



**DGR 364 del 12.04.2016**

**OBIETTIVI 2016  
DELLE AZIENDE SANITARIE  
DELLA REGIONE BASILICATA  
AZIENDA SANITARIA MATERA**

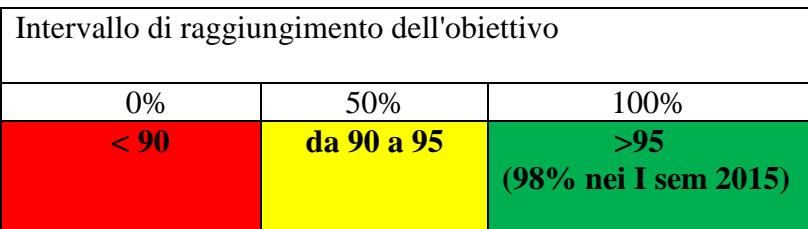
**Verifica al 30 giugno 2016**

In ottemperanza a quanto richiesto dalla D.G.R. 364/ 2016 è stata redatta apposita relazione di verifica sull'andamento delle attività dell'ASM – Azienda Sanitaria Locale di Matera, aggiornata al 30 giugno 2016.

<b>AREA N. 1 AREA TUTELA DELLA SALUTE</b>	<b>PESO 20</b>
<b>PREVENZIONE PRIMARIA</b>	

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

<b>Definizione</b>	<b>1.1.1.Copertura vaccinale esavalente nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).</b>	
<b>Numeratore</b>	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre	
<b>Denominatore</b>	Corte di bambini che compiono 2 anni	
<b>Formula matematica</b>	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2014 (1340) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1488) *100 $1340 / 1488 *100 = 90,00\%$	
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
<b>Note</b>	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difto – Pertosse – polio _ Epatite B e HIB)	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	50%	
<b>Punteggio relativo</b>		

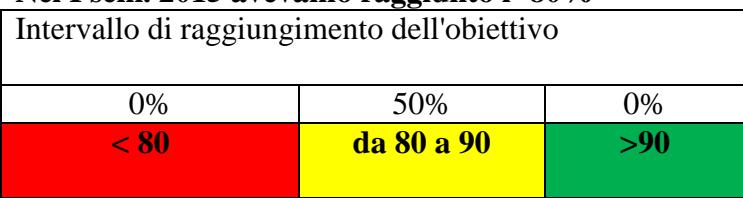


Il valore dell'indicatore riferito ai primi sei mesi dell'anno 2016 conferma i risultati raggiunti nel 2015; si ritiene che per la fine dell'anno, potrà essere raggiunta una copertura vaccinale superiore al 95%, in piena aderenza al target predefinito.

**Copertura per vaccino MPR.**

<b>Definizione</b>	<b>1.1.2 Copertura per vaccino MPR</b>	
<b>Numeratore</b>	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	
<b>Denominatore</b>	Corte di bambini che compiono 2 anni	
<b>Formula matematica</b>	Cicli vaccinali completati nei primi sei mesi dell'anno (1124) per MPR / Corte di bambini che compiono 2 anni (1488) *100 = 76%	
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
<b>Note</b>		
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	0%	
<b>Punteggio relativo</b>		

**Nel I sem. 2015 avevamo raggiunto l' 80%**



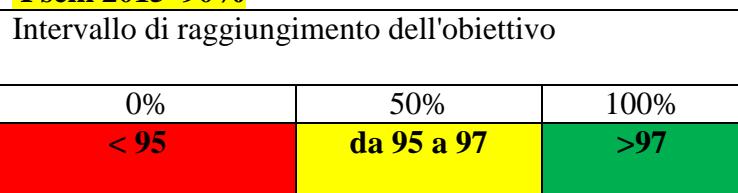
Il valore dell'indicatore riferito ai primi sei mesi dell'anno 2016 conferma i risultati raggiunti nel 2015 e fa prevedere una copertura vaccinale di oltre l'90%, in piena aderenza al target predefinito.

### Copertura vaccinale antipneumococcico.

<b>Definizione</b>	<b>1.1.3.Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).</b>	
<b>Numeratore</b>	Cicli vaccinali( III dose) completati al 31 dicembre x antipneumococcica	
<b>Denominatore</b>	Corte di bambini res. nel territorio con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre	
<b>Formula matematica</b>	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2014 (1340) / Corte di bambini nati nel 2014 (1488) *100 = <b>90,00%</b>	
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
<b>Note</b>	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difto – Pertosse – polio _ Epatite B e HIB)	

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

**I sem 2015 90%**



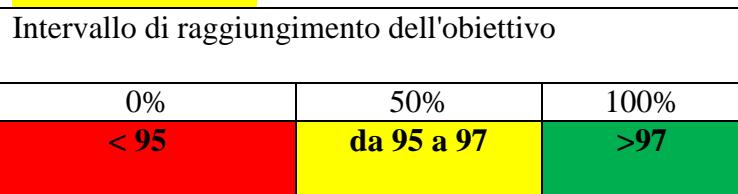
Il valore dell'indicatore riferito ai primi sei mesi dell'anno 2016 conferma i risultati raggiunti nel 2015 e fa prevedere una copertura vaccinale superiore al 97%, in piena aderenza al target predefinito.

### Copertura vaccinale antimeningococcico C

<b>Definizione</b>	<b>1.1.4.Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).</b>	
<b>Numeratore</b>	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre 2016	
<b>Denominatore</b>	Corte di bambini residenti con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre	
<b>Formula matematica</b>	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2014 (1110) / Corte di bambini che compiono 2 anni (14488) *100 1153/ 1481 *100 = <b>74,00%</b>	
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
<b>Note</b>	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difto – Pertosse – polio _ Epatite B e HIB)	

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

**I sem. 2015 78%**



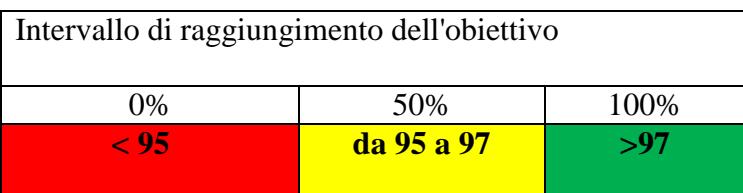
La copertura vaccinale antimeningococcico C nei bambini a 24 mesi per ciclo base nel primo semestre 2016 è stata pari al 74%, che molto probabilmente aumenterà di due o tre punti entro la fine dell'anno, in linea con i valori medi nazionale.

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).

<b>Definizione</b>	<b>1.1.5.Copertura vaccinale contro il Papilloma virus (HPV)</b>
<b>Numeratore</b>	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (3° dose entro l'anno di rilevazione)
<b>Denominatore</b>	n. di bambine residenti che hanno compiuto 12 anni (coorte bambine nate nel 2004)
<b>Formula matematica</b>	Cicli vaccinali completati al 31dicembre (250) / Corte di bambine residenti nate nel 2004 $(1000) *100 - 250/ 1000 *100 = 25,00\%$
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)
<b>Note</b>	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difto – Pertosse – polio _ Epatite B e HIB)
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>0%</b>
<b>Punteggio relativo</b>	



### I sem. 2015 45,00%

La copertura vaccinale papilloma virus (HPV) nel primo semestre 2016 è stata pari al 25,00%, che sicuramente arriverà al 45 – 50% entro la fine dell'anno, 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

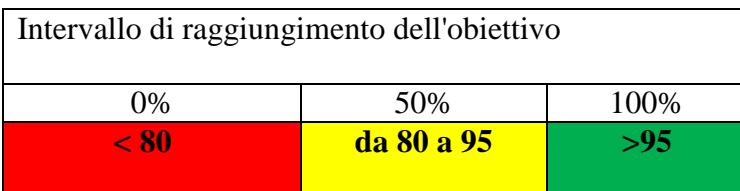
### **1.2. PREVENZIONE SECONDARIA**

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.

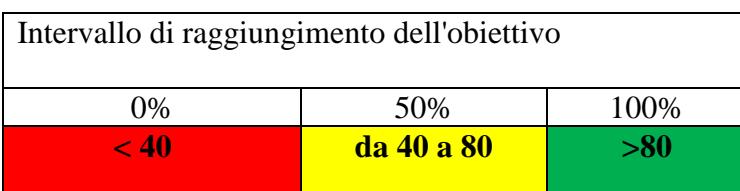
I dati di sotto riportati, in riferimento alla verifica degli indicatori inerenti gli obiettivi sui programmi di screening mammografico sono relativi all'anno 2012. Pur avendo a più riprese sollecitato l'aggiornamento dei dati alla centrale regionale di gestione degli screening, a tutt'oggi, non è pervenuto alcun dato relativo agli anni 2013 - 2014 – 2015 e primi sei mesi 2016.

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

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



<b>Definizione</b>	<b>1.2.2. Adesione screening mammografico.</b>	
<b>Numeratore</b>	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico nell'anno	
<b>Denominatore</b>	N. donne invitate allo screening (-) inviti inesitati nell'anno in oggetto (-) n. di donne escluse dopo l'invito	
<b>Formula matematica</b>	n. donne che hanno partecipato allo screening / N. donne invitate allo screening x 100 $7525 / 13462 * 100 = 56,00\%$	
<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 pop. di riferimento è quella regionale	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>50 %</b>	
<b>Punteggio relativo</b>		



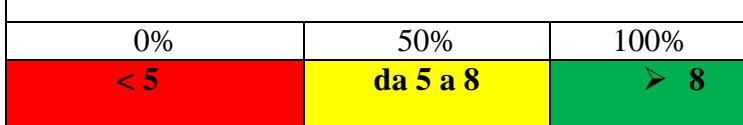
## AREA N. 1 AREA TUTELA DELLA SALUTE - SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

<b>Definizione</b>	<b>1.3.1. Imprese attive sul territorio controllate</b>	
<b>Numeratore</b>	Numero di aziende attive presenti sul territorio (compreso edilizia e agricoltura) ispezionate dal servizio, incluse quelle ispezionate x l'espressione di pareri	
<b>Denominatore</b>	N. aziende con dipendenti attive presenti sul territorio	
<b>Formula matematica</b>	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate / n. imprese attive presenti sul territorio $(343 / 5350 *100) = 6,4\% \text{ (primi sei mesi dell'anno 2016)}$	
<b>Fonte</b>	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER -B)	
<b>Note</b>	Per il numeratore: dati attività trasmessi dalle UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL. Per il denominatore Nuovi flussi informativi INAIL (c/o Dipartimento di salute – ufficio Politiche della prevenzione e le predette UU.OO. per competenza territoriale.	

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

**Nel I sem. 2015 la % delle imprese controllate era del 5%**

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo



I dati riportati sono riferiti alla prima metà dell'anno. Si prevede che entro la fine del 2016 la percentuale delle imprese controllate sul totale delle imprese presenti sul territorio raggiungerà pienamente la percentuale target prevista dall'obiettivo regionale.

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

## AREA N. 1 AREA TUTELA DELLA SALUTE - 1. 4 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.

<b>Definizione</b>	<b>1.4.1 Percentuale di campioni analizzati per la ricerca di residui di fitosanitari nei prodotti alimentari</b>	
<b>Numeratore</b>	numero di campionamenti effettuati 110	
<b>Denominatore</b>	N. di campioni assegnati 227	
<b>Formula matematica</b>	Oltre il 48,45 % nei primo sei mesi del 2016	
<b>Fonte</b>	Banca dati regionale Anagrafe Animali	
<b>Note</b>	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)	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>		
<b>Punteggio relativo</b>		



Il risultato potrà essere evidenziato solo a fine anno. Il dato riportato si riferisce al I semestre 2016; i controlli nei prodotti alimentari sono tuttora in corso, pertanto entro la fine dell'anno 2016, si stima che supereranno il 90 %, così come richiesto dall'obiettivo assegnato.

<b>Definizione</b>	<b>1.4. 2 Percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE</b>
<b>Numeratore</b>	numero di allevamenti testati
<b>Denominatore</b>	N. di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati x SCRAPIE
<b>Formula matematica</b>	<b>OVINI :N. totale di capi testati (45) / capi morti di età superiore ai 18 mesi( 59 ) x 100 = 76,27</b> <b>CAPRINI: tot.capi testati (4) / tot. Capi morti (4) x 100 = 100,00 %</b>
<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>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>% Si (vedi sotto)</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo	
SI'	NO
= > 80% per ovini e = > 100 % per caprini	< 80% per ovini e < 65 % per caprini

Il dato riportato si riferisce al I semestre 2016, tuttavia 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. 14 capi), sui quali non è stato possibile eseguire le operazioni di prelievo dei tronchi encefalici per l'esecuzione dei test di laboratorio; comunque tutti i capi morti sono stati sottoposti a visita, ai fini dell'accertamento delle cause di morte, come circostanziato dai verbali e dal SIS veterinario

I campioni analizzati al 30 giugno 2016 sono 22 su 64 assegnati, pertanto si prevede di raggiungere oltre il 100 % entro il 31.12.2016.

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

<b>Definizione</b>	<b>1.4. 3 Percentuale di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano nazionale residui )</b>
<b>Numeratore</b>	N. totale di campioni eseguiti n. 22
<b>Denominatore</b>	N. di campioni assegnati n. 64
<b>Formula matematica</b>	N. totale di campioni eseguiti 22/64 (campioni assegnati) *100 = <b>34,37 %</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>Note</b>	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>SI</b>
<b>Punteggio relativo</b>	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo	
SI'	NO
= > 98%	< 98%

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

<b>Definizione</b>	<b>1.4.4. Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti registrati ai sensi del Reg.CE 852/04</b>	
<b>Numeratore</b>	N. di aziende correttamente inserite sul sistema informativo di gestione delle imprese alimentari (BDR) 22	
<b>Denominatore</b>	N. di aziende da inserire nel sistema informativo 22	
<b>Formula matematica</b>	$22/22 = 100\%$	
<b>Fonte</b>	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)	
<b>Note</b>		
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>100%</b>	
<b>Punteggio relativo</b>		

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)

<b>Definizione</b>	<b>1.4.5. Miglioramento del funzionamento e il miglioramento dei controlli ufficiali - standard</b>	
	Inserimento degli atti prodotti sul modulo software entro il 31 dicembre 2015	
<b>Formula</b>	Soddisfacimento condizioni cap.1 e cap. 2 su inserimento degli atti prodotti sul modulo software entro il 31.12.2015	
<b>Fonte</b>	Le ASL - Il flusso dei dati sarà gestito dal nuovo Software integrato con il Nodo regionale dei Servizi veterinari e dei SIAN (BDR)	
<b>Note</b>		
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>SI'</b>	
<b>Punteggio relativo</b>		

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

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 in merito alla gestione del sistema informatizzato con particolare riferimento alla programmazione, rendicontazioni, flussi informativi, registrazione dei dati, refertazioni. Le evidenze oggettive dimostrano un progressivo allineamento con gli elementi di conformità previsti per la prima fase
5.1 Formazione e addestramento	Sono in corso azioni ai fini dell'allineamento con gli elementi di conformità, previsti per la prima fase, mediante apposita pianificazione e definizione di percorsi di specifica formazione, 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 relativa definizione di percorsi di qualificazione.
6 Controllo Ufficiale	Sono definite le modalità operative e le responsabilità relative alle diverse modalità di espletamento del controllo ufficiale (audit, ispezione, monitoraggio, sorveglianza ecc.) 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	
<b>FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO DEGLI OPERATORI DELLE AC</b>	
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, entro il 31.12.2016.

#### Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari

<b>Definizione</b>	<b>1.4.6. Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari</b>	
<b>Numeratore</b>	N. di aziende registrate di ufficio 429	
<b>Denominatore</b>	N. di aziende censite (Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura) 429	
<b>Formula matematica</b>	100%	
<b>Fonte</b>	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).	
<b>Note</b>		
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>SI'</b>	
<b>Punteggio relativo</b>	<b>100%</b>	

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

## AREA N. 2

### PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

#### 2.1. APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

<b>Definizione</b>	<b>2.1.1 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)</b>	
	Tempo medio di percorrenza - Mezzi di soccorso	
	Il tempo medio di percorrenza deve essere inferiore ai 20 minuti	
<b>Formula</b>	<b>SI - NO</b>	
<b>Fonte</b>	SIS Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	<p>Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. La popolazione standard è quella ISTAT Italia 2001.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relativi a neonati normali (DRG 391)</li> <li>- Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenza e neurorriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)</li> </ul>	

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

Con riferimento al suddetto indicatore, allo stato non si dispone di alcun dato attendibile, nonostante le numerose sollecitazioni alla Centrale Operativa. Il dato sarà disponibile a fine anno.

#### 2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per ricoveri ordinari V.P.G.

<b>Definizione</b>	2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medici per ricoveri ordinari	
<b>Numeratore</b>	N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x i ricoveri ordinari	<b>834</b>
<b>Denominatore</b>	N. dimessi da reparti chirurgici x i ricoveri ordinari	<b>3009</b>
<b>Formula matematica</b>	N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x i ricoveri ordinari / N. dimessi da reparti chirurgici x i ricoveri ordinari x 100	
	<b>27,72</b>	
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	<p>Si considerano i soli ricoveri ordinari</p> <p>Le specialità chirurgiche sono: 06 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.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59)</li> <li>- i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643)</li> <li>- i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125</li> <li>- le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95</li> <li>- i dimessi con tipo DRG nè medico nè chirurgico</li> </ul>	

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

Nel I sem. 2015 la % era del 29%

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

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

<b>Definizione</b>	2.1.3 Percentuale di ricoveri effettuati in Day surgery per i DRG dei LEA chirurgici	
<b>Numeratore</b>	N. di ricoveri effettuati in Day Surgery per i LEA chirurgici	<b>345</b>
<b>Denominatore</b>	N. ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA chirurgici	<b>940</b>
<b>Formula matematica</b>	N. di ricoveri effettuati in Day Surgery / ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario *100	<b>36,07</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	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)	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>0%</b>	
<b>Punteggio relativo</b>		
<b>I sem 2015 36,7%</b>		
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
>67	da 50 a 67	< 50

L'indicatore risulta zero, probabilmente perché le schede SDO dei Day Surgery non sono state ancora chiuse. Il riscontro sarà possibile solo a fine anno.

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

<b>Definizione</b>	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche	
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<b>11</b>
<b>Denominatore</b>	N ricoveri in DH medico	<b>253</b>
<b>Formula matematica</b>	N. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N ricoveri in DH medico *100	<b>4,35</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano i DRG medici in ricovero di DH Nel campo "finalità del Day Hospital" si considera la modalità "diagnosticco"	

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>100%</b>	
<b>Punteggio relativo</b>		
<b>I sem. 2015 3%</b>		
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 23	da 23 a 33	> 33

## **AREA N. 2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI**

### **APPROPRIATEZZA CLINICA**

**2.2.1 Percentuale di interventi per frattura del collo del femore nell'anziano con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento  $\leq 2$  giorni V.P.G.**

<b>Definizione</b>	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2$ giorni	
<b>Numeratore</b>	N. di interventi x frattura del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento $< 2$ giorni /	<b>123</b>
<b>Denominatore</b>	N. interventi per frattura di femore x 100	<b>170</b>
<b>Formula matematica</b>	N. di interventi x frattura del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento $< 2$ giorni / N. interventi per frattura di femore x 100	<b>72,35</b>
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Si considerano solo i ricoveri ordinari. Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx AND codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna 81.51 Sostituzione totale dell'anca 81.52 Sostituzione parziale dell'anca 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura	
<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>100%</b>	
<b>Punteggio relativo</b>		

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
<b>&gt;60</b>	<b>da 45 a 60</b>	<b>&lt; 45</b>

#### **2. 2. 2. Percentuale di parti con taglio cesareo primario V.P.G.**

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

**Nel I sem. 2015 35%**

<b>% raggiungimento obiettivo</b>	<b>0%</b>	
<b>Punteggio relativo</b>		
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%

&lt; 23

da 23 a 33

&gt; 33

**AREA N. 2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI****2.3 EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE V.P.G.****2.3. 1 Tasso ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50 – 74 anni**

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

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

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 2016. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

Nel corso dei primi mesi del 2016, l'Azienda, attraverso il lavoro congiunto dei MMG e specialisti aziendali, ha posto in essere le strategie per il contenimento del tasso di ospedalizzazione per scompenso entro il target prestabilito. Tale strategia ha portato ad un trend decrescente dei ricoveri per scompenso erogati dagli ospedali per acuti di quest'Azienda.

**Forniamo pertanto il dato inerente i ricoveri presso i nostri ospedali aziendali che risulta pari a 3,56.**

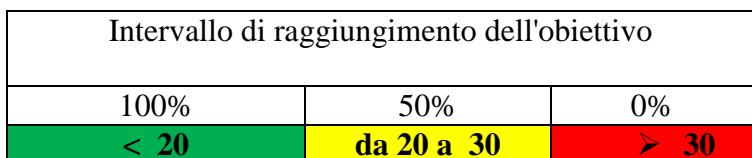
**Tenendo conto che nel I semestre dell'anno 2015 il dato era di 3,70%,** si può ipotizzare un ulteriore miglioramento dell'indicatore per il 2016 .

\*\*Il suddetto indicatore nell'anno 2014 è stato pari a **156,25**, evidenziando una ottima performance da parte dell'Azienda, con il raggiungimento del target prestabilito al 100% ed un netto miglioramento rispetto all'anno precedente . Il valore del suddetto tasso di ospedalizzazione relativo al 2014 è stato desunto dal rapporto predisposto dall'Istituto Sant'Anna di Pisa.

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

<b>Definizione</b>	<b>Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni</b>
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20 – 74 anni
<b>Denominatore</b>	popolazione residente della fascia di età 20 – 74
<b>Formula matematica</b>	N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20 – 74 anni /popolazione residente della fascia di età 20 – 74 x 100
<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: 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

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



\*Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2016. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

Nel corso dei primi mesi del 2016, l'Azienda, attraverso il lavoro congiunto dei MMG e specialisti aziendali, ha posto in essere le strategie per il contenimento del tasso di ospedalizzazione per scompenso entro il target prestabilito. Tale strategia ha portato ad un trend decrescente dei ricoveri per scompenso erogati dagli ospedali per acuti di quest'Azienda.

**Forniamo pertanto il dato inerente i ricoveri presso i nostri ospedali aziendali che risulta pari a 2,77.**

Tenendo conto che nel I semestre dell'anno 2015 il dato era di 2,89%, si può ipotizzare un ulteriore miglioramento dell'indicatore per il 2016 .

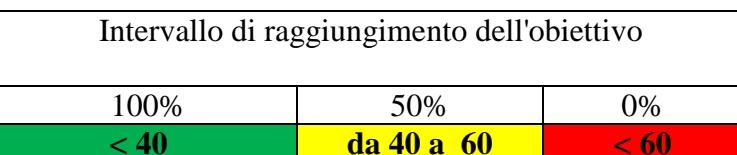
\*\*Il suddetto indicatore nell'anno 2014 è stato pari a 37,50 evidenziando una performance discreta da parte dell'Azienda, con il raggiungimento del target prestabilito quasi al 50% ed un netto miglioramento rispetto all'anno precedente.

### 2.3.3 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
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni
<b>Denominatore</b>	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni
<b>Formula matematica</b>	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni x 100
<b>Fonte</b>	SIS - Flusso SDO
<b>Note x l'elaborazione</b>	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica</li> <li>491*: Bronchite cronica</li> <li>492*: Enfisema</li> <li>496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove</li> </ul> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenza e neurorriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)</li> <li>- i ricoveri in strutture private non accreditate; i ricoveri in strutture private non accreditate</li> </ul>

\*Dato 2013

% raggiungimento obiettivo	
Punteggio relativo	



\*Al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2016. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

Nel corso dei primi mesi del 2016, l'Azienda, attraverso il lavoro congiunto dei MMG e specialisti aziendali, ha posto in essere le strategie per il contenimento del tasso di ospedalizzazione per scompenso entro il target prestabilito. Tale strategia ha portato ad un trend decrescente dei ricoveri per scompenso erogati dagli ospedali per acuti di quest'Azienda.

**Forniamo pertanto il dato inerente i ricoveri presso i nostri ospedali aziendali che è pari a 3,15%.**

Tenendo conto che nel I semestre dell'anno 2015 il dato era di 3,29%, si può ipotizzare un ulteriore miglioramento dell'indicatore per il 2016 .

\*\*Il suddetto indicatore nell'anno 2014 è stato pari a 64,04.

## V.P.G.

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

<b>Definizione</b>	Percentuale di over 64 anni trattati in ADI	
<b>Numeratore</b>	N. di over 64 anni trattati in ADI	<b>1369</b>
<b>Denominatore</b>	popolazione residente over 64	<b>43.055</b>
<b>Formula matematica</b>	N. di over 64 anni trattati in ADI /popolazione residente over 64 x 100 (primi sei mesi anno)	<b>3,2</b>
<b>Fonte</b>	SIS – Flusso ADI	
<b>Note x l'elaborazione</b>		

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

I sem . 2015 3,7%

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
> 7	da 3 a 7	< 3

In merito al suddetto indicatore, i servizi interessati fanno presente che la percentuale target prevista per l'anno 2016 dall'obiettivo regionale, risulta eccessivamente alta e praticamente non raggiungibile, anche rispetto alla media nazionale di pazienti seguiti in assistenza domiciliare. L'andamento delle attività, con una proiezione sull'intero anno lasciano ragionevolmente presupporre che il a fine 2016 saranno trattati in ADI oltre il 7% della popolazione over 64, raggiungendo, il 100% del target.

### 2.3.5 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine V.P.G.

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

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

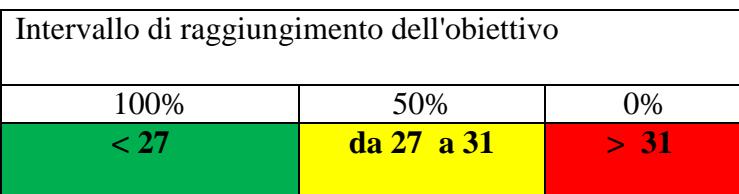
Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
< 8	da 8 a 15	> 15

Il raggiungimento dell'obiettivo in oggetto non è valutabile in quanto la verifica si può effettuare solo sull'intero anno.

### 2.3.6 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi < 20

<b>Definizione</b>	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi
<b>Numeratore</b>	N. utenti che consumano 1 –2 confezioni di antidepressivi all’anno
<b>Denominatore</b>	N. utenti che consumano antidepressivi
<b>Formula matematica</b>	N. utenti che consumano 1 –2 confezioni di antidepressivi all’anno / N. utenti che consumano antidepressivi x 100
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno
<b>Note x l’elaborazione</b>	

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

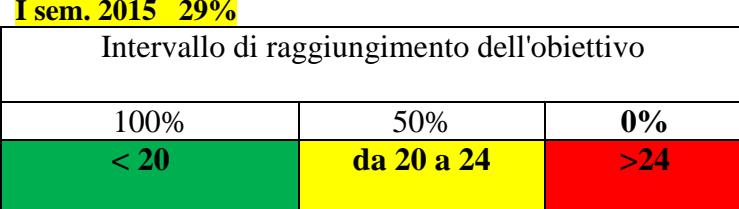


Il raggiungimento dell’obiettivo in oggetto non è valutabile in quanto la verifica si può effettuare solo sull’intero anno.

### 2..3. 7 Consumo di farmaci antibiotici VPG

<b>Definizione</b>	Consumo di farmaci antibiotici
<b>Numeratore</b>	DDD farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell’anno
	<b>933.185,50</b> <b>x 2 x 1000</b>
<b>Denominatore</b>	N. residenti x 365
	<b>200.597 x</b> <b>365</b>
<b>Formula matematica</b>	DDD di altri farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell’anno / N. residenti x 365 x 1000
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno
<b>Note x l’elaborazione</b>	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (Classificazione anatomico – terapeutica ) J01

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



Il valore del suddetto indicatore realizzato nel I semestre 2016 è stato pari 25,49, in netto miglioramento rispetto al dato dell’anno 2015 (29%), anche se non è stato raggiunto il 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.

## AREA N. 3

### 3. 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.

#### **Obiettivo: 3.1 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%)

<b>3.1 1 CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA - I SEMESTRE 2015</b>		
	<b>Importo in Euro</b>	<b>% su FSN</b>
<b>N</b>	Spesa farmaceutica delle strutture sanitarie pubbliche x medicinali con AIC al netto dei vaccini	
<b>O</b>	Spesa per medicinali di fascia C e C bis	<b>Calcolabile a fine anno</b>
<b>P.1</b>	Pay back 5% non convenzionata di fascia H	<b>Calcolabile a fine anno</b>
<b>P.2</b>	Pay back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H	
<b>P.3</b>	Pay back per rimborsabilità condizionata (payment, results, ect.)	<b>Calcolabile a fine anno</b>
<b>Q=N-C-O-P.1-P.2-P3-Spesa ospedaliera</b>	<b>Q= N-C (spesa distribuzione diretta fascia A – vedi tab. territoriale)- P.1-P.2-P.3 spesa ospedaliera</b>	
<b>R</b>	Fabbisogno anno corrente ex FSN - Assegnato provvisorio alla ASM	<b>170.899.500,00</b>
<b>S</b>	Tetto 3,5 %	<b>4,04</b>
<b>T</b>	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa x medicinali esteri	
<b>U</b>	Spesa per plasma e derivati per produzione regionale	
<b>V</b>	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche	
<b>W</b>	Total spesa farmaceutica regionale Q+O+T+U+V	

#### **SPESA TOT X FARMACI I SEM. 2016**

**20.151.000,00**

Spesa x D.D. territoriale	9.165.080,92
Spesa Farmaci fascia C	64.156,36
Spesa diretta per conto	3.480.000,00
FILE F (a recupero)	536.015,00

#### **Spesa netta tot. I sem. 2016**

**6.905.747,32**

Dalla Tabella si evince che il tetto di spesa ospedaliero per la A.S.M. riferito ai primi sei mesi dell'anno 2015 è pari al **4,04%**.

Da questo dato andrebbe sottratto il pay- back versato dalle Aziende Farmaceutiche per i rimborsi condizionati, dato attualmente non disponibile,

In ogni caso, facendo un raffronto con i dati riferiti al I sem. 2015, si rileva un risparmio di spesa farm. Ospedaliera, pari a **€ 679.921,32** siamo passati infatti da 7.585.668,00 a 6.905.747,32.

Si ritiene, pertanto, che, entro la fine dell'anno l'obiettivo del 3,5% possa essere completamente raggiunto.

Nel I sem 2016 si rileva una riduzione del costo dei farmaci ospedalieri. La maggiore percentuale registrata nel I sem 2016 è dovuta al fatto che non è stato decurtato il payback e le note di credito sui farmaci, valutabili solo a fine anno

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

<b>3.1. 2 CALCOLO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE E DEL TETTO STABILITO DALLA L. 135/2012 - I SEMESTRE 2016</b>		
	<b>Importo in Euro</b>	<b>% su FSN</b>
<b>A</b> Spesa Convenzionata Netta	14.554.979,50	
<b>B.1</b> Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A	Dati non disponibili	
<b>B.2</b> Pay back 1,83% su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale	Dati non disponibili	
<b>B.3</b> Pay back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A	Dati non disponibili	
<b>C *</b> Spesa Distribuzione Diretta fascia A	12.780.497,98	
<b>D</b> Totale compartecipazione a carico del cittadino	2.967.732,82	
<b>D.1= D-</b> di cui ticket fisso per ricetta	1.129.248,83	
<b>D.2</b> di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento	1.838.483,99	
<b>E= A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica territoriale</b>	<b>28.464.726,31</b>	
<b>E= A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa farmaceutica territoriale a cui va sottratta la spesa x farmaci innovativi</b>	<b>23. 330.463,67</b>	<b>13,8</b>
<b>F</b> Fabbisogno anno di riferimento "ex FSN"(ex DGR 454 del 29/04/2016)	338.874.000,00	
<b>G =</b> Tetto 11,35%	<b>38.462.199,00</b>	<b>11,35</b>
<b>Fx11,35</b>		
<b>H = E-G</b> Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale (semestre)	18.467.253,32	
<b>I =</b> Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se>0)	6,11	
<b>D.1/H</b>		
<b>L</b> Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche		

**Spesa complessiva di :**

- **Distribuz. diretta farmaci Fascia “A” in dimissione osp. e a seguito visita specialistica** **4.030.818,28**
  - **distrib. diretta farmaci innovativi per epatite C** **4.956.062,96**
  - **distr. diretta farmaco innovativo Kalydeco** **178.199,68**
  - **Spesa per acquisto di farmaci per la “distribuzione per conto”** **3.136.827,28**
  - **Oneri alle farmacie e ai distributori intermedi per la “Distribuzione per conto”** **478.589,78**
- TOTALE** **12.780.497,98**

**Nel costo della farmaceutica territoriale è stato escluso il costo dei farmaci biologici , ( €5.134.22 ) . Si registra una riduzione del costo della farmaceutica convenzionata, ed un contestuale incremento del costo della distribuzione diretta dei farmaci. Nel dato riportato non è stato decurtato il payback e le note di credito sui farmaci valutabili solo a fine anno in quanto vengono comunicati dalla Regione in occasione del riparto definitivo del FSR**

Analizzando i dati e confrontandoli con quelli dello stesso periodo dell'anno 2015, si deduce che la ASM, nel corso del I semestre 2016, ha ridotto **la spesa farmaceutica territoriale totale, di € 644.743,60,(passando da € 15.601.180,35° a € 14.554.179,50.**

**Inoltre la spesa totale non può considerarsi definitiva, in quanto mancano gli importi del pay back, che, non sono al momento noti,**

### 3.1.3 Utilizzo di farmaci biosimilari VGP

Definizione	% di utilizzo di farmaci biosimilari - biologico
<b>Numeratore</b>	Totale UP (unità posologiche) dei farmaci biosimilari erogate nell'anno x azienda di erogazione
<b>Denominatore</b>	Totale UP di tutti i farmaci biosimilari con principio attivo presente nei farmaci biosimilari x azienda di erogazione
<b>Formula matematica</b>	
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno
<b>Note x l'elaborazione</b>	

% raggiungimento obiettivo	50%
Punteggio relativo	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
> 40	da 25 a 40	< 25

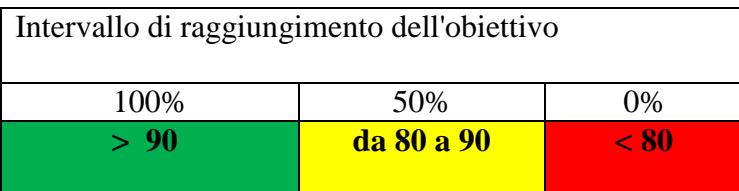
In merito al suddetto indicatore, si fa presente che l'obiettivo è stato rimodulato quest'anno, nonostante tutto, i risultati raggiunti evidenziano che il trend è positivo,(nel I sem. 2015 il risultato era del 25,75 % ) pertanto si ritiene che entro la fine dell'anno sarà possibile il pieno raggiungimento del target stabilito dalla Regione.

### 3.1.4 % di Utilizzo di farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA

<b>Definizione</b>	<b>% di Utilizzo di farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA</b>	
<b>Numeratore</b>	Totale UP (unità posologiche) dei farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA erogati nel semestre di riferimento	<b>1.486.498</b>
<b>Denominatore</b>	Totale delle UP di tutti i farmaci con principio attivo presente nella lista di trasparenza AIFA erogate nel semestre di riferimento	<b>1.928.484</b>
<b>Formula matematica</b>		%
<b>Fonte</b>	SIS Flusso Marno	
<b>Note x l'elaborazione</b>		

Nel I sem. 2015 76%

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



Il risultato è migliorativo rispetto al dato del I semestre 2015 (76%)

## AREA N. 3 GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

### 3.2 RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICO E FINANZIARIE

#### 3.2.1 Investimenti ex articolo 20

<b>Definizione</b>	<b>Verifica degli impegni assunti in sede di sottoscrizione dell'APQ</b>	
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.	
<b>Fonte</b>	Ufficio Risorse finanziarie del dipartimento Salute	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Fonte: SGP	

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

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.

I dati necessari per la verifica del suddetto indicatore saranno disponibili a fine anno 2016.

### 3.2. 2 Tempestività nei pagamenti del SSR

<b>Definizione</b>	<b>Rispetto della normativa prevista in materia di tempi di pagamento da parte degli Enti del SSr ai fornitori di cui al D.Lgs 192/12</b>	
Criterio per valutazione positiva	Sono previste tre fasce di valutazione in riferimento al valore percentuale dell'indicatore	<b>11,65</b>
<b>Fonte</b>	Ufficio Risorse finanziarie del dipartimento Salute	
<b>Note x l'elaborazione</b>	Ai fini della verifica è utilizzato l'indicatore di cui al DPCM 22.09.14 pubblicato sul sito aziendale relativo all'intero anno di riferimento	

Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
100%	50%	0%
<b>Valore dell'indicatore minore o uguale a 0</b>	<b>Valore dell'indicatore compreso tra zero e 10</b>	<b>Valore dell'indicatore superiore o uguale a 10</b>

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

**Il dato relativo al primo semestre 2016 risulta negativo per la ASM, ma l'andamento dei pagamenti nella seconda metà dell'anno risulta in netto miglioramento**

## AREA N. 4 - CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

### **4.1 UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI**

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

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

<b>Flusso</b>	<b>Modalità Trasmissione</b>	<b>Tempistica Invio</b>	<b>Risultato</b>
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
<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
RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	e-mail	risposta entro 7 giorni	Inviato nei tempi previsti
<b>FITOSANITARI SU ALIMENTI – DM 23 dicembre 1992</b> – Controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	e-mail	annuale 31/03	Inviato nei tempi previsti

#### 4.1.2 Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio	Risultato
<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
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>
-----------------------------------	-------------

## **AREA N. 4 - CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI**

### **4.2 REVISIONE CONTABILE**

#### **4.2.1 Revisione contabile**

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

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

Sono in atto le attività finalizzate a realizzare tutti gli adempimenti previsti dalla procedura inerente la certificazione del bilancio.

Dopo aver ottenuto da parte della Regione Basilicata l'approvazione del bilancio di esercizio entro il 30 giugno 2016, questa Azienda, ha inoltrato tutta la certificazione necessaria all'Ente Certificatore in merito al bilancio d'esercizio 2015, ai fini del conseguimento della opinione positiva sul bilancio di esercizio in conformità agli obiettivi regionali inerenti la certificazione di bilancio.

### **REVISIONE CONTABILE**

#### **4.2.2 Armonizzazione contabile**

<b>Definizione</b>	Rispetto della normativa prevista in materia di approvazione dei Bilanci	
<b>Criterio per valutazione positiva</b>	Sono previste due fasce di valutazione aziendale SI': l'Azienda ha consegnato il Bilancio di Esercizio corredata del parere del Collegio Sindacale entro il 30 aprile NO: : l'Azienda non ha consegnato il Bilancio di Esercizio corredata del parere del Collegio Sindacale entro il 30 aprile	<b>Delibera aziendale n. 651 del 30 04.2016 “Approvazione Bilancio di esercizio 2015 ASM”</b>
<b>Fonte</b>		
<b>Note x l'elaborazione</b>		

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

**Delibera aziendale n. 651 del 30 04.2016 “Approvazione Bilancio di esercizio 2015 ASM”**

#### 4.3 Controllo cartelle cliniche

##### 4.3.1. Valutazione appropriatezza cartelle cliniche

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

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

Nel corso dei primi sei mesi del 2016 7, ai fini della valutazione dell'appropriatezza delle cartelle cliniche, sono stati controllate:

- Presso il P.O. di Matera: n. 610 cartelle cliniche (estratte a campione random) su un totale di n. 6076 ricoveri ordinari, pari al 10 % delle dimissioni.
- Presso il P.O. di Policoro: n. 208 cartelle cliniche (estratte a campione random), pari a circa il 25% delle dimissioni.

### AREA N. 4 - CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

#### 4.4 RISCK MANAGEMENT

##### 4.4.1. Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico

<b>Definizione</b>	Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DRG 137 / 2015	
<b>Criterio per valutazione positiva</b>	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	Con delibera aziendale n. 335/2016 sono state state recepite formalmente tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015
<b>Fonte</b>	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	Inviata in Regione
<b>Note x l'elaborazione</b>		

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

##### 4.4.2 Relazione di attivazione delle attività di Risck Management

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

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

Il piano aziendale di prevenzione del rischio clinico è stato redatto e nei tempi previsti sarà inviato in Regione sia il Piano che la relazione sullo stato di attuazione del piano.

## **AREA N. 4 - CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI**

### **4.5 AUTORIZZAZIONE STRUTTURE**

#### **4.5.1 Autorizzazione / Accreditamento Strutture Pubbliche**

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, entro il 31.12.2016, la domanda di autorizzazione definitiva, così come previsto dall’obiettivo assegnato.

Le strutture interessate sono:

- Ospedale Madonna delle Grazie Matera
- 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**

#### **4.6. 1. Valutazione strategie per il controllo del dolore > 2,00**

<b>Definizione</b>	Consumo di farmaci oppioidi	
<b>Numeratore</b>	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell’anno per principio attivo	<b>34813*2</b>
<b>Denominatore</b>	N. residenti x 365	<b>200.597*365</b>
<b>Formula matematica</b>	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell’anno per principio attivo / N. residenti x 365 x 1000	<b>0,95</b>
<b>Fonte</b>	SIS Flussi Marno	
<b>Note x l’elaborazione</b>		

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

La valutazione inerente il raggiungimento del suddetto obiettivo potrà essere effettuata solo alla fine dell’anno.

## **AREA n. 5 OBIETTIVI DI EMPOWERMENT**

### **5.1.1 SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI**

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

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

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 già trasmessa al dipartimento Politiche della Persona senza aspettare la data prevista dall'obiettivo, che prevede entro il 28 febbraio dell'anno successivo.

## **5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT**

### **5.1.2 Produzione del Bilancio Sociale**

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

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

L'Azienda sanitaria di Matera ha predisposto il Bilancio sociale aziendale, approvato con delibera aziendale n. 1010 / 2016 e già inviato al Dipartimento Politiche della persona.

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

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