



DGR 662 del 19.05.2015

**OBIETTIVI 2015
DELLE AZIENDE SANITARIE
DELLA REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA MATERA**

Verifica al 31 dicembre 2015

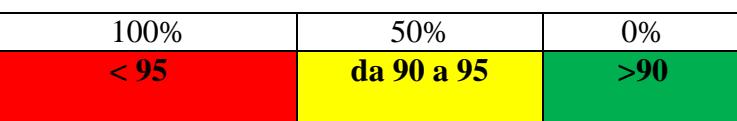
In ottemperanza a quanto richiesto dalla D.G.R. 662/ 2015 è stata redatta apposita relazione di verifica sull'andamento delle attività dell'ASM – Azienda Sanitaria Locale di Matera, aggiornata al 31 dicembre 2015.

AREA N. 1 AREA TUTELA DELLA SALUTE PREVENZIONE PRIMARIA

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

Definizione	1.1.1.Copertura vaccinale esavalente nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).	
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre	
Denominatore	Corte di bambini che compiono 2 anni	
Formula matematica	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2013 (1464) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1486) *100 $1450/ 1481 *100 = 98,52$	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_ B)	
Note	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difto – Pertosse – polio _ Epatite B e HIB)	
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo

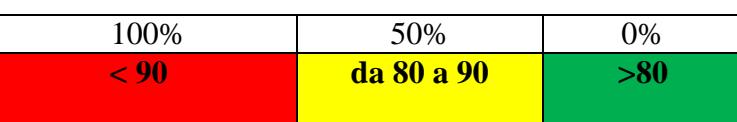


Si riscontra, una copertura vaccinale maggiore del 98%, in piena aderenza al target predefinito.

Copertura per vaccino MPR.

Definizione	1.1.2 Copertura per vaccino MPR	
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	
Denominatore	Corte di bambini che compiono 2 anni	
Formula matematica	Cicli vaccinali completati nell'anno (1823) per MPR / Corte di bambini che compiono 2 anni (1486) *100 = 86,34 %	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_ B)	
Note		
% raggiungimento obiettivo	50%	
Punteggio relativo		

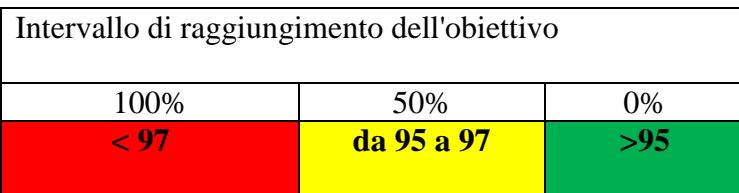
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo



Si riscontra, una copertura vaccinale maggiore del 86 % raggiungendo il 50 % dell'obiettivo prefissato.

Copertura vaccinale antipneumococcico.

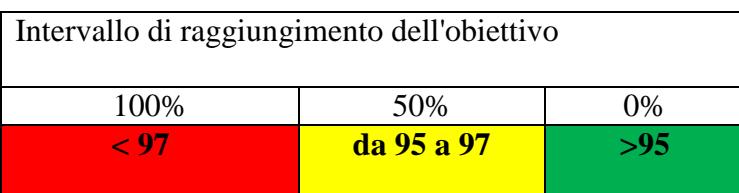
Definizione	1.1.1.Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).	
Numeratore	Cicli vaccinali(III dose) completati al 31 dicembre x antipneumococcica	
Denominatore	Corte di bambini res. nel territorio con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre	
Formula matematica	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2013 (1460) / Corte di bambini nati nel 2013 (1486) *100 $1448/ 1481 *100 = 98,25\%$	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
Note	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difto – Pertosse – polio _ Epatite B e HIB)	
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		



Il valore dell'indicatore riferito all'anno 2015 conferma i risultati raggiunti nel 2014 raggiungendo una copertura vaccinale superiore al 97%, in piena aderenza al target predefinito.

Copertura vaccinale antimeningococcico C

Definizione	1.1.1.Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).	
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre 2012	
Denominatore	Corte di bambini residenti con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre	
Formula matematica	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2013 (1325) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1486) *100 $1153/ 1481 *100 = 83,11\%$	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
Note	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difto – Pertosse – polio _ Epatite B e HIB)	
% raggiungimento obiettivo	0%	
Punteggio relativo		



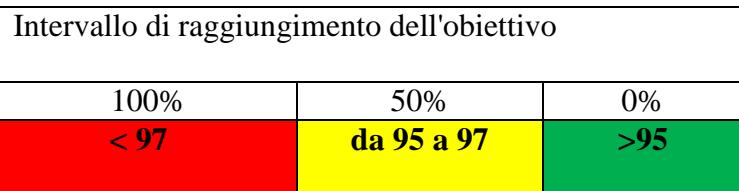
La copertura vaccinale antimeningococcico C nei bambini a 24 mesi per ciclo base nel 2015 è stata pari al 83%, in linea con i valori medi nazionale.

In riferimento al raggiungimento di questo obiettivo, i servizi aziendali interessati fanno presente che le percentuali target di raggiungimento assegnate, 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.

Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV).

Definizione	1.1.1.Copertura vaccinale contro il Papilloma virus (HPV)	
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (3° dose entro l'anno di rilevazione	
Denominatore	n. di bambine residenti che hanno compiuto 12 anni (coorte bambine nate nel 2003)	
Formula matematica	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (543) / Corte di bambine residenti nate nel 2003 $(868) *100 - 543 / 868 *100 = 62,56\%$	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
Note	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difto – Pertosse – polio _ Epatite B e HIB)	
% raggiungimento obiettivo	0%	
Punteggio relativo		



La copertura vaccinale papilloma virus (HPV) nel 2015 è stata pari al 62,56%, in linea con i valori medi nazionale.

Anche per il suddetto indicatore, come per il precedente, i servizi aziendali interessati fanno presente che le percentuali di raggiungimento target assegnate, 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.

AREA N. 1 AREA TUTELA DELLA SALUTE

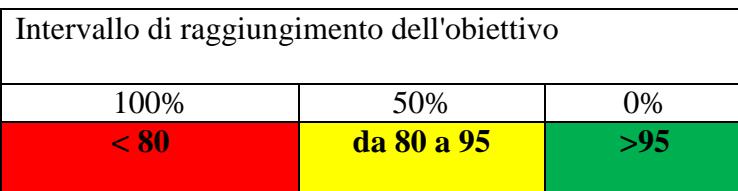
PREVENZIONE SECONDARIA

Il presente obiettivo riguarda la messa a regime dei programmi di screening mammografici, rivolti alle donne con età compresa fra i 50 e i 69 anni, al fine di garantire la diagnosi precoce nelle popolazioni target.

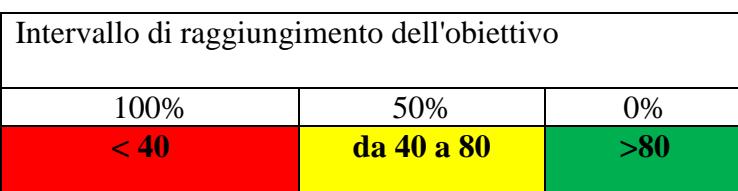
I dati di sotto riportati, in riferimento alla verifica degli indicatori inerenti gli obiettivi sui programmi di screening mammografico sono relativi all'anno 2012. Pur avendo a più riprese sollecitato l'aggiornamento dei dati alla centrale regionale di gestione degli screening, a tutt'oggi, non è pervenuto alcun dato relativo agli anni 2013 - 2014 e 2015.

In merito, si rimanda agli uffici regionali la verifica dei suddetti dati.

Definizione	1.2.1. Estensione screening mammografico.	
Numeratore	N. donne invitate allo screening nell'anno – inviti inesitati nell'anno	
Denominatore	Popolazione bersaglio annuale (metà pop. ISTAT donne tra i 50 e i 69 anni) (-) donne escuse prima dell'invito	
Formula matematica	n. donne invitate allo screening in due anni / popolazione di riferimento x 100 $22866 / 24550 * 100 = 93,14\%$	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata	
Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CROB la pop. di riferimento è quella regionale	
% raggiungimento obiettivo	50 %	
Punteggio relativo		



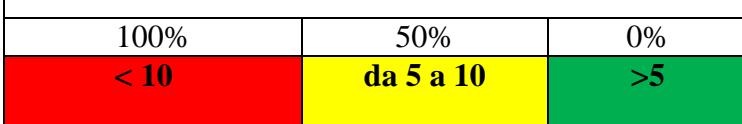
Definizione	1.2.2. Adesione screening mammografico.	
Numeratore	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico nell'anno	
Denominatore	N. donne invitate allo screening (-) inviti inesitati nell'anno in oggetto (-) n. di donne escluse dopo l'invito	
Formula matematica	n. donne che hanno partecipato allo screening / N. donne invitate allo screening x 100 $7525 / 13462 * 100 = 56\%$	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata	
Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CROB la pop. di riferimento è quella regionale	
% raggiungimento obiettivo	50 %	
Punteggio relativo		



AREA N. 1 AREA TUTELA DELLA SALUTE - SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Definizione	1.3.1. Imprese attive sul territorio controllate	
Numeratore	Numero di aziende attive presenti sul territorio (compreso edilizia e agricoltura) ispezionate dal servizio, incluse quelle ispezionate x l'espressione di pareri	
Denominatore	N. aziende con dipendenti attive presenti sul territorio	
Formula matematica	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate / n. imprese attive presenti sul territorio $(633 / 5073 *100) = 12,5 \%$	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER -B)	
Note	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.	
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo



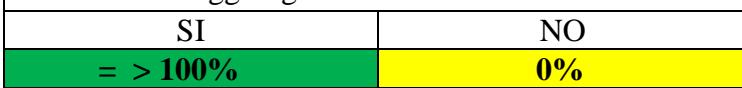
Nel corso dei controlli sono state accertate contravvenzioni e impartite le relative prescrizioni, che risultano tutte ottemperate.

AREA N. 1 AREA TUTELA DELLA SALUTE - SANITA' VETERINARIA

Il presente obiettivo riguarda il controllo ufficiale sui residui di fitosanitari nei prodotti alimentari per la valutazione del rischio, per la salute pubblica, derivante dal grado di contaminazione dei prodotti alimentari.

Definizione	Percentuale di campioni analizzati per la ricerca di residui di fitosanitari nei prodotti alimentari	
Numeratore	numero di campionamenti effettuati 113	
Denominatore	N. di campioni assegnati 74	
Formula matematica	$113/74*100 = 150 \%$	
Fonte	Banca dati regionale Anagrafe Animali	
Note	Flusso informativo “Fitosanitari” dei Dip. Prev. Collettiva e della salute Umana, gestito dal nuovo modulo software integrato con il Nodo regionale dei Servizi veterinari e dei SIAN (BDR)	
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo



Si evidenzia un risultato che va oltre il 150 % dei controlli effettuati

Definizione	Percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE
Numeratore	numero di allevamenti testati
Denominatore	N. di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati x SCRAPIE
Formula matematica	OVINI :N. totale di capi testati (83) / capi morti di età superiore ai 18 mesi(130) x 100 = 63,8 CAPRINI: tot.capi testati (18) / tot. Capi morti (19) x 100 = 95,00%
Fonte	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)
Note	
% raggiungimento obiettivo	SI (vedi sotto)
Punteggio relativo	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo	
SI'	NO
= > 80% per ovini e = > 65 % per caprini	< 80% per ovini e < 65 % per caprini

La percentuale di capi testati per scrapie risulta inferiore al target prefissato perché, come hanno evidenziato i Veterinari Dirigenti, è stato riscontrato un elevato numero di animali deceduti al pascolo, in avanzato stato di decomposizione, e /o di resti di animali divorati da animali selvatici (n. 39 ovini e n. 1 caprini), sui quali non è stato possibile eseguire le operazioni di prelievo dei tronchi encefalici per l'esecuzione dei test di laboratorio; se fosse stato possibile testare anche i capi morti e decomposti il risultato ottenuto sarebbe stato il seguente: ovini 100%; caprini 100%: Si precisa, infatti, che il personale veterinario, ha visitato , ma non ha potuto testare la totalità dei capi deceduti di età > ai 18 mesi, , così come registrato nel SIS Veterinario della ASM

Percentuale di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano nazionale residui)

Definizione	Percentuale di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano nazionale residui)
Numeratore	N. totale di campioni eseguiti n. 69
Denominatore	N. di campioni assegnati n. 70
Formula matematica	N. totale di campioni eseguiti 69/70 (campioni assegnati) *100 = 98,57 %
Fonte	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)
Note	
% raggiungimento obiettivo	SI
Punteggio relativo	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo	
SI'	NO
= > 100%	< 0%

Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti registrati ai sensi del Reg.CE 852/04

Definizione	1.4.5. Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti registrati ai sensi del Reg.CE 852/04	
Numeratore	N. di aziende correttamente inserite sul sistema informativo di gestione delle imprese alimentari (BDR) 28	
Denominatore	N. di aziende da inserire nel sistema informativo 28	
Formula matematica	$72/72 = \mathbf{100\%}$	
Fonte	La fonte dei dati è la BDR. Il flusso dei dati aggregati ASM e ASP sarà gestito dal software delle imprese alimentari ai sensi del Reg. CE 852/04 integrato con il Nodo regionale dei Servizi Veterinari e dei SIAN (BDR) e il sistema Informativo Nazionale Veterinario per la Sicurezza Alimentare SINVSA)	
Note		
% raggiungimento obiettivo	100% Si	
Punteggio relativo		

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
SI'	NO	
= > 90%	< 90%	

Allineamento del controllo ufficiale allo standard per il funzionamento e il miglioramento delle attività di controllo ufficiale di cui al D.lgs. 193/2007 in attuazione del reg. CE 882/2004 previsto dall'Accordo stato regioni del 7 febbraio 2013 (recepimento DGR 261/ 2014)

Definizione	1.4.6. Miglioramento del funzionamento e il miglioramento dei controlli ufficiali - standard	
	Inserimento degli atti prodotti sul modulo software entro il 31 dicembre 2015	
Formula	Soddisfacimento condizioni cap.1 e cap. 2 su inserimento degli atti prodotti sul modulo software entro il 31.12.2015	
Fonte	Le ASL - Il flusso dei dati sarà gestito dal nuovo Software integrato con il Nodo regionale dei Servizi veterinari e dei SIAN (BDR)	
Note		
% raggiungimento obiettivo	SI'	
Punteggio relativo		

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
SI'	NO	
100%	0%	

Continua....

Capitolo 1	
4.7 Sistema di gestione	Sono stati conseguiti evidenti risultati in merito all'allineamento dei criteri operativi e delle procedure per l'esecuzione del controllo ufficiale rispetto agli elementi di conformità previsti per la prima fase.
4.8 Sistema informativo	Sono stati conseguiti evidenti risultati in merito all'allineamento dei criteri previsti per la gestione del sistema informatizzato, con particolare riferimento alla programmazione, alla rendicontazione , ai flussi informativi, e alla registrazione dei dati e delle refertazioni. Le evidenze oggettive dimostrano un progressivo allineamento con gli elementi di conformità previsti per la prima fase.
5.1 Formazione addestramento e	Sono in corso molte attività volte all'allineamento con gli elementi di conformità previsti per la prima fase, mediante apposita definizione e pianificazione di percorsi di formazione specifica, affiancamento, accesso all'informazione tecnico – scientifica.
5.2 qualificazione del personale	Sono in corso azioni ai fini dell'allineamento con gli elementi di conformità previsti per la prima fase, mediante apposita definizione di percorsi di qualificazione
6 Controllo Ufficiale	Sono state definite le modalità operative e le responsabilità relative alle diverse modalità di espletamento del controllo ufficiale (audit, ispezioni, monitoraggio, sorveglianza etc.) rispetto agli elementi di conformità previsti per la prima fase.
10 Piani di emergenza/sistemi di allerta	Tutti gli elementi di conformità della prima fase sono garantiti dalle evidenze oggettive previste.

Capitolo 2	
FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO DEGLI OPERATORI DELLE AC	
I percorsi formativi previsti risultano in fase di programmazione	

I servizi aziendali interessati stanno predisponendo e mettendo in atto tutte le iniziative atte ad assicurare l'allineamento del controllo ufficiale allo standard previsto.

Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari

Definizione	1.4.6. Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari	
Numeratore	N. di aziende registrate di ufficio 425	
Denominatore	N. di aziende censite (Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura) 425	
Formula matematica	100%	
Fonte	La fonte dei dati è la BDR. Il flusso dei dati aggregati ASM e ASP sarà gestito dal software di gestione delle imprese alimentari ai sensi del Reg. CE 852/04 integrato con il Nodo regionale dei Servizi Veterinari e dei SIAN (BDR).	
Note		
% raggiungimento obiettivo	SI'	
Punteggio relativo		

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
SI'		NO
= > 100%		< 100%

AREA N. 2

PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Definizione	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)
	Tempo medio di percorrenza - Mezzi di soccorso
	Il tempo medio di percorrenza deve essere inferiore ai 20 minuti
Formula	SI - NO
Fonte	SIS Flusso SDO
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. La popolazione standard è quella ISTAT Italia 2001. Sono esclusi i ricoveri: - Relativi a neonati normali (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Con riferimento al suddetto indicatore, allo stato non si dispone di alcun dato attendibile, pur avendo ripetutamente sollecitato la Centrale Operativa al fine di acquisire i dati, che potranno essere richiesti direttamente alla Centrale operativa regionale. Ci risulta però che il tempo medio di percorrenza dei mezzi di soccorso non superi i 20 minuti..

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

Definizione	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medici per ricoveri ordinari	
Numeratore	N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x i ricoveri ordinari	1712
Denominatore	N. dimessi da reparti chirurgici x i ricoveri ordinari	6245
Formula matematica	N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x i ricoveri ordinari / N. dimessi da reparti chirurgici x i ricoveri ordinari x 100	
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano i soli ricoveri ordinari Le specialità chirurgiche sono: 06 cardiochirurgia pediatrica, 07 cardiochirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38, otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica. Sono esclusi: - i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) - i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 - le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0 , in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 - i dimessi con tipo DRG nè medico nè chirurgico	

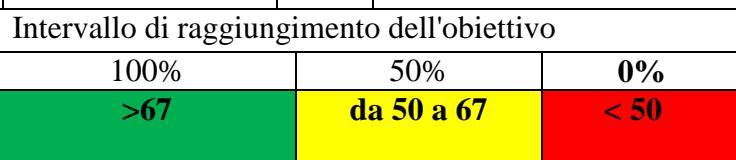
% raggiungimento obiettivo	50%
Punteggio relativo	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 21	da 21 a 33	> 33

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

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

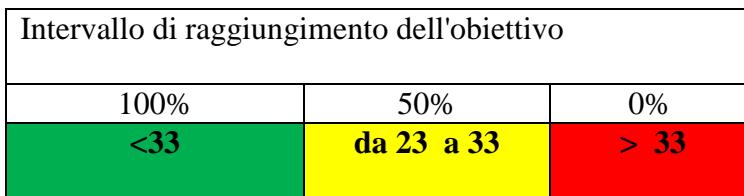
% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	



Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche

Definizione	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche
Numeratore	N. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
Denominatore	N ricoveri in DH medico
Formula matematica	N. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N ricoveri in DH medico *100
Fonte	SIS - Flusso SDO
Note x l'elaborazione	Si considerano i DRG medici in ricovero di DH Nel campo “finalità del Day Hospital” si considera la modalità “diagnostico”

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	



AREA N. 2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

APPROPRIATEZZA CLINICA

Percentuale di interventi per frattura del collo del femore nell'anziano con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni

Definizione	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni	
Numeratore	N. di interventi x frattura del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento < 2 giorni /	280
Denominatore	N. interventi per frattura di femore x 100	371
Formula matematica	N. di interventi x frattura del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento < 2 giorni / N. interventi per frattura di femore x 100	75,47%
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano solo i ricoveri ordinari. Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx AND codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna 81.51 Sostituzione totale dell'anca 81.52 Sostituzione parziale dell'anca 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura	
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
>60	da 45 a 60	< 45

Percentuale di parti con taglio cesareo primario

Definizione	Percentuale di parti con taglio cesareo primario	
Numeratore	Numero totale di parti cesarei primari	426
Denominatore	n. totale di parti con nessun pregresso cesareo	1164
Formula matematica	Numero totale di parti cesarei primari / n. totale di parti con nessun pregresso cesareo x 100	36,60%
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Sono inclusi i DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx o 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99. Sono escluse tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi 654.2 nel ricovero per parto, codici diagnostici 654.2 e di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti]; tutte le dimissioni di donne non residenti nella regione; tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni; tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice: nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)].	

% raggiungimento obiettivo	0%	
Punteggio relativo		
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 23	da 23 a 33	> 33

AREA N. 2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Tasso ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50 – 74 anni

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni	
Numeratore	N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni	
Denominatore	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni	600
Formula matematica	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	156,25
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i ricoveri in strutture private non accreditate 	

*Dato 2014

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 180	da 180 a 250	>250

Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2015. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

Pertanto, si riportano i dati contenuti nel Rapporto Annuale relativo al 2014 predisposto dall'Istituto Superiore Sant'Anna, nell'ambito del sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, a cui aderisce la Regione Basilicata.

Il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco nella popolazione 50 – 74 anni dell'ASM è stato pari a 156,25 per 100.000 abitanti, facendo registrare una performance eccellente e consentendo il raggiungimento del target regionale al 100%. Tale valore risulta anche inferiore a quello medio regionale.

Nel corso del 2015 l'Azienda, attraverso il lavoro congiunto dei MMG e specialisti aziendali, ha consolidato le strategie per il contenimento del tasso di ospedalizzazione per scompenso entro il target prestabilito, lasciando prefigurare un mantenimento dei valori fatti registrare nel 2014.

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

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni	
Numeratore	N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20 – 74 anni	
Denominatore	popolazione residente della fascia di età 20 – 74	
Formula matematica	N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20 – 74 anni /popolazione residente della fascia di età 20 – 74 x 100	37,5 %
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. 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 unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (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</p>	

*Dato 2014

% raggiungimento obiettivo	50%
Punteggio relativo	

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

Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione corretta del tasso di ospedalizzazione per diabete. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

In merito al suddetto obiettivo, analogamente a quello precedente, si riportano i dati contenuti nel Rapporto Annuale relativo al 2014 predisposto dall'Istituto Superiore Sant'Anna, nell'ambito del sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, a cui aderisce la Regione Basilicata.

Nello specifico il valore riportato dall'Istituto Superiore Sant'Anna si riferisce alla popolazione ricompresa nella fascia dai 35 ai 74 anni, mentre il target regionale riguarda la popolazione da 20 a 74 anni.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti dell'ASM della fascia di età ricompresa tra 35-74 anni nel 2014 è stato pari a 37,5 ricoveri per 100.000 abitanti, facendo registrare una performance buona, che, sebbene non confrontabile con i target regionali, in considerazione della diversa ampiezza della fascia di popolazione considerata, lascia prefigurare il raggiungimento dell'obiettivo assegnato.

Nel corso del 2015 l'Azienda, attraverso il lavoro congiunto dei MMG e specialisti aziendali, ha consolidato le strategie per il contenimento del tasso di ospedalizzazione per diabete entro il target prestabilito, lasciando ipotizzare verosimilmente il mantenimento delle performance fatte registrare nel 2014.

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

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni	
Numeratore	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni	
Denominatore	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni	
Formula matematica	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni x 100	50 ricoveri per 100.000 ab.
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</p> <ul style="list-style-type: none"> 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenza e neurorriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i ricoveri in strutture private non accreditate; i ricoveri in strutture private non accreditate 	

*Dato 2014

% raggiungimento obiettivo	50%
Punteggio relativo	

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

Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione per BPCO. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

In merito al suddetto obiettivo, analogamente ai due precedenti, si riportano i dati contenuti nel Rapporto Annuale relativo al 2014 predisposto dall'Istituto Superiore Sant'Anna, nell'ambito del sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, a cui aderisce la Regione Basilicata.

Il tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti dell'ASM della fascia di età ricompresa tra 35-74 anni nel 2014 è stato pari a 50 ricoveri per 100.000 abitanti, facendo registrare una performance discreta, che consente il raggiungimento dell'obiettivo assegnato al 50%.

Nel corso del 2015 l'Azienda, ha attivato un 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, lascia prefigurare per il 2015 un significativo del valore fatto registrare dal tasso di ospedalizzazione per BPCO fatto registrare nel 2014.

EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Percentuale di over 64 anni trattati in ADI

Definizione	Percentuale di <i>over 64</i> anni trattati in ADI	
Numeratore	N. di <i>over 64</i> anni trattati in ADI	2514
Denominatore	popolazione residente <i>over 64</i>	38.969
Formula matematica	N. di <i>over 64</i> anni trattati in ADI /popolazione residente <i>over 64</i> x 100 (primi sei mesi anno)	6,45
Fonte	SIS – Flusso ADI	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	50 %
Punteggio relativo	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
>10	da 5 a 10	< 5

In merito al suddetto indicatore, i servizi interessati fanno presente che la percentuale target prevista per l'anno 2015 dall'obiettivo regionale, risulta eccessivamente alta e praticamente non raggiungibile, anche rispetto alla media nazionale di pazienti seguiti in assistenza domiciliare. Il risultato raggiunto nella ASM è di oltre il 6%, raggiungendo, il 50% dell'obiettivo assegnato.

Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine

Definizione	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine	
Numeratore	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno	1279
Denominatore	N. utenti che consumano statine	17990
Formula matematica	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno / N. utenti che consumano statine x 100	7.11%
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l'elaborazione	farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica – terapeutica - chimica) A02BC. E' escluso il consumo privato.	

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

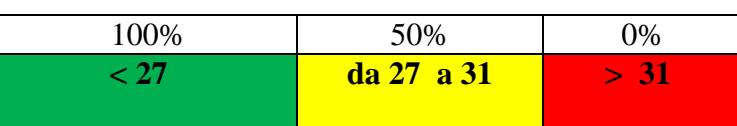
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 8	da 8 a 15	> 15

Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

Definizione	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	
Numeratore	N. utenti che consumano 1 –2 confezioni di antidepressivi all’anno	1929
Denominatore	N. utenti che consumano antidepressivi	9707
Formula matematica	N. utenti che consumano 1 –2 confezioni di antidepressivi all’anno / N. utenti che consumano antidepressivi x 100	19,87%
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l’elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Intervallo di raggiungimento dell’obiettivo

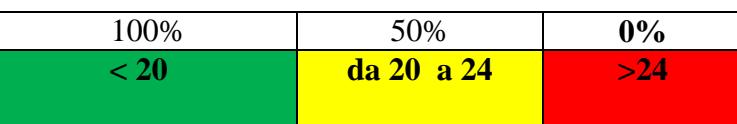


Consumo di farmaci antibiotici

Definizione	Consumo di farmaci antibiotici	
Numeratore	DDD farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell’anno	1.826.920,57 x 1000
Denominatore	N. residenti x 365	201.305 x 365
Formula matematica	DDD di altri farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell’anno / N. residenti x 365 x 1000	24,86%
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l’elaborazione	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (Classificazione anatomica – terapeutica) J01	

% raggiungimento obiettivo	0 %
Punteggio relativo	

Intervallo di raggiungimento dell’obiettivo



Il valore del suddetto indicatore realizzato nel 2015 è stato pari 24,86%, comportando il mancato raggiungimento del target stabilito dalla Regione. L’Azienda sta ponendo in essere una serie di strategie per allineare quanto più possibile i risultati agli obiettivi, attraverso il coinvolgimento e l’integrazione con i MMG e PLS.

GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Presso l'azienda Sanitaria di Matera sono in atto molteplici attività rivolte a monitorare le varie aree e strutture aziendali in cui siano possibili interventi di razionalizzazione ai fini dell'efficienza economica – finanziaria, con l'obiettivo di ridurre e/o azzerare il rischio del non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera - DL 95/2012 per il quale il tetto per la spesa farmaceutica non deve superare il 3,5% del fondo san. Regionale.

SI (= < 3,5)

NO (> di 3,5%)

Il calcolo considera la spesa farmaceutica delle strutture sanitarie al netto dei vaccini, spesa per medicinali di fascia C,, spesa Distribuzione Diretta farmaci fascia A, distribuzione per conto, Pay back 5%, Pay back per rimborsabilità condizionata.

Per quanto riguarda la spesa Farmaceutica Ospedaliera della A.S.M. per l'anno 2015 il calcolo, così come riportato in Tabella, è stato eseguito facendo riferimento al F.S.N. assegnato provvisorio ed al Pay back provvisorio.

Anno 2015	FSR REGIONALE ASM	assegnato provvisorio anno 2015	Spesa sostenuta ASM
		€ 341.799.000,00	
	ASM Matera		
farmaci Ospedalieri	3,50%	€ 11.962.965,00	3,40%
			€ 11.611.752,61
Spesa farmaci totale anno 2015	34.538.193,60	(Modello CE)	
Spesa vaccini	1.298.297,26		
Spesa D.D. Territoriale(incluso epatite C)	12.606.834,60		
Spesa Farmaci fascia C	203.574,38		
Spesa Diretta per conto	6.728.734,75		
Pay back	2.089.000		
Spesa netta Totale anno 2015	11.611.752,61		

Dalla Tabella si evince che il tetto di spesa ospedaliero per la A.S.M. è pari al 3,40% che garantisce alla ASM il raggiungimento dell'obiettivo pari al 100%

Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale raggiungimento obiettivo 100%

SI (= < 11,35)

NO (> 11,35)

Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale

CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE E DEL TETTO STABILITO DAL L.135/2012 - ANNO 2015

		Importo in Euro	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta	29.782.018,38	
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A		
B.2	Pay back 1,83% su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale		
B.3	Pay back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A	47.000,00	
B.4	Ulteriore Pay – Back farmaci antiepatite C	199.000,00	
B. 5	Fondo innovatività	2.007.000,00	
C*	Spesa distribuzione diretta fascia A	19.513.811,36	
D	Totale partecipazione a carico del cittadino	5.844.471,20	
D.1= D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta	2.255.327,54	
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento	3.589.143,66	
E= A-B.1-B.2-B.3+B4+C+D.1	Totale spesa farmaceutica territoriale	49.298.157,28	14,55
F	Fabbisogno anno di riferimento "ex FSN" (ex DGR 454/2016)	338.874.000,00	
G =			
Fx11,35	Tetto 11,35%	38.462.199,00	11,35
H = E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	10.835.958,28	3,20
I = D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se>0)	20,81	
L	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche		

* Spesa comprensiva di:

Distribuzione diretta farmaci fascia "A" in dimissione ospedaliera e a seguito di visita specialistica

7.499.591,07

Distribuzione diretta farmaci innovativi per Epatite C

4.296.918,20

Spesa di acquisto di farmaci per la "Distribuzione per conto"

6.474.867,26

Oneri alle farmacie e ai distributori intermedi per la "Distribuzione per conto"

1.242.434,83

Totale

19.513.811,36

La spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale sostenuta dalla ASM nel 2015, così come calcolata ai sensi della L. 135/2012 è pari a 49.298.157,28 di euro, evidenziando un incremento rispetto all'anno dovuto esclusivamente all'incremento della spesa per la distribuzione diretta, determinato dall'immissione in commercio di farmaci innovativi, quali, in particolare, quelli per la cura dell'epatite C; infatti la spesa farmaceutica convenzionata netta sostenuta nel 2015, pari a 29.782.018 euro, è stata addirittura inferiore all'anno precedente (€ 30.038.002).

L'incidenza della spesa farmaceutica territoriale, come precedentemente calcolata, sulla quota del F.S.R. assegnata provvisoriamente all'ASM per il 2015, è pari al 14,55%, collocandosi al di sopra del target del 11,35% definito dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Tuttavia, pare opportuno sottolineare come, in applicazione delle disposizioni ministeriali, una parte dei maggiori costi dovuti all'utilizzo dei farmaci innovativi per la cura dell'epatite C, sarà rimborsata all'Azienda dalla Regione Basilicata.

A tale rimborso, pari a circa 3,5 milioni di euro, va aggiunto l'importo del Pay – back versato dalle aziende farmaceutiche alle Regioni a titolo di contributo al ripiano dello sforamento.

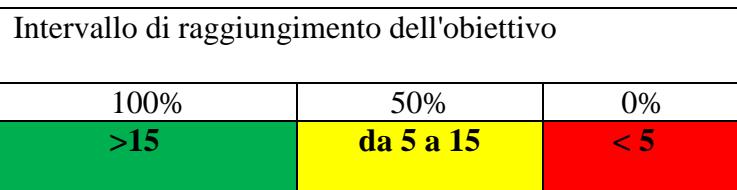
Per tali ragioni non è possibile al momento definire con esattezza la percentuale di incidenza della spesa farmaceutica sulla quota del F.S.R. assegnato per l'anno 2015, e conseguentemente valutarne il livello di raggiungimento del target prestabilito.

L'obiettivo risulta raggiunto.

Utilizzo di farmaci biosimilari (CONSUMO TERRITORIALE)

Definizione	% di utilizzo di farmaci biosimilari - biologico
Numeratore	Totale UP (unità posologiche) dei farmaci biosimilari erogate nell'anno x azienda di erogazione
Denominatore	Totale UP di tutti i farmaci biosimilari con principio attivo presente nei farmaci biosimilari x azienda di erogazione
Formula matematica	$906+8+187 / 906+8+187+3228+43+265 \times 100$
Fonte	SIS Flusso Marno
Note x l'elaborazione	

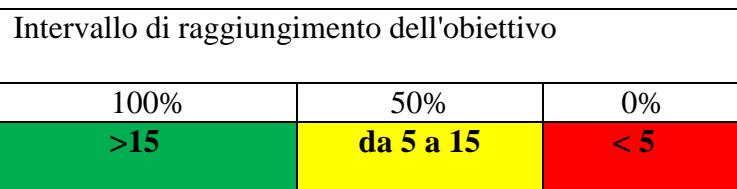
% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	



Utilizzo di farmaci biosimilari (CONSUMO OSPEDALIERO)

Definizione	% di utilizzo di farmaci biosimilari - biologico
Numeratore	Totale UP (unità posologiche) dei farmaci biosimilari erogate nell'anno x azienda di erogazione
Denominatore	Totale UP di tutti i farmaci biosimilari con principio attivo presente nei farmaci biosimilari x azienda di erogazione
Formula matematica	$906+8+187 / 906+8+187+3228+43+265 \times 100$
Fonte	SIS Flusso Marno
Note x l'elaborazione	

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

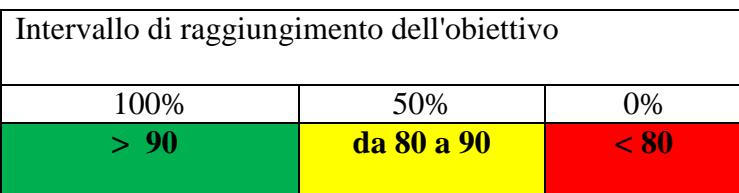


In merito al suddetto indicatore, i risultati raggiunti evidenziano il pieno raggiungimento del target stabilito dalla Regione sia in ambito territoriale che ospedaliero.

% di Utilizzo di farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA

Definizione	% di Utilizzo di farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	
Numeratore	Totale UP (unità posologiche) dei farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA erogati nell'anno di riferimento	3.049.165
Denominatore	Totale delle UP di tutti i farmaci con principio attivo presente nella lista di trasparenza AIFA erogate nel semestre di riferimento	3.943.749
Formula matematica		77,32%
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	



L'indicatore proposto richiede necessariamente dei chiarimenti da parte degli uffici regionali, poiché, secondo i criteri di elaborazione descritti nella formula riportata nella DGR 66/2015, il dato del numeratore coinciderebbe con il dato del denominatore. Per tali ragioni il dato riportato è stato calcolato in base al criterio utilizzato nel 2014, cioè, su 3.943.749 pezzi totali di farmaci dispensati nel 2015, quelli relativi ai farmaci equivalenti di cui alla lista di trasparenza dell'AIFA sono 3.049.165 con un'incidenza del 77,32%.
 $(3.049.165 / 3.943.749 *100 = 77,32\%)$

AREA N. 3 GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICO E FINANZIARIE

Investimenti ex articolo 20

Definizione	Verifica degli impegni assunti in sede di sottoscrizione dell'APQ
Criterio per valutazione positiva	La verifica sarà effettuata dall'Ufficio Risorse Finanziarie sulla base dei "warning" risultanti nel corso dell'anno nella procedura SGP. L'Obiettivo si intenderà raggiunto se i "warning" rilevati in sede monitoraggio bimestrale non siano stati risolti entro il bimestre successivo.
Fonte	Ufficio Risorse finanziarie del dipartimento Salute
Note x l'elaborazione	Fonte: SGP

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

La verifica sul raggiungimento del presente obiettivo sarà effettuata dall'Ufficio Risorse Finanziarie sulla base dei "warning" risultanti nel corso dell'anno nella procedura SGP.

Dai dati a nostra disposizione risulta che l'obiettivo sia stato raggiunto al 100%

AREA N. 4 - CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI

Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)

Definizione	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)
Fonte	SIS
Criterio per la valutazione	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 Internazionale (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 urgenza DM 17/12/2008 (118)	E- mail	Mensile (entro il 20 del mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Emergenza urgenza DM 17/12/2008 (DEA Pronto soccorso 118)	Supporto magnetico – 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
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
PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	WEB	completo al 31/12	Inviato nei tempi previsti
RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	e-mail	risposta entro 7 giorni	Inviato nei tempi previsti
FITOSANITARI SU ALIMENTI – DM 23 dicembre 1992 – Controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	e-mail	annuale 31/03	Inviato nei tempi previsti

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio	Risultato
Disturbi del comportamento alimentare (SDCA)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	Inviato nei tempi previsti
Emergenza Urgenza (trasporti)	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
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

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

AREA N. 4 - CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

REVISIONE CONTABILE

4.2 Revisione contabile

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

% raggiungimento obiettivo	100 %
Punteggio relativo	

Sono in corso le attività volte alla chiusura del Bilancio di esercizio anno 2015, finalizzate anche a realizzare tutti gli adempimenti previsti dalla procedura inerente la certificazione del bilancio.

In seguito all'approvazione del bilancio di esercizio anno 2015 (entro il 30 aprile), lo stesso sarà trasmesso alla Regione Basilicata per i controlli di legge, ai sensi dell'art. 44 della LR n. 39 / 2001, e contestualmente sarà trasmesso all'Ente certificatore BDO che provvederà alle valutazioni necessarie per il rilascio della certificazione.

Questa Azienda, ha ottenuto il parere favorevole dell'Ente Certificatore in merito al bilancio d'esercizio 2014, con rilascio della opinione positiva sul bilancio di esercizio in conformità agli obiettivi regionali inerenti la certificazione di bilancio.

Controllo cartelle cliniche

Definizione	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale (OER_B)	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Nel corso dei primi sei mesi del 2015, ai fini della valutazione dell'appropriatezza delle cartelle cliniche, sono stati controllate:

- Presso il P.O. di Matera: n. 1270 cartelle cliniche (estratte a campione random) su un totale di n. 12.662 ricoveri ordinari, pari al 10 % delle SDO
- Presso il P.O. di Policoro: n. 492 cartelle cliniche (estratte a campione random), pari all'8 % delle SDO.

AREA N. 4 - CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE

Definizione	Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DRG 137 / 2015
Criterio per valutazione positiva	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione
Note x l'elaborazione	

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Definizione	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico
Criterio per valutazione positiva	Invio in regione del piano aziendale di prevenzione
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione
Note x l'elaborazione	

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Definizione	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale
Criterio per valutazione positiva	Invio in regione della relazione aziendale sullo stato di attuazione del piano entro il 28 febbraio dell'anno successivo
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione
Note x l'elaborazione	

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Sono in corso le attività inerenti il recepimento formale delle indicazioni di cui alla DGR 137/2015 e la stesura ed invio in Regione del Piano e della relazione sullo stato di attuazione del piano di prevenzione del rischio clinico.

AREA N. 4 - CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

AUTORIZZAZIONE STRUTTURE

L’Azienda sanitaria di Matera, sta predisponendo tutte le attività atte alla richiesta di autorizzazione definitiva 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) e inoltrerà in Regione, la domanda di autorizzazione definitiva, così come previsto dall’obiettivo assegnato.

Le strutture interessate sono:

- Punto Prelievi di Piazza Firenze a Matera ;
- Attività di procreazione medicalmente assistita di I livello, presso la U.O. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Matera;
- Riabilitazione e RSA presso l’Ospedale distrettuale di Tricarico;
- Diagnostica per immagini RMN presso il P.O. di Policoro

VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE

4.5.1. Valutazione strategie per il controllo del dolore > 2 %

Definizione	Consumo di farmaci oppioidi	
Numeratore	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell’anno per principio attivo	66.334,69
Denominatore	N. residenti x 365 x 1000	201.305*365
Formula matematica	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell’anno per principio attivo / N. residenti x 365 x 1000	0,90
Fonte	SIS Flussi Marno	
Note x l’elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	

AREA n. 5 OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

Definizione	Produzione della relazione sulla Customer Satisfaction	
Criterio per valutazione positiva		
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Presso la ASM è stata svolta un'indagine relativa alla Customer Satisfaction, volta alla conoscenza del grado di soddisfazione dei cittadini e delle loro aspettative, rispetto alle prestazioni offerte dalle strutture sanitarie aziendali, finalizzata al continuo miglioramento dei servizi.

La relazione è stata trasmessa al dipartimento Politiche della Persona entro il 28 febbraio 2016, così come previsto dall'obiettivo assegnato alla ASM.

5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

Produzione del Bilancio Sociale

Definizione	Produzione del Bilancio Sociale	
Numeratore	Invio in Regione entro il 28 febbraio dell'anno successivo	
Denominatore		
Formula matematica		
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

L'Azienda sanitaria di Matera ha predisposto il Bilancio sociale aziendale, approvato con delibera aziendale n. 983 / 2015 e già inviato al Dipartimento Politiche della persona.

**IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Pietro QUINTO)**

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