoveri effettuati in D.S. e ricovero ordinario 1679 *100		<b>33,00</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO		
<b>Note per l'elaborazione</b>	I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 -2012 (con le relative esclusioni indicate nell'al. B elencati nella DGR n. 190/2018 a pag. 40). Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale: 006 – Decompressione del tunnel carpale 039 – Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia 119 – legature e stripping di vene Per ogni azienda si considerano solo i DRG che presentano almeno 30 casi all'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Si considera esclusa la One Day Surgery al numeratore. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 45</b>	<b>Tra 45 e 75</b>	<b>Più di 75</b>

**Migliorativo rispetto al 2017 (33, 4 %)**



**2.a.5 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso**

<b>Definizione</b>	<b>Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso</b>		
<b>Numeratore</b>	n. di ricoveri per intervento di stripping vene relativi ai residenti <b>20</b>		
<b>Denominatore</b>	N. di residenti con età maggiore o uguale a 18 anni <b>1679</b>		
<b>Formula matematica</b>	n. di ricoveri per intervento di stripping vene relativi ai residenti 20/ n. residenti con età maggiore o uguale a 18 anni 167.818		<b>11,92</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO		
<b>Note per l'elaborazione</b>	Si considerano i ricoveri ovunque erogati extra regione inclusi, erogati da strutture pubbliche e private accreditate relativi ai residenti in regione con età >= 18 anni e con i codici ICD9-CM di procedura principale o secondari di legatura e stripping vene dell'arto inferiore:38.59. Sono esclusi i ricoveri con mdc 15 e anche i trasferiti da altre strutture o da altro regime o tipologia delle stesse IRC di ricovero. La standardizzazione è fatta per età e per sesso. la popolazione standard è la pop. residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT: Classi di età utilizzate: 18-19, 20-24,25-29....80-84 -85.		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 65</b>	<b>Tra 50 e 65</b>	<b>Meno di 50</b>

**2.a.7 Riammissione a 30 gg. dopo intervento chirurgico di protesi d'anca**

<b>Definizione</b>	<b>Riammissione a 30 gg. dopo intervento chirurgico di protesi d'anca</b>		
<b>Numeratore</b>	N. di ricoveri con riammissione entro 30 gg. dalla data di dimissione del ricovero x protesi d'anca <b>8</b>		
<b>Denominatore</b>	N. ricoveri con intervento di protesi di anca 179 x 100		<b>4,47</b>
<b>Formula matematica</b>	N. di ricoveri con riammissione entro 30 gg. dalla data di dimissione del ricovero x protesi d'anca 8/ N. ricoveri con intervento di protesi di anca 179 x 100		
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO-		
<b>Note per elaborazione</b>	Protocollo operativo del piano Nazionale Esiti (PNE)		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 3,7</b>	<b>Tra 2,7 e 3,7</b>	<b>Meno di 2,7</b>

**Consuntivo 2017 = 5,29 %**

**2.a.8 Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del femore (VGP)**

<b>Definizione</b>	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni		
<b>Numeratore</b>	N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 gg. ( differenza tra la data del procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni) <b>263</b>		
<b>Denominatore</b>	N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore <b>n.372</b>		<b>70,70</b>
<b>Formula matematica</b>	N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore 263 con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni / N. interventi per frattura di femore 372 x 100		
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO-		
<b>Note per l'elaborazione</b>	Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati dalle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 50</b>	<b>Tra 50 e 60</b>	<b>Più di 60</b>



Consuntivo 2017 = 69,61 %

**2.a.14 Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 gg.**

<b>Definizione</b>	<b>Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 gg.</b>		
<b>Numeratore</b>	N. di episodi di IMA in cui il paz. abbia eseguito una PTCA entro 2 gg. ( differenza tra la data del procedura e la data di ricovero $\leq$ 2 giorni) 113		
<b>Denominatore</b>	N. di ricoveri per episodi di IMA 395		
<b>Formula matematica</b>	N. di episodi di IMA in cui il paz. abbia eseguito una PTCA entro 2 gg. ( differenza tra la data del procedura e la data di ricovero $\leq$ 2 giorni)113 / N. di ricoveri per episodi IMA 395x 100		<b>28,61</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO-		
<b>Note per l'elaborazione</b>	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE). Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati dalle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 34</b>	<b>Tra 34 e 44</b>	<b>più di 44</b>

**2.a.15 Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)**

<b>Definizione</b>	<b>Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)</b>		
<b>Numeratore</b>	N. di episodi di IMA in cui il paz. abbia eseguito una PTCA entro 2 gg. ( differenza tra la data del procedura e la data di ricovero $\leq$ 2 giorni) 3		
<b>Denominatore</b>	N. di episodi di IMA in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg. dalla data del ricovero indice 395		
<b>Formula matematica</b>	N. di episodi di IMA x 100		
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO- e Anagrafe tributaria		<b>0,8</b>
<b>Note per l'elaborazione</b>	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE). Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati dalle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 10,5</b>	<b>Tra 8,5 e 10,5</b>	<b>Meno di 8,5</b>

**2.a.16 Proporzione di ricoveri in day surgery di colecistectomie laparoscopiche (VGP)**

<b>Definizione</b>	<b>Proporzione di ricoveri in day surgery di colecistectomie laparoscopiche</b>		
<b>Numeratore</b>	N. di ricoveri con intervento di colecistectomie laparoscopiche in day surgery 1		
<b>Denominatore</b>	N. di ricoveri con interventi di colecistectomie laparoscopiche 63		
<b>Formula matematica</b>	N. di ricoveri con intervento di colecistectomie laparoscopiche in day surgery / N. di ricoveri con interventi di colecistectomie laparoscopiche x 100		<b>1,59</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO		
<b>Note per l'elaborazione</b>	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE).		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 50</b>	<b>Tra 50 e 60</b>	<b>più di 60</b>

**2.a.17 Percentuale di parti con taglio cesareo primario (VGP)**

<b>Definizione</b>	<b>Percentuale di parti con taglio cesareo primario</b>		
<b>Numeratore</b>	Numero totale di parti cesarei primari 221		
<b>Denominatore</b>	n. totale di parti con nessun pregresso cesareo 1000		
<b>Formula matematica</b>	Numero totale di parti cesarei primari / n. totale di parti con nessun pregresso cesareo x 100		<b>22,10</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO		
<b>Note per l'elaborazione</b>	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)		
<b>Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 28</b>	<b>tra 24 e 28</b>	<b>Meno di 24</b>

**Consuntivo 2017 = 21,00 %**

La percentuale di parti con taglio cesareo primario sul totale dei parti effettuati negli Ospedali di Matera e Policoro nel 2018 è stata pari al 22,10%, consentendo il pieno raggiungimento del target regionale. Il valore del suddetto indicatore è stato calcolato dall'Azienda sulla base delle indicazioni fornite nel manuale di calcolo predisposto dalla Regione Basilicata.

**Area Performance Organizzativa e Cliniche aziendali – Totale Appropriatezza Area Clinica 9,50 /13**

**APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA**

**2.b.2 Reti tempo dipendenti**

<b>Definizione</b>	<b>Reti tempo dipendenti</b>		
<b>Numeratore</b>	Numero		
<b>Denominatore</b>			
<b>Formula matematica</b>			
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO		
<b>Note per l'elaborazione</b>	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)		
<b>Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>		<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>no</b>		<b>SI'</b>

Nel 2018 sono state implementate le reti interaziendali e percorsi condivisi fra le Aziende regionali per il completamento della strutturazione ed organizzazione delle diverse reti per patologiche, al fine di integrare l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, oltre che sviluppare un modello di integrazione interaziendale. In particolare:

- Con delibera n. 268/2017 l'ASM ha approvato il Protocollo Operativo Dipartimento Interaziendale "Cuore" tra ASM, ASP, e AOR San Carlo, con l'obiettivo di predisporre percorsi cardiologici appropriati e omogenee opportunità diagnostico terapeutiche ed assistenziali, nell'ambito del modello organizzativo a rete.
- In seguito all'istituzione della Stroke Unit presso il P.O. di Matera, Approvazione "Protocollo per la gestione dello Stroke Integrazione Terapia Subintensiva/Stroke Unit", formalizzata con deliberazione aziendale n. 829 del 23/06/2016, avviata a far data dal 15/10/2016, nel 2018, oltre a consolidare le attività relative alla terapia trombolitica da somministrare ai pazienti affetti da ictus cerebrale, ritenuti candidabili a tale trattamento, sono stati condivisi con percorsi aziendali interni in attuazione del PDTA di rete su Trauma ed Ictus cerebrale.

Inoltre, sempre in un'ottica di rete, nel corso del 2018, sono stati istituiti i Dipartimenti Interaziendali e le Strutture Complesse Interaziendali. In particolare:



- Nello specifico, con la D.G.R. n. 989 del 08/08/2014, avente ad oggetto “Approvazione del Sistema Trasfusionale in Basilicata”, la Regione Basilicata ha avviato il processo di riorganizzazione del sistema trasfusionale di Basilicata, definendone il nuovo modello organizzativo – operativo, prevedendo l’attivazione del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale incardinato presso l’Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, al fine del raggiungimento di una maggiore omogeneità organizzativa, tecnologica e strutturale e di una maggiore integrazione delle esigenze delle attività produttive per una gestione efficiente ed efficace del sistema.

**il Dipartimento Interaziendale della Medicina Trasfusionale “D.I.Me.Tra”,** incardinato presso l’AOR San Carlo, così come previsto nell’Accordo tra le Aziende ASM, ASP, AOR San Carlo e C.R.O.B. di Rionero per l’attivazione dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse Interaziendali, approvato dalle suddette Aziende rispettivamente con deliberazioni n. 1462/2015, n. 680/2015, n. 559/2015 e n. 612/2015, così come, da ultimo, integrato con l’aggiornamento sottoscritto in data 19/06/2018 recepito con deliberazione aziendale n. 619 del 25/06/2018;

Nella medesima direzione si collocano le deliberazioni aziendali:

- 171 /2018 concernente l’attivazione della Struttura Complessa di Urologia tra l’Azienda Sanitaria di Matera, L’AOR S. Carlo e l’IRCS CROB di Rionero in Vulture;
- n. 178 del 23/02/2018 concernente l’attivazione della Struttura Complessa Interaziendale (SIC) di Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva tra l’AOR San Carlo e l’ASM di Matera, attestata all’AOR San Carlo, contemplata nel più volte richiamato Accordo tra le Aziende ASM, ASP, AOR San Carlo e C.R.O.B. di Rionero per l’attivazione dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse Interaziendali, così come, da ultimo, integrato con l’aggiornamento sottoscritto in data 19/06/2018 recepito con deliberazione aziendale n. 619 del 25/06/2018, e già prevista nell’organigramma dell’Atto Aziendale vigente dell’ASM;

#### EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

##### 2.c.1 Tasso ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 100 residenti :

Definizione	Tasso di ospedalizzazione <i>std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 100 residenti</i>		
<b>Numeratore</b>	N. di ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti 1104		
<b>Denominatore</b>	Popolazione residente 198.867		
<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>5,6</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO		
<b>Note x l’elaborazione</b>	Si considerano i ricoveri dei residenti , extra regione inclusi. Vengono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75 - 99)		
<b>Intervalli di raggiungimento dell’obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 10</b>	<b>Tra 7 e 10</b>	<b>Meno di 7</b>

Il valore del suddetto indicatore è stato calcolato sulla base delle performance rilevate nella ASM.

Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l’anno 2018. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

**2.c.2 Tasso ospedalizzazione per scompenso cardiaco 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>140</b>		
<b>Denominatore</b>	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni <b>64.369</b>		
<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 100.000		<b>217,50</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 e disponibile la mobilita 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 unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75,99)		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 195</b>	<b>tra 155 e 195</b>	<b>Meno di 155</b>

*Il tasso è stato calcolato sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della nostra azienda.* Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

**2.c.3 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>14</b>		
<b>Denominatore</b>	<b>popolazione residente della fascia di età 35 – 74 128.717</b>		
<b>Formula matematica</b>	<b>N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 35–74 anni</b> <b>/popolazione residente della fascia di età 35– 74 x 100.000</b>		<b>10,9</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 e disponibile la mobilita passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito Sono esclusi: - i DRG 113 e 114 - i codici di procedura 36 e 39.5 - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e Neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale) - i ricoveri in strutture private non accreditate		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 35</b>	<b>Da 25 a 35</b>	<b>Meno di 25</b>

*Il tasso è stato calcolato sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della nostra azienda.* Analogamente a quello precedente, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2018. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

**2.c.4 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	n. 19
<b>Denominatore</b>	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni	n. 64.369
<b>Formula matematica</b>	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni x 100.000	29,5
<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: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) i ricoveri in strutture private non accreditate; i ricoveri in strutture private non accreditate	

<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 35</b>	<b>Da 25 a 35</b>	<b>Meno di 25</b>

**Il tasso è stato calcolato sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della nostra azienda.**

Analogamente a quello precedente, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2018. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Nel corso del 2018 l'Azienda, ha consolidato ulteriormente le attività del Servizio di Pneumologia Territoriale, deputato alla presa in carico delle patologie croniche respiratorie, tra cui la BPCO, con lo scopo di ridurre quanto più possibile l'ospedalizzazione per tali patologie. Tale azione unitamente al percorso di integrazione e collaborazione con i MMG in merito alla gestione delle patologie croniche, ha consentito una significativa dei ricoveri per BPCO, lasciando prefigurare per il 2016 il raggiungimento del target prefissato.

**2.c.5 Percentuale di over 64 anni trattati in ADI (VGP)**

<b>Definizione</b>	Percentuale di over 64 anni trattati in ADI		
<b>Numeratore</b>	N. di over 64 anni trattati in ADI	2.284	
<b>Denominatore</b>	popolazione residente over 64	43.645	
<b>Formula matematica</b>	N. di over 64 anni trattati in ADI / popolazione residente over 64 x 100	5,23	
<b>Fonte</b>	SIS – Flusso ADI		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>&lt;5</b>	<b>Da 5 a 10</b>	<b>&gt;10</b>

Il numero di pazienti trattati in ADI con età superiore ai 64 anni nel 2018 è stato pari a 2284, che rappresentano circa il 6,00 % del totale della popolazione residente degli ultrasessantatrenni, evidenziando un raggiungimento al 50% del target regionale di poco inferiore al dato raggiunto nell'anno 2017 (5,57%).



**2.c.6 Percentuale di prese in carico con CIA (coefficiente di intensità assistenziale) maggiore di 0,13 per over 65 in Cure domiciliari**

<b>Definizione</b>	Percentuale di over 64 anni trattati in ADI		
<b>Numeratore</b>	N. di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni = 2284		
<b>Denominatore</b>	N. prese in carico (PIC) per Cure domiciliari per persone con età maggiore o uguale a 65 anni - n. 2284 + 1064 = 3348		
<b>Formula matematica</b>	2284/3348 x 100 = 68%		<b>68%</b>
<b>Fonte</b>	SIS – Flusso ADI		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 35</b>	<b>Tra 35 e 55</b>	<b>&gt;55</b>

I dati sopra riportati risultano sottostimati, in quanto dal 1 ottobre 2018, la gestione del programma ADI è passata allo studio Vega con il sistema Atlante e alcuni dei dati riferiti a pz. (deceduti o dimessi per guarigione) dimessi prima della data sopracitata non sono stati recuperati dal nuovo sistema.

**2.c.7 Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni**

<b>Definizione</b>	Tasso std di ospedalizzazione x patologie psichiatriche per residenti maggiorenni		
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni <b>n. 361</b>		
<b>Denominatore</b>	Popolazione residente maggiorenne <b>n. 167.817</b>		
<b>Formula matematica</b>	Popolazione maggiorenne		
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO		<b>215,1 %</b>
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione inclusa la mobilità passiva, con diagnosi principale psichiatriche di età uguale o maggiore ai 18 anni dimessi da qualsiasi reparto: Si considerano le diagnosi principali (codici ICD9 CM):290.xx -319.xx. Sono esclusi: - i ricoveri con diagnosi principale di demenza: 290.xx, 293.xx, 294.xx i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x,299.8x,313 -315; i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.		

<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 300</b>	<b>Tra 200 e 300</b>	<b>Meno di 200</b>

**Il tasso è stato calcolato sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della nostra azienda.**

Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2018. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.





**2.c.8 % di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche**

<b>Definizione</b>	Tasso std di ospedalizzazione x patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri ripetuti con diagnosi psichiatriche fra 8 e 30 gg. dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gennaio 30 nov. , evento successivo nel periodo 1 gennaio 31 dicembre) <b>n. 25</b>	
<b>Denominatore</b>	n. ricoveri per patologie psichiatriche da 1 gennaio al 30 novembre <b>334</b>	
<b>Formula matematica</b>	<b>Numeratore / denominatore %</b>	<b>7,5 %</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, relativi ai primi 11 mesi dell'anno con codice ICD9 – CM, per patologie psichiatriche in diagnosi principale:290.xx -319.xx. Sono esclusi: - i ricoveri con codice fiscale anonimo; i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x,299.8x,313 -315; i ricoveri che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto.	

<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 6</b>	<b>Tra 4 e 6</b>	<b>Meno di 4</b>

**2.c.9 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)**

<b>Definizione</b>	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni)	
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri dei residenti in età pediatrica (<14 anni) <b>n. 1174</b>	
<b>Denominatore</b>	Popolazione residente (<14 anni) <b>n. 23.039</b>	
<b>Formula matematica</b>	<b>Numeratore / denominatore %</b>	<b>5,1 %</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano i ricoveri ordinari ai residenti extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che DH. Sono esclusi: - i ricoveri relativi ai neonati normali (DRG 391); i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.	

<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 10</b>	<b>Tra 7 e 10</b>	<b>Meno di 7</b>





**EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA - URGENZA**

**2.d.1 Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti -**

Definizione	<i>Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti</i>	
Numeratore	N. di accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti n.14.155	
Denominatore	N. accessi in P.S. con codice giallo 15.743	
Formula matematica	<b>Numeratore / denominatore %</b>	<b>89,9 %</b>
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano gli accessi con codice colore al triage giallo. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 29 minuti e 59 secondi. Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi: con tempi di attesa negativi e superiori a 1440 minuti; con esito "giunto cadavere" (codice EMUR = 9)	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	meno di 80	Tra 80 e 93	Più di 93

**2.d.2 Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora**

Definizione	<i>Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice verde visitati entro 30 minuti</i>	
Numeratore	N. di accessi in P.S. con codice verde visitati entro 1 ora 35.909	
Denominatore	N. accessi in P.S. con codice verde N. 46.373	
Formula matematica	<b>Numeratore / denominatore %</b>	<b>77,4 %</b>
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano gli accessi con codice colore al triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 59 minuti e 59 secondi. Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi: con tempi di attesa negativi e superiori a 1440 minuti; con esito "giunto cadavere" (codice EMUR = 9)	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	meno di 70	Tra 70 e 80	Più di 80

**2.d.3 Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 ore**

Definizione	<i>Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 ore</i>	
Numeratore	N. di accessi in P.S. con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore N 35.503	
Denominatore	N. accessi in P.S. con codice verde non inviati al ricovero 42.134	
Formula matematica	<b>Numeratore / denominatore %</b>	<b>84,3 %</b>
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano gli accessi con codice colore triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di permanenza inferiori o uguali a 239 minuti e 59 secondi. Sono esclusi gli accessi: con tempi di attesa negativi e superiori a 4320 minuti; gli inviati in Osservazione Breve	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	meno di 70	Tra 70 e 80	Più di 80

**GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA**

**EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA**

**3.a.1 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (VGP)**

<b>Definizione</b>	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine		
<b>Numeratore</b>	N. confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza 3.533.908		
<b>Denominatore</b>	N. confezioni complessivamente erogate 3.877.487		
<b>Formula matematica</b>	3.533.908/3.877.487 x 100		<b>91,14 %</b>
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno		
<b>Note x l'elaborazione</b>	Le statine appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica ) C10AA.		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 74</b>	<b>Tra 74 e 76</b>	<b>Più di 76</b>

**3.a.2 Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari (mantenimento dei livelli di utilizzo)**

<b>Definizione</b>	Percentuale <b>di utilizzo farmaci biosimilari (mantenimento dei livelli di utilizzo)</b>		
<b>Numeratore</b>	Totale unità posologiche biosimilari dell'ATC 5° livello		<b>8.517</b>
<b>Denominatore</b>	N. Totale unità posologiche biosimilari (biosimilari +originator) dell'ATC 5° livello		<b>15.995</b>
<b>Formula matematica</b>	N. Totale unità posologiche(biosimilari +originator) dell'ATC 5° livello / Totale unità posologiche (biosimilari +originator) dell'ATC 5° livello		<b>% 53,25</b>
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno		
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano al numeratore e al denominatore solo i seguenti principi attivi: B03AA02, altri preparati antianemici-eritroproteine LO3AA02, Citochine e immunomodulatori /fattori di stimolazione delle colonie –Filgrastim –		
n. 1 - Principi attivi: B03xAO1 Altri preparati antianemici-Eriproteina N.2 Principi attivi LO3AA02 Citochine e immunomodulatori/fattori di stimolazione delle colonie - filgrastin			
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
	<b>Meno di 80</b>	<b>Tra 80 e 95</b>	<b>Più di 95</b>
<b>Risultato totale</b>	<b>53,25 %</b>		
<b>Risultato per il Principio attivo LO3AA02 filgrastim è del 98%</b>			

**3.a.3 Percentuale di utilizzo dei farmaci biosimilari (incremento dei livelli di utilizzo)**

Definizione	Percentuale di utilizzo dei farmaci biosimilari (incremento dei livelli di utilizzo)		
Numeratore	Totale UP (unità posologiche) dei farmaci biosimilari dell' ATC 5° livello		<b>17.947</b>
Denominatore	Totale UP di tutti i farmaci (biosimilari+originator) dell' ATC 5° livello		<b>57.343</b>
Formula matematica	$34.555 / 103.921 * 100$		<b>31,30 %</b>
Fonte	Flusso Informativo Farmaceutico		
Note x l'elaborazione	Vedi DGR 190 pag. 73		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
Risultato	<b>Meno di 15</b>	<b>tra 15 e 20</b>	<b>Più di 20</b>

(nel 2017 52,81%,)

La percentuale di utilizzo dei farmaci biosimilari raggiunta dall'ASM nel 2018 è pari complessivamente al 33,25%, evidenziando il raggiungimento al 100% dell'obiettivo regionale.

**APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA**

**3.b.1 Consumo pro- capite di farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP)**

Definizione	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine		
Numeratore	N. unità posologiche di IPP erogate		
Denominatore	Popolazione residente pesata		
Formula matematica	$(7.053.424/209217 \times 100) \times 100$		<b>33,71 %</b>
Fonte	SIS Flusso Marno		
Note x l'elaborazione			
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
Risultato	<b>Più di 30</b>	<b>tra 28 e 30</b>	<b>Meno di 28</b>

**3.b.2 Incidenza dei Sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (Antipertensivi)**

Definizione	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine		
Numeratore	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati erogati dalle farmacie territoriali		
Denominatore	N. di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico CO9 delle "sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali		
Formula matematica	$(150.178 + 133.417 / 551.062 \times 100)$		<b>51,46%</b>
Fonte	SIS Flusso Marno		
Note x l'elaborazione	I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (Sartani) appartengono ai sottogruppi terapeutici ATC CO9 e CO9D. Escluso il consumo privato		
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
Risultato	<b>Più di 40</b>	<b>Tra 40 e 30</b>	<b>Meno di 30</b>

**3.b.3 Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) Punti 1**

Definizione	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)
-------------	---

<b>Numeratore</b>	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo	<b>1.645.482,62</b>	
<b>Denominatore</b>	N Popolazione pesata x 365	<b>209.217</b>	
<b>Formula matematica</b>	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo / Popolaz. pesata x 365 x 100 <b>(1.645.482,62/ 201.217 x 100)</b>	<b>21,55%</b>	
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>		<b>0%</b>	<b>50%</b>
<b>Risultato</b>		<b>Più di 36</b>	<b>Tra 26 e 36</b>
			<b>100%</b>
			<b>Meno di 26</b>

Il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), (prescrizioni di antidepressivi), nella ASM è del 21.55% in piena e totale aderenza al target fissato dalla programmazione regionale.

### 3.b.4 Consumo di farmaci antibiotici (VGP)

<b>Definizione</b>	Consumo di farmaci antibiotici		
<b>Numeratore</b>	DDD farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell'anno per principio attivo	<b>1.671.111</b>	
<b>Denominatore</b>	Popolazione pesata x 365	<b>209.217 x 365</b>	
<b>Formula matematica</b>	DDD di altri farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell'anno / N. Popolazione pesata x 365 x 1000	<b>21,88</b>	
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno		
<b>Note x l'elaborazione</b>	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (Classificazione anatomica – terapeutica ) J01		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>		<b>0%</b>	<b>50%</b>
<b>Risultato</b>		<b>Più di 22</b>	<b>Tra 16 e 22</b>
			<b>100%</b>
			<b>Meno di 16</b>

Nel 2017 23,78%

Il consumo dei farmaci antibiotici sul territorio della ASM è del 21,88 % raggiungendo il 50% del target fissato dall'obiettivo regionale. Si fa presente che nel 2017 la percentuale di raggiungimento era del 23.78, pertanto nel 2018 la percentuale del consumo è diminuita.

### 3.b.5 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione

<b>Definizione</b>	<b>% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione</b>		
<b>Numeratore</b>	N. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione n. 440	<b>455</b>	
<b>Denominatore</b>	N. di pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta bloccanti alla dimissione n.455	<b>440</b>	
<b>Formula matematica</b>	455/440*100	<b>97,7 %</b>	
<b>Fonte</b>	Flusso SDO e flussi regionali farmaceutica		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>		<b>0%</b>	<b>50%</b>
<b>Risultato</b>		<b>Meno di 67</b>	<b>Tra 67 e 67</b>
			<b>100%</b>
			<b>Più di 77</b>

### 3.b.6 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione

<b>Definizione</b>	<b>% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani</b>		
<b>Numeratore</b>	N. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA n. 455		
<b>Denominatore</b>	N. di pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia con ACE inibitori o Sartani alla dimissione n. 451		
<b>Formula matematica</b>	455/451*100		<b>99,1 %</b>
<b>Fonte</b>	Flusso SDO e flussi regionali farmaceutica		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 55</b>	<b>Tra 55 e 75</b>	<b>Più di 75</b>

**3.b.7 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione**

<b>Definizione</b>	<b>% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti e statine alla dimissione</b>		
<b>Numeratore</b>	N. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA		
<b>Denominatore</b>	N. di pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia con antiaggreganti e statine alla dimissione		
<b>Formula matematica</b>			
<b>Fonte</b>	Flusso SDO e flussi regionali farmaceutica		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 60</b>	<b>Tra 60 e 80</b>	<b>Più di 80</b>
<b>Prescrizione di Antiaggreganti</b>	455/452*100 = 99,34%		<b>99,34%</b>
<b>Prescrizione di Statine</b>	455/446 *100= 98,46 %		<b>98,46 %</b>

**APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA**

**3.c.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (> = 65 anni)**

<b>Definizione</b>	<b>Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (&lt; = 65 anni)</b>		
<b>Numeratore</b>	N. di accessi RM muscolo scheletriche pz. > = 65 anni relative ai residenti		<b>391</b>
<b>Denominatore</b>	Popolazione residente > = 65 anni		<b>44.248</b>
<b>Formula matematica</b>	391 /44248 *1000		<b>8,84 %</b>
<b>Fonte</b>	Flusso regionale delle prestazioni ambulatoriali		
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extraregione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il Pronto Soccorso		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 30</b>	<b>Tra 20 e 30</b>	<b>Meno di 20</b>

Il dato è stato calcolato sui soli dati aziendali non sono infatti disponibili dati aggiornati in riferimento alla mobilità passiva extraregionale.

**3.c.2 Percentuale di pz. che ripetono le RM lombari entro 12 mesi (VGP)**

<b>Definizione</b>	% Percentuale di pz. che ripetono le RM lombari entro 12 mesi		
<b>Numeratore</b>	n. Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 gg. successivi alla prima prestazione		<b>235</b>
<b>Denominatore</b>	n. pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente		<b>3208</b>
<b>Formula matematica</b>	$235/3208*100 =$		<b>7,3 %</b>
<b>Fonte</b>	Flusso regionale delle prestazioni ambulatoriali		
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano che eseguono nell'anno una prestazione con codice : RMN della colonna – RMN della colonna con contrasto e senza contrasto. E' inclusa la mobilità passiva sia al numeratore che al denominatore. Per l'elaborazione del denominatore si fa riferimento all'anno precedente (per il 2018 il denominatore ad esempio è riferito al 2017)		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 8</b>	<b>Tra 6 e 8</b>	<b>Meno di 6</b>

Il dato è stato calcolato sui soli dati aziendali. Non sono infatti disponibili dati aggiornati in riferimento alla mobilità passiva extraregionale.

**GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA 2/3**

**EFFICIENZA MOBILITA' OSPEDALIERA**

**3.d.1 Recupero della mobilità passiva ospedaliera**

<b>Definizione</b>	<b>Recupero della mobilità passiva ospedaliera</b>		
	Concorrere alla riduzione della spesa per i DRG selezionati nella DGR n.190/2018, pag. 86, DRG 544- 541 – 224 – 012 – 009 - 359 – 035 – 558 – 149 – 545 – 225 – 410 – 518 - 503		<b>5/14</b>
	Ultimi dati disponibili di mobilità passiva sono relativi all'anno 2017		
<b>Fonte</b>	Flusso SDO		
<b>Note x l'elaborazione</b>	Per ogni Azienda sono stati selezionati alcuni DRG a cui viene attribuito un tetto di valorizzazione annua massima ammissibile, in base alla politica di recupero della spesa prevista. L'indicatore annuale è il n. di DRG per i quali non si è superata la soglia massima ammissibile a livello regionale		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 4</b>	<b>Tra 4 e 12</b>	<b>più di 12</b>

DRG	SOGLIA	Mob. Passiva ASM 2017	DIFFERENZA
009	1.190.000	947.297	- 242.703
012	1.230.000	1.334.026	104.026
035	900.000	476.813	- 423.187
149	760.000	638.788	- 121.212
224	1.330.000	1.415.635	85.635
225	750.000	856.710	106.710
359	1.000.000	1.178.450	178.450
410	730.000	603.918	- 126.082
503	640.000	923.546	283.546
518	680.000	744.883	64.883

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA**



**U.O.S.D. Programmazione e Controllo  
di Gestione – Formazione, ECM e  
tirocini**

541	1.440.000	1.149.991	- 290.009
544	5.690.000	6.317.264	627.264
545	750.000	822.683	72.683
558	800.000	913.442	113.442
<b>Totale complessivo</b>	<b>17.890.000</b>	<b>18.323.447</b>	<b>433.447</b>

Per l'anno 2019 e per gli anni successivi, è obiettivo prioritario dell'Azienda, anche in conformità agli indirizzi programmatici regionali, la ulteriore riduzione della migrazione ospedaliera extraregionale che, nonostante il trend decrescente di questi anni, continua ad attestarsi su valori elevati.

**3.d.2 Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera**

Definizione	<b>Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera</b>		
<b>Numeratore</b>	Valore economico della mobilità attiva ospedaliera (solo strutture pubbliche)	(mobilità attiva extra regionale dati disponibili riferiti all'anno 2017) <b>€ 12.807.720</b>	
<b>Denominatore</b>	Valore economico della mobilità passiva ospedaliera (totale strutture)	Mobilità passiva extra regionale <b>€ 29.387.877</b>	
<b>Formula matematica</b>		0, 42	
<b>Fonte</b>	Flusso SDO		
<b>Note x l'elaborazione</b>	Tutte le Azienda concorrono al miglioramento della mobilità passiva ospedaliera .		
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 0,58</b>	<b>Tra 0,58 e 0,62</b>	<b>più di 0,62</b>

	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>SCOSTAMENTO</b>
MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE OSPEDALIERA	11.807.720	12.201.063	3%
MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE OSPEDALIERA	30.919.244	29.387.877	-5%
RAPPORTO MPE/MAE	0,38	0,42	9%

L'obiettivo non è stato raggiunto dalla ASM, ma come si potrà notare nel raffronto fra i dati 2016 e 2017 (ultimi dati disponibili di mobilità passiva) si riscontra un miglioramento del trend.



**CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI**

**4.b.1 Cure Palliative**

<b>Definizione</b>	<i>% di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice, inferiore o uguale a 3 giorni</i>		
<b>Denominatore</b>	N. di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni		<b>110</b>
<b>Formula matematica</b>	N. di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa		<b>110</b>
<b>Fonte</b>	Flusso Hospice – relazione del Dirigente Responsabile Hospice		
<b>Note x l'elaborazione</b>	Per i pz. oncologici dalla rete di cure palliative si considera la patologia di presa in carico ICD9 140 -239 con esclusione dei tumori benigni (210 -229) o anamnesi V580, V581, V5811, V5812, V661, V662, V10 in patologia responsabile. Data segnalazione = data richiesta.		
<b>Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 50</b>	<b>Tra 50 e 85</b>	<b>più di 85</b>

**4.b.2 Consumo territoriale di farmaci oppioidi**

<b>Definizione</b>	Consumo di farmaci oppioidi		
<b>Numeratore</b>	DDD farmaci oppioidi maggiori erogati nell'anno per principio attivo		<b>88.396,58</b>
<b>Denominatore</b>	N. residenti x 365		
<b>Formula matematica</b>	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo / N. residenti x 365 x 1000		<b>1,22</b>
<b>Fonte</b>	Flussi regionali farmaceutica		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
<b>Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 1,6</b>	<b>tra 1,6 e 2,1</b>	<b>Più di 2,1</b>

**UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI**

**4.c.1 Trasmissione di Flussi inviati in maniera tempestiva e completa**

<b>Definizione</b>	<b>4.1.1.</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 tempi 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 tempi previsti
Assistenza Sanitaria Internazione (TECAS: trasferimenti all'estero x cure ad altissima specializzazione)	WEB	Semestrale (entro il mese successivo al semestre)	Inviato nei tempi previsti
Certificati di assistenza al parto (CEDAP)	WEB	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi 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 tempi previsti
Flussi di attività (FLS 18, FLS 21, STS 21, STS 24, RIA 11)	WEB	Annuale (31 gennaio dell'anno successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi relativi ad attività di ricovero (HSP 22bis, HSP 23, HSP 24)	WEB	Trimestrale (entro il mese successivo al trimestre)	Inviato nei tempi previsti
Emergenza(118) Urgenza DM 17/12/2008 (DEA - Pronto Soccorso)	E- mail	Mensile (entro il 20 del mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Farmaceutica (diretta e per conto)	WEB	Mensile (entro il 15 del mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Farmaceutica (ospedaliera)	WEB	Mensile (entro il 15 del mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi economici: conto economico (mod.CE)	WEB	Trimestrale (entro il 30 del mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi economici: stato patrimoniale mod. SP)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi economici: (costi dei presidi (mod. CP)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei tempi previsti
Flussi economici: costi per livello di assistenza (mod. LA)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei tempi previsti
Monitoraggio consumi Dispositivi medici (Dm 11/12/2009)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 del mese successivo)	Inviato nei tempi 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 tempi previsti
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES denuncia sinistri)	WEB	Annuale entro il 31/01 anno successivo (validazione regione)	Inviato nei tempi previsti

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA**



**U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione – Formazione, ECM e tirocini**

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio	Risultato
Monitoraggio tempi di attesa (PNCTA)	WEB	Mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Residenziali / semiresidenziali DM 17/12/2008(FAR)	WEB	Mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Monitoraggio Rete di Assistenza (MRA)	WEB	Riconversione dei dati: entro il 31/10/12 70%, entro il 31/12/12 100%. Successivamente: aggiornamento continuo	Inviato nei tempi 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 tempi previsti
Schede dimissione ospedaliera	WEB	mensile (entro 15 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
ANAGRAFE OVI CAPRINA – livello minimo dei controlli aziende ovi caprine	WEB	(entro 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
ANAGRAFE BOVINA – livello minimo dei controlli aziende bovine	WEB	annuale	
OGM – Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti anni 2009 - 2011	WEB	Semestre 31.07 e annuale 31.01	Inviato nei tempi previsti
AUDIT SU STABILIMENTI – Controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale	Cartaceo	annuale 31.gennaio dell'anno	Inviato nei tempi previsti
<b>PIANO NAZIONALE RESIDUI</b> (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	WEB	completo al 31/12	Inviato nei tempi previsti
<b>RASSF</b> - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	e-mail	risposta entro 7 giorni	Inviato nei tempi previsti
<b>FITOSANITARI SU ALIMENTI – DM 23</b> dicembre 1992 – Controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	e-mail	annuale 31/03	Inviato nei tempi previsti

<b>Disturbi del comportamento alimentare (SDCA)</b>	Supporto magnetico	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
<b>Emergenza Urgenza (trasporti)</b>	Supporto magnetico	Trimestrale (entro 20 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Farmaceutica (territoriale )	Supporto magnetico	Trimestrale (entro 45 gg. successivi)	Inviato nei tempi previsti
Farmaceutica (Mobilità Sanitaria - File F)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Medicina (Ass. medica di Base)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Prestazioni ambulatoriali pubbliche (CUP)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Prestazioni ambulatoriali private (CEA)	WEB	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA**



**U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione – Formazione, ECM e tirocini**

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio	Risultato
Residenziali e semiresidenziali (ex art. 26 – AIAS)	FTP	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Residui manicomiali (MANIC)	E - mail	annuale	Inviato nei tempi previsti
Ruoli professionali	Supporto magnetico	Semestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
PASSI	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti

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

**4.c.2 Percentuale di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse**

Definizione	<i>Percentuale di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse</i>		
<b>Numeratore</b>	N. di schede con errore riscontrate che generano scarto 74 (72+2)		
<b>Denominatore</b>	N. totale schede prodotte 20.990 (14.558 Matera + 6.432 Policoro)		0,3 %
<b>Note x elaborazione</b>	La distribuz. degli errori riscontrati sulle strutture di ricovero x acuti viene monitorata dagli uffici regionali: Le schede sono scartate se i campi ai sensi del DM 261/2016 non rispettano il protocollo ministeriale		
<b>Fonte</b>	Flusso XML SDO		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 0,58</b>	<b>Tra 3 e 5</b>	<b>Meno di 3</b>

**4.c.3 Percentuale di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse**

Definizione	<i>Percentuale di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse</i>		
<b>Numeratore</b>	N. di schede con errore riscontrate che generano anomalia Tot. 20.990 (Matera 14.558+6432 Policoro)		20.990598
<b>Denominatore</b>	N. totale schede prodotte tot. 598 (386 Matera +132 Policoro)		2,8 %
<b>Note x elaborazione</b>	La distribuz. degli errori riscontrati sulle strutture di ricovero x acuti viene monitorata dagli uffici regionali: Le schede sono scartate se i campi ai sensi del DM 261/2016 non rispettano il protocollo ministeriale		
<b>Fonte</b>	Flusso XML SDO		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Più di 20</b>	<b>Tra 10 e 20</b>	<b>meno di 10</b>



**UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI**

**4.c.4 Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici**

Definizione	<i>Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici</i>		
<b>Numeratore</b>	N. di repertorio / BD presenti nel flusso consumi sia nel flusso che nei contratti		
<b>Denominatore</b>	N. di repertorio/BD trasmessi con il flusso consumi		
<b>Note x elaborazione</b>	La distribuz. degli errori riscontrati sulle strutture di ricovero x acuti viene monitorata dagli uffici regionali: Le schede sono scartate se i campi ai sensi del DM 261/2016 non rispettano il protocollo ministeriale		
<b>Fonte</b>	Flusso XML SDO		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
<b>Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 10</b>	<b>Tra 15 e 10</b>	<b>Più di 15</b>

**4.c.5 Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici**

Definizione	<i>Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici</i>		
<b>Numeratore</b>	Consumi nel periodo gennaio dicembre rilevati dal flusso consumi ministeriale NSIS		
<b>Denominatore</b>	Costi rilevati dal modello di Conto economico		
<b>Note x elaborazione</b>			
<b>Fonte</b>	Flusso XML SDO		
<b>Note x l'elaborazione</b>	Il calcolo è riferito ai report NSIS "Monitoraggio dispositivi medici CNS CRT 002. verifica completezza invio dati per azienda sanitaria..... vedi DGR 190/2018 pag. 100		
<b>Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
<b>Risultato</b>	<b>Meno di 80</b>	<b>Tra 80 e 95</b>	<b>Più di 95</b>



**RISK MANAGEMENT**

**4.d.1 Piano di prevenzione del rischio clinico**

<b>Definizione</b>	Piano di prevenzione del rischio clinico		Azioni svolte
<b>Criterio per valutazione positiva</b>	Adozione / attualizzazione e invio entro il 30 giugno dell'anno di riferimento del Piano del risk management alla Regione		
<b>Fonte</b>	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
	<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>
<b>Risultato</b>		<b>NO</b>	<b>SI'</b>

L'Azienda ha provveduto a predisporre il Piano Aziendale del risk management per l'anno 2018 entro il 30 giugno 2018, e lo ha inviato in Regione con nota del 26 giugno 2018 con prot. n. 20180039136.

**4.d.2 Relazione di attuazione delle attività di risk management**

<b>Definizione</b>	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico		
<b>Criterio per valutazione positiva</b>	Entro il 28 febbraio 2019 invio della relazione di attuazione del piano di risk management		
<b>Fonte</b>	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione		
<b>Note x l'elaborazione</b>			
	<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>
<b>Risultato</b>		<b>NO</b>	<b>SI</b>

L'Azienda ha provveduto a predisporre la Relazione di attuazione delle attività di risk management effettuate nel 2018, che ha trasmesso al Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata con nota prot. n. 20190011783 del 27/02/2019, in piena aderenza con l'obiettivo assegnato.

**CONTROLLO CARTELLE CLINICHE**

**4.e.1 Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche**

<b>Definizione</b>	<b>Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche</b>		
<b>Criterio per valutazione positiva</b>	Realizzazione del programma di controllo deliberato dalla Regione Basilicata e trasmissione degli esiti secondo le modalità e i termini specificati nello stesso programma		100%
<b>Fonte</b>	Ufficio Prevenzione Primaria e Osservatorio epidemiologico Regionale (OER_B) Dip. Politiche della Persona		
<b>Note x l'elaborazione</b>	Adempimenti LEA		
	<b>Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>
<b>Risultato</b>		<b>NO</b>	<b>SI</b>

Nell'anno 2018 è stata verificata a campione la congruità e la performance organizzativa e clinica della SDO/cartella clinica

Tali verifiche concernenti le cartelle cliniche e le SDO dell'anno 2018 sono state eseguite nel corso dell'anno, in particolare è stato selezionato un campione casuale di queste su un totale di n.14110 Cartelle Cliniche e SDO trasmesse alla regione (30.01.2019), seguendo le linee guida del Programma regionale, i controlli comprendono:

- controlli sulle performance organizzative e cliniche. n.725 pari al 5% delle c.cl. prodotte;
- controlli di congruità n.1450 pari al 10% delle c.cl. prodotte.

**AUTORIZZAZIONE STRUTTURE**

**4.f.1 Verifica dell’Autorizzazione /Accreditamento strutture sanitarie pubbliche**

Struttura	Indirizzo	Comune	Prov.	Attività	Autorizzaz. e accredit. provvisorio art.16 comma 14 LR 28/00	Attività svolte	Verifica
Ospedale “Madonna delle Grazie”	Contrada Chiancalata	Matera	Mt.	Presidio Ospedal iero	DGR 1625 del 5./07/ 2004	Invio in regione della richiesta di autorizzaz. definitiva e accreditamento provvisorio	Si è in attesa della D.G.R. di autorizzazione definitiva propedeutica all’attivazione dell’istruttoria per l’accreditamento provvisorio
U.O. di Ostetricia e Ginecologia	Contrada Chiancalata	Matera	Mt.	Presidio Ospedal iero	Procreazione medicalmente assistita di 1° livello	Invio in regione della richiesta di autorizzaz. definitiva e accreditamento provvisorio	Si è in attesa della D.G.R. di autorizzazione definitiva propedeutica all’attivazione dell’istruttoria per l’accreditamento provvisorio
Ospedale Distrettuale	Viale del popolo 134	TRICARICO	Mt.	Riabilita zione e RSA	DGR 801 del 5/5/2009	Inviata in Regione della richiesta di autorizzaz. definitiva e accreditamento provvisorio	Si è in attesa della D.G.R. di autorizzazione definitiva propedeutica all’attivazione dell’istruttoria per l’accreditamento provvisorio
Presidio ospedaliero	Via Salerno	Policoro	Mt.	Diagno stica x immagi ni – RMN	DGR 365 del 27/03/2012	Inviata in Regione della richiesta di autorizzaz. definitiva e accreditamento provvisorio	Si è in attesa della D.G.R. di autorizzazione definitiva propedeutica all’attivazione dell’istruttoria per l’accreditamento provvisorio

Intervalli di raggiungimento dell’obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	NO		SI

L’Azienda sanitaria di Matera, ha inoltrato al Presidente della Giunta regionale, già nel 2016, la domanda per il rilascio dell’ autorizzazione definitiva allo svolgimento di attività sanitarie, per le strutture aziendali di seguito riportate, già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisorio (ex art. 16 comma 14 L.R. 28/2000 e smi) così come previsto dall’obiettivo assegnato.





Si è concluso, per tutte le strutture su menzionate, l'iter autorizzativo definitivo e la verifica del mantenimento dei requisiti. **Si è in attesa delle DGR di autorizzazione definitiva propedeutica all'attivazione dell'istruttoria per l'accreditamento delle strutture sopra menzionate.**

Le strutture interessate sono:

- Attività di procreazione medicalmente assistita di I livello, presso la U.O. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Matera; (nota del 23/12/2016 con prot. n. 20160104488);
- Riabilitazione e RSA presso l'Ospedale distrettuale di Tricarico; (nota del 23/12/2016 con prot. n. 2016 0104491);
- Diagnostica per immagini RMN presso il P.O. di Policoro ; (nota del 23/12/2016 con prot. n. 2016 0104498);
- Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" Matera, (nota del 23/12/2016 con prot. n. 2016 0104484);
- Punto Prelievo di Piazza Firenze (Matera), già autorizzata, in maniera definitiva con D.G.R. n. 1996/2004, è stata inviata autocertificazione relativa al mantenimento dei requisiti previsti dall'art. 1 del DPR n. 14 /1997 e della legge 28 / 2000 e ss.mm.ii. ; (nota del 23/12/2016 con prot. n. 20160104494).

Nel corso dell'anno 2018, sono stati effettuati molteplici incontri, attivati con la collaborazione del Direttore sanitario aziendale, con i responsabili delle macrostrutture (Distretti, ospedali di Matera e di Policoro, con il direttore dell'U.O. attività Tecniche e Gestione del Patrimonio), finalizzati all'acquisizione della necessaria documentazione, alla richiesta di autorizzazione provvisoria e/o definitiva per le attività:

- del Distretto sanitario di Policoro, Distretto sanitario di Nova Siri
- del Centro dialisi dell'ospedale distrettuale di Tinchi;
- l'autorizzazione definitiva per i percorsi di accreditamento di altre strutture sanitarie del P.O. di Matera, e Policoro quali, le UU.OO. di: Patologia Clinica ,Servizio S.I.T., sottoposto a verifica per l'accreditamento da parte dei valutatori regionali, Anatomia Patologica, e Laboratorio di Genetica.