



SCHEDE INDICATORI/OBIETTIVI ANNUALI CON METODOLOGIA DI CALCOLO

Ai sensi delle Linee Guida per la Relazione annuale sulla Performance (cfr. Part.2.3.1-pag.11), si riportano di seguito le schede relative ai singoli obiettivi annuali nelle quali è esplicitata la metodologia di calcolo degli indicatori:

TUTELA DELLA SALUTE

1.a PREVENZIONE PRIMARIA

Tab. 1.a.1 - Copertura vaccinale MPR nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza

Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.

Definizione:	Copertura vaccinale MPR (morbillo - parotite - rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)	2.062	2.073			
Denominatore:	N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione	2.141	2.236			
Formula matematica:	N.Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)	96,31%	92,71%	< 90%	tra 90 a 95%	> 95%
	----- x 100					
	N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione					
Fonte:	Flusso informativo delle vaccinazioni dl Dipartimento Aziendale di prevenzione Salute umana					
Note per l'elaborazione:	Usare per l'anno 2021 la coorte dei bambini nati nell'anno 2019. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

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

La vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio, anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio ecc... I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono, comunque, considerati il target prioritario per la vaccinazione. L'indicatore, quindi, è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, secondo i dati ISTAT

Definizione:	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2021 Ob. 0%	Anno 2021 Ob. 50%	Anno 2021 Ob. 100%
Numeratore:	Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni					
Denominatore:	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente					
Formula matematica:	Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni	66%		<60%	tra 60 a 75%	>75%
	----- x 100					
	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente					
Fonte:	Flusso informativo delle vaccinazioni dl Dipartimento Aziendale di prevenzione Salute umana					
Note per l'elaborazione:	Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno					
non ricompreso tra gli obiettivi aziendali da monitorare. La campagna vaccinale è stata assegnata esclusivamente ai MMG. (Verbale n. 45 della seduta del Comitato Aziendale ASP del 24/09/2021). IL target raggiunto è > del 66%						

Tab. 1.a.3 Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio

La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di tre iniezioni intramuscolari nell'arco di sei mesi. Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero. L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all'attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.

Definizione:	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	Maggio 2023	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento	1079 (1à) 873(2à)	1056 (1à) 808 (2à)	1085			
Denominatore:	Numero bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (nate nel 2010)	1352	1367	1426			
Formula matematica:	Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento	79,81% (1à) 64,57%(2à)	77,25% (1à) 59,11% (2à)	76,09%	<60%	tra 60 a 75%	>75%
	----- x 100						
	Numero bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (nate nel 2010)						
Fonte:	Flusso informativo delle vaccinazioni dl Dipartimento Aziendale di prevenzione Salute umana						
Note per l'elaborazione:	Utilizzare la coorte nate nel 2010 per il 2022						

Definizione:	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	Maggio 2023	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Motivazione mancato raggiungimento	Obiettivo raggiunto con la prima dose ma non raggiunto per il ciclo completo a due dosi, dovuto all'intervallo di tempo che deve passare tra la somministrazione della prima dose e la somministrazione della seconda dose. Si evidenzia inoltre che il denominatore è variato a causa dei movimenti demografici						

Tab. 1.a.5 Grado di copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi

Il meningococco ("Neisseria Menigitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo, ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi, come la malattia "meningococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello). I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti possono essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è l'arma più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni. Questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.

Definizione:	Grado di copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	Gennaio-dicembre 2022	Gennaio-dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica	2026	1987			
Denominatore:	Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	2141	2151			
Formula matematica:	Cicli vaccinali completati (1 dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre per Antimenincoccica	94,62%	92,38%	< 90%	tra 90 a 95%	> 95%
	----- x 100					
	N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre					
Fonte:	Flusso informativo delle vaccinazioni dl Dipartimento Aziendale di prevenzione Salute umana					
Note per l'elaborazione:	Usare per l'anno 2021 la coorte dei bambini nati nell'anno 2019. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.					
Motivazione mancato raggiungimento	Obiettivo non raggiunto al 100%, per continuato rinvio della vaccinazione per motivi di salute dei bambini					

Tab. 1.a.6 grado di copertura vaccinale antipneumococcica al 24° mese

Lo pneumococco ("Streptococcus pneumoniae") appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel naso di molti soggetti sani, senza dare alcun sintomo; può succedere però che arrivi nel sangue e provochi la cosiddetta "malattia pneumococcica invasiva". Questa grave infezione può colpire soggetti di ogni età, anche se sono più a rischio i bambini al di sotto dei 2 anni d'età, e soprattutto i bambini affetti da una patologia cronica. La disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace rappresenta il più importante strumento di prevenzione contro le più gravi

patologie da pneumococco nel bambino. Anche questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.

[illegible]

Tab. 1.a.7 Grado di copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi

[illegible]

1.b PROMOZIONE STILI DI VITA SANI

Tab. 1.b.1 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Svolgere una regolare attività fisica favorisce uno stile di vita sano e, secondo l'opinione degli esperti, riduce il rischio di mortalità del 10% per tutte le cause. L'attività fisica, infatti, protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un supporto per il trattamento di diversi tipi di patologie. È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, insieme ad altri interventi mirati, possono essere utili ad incrementare l'esercizio fisico regolare sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche.

Definizione:	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. totale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni					
Denominatore:	Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica					
Formula matematica:	N. totale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni	49,78%	41,71%	<23%	tra 23 a 33%	>33%
	----- x 100					
	Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica					
Fonte:	indagine PASSI					
Note per l'elaborazione:	Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per anno di rilevazione a valere sul triennio, per esempio nell'anno 2021 il triennio di riferimento è il 2019,2020,2021. Nel caso in cui l'Azienda sanitaria non abbia prodotto i dati relativi allo studio Passi, il target dell'indicatore si intende non raggiunto.					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 1.b.2 Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso

La situazione nutrizionale è una determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie quali ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, ictus o alcuni tipi di tumore come l'endometriale, il colon-rettile, della colecisti e della mammella. L'eccesso ponderale (persone sovrappeso/obese) è uno dei principali fattori di rischio su cui è possibile intervenire per migliorare lo stato di salute della popolazione. È importante che gli operatori sanitari pongano un'adeguata attenzione a questo aspetto.

Definizione:	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. totale di persone intervistate sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni					
Denominatore:	Sommatoria persone intervistate sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni					
Formula matematica:	N. totale di persone intervistate sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni	58,71%	53,62%	<25%	tra 25 a 45%	>45%
	----- x 100					
	Sommatoria persone intervistate sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni					
Fonte:	indagine PASSI					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 1.b.2					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 1.b.3 Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. È infatti sempre più evidente come la sedentarietà, spesso associata a un'alimentazione quantitativamente e qualitativamente non corretta, stia diventando un problema di salute pubblica, con un elevato carico di malattia e relativi costi sociali. In questo quadro, è dunque importante che i medici e gli operatori sanitari, oltre a promuovere l'adozione di una corretta alimentazione, suggeriscano di fare movimento.

Definizione:	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. totale di persone sovrappeso o obese intervistate, consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni.					
Denominatore:	Sommatoria persone sovrappeso o obese intervistate, consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nei tre anni					
Formula matematica:	<div> <div>N. totale di persone sovrappeso o obese intervistate, consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni.</div> <div>----- x 100</div> <div>Sommatoria persone sovrappeso o obese intervistate, consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nei tre anni</div> </div>	60,28%	49,88%	<25%	tra 25 a 35%	>35%

Definizione:	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Fonte:	indagine PASSI					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022 codice tab. 1.b.3					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 1.b.4 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

Definizione:	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 00%
Numeratore:	N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nei tre anni					
Denominatore:	Sommatoria di bevitori a maggior rischio nei tre anni					
Formula matematica:	N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nei tre anni	6,48%	7,86%	<3%	tra 3 a 9%	>9%
	----- x 100					
	Sommatoria di bevitori a maggior rischio nei tre anni					
Fonte:	indagine PASSI					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022 codice tab. 1.b.4					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto al 50%						

Tab. 1.b.5 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Inoltre, il fumo è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità. Evidenze scientifiche mostrano che l'interruzione dell'abitudine al fumo porta al dimezzamento del rischio di infarto del miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore.

Definizione:	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare					
Denominatore:	N. fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei tre anni					
Formula matematica:	N. di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	55,23%	46,99%	<35%	tra 35 a 55%	>55%

Definizione:	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
	----- x 100					
	N. fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei tre anni					
Fonte:	indagine PASSI					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 1.b.5					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto al 50%						

1.c SCREENING ONCOLOGICI

Tab. 1.c.1 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina

La regione ha dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori non sempre controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Definizione:	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello,in un programma organizzato, per cervice uterina	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2021 Ob. 0%	Anno 2021 Ob. 50%	Anno 2021 Ob. 100%
Numeratore:	Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina	7.369	7.066			
Denominatore:	Donne residenti (25-34)/3 (anni) + Donne residenti (35-64)/5 (anni)	24.318	24.318			
Formula matematica:	Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina	30,30%	29,00%	<25%	tra 25 a 50%	>50%
	----- x 100					
	Donne residenti (25-34)/3 (anni) + Donne residenti (35-64)/5 (anni)					
Fonte:	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)					
Note per l'elaborazione:	Nell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo che le attività di invito al programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). Nel caso in cui non vengono forniti i dati al sistema informativo ministeriale, il target dell'indicatore si considera non raggiunto.					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto al 50%						

Tab. 1.c.2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella

La regione ha dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una

gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori non sempre controllabili influiscono sui livelli di partecipazione

[illegible]

Tab. 1.c.3 Proporzioni di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto

La regione ha dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori non sempre controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

[illegible]

1.d SICUREZZA SUL LAVORO

Tab. 1.d.1 Controlli sulle aziende industria, servizi, agricoltura)

L' indicatore permette di valutare la copertura del territorio e misura la porzione di aziende (industria, servizi, agricoltura) sottoposte a controllo rapportato al numero di aziende con dipendenti.

Definizione:	n. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. aziende ispezionate	1315	1457			
Denominatore:	N. aziende con dipendenti	8650	8650			
Formula matematica:	N. aziende ispezionate	15,20%	16,84%	<5%	da 5 a 10%	> 10%

	-- x 100					
	N. aziende con dipendenti					
Fonte:	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022,codice TAB. 1.d.1					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 1.d.2 Controlli sui cantieri

L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero di cantieri sottoposti a controllo e il numero di cantieri notificati. Misura cioè l'attività sulla base dei cantieri noti.

Definizione:	n. cantieri ispezionati/n. cantieri notificati	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. cantieri ispezionati: voce 2.2. N. cantieri notificati: voce 2.1	713	706			
Denominatore:	N. cantieri notificati	2350	2100			
Formula matematica:	N. cantieri ispezionate		33,62%	<20%	tra 20 a 30%	> 30%
	----- x 100	30,34%				
	N. cantieri notificati					
Fonte:	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)					
Note per l'elaborazione:	N. cantieri ispezionati: voce 2.2. N. cantieri notificati: voce 2.1					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 1.d.3 Efficienza produttiva dei servizi ispettivi

Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di aziende ispezionate rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

Definizione:	n. aziende ispezionate/n. personale UPG SPSAL	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. aziende ispezionate	1315	1457			
Denominatore:	N. n. personale UPG ponderato SPSAL	17	17			
Formula matematica:	N. aziende ispezionate	77,35	85,71	<40%	tra 40 a 50%	> 50%
	N. n. personale UPG ponderato SPSAL					
Fonte:	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022 codice TAB. 1.d.3					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 1.d.4 Efficienza produttiva nei sopralluoghi

Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di sopralluoghi rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

Definizione:	n. sopralluoghi effettuati/n. personale UPG SPSAL	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. sopralluoghi(voce 2.4 D scheda di attività)	1768	1840			
Denominatore:	N. n. personale UPG SPSAL	17	17			
Formula matematica:	N. sopralluoghi(voce 2.4 D scheda di attività)	104,00%	108,20%	<70%	tra 70 a 90%	> 90%
	N. n. personale UPG SPSAL					
Fonte:	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice TAB. 1.d.4					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

1.e SANITA' VETERINARIA

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

Il Controllo Ufficiale sui residui di fitosanitari nei prodotti alimentari rappresenta una delle priorità sanitarie più rilevanti nell'ambito della sicurezza alimentare ed ha lo scopo di valutare il rischio, per la salute pubblica, derivante dal grado di contaminazione dei prodotti alimentari e conoscere l'andamento dei controlli svolti in Italia, sui residui di prodotti fitosanitari. L'indicatore misura il grado di realizzazione dei controlli previsti nelle tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992. Per il calcolo della copertura percentuale al numeratore viene indicato il numero di campioni effettuati inseriti in NSIS e al denominatore il numero di campioni assegnati. L'Indicatore vale SI se si raggiunge la copertura di tutti i campioni previsti nella percentuale del 100% e NO in tutti gli altri casi.

Definizione:	raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. di campioni effettuati inseriti nel NSIS	79	80			
Denominatore:	N. campioni assegnati	79	80			
Formula matematica:	N. di campioni effettuati inseriti nel NSIS	100,00%	100,00%	NO<100%		SI(100%)
	x 100/ =					
	N. campioni assegnati					
Fonte:	La fonte del dato è il sistema NSIS					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 1.e.1					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 1.e.2 Raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE

La SCRAPIE è una malattia neurodegenerativa appartenente al gruppo delle encefalopatie spongiformi trasmissibili (EST) che colpisce pecore e capre. Il programma di sorveglianza attiva previsto dal Ministero della Salute impone l'obbligo di testare tutti gli ovini e caprini morti di età superiore ai 18 mesi. Anche nei casi in cui il tronco encefalico è in avanzato stato di decomposizione, bisogna procedere comunque al campionamento dello stesso, in quanto la proteina prionica resiste all'autolisi dei tessuti. Le Aziende Sanitarie devono, quindi, assicurare i dovuti campionamenti ed in caso di impossibilità dovranno specificare, in Banca Dati Regionale (BDR), il numero di capi non testati e le motivazioni dell'eventuale mancato prelievo (da indicare anche nei relativi verbali).

Per il calcolo della copertura percentuale al numeratore viene indicato il numero di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati per Scrapie e al denominatore il numero totale di capi morti di età superiore ai 18 mesi da testare. L'Indicatore vale SI se si raggiunge la copertura di tutti i campioni previsti nella percentuale del 100% e NO in tutti gli altri casi.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.a APPROPRIATEZZA AREA CLINICA

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

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti i cittadini. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita sul territorio dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. L'indicatore misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. ricoveri per DRG medici relativi ai residenti	6.628	6.442			
Denominatore:	N. residenti	349.616	352.490			
Formula matematica:	N. ricoveri per DRG medici relativi ai residenti	189,58%	182,76%	>180%	tra 180 e 135%	<135%
	x 10000/ =					
	N. residenti					
Fonte:	Flusso SDO					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 2.a.1					
Anno 2022 obiettivo non raggiunto						

DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti							
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Valutazione	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	130,15	4,11	2.493,00	191.552,00	2022
Basilicata	Basilicata	Regione	170,93	3,18	9.250,00	541.168,00	2022
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	193,27	2,68	6.757,00	349.616,00	2022

Fonte dati: Scuola superiore Sant'Anna di Pisa anno 2022

Tab. 2.a.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti

I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore misura l'appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital.

Definizione:	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica	1.106	1.230			

Definizione:	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Denominatore:	N. residenti	349.116	352.490			
Formula matematica:	N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica	3,16%	3,49%	>3%	tra 3 e 1,5%	<1,5%
	x 10000/ =					
	N. residenti					
Fonte:	Flusso SDO					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 2.a.2					
Anno 2022 obiettivo non raggiunto						

Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti							
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Valutazione	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	1,09	4,44	209,00	191.552,00	2022
Basilicata	Basilicata	Regione	2,40	3,50	1.297,00	541.168,00	2022
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	3,11	2,99	1.088,00	349.616,00	2022

Fonte dati: Scuola superiore Sant'Anna di Pisa 2022

2.c EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Tab. 2.c.1 Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti

Questo indicatore monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", in quanto un'assistenza ambulatoriale appropriata può contribuire a tenere sotto controllo la malattia, evitando riacutizzazioni che potrebbero portare a ricoveri non appropriati.

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti	2.107	1.985			
Denominatore:	N. residenti	349.616	352.490			
Formula matematica:	N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti	6,03%	5,63%	>10%	tra 10 e 7%	<7%
	x 1000/ =					
	N. residenti					
Fonte:	Flusso SDO					

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 2.c.1					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti							
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Valutazione	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	5,26	5,00	1.094,00	191.552,00	2022
Basilicata	Basilicata	Regione	5,85	4,90	3.396,00	541.168,00	2022
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	6,21	4,66	2.302,00	349.616,00	2022

Fonte dati: Scuola superiore Sant'Anna di Pisa 2022

Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti						
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	5,02	1.053,00	192.640,00	2021
Basilicata	Basilicata	Regione	5,42	3.220,00	545.130,00	2021
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	5,66	2.167,00	352.490,00	2021

Fonte dati: Scuola superiore Sant'Anna di Pisa 2021

Tab. 2.c.2 Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni

La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella presa in carico. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico- degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni può essere giustificato dalla complessità dei casi trattati.

Definizione:	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 b. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. ricoveri per scompenso cardiocircolatorio 50-74 anni relativi ai residenti	2.013	231			
Denominatore:	N. residenti 50-74 anni	127.693	126.472			
Formula matematica:	N. ricoveri per scompenso cardiocircolatorio 50-74 anni relativi ai residenti $\times 100000 / =$	166,81%	182,65%	>195%	tra 195 e 155%	<155%

Definizione:	Tasso di ricovero per scompeso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 b. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
	N. residenti 50-74 anni					
Fonte:	Flusso SDO					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 2.c.2					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto al 50%						

Tasso ospedalizzazione per Scompeso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)							
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Valutazione	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	162,89	3,84	208,00	127.693,00	2022
Basilicata	Basilicata	Regione	172,34	3,65	335,00	194.380,00	2022
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	190,44	3,29	127,00	66.687,00	2022

Fonte dati: Scuola superiore Sant'Anna di Pisa 2022

Tasso ospedalizzazione per Scompeso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)						
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	171,27	113,00	65.977,00	2021
Basilicata	Basilicata	Regione	183,43	353,00	192.449,00	2021
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	189,77	240,00	126.472,00	2021

Fonte dati: Scuola superiore Sant'Anna di Pisa 2021

Tab. 2.c.3 Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni

Definizione:	Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti	45	37			
Denominatore:	N. residenti 35-74 anni	194.875	195.294			
Formula matematica:	N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti	23,09%	18,95%	>35%	tra 35 e 25%	<25%
	x 100000/ =					
	N. residenti 35-74 anni					
Fonte:	Flusso SDO					

Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)							
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Valutazione	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	10,50	5,00	7,00	66.687,00	2022
Basilicata	Basilicata	Regione	16,98	5,00	33,00	194.380,00	2022
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	20,36	5,00	26,00	127.693,00	2022

Fonte dati: Scuola superiore Sant'Anna di Pisa 2022

Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)						
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	11,86	15,00	126.472,00	2021
Basilicata	Basilicata	Regione	13,51	26,00	192.449,00	2021
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	16,67	11,00	65.977,00	2021

Fonte dati: Scuola superiore Sant'Anna di Pisa 2021

Tab. 2.c.5 % di anziani in CD con valutazione sul totale della popolazione anziana > 65 anni

L'indicatore rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione del caso, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare. Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali monoprofessionali occasionali.

Definizione:	% di anziani in CD con valutazione sul totale della popolazione anziana> 65 anni	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	Persone >= 65anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione	6.617	5.865			
Denominatore:	Popolazione residente>= 65 anni	86.736	85.839			
Formula matematica:	Persone >= 65anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione	7,6%	6,83%	<4%	tra 4 a 8%	>8%
	x 100/ =					
	Popolazione residente>= 65 anni					
Fonte:	Flusso ADI					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 2.c.5					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto al 50%						

Tab. 2.c.6 percentuale di presa in carico con CIA > 0,13 per over 65 in cure domiciliari

Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.

Definizione:	percentuale di presa in carico con CIA> 0,13 per over 65 in cure domiciliari	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni	4.976	3.421			
Denominatore:	N. di prese in carico PIC per cure domiciliari, per persone con età > o uguale a 65 anni	6.617	6.242			
Formula matematica:	N. di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni	75,20	54,81%	<50%	tra 50 a 70%	>70%
	x 100/ =					
	N. di prese in carico PIC per cure domiciliari, per persone con età > o uguale a 65 anni					
Fonte:	Flusso ADI-dato rilevato da InterRAI					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022 codice tab. 2.c.6					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 2.c.7 tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni

Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia. L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi

Definizione:	tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni	382	290			
Denominatore:	Popolazione residente maggiorenne	300.830	308.370			
Formula matematica:	N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni	126,98%	122,65%	>300%	tra 200 a 300%	<200%
	x 100.000/ =					
	Popolazione residente maggiorenne					
Fonte:	Flusso SDO- SPDC Potenza e Villa d'Agri					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 2.c.7					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in tutti i reparti per 100.000 residenti							
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Valutazione	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	101,62	non valutato	287,00	300.830,00	2022
Basilicata	Basilicata	Regione	115,54	non valutato	515,00	463.918,00	2022
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	142,22	non valutato	228,00	163.088,00	2022

Tab. 2.c.8 percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche

[illegible]

Tab. 2.c.9 tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti < 14 anni

Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Non essendo ipotizzabili nel nostro Stato condizioni epidemiologiche significativamente diverse da quelle degli altri Paesi europei, è presumibile che esso sia legato ad una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriatazza dei ricoveri in età pediatrica [Fortino et al., 2005]. Un ruolo determinante spetta alla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie [Zanetti et al., 2005]

Definizione:	tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti < 14 anni	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. ricoveri per residenti in età pediatrica(<14 anni)	3.358	2.982			
Denominatore:	Popolazione residente(<14 anni)	36.048	37.068			
Formula matematica:	N. ricoveri per residenti in età pediatrica(<14 anni)	9,32%	8,04%	>10%	tra 7 a 10%	<7%
	x 100/ =					
	Popolazione residente(<14 anni)					
Fonte:	Flusso SDO					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 2.c.9					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto al 50%						

Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)							
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Valutazione	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	7,16	3,53	1.510,00	21.103,00	2022
Basilicata	Basilicata	Regione	8,30	2,81	4.743,00	57.151,00	2022
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	8,97	2,40	3.233,00	36.048,00	2022

Fonte dati: Scuola superiore Sant'Anna di Pisa 2022

2.d. EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA URGENZA

Tab. 2.d.4 Intervallo -target dei mezzi di soccorso

L'indicatore fornisce una importante descrizione e misura dell'offerta assistenziale erogata dai sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "Griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target).

Definizione:	Intervallo -target dei mezzi di soccorso	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Note per l'elaborazione:	L'indicatore considera il 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata (allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target). Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con codice criticità presunta valorizzato con rosso o giallo. Sono escluse le missioni di elisoccorso.	29	26	>26 min.	tra 20 a 26 min.	20 e <20 min.
Flusso	flusso informativo EMUR					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 2.d.4					
Anno 2022 obiettivo non raggiunto						

3.a EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

Tab. 3.a.1 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilanciamento fra costi e benefici debba essere parte integrante della decisione terapeutica, a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbe da privilegiare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il perseguimento di maggiori livelli di costo-efficacia, ottenuti tramite lo spostamento delle attuali terapie sui farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto.

Definizione:	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto	Gennaio-dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. Confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza	6.372.035,12	6.169.268,58			
Denominatore:	N. Confezioni complessivamente erogate	7.474.528,00	7.316.495,00			
Formula matematica:	N. Confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza	85,25%	84,32%	<70%	tra 70 a 98%	>98%
	x 100/ =					
	N. Confezioni complessivamente erogate					

Definizione:	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto	Gennaio-dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Fonte:	flusso regionale farmaceutica					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 3.a. 1					
Anno 2022 Obiettivo al 50 %, ma in continuo miglioramento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente						

Tab. 3.a.2 Percentuale utilizzo farmaci biosimilari

Con il termine “biosimilare” viene indicato un medicinale, autorizzato ad esito di una procedura registrativa in Europa, simile a un prodotto biologico di riferimento già autorizzato e per il quale sia scaduta la copertura brevettuale. In particolare, il concetto di “medicinale biologico simile” è stato introdotto nella legislazione dell'Unione Europea dalla direttiva 2001/83/CE e successive modificazioni, che all'articolo 10(4) ha fornito una definizione implicita di prodotto biosimilare, successivamente recepita nella normativa italiana tramite il decreto legislativo n.219/2006 all'articolo 10 punto 7. Pur considerando che la scelta di trattamento con un farmaco biologico di riferimento o con un biosimilare rimane una decisione clinica affidata al medico prescrittore, l'AIFA considera che i biosimilari costituiscono un'opzione terapeutica il cui rapporto rischio-beneficio è il medesimo di quello dei corrispondenti originatori di riferimento, come dimostrato dal processo regolatorio di autorizzazione. Tale considerazione vale anche per i pazienti già in cura, nei quali l'opportunità di sostituzione resta affidata al giudizio clinico. Il Consiglio di Stato con sentenza n.2361 del 21/07/2017 ha chiarito che costituisce dovere, anche per il medico prescrittore, quello di scegliere, tra i prodotti ritenuti di pari efficacia terapeutica, quello meno oneroso per il Servizio sanitario nazionale.

Definizione:	% utilizzo farmaci biosimilari	Gennaio-dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	Totale unità posologiche solo biosimilari	885.416,74	588.941,13			
Denominatore:	Totale unità posologiche (biosimilari+originator)	1.229.043,22	900.817,55			
Formula matematica:	Totale unità posologiche solo biosimilari	72,04%	65,38%	<60%	tra 60 a 80%	>80%
	x 100/ =					
	Totale unità posologiche (biosimilari+originator)					
Fonte:	flusso NSIS e/o Farmastat					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 3.a. 2					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto al 50% dopo riparametrazione con la DGR 272/2022. I dati mostrano tuttavia una crescita mese dopo mese dei biosimilari rispetto agli originator.						

Tab. 3.b.1 consumo pro-capite di farmaci inibitori pompa protonica (IPP)

In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriata e fenomeni di iperprescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica.

Nell'anno di riferimento, l'obiettivo **consumo pro-capite di farmaci inibitori pompa protonica (IPP)**, non è stato inserito nella DGR 272/2022.

Regione	Azienda	Categoria	Valore	Valutazione	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	38,58	0,00	8.151.942,00	211.301,00	2022
Basilicata	Basilicata	Regione	40,20	0,00	24.445.576,00	608.059,00	2022
Basilicata	ASP Potenza	Azienda Territoriale	41,07	0,00	16.293.634,00	396.758,00	2022

Fonte dati: Scuola superiore Sant'Anna di Pisa 2022- Obiettivo non raggiunto

Tab. 3.b.2 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antipertensivi)

Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli ACE-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si rende necessario bloccare il sistema renina-angiotensina. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre subordinata alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore.

Definizione:	incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensmina	Gennaio-dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali	572.113	548.417			
Denominatore:	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogati dalle farmacie territoriali	1.121.105	1.113.585			
Formula matematica:	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali	51,03%	49,25%	>40%	tra 40 a 30%	<30%
	x 100/ =					
	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogati dalle farmacie territoriali					
Fonte:	flusso regionale farmaceutica					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 3.b.2					
Anno 2022 obiettivo non raggiunto						

Note: Trattasi di classe di farmaci antiipertensivi (inibitori Angiotensina II) ugualmente efficace rispetto agli ACE Inibitori. Il costo delle terapie con gli Inibitori dell'Angiotensina II è tuttavia leggermente superiore, ma la classe medica li preferisce agli ACE inibitori per una presunta maggior protezione d'organo e minore incidenza di effetti collaterali

Tab. 3.b.3 Consumo di farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina(SSRI) antidepressivi

I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto

di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. È escluso il consumo privato. È preso in considerazione il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.

Definizione:	consumo fi farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina(SSRI)	Gennaio-dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo	3.253.849,03	3.275.201,10			
Denominatore:	Popolazione pesata x 365	141.229.085	141.229.085			
Formula matematica:	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo	23,04%	23,20%	>36%	tra 36 a 26%	<26%
	x 1000/ =					
	Popolazione pesata x 365					
Fonte:	flusso regionale farmaceutica					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 3.b.3					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 3.b.4 Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

Definizione:	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	Gennaio-dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo	2.138.801,31	1.854.889,32			
Denominatore:	Popolazione pesata x 365	141.229.085	141.229.085			
Formula matematica:	DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo	15,14%	13,13%	>18%	tra 18 e 12%	<12%
	x 1000/ =					
	Popolazione pesata x 365					
Fonte:	flusso regionale farmaceutica					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 3.b.4					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto al 50% dopo riparametrazione degli indicatori rispetto alla versione precedente dell'obiettivo. L'aumento delle DDD di antibiotici è dovuto all'uso degli stessi nella emergenza covid-19.Sarebbe opportuno, tuttavia, organizzare degli Audit con la classe medica sull'appropriatezza prescrittiva e d'uso di questa classe di farmaci anche in relazione all'antibiotico-resistenza.						

TAB. 3.b.8 Monitoraggio del consumo del colecalciferolo sul territorio

Definizione:	Monitoraggio del consumo del colecalciferolo sul territorio	Gennaio-dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	DDD di colecalciferolo rappresentate dalla formulazione "soluzione orale gocce"	2.266.500,00	2.446.875,00			
Denominatore:	DDD di colecalciferolo(tutte le formulazioni)	22.925.710,71	21.773.626,00			
Formula matematica:	DDD di colecalciferolo rappresentate dalla formulazione "soluzione orale gocce" x 1000/ = DDD di colecalciferolo(tutte le formulazioni)	9,89%	11,24%	<30%	tra 30 e 50%	>50%
Fonte:	flusso regionale farmaceutica					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 3.b.8					

Definizione:	Monitoraggio del consumo del colecalciferolo sul territorio	Gennaio-dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Anno 2022 Obiettivo non raggiunto , in quanto la classe medica utilizza altre formulazioni del medicinale rispetto alla confezione "orale Gocce". Si confida in un aumento significativo dell'uso del Colecalciferolo orale gocce, anche grazie ad uno studio di appropriatezza prescrittiva eseguito da questa UO sui consumi del 2021 e I° trim_2022 e trasmesso a tutte le Direzioni di Distretto e Cure Primarie						

3.c APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA

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

Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica è spesso usata per l'approfondimento diagnostico di problemi di artrosi degenerativa. La procedura non è tuttavia risolutiva e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. Un tasso elevato è pertanto segnaletico di un'attività prescrittiva potenzialmente inappropriata

Definizione:	Tasso di prestazioni muscolo scheletriche per 1000 residenti(>=65 anni)	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	N. accessi RM muscolo scheletriche pazienti >= 65 anni relativi ai residenti	701	413			
Denominatore:	Popolazione residente >= 65 anni	132.704	83.457			
Formula matematica:	N. accessi RM muscolo scheletriche pazienti >= 65 anni relativi ai residenti	5,28%	4,94%	>30%	tra 30 a 20%	<20%
	x 1000/ =					
	Popolazione residente >= 65 anni					
Fonte:	Flusso regionale prestazioni ambulatoriali					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 3.c.1					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 3.c.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inappropriata indica la prescrizione di esami diagnostici che non conducono ad una decisione terapeutica e inadatti a risolvere il quesito clinico. Tra le metodiche più costose e maggiormente a rischio di inappropriata vi è la Risonanza Magnetica (RM), con un particolare focus su RM del rachide lombosacrale, ginocchio ed encefalo. L'indicatore rileva il numero di persone che ripetono l'esame lombare entro 12 mesi dalla prima volta, mostrando un potenziale uso improprio di tale metodica.

Definizione:	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob.0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 gg. Successivi alla prima prestazione	21	22			
Denominatore:	Pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente	867	867			

Definizione:	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob.0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Formula matematica:	Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 gg. Successivi alla prima prestazione	2,51%	2,50%	>8%	tra 8 e 6%	<6%
	$\times 100 / =$					
	Pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente					
Fonte:	Flusso regionale prestazioni ambulatoriali					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 3.c.2					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

4.b CURE PALLIATIVE

Tab. 4.b.1 Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 gg. L'accesso e la presa in carico dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita da parte della rete di Cure Palliative entro 3 giorni dalla segnalazione (DM 43/2007). L'obiettivo dello standard è garantire la tempestività di accesso al ricovero in Hospice dal momento di ricezione da parte della Rete della proposta di ricovero. In caso di dimissione dall'ospedale, la data di segnalazione coincide con la data di dimissione.

[illegible]

Tab. 4.b.2 consumo territoriale di farmaci oppioidi

Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione diretta e per conto.

Definizione:	consumo territoriale di farmaci oppioidi	Gennaio-dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno	252.988,14	243.315,95			
Denominatore:	N. residenti x 365	140.083.715	140.083.715			
Formula matematica:	DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno	1,80%	1,74%	<1,6%	tra 1,6 a 2,1%	>2,1%
	x 1000/ =					
	N. residenti x 365					
Fonte:	flusso regionale farmaceutica					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 4.b.2					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto al 50%						

Indicatori di osservazione e di sintesi per il governo della spesa farmaceutica, l'appropriatezza e l'efficacia prescrittiva.

Tra gli indicatori monitorati dall'Istituto Sant'Anna di Pisa ritroviamo alcuni indicatori (di valutazione, di osservazione o di sintesi) che, pur non rientrando tra gli obiettivi di salute assegnati dalla Regione alle Aziende sanitarie della Basilicata, contribuiscono a fornire un quadro più rappresentativo delle performance regionali e aziendali.

Per quanto riguarda il Governo della spesa farmaceutica e dispositivi tra questi indicatori ritroviamo i seguenti:

- **Spesa farmaceutica territoriale pro capite F 10.1 (indicatore di osservazione);**
- **Spesa farmaceutica convenzionata (pro capite) F 10.1 C (indicatore di osservazione)**

Per quanto riguarda invece l'appropriatezza e l'efficienza prescrittiva farmaceutica ritroviamo i seguenti indicatori di sintesi:

- **Appropriatezza prescrittiva farmaceutica C9 (indicatore di sintesi).**
- **Efficienza prescrittiva farmaceutica F12A (indicatore di sintesi)**

F10.1 Spesa farmaceutica territoriale pro capite

L'indicatore rileva la spesa farmaceutica territoriale pro capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto. Il calcolo prevede, al numeratore, la spesa netta per farmaci distribuiti attraverso le farmacie convenzionate, distribuzione diretta e per conto e al denominatore la popolazione residente al 1° gennaio pesata.

Spesa farmaceutica territoriale pro-capite anno 2022							
Regione	Azienda	Categoria	Valore	Valutazione	Numeratore	Denominatore	Anno riferimento
Basilicata	ASM Matera	Azienda Territoriale	152,79	non valutato	32.285.023,95	211.301,00	2022

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

La raccolta sistematica e completa del flusso contratti consente di alla regione di controllare le scadenze dei contratti e a verificare i costi di acquisto. La qualità e la quantità delle informazioni conferite consente il confronto di benchmarking con le altre aziende sanitarie del SSN. Tale indicatore è presente negli adempimenti LEA. Il calcolo è riferito al report NSIS "Monitoraggio Dispositivi Medici - CNS_CTR_002 Verifica completezza invio dati per Azienda Sanitaria" e si confronta la voce "DM distinti presenti su tracciato contratti ma non su tracciato consumi" con la voce "DM distinti presenti su tracciato consumi ma non su tracciato contratti". Il calcolo è a livello di singola Azienda e sono escluse le categorie CND Q ed L.

Definizione:	copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	numeri di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti	79	33			
Denominatore:	numero di repertorio/BD trasmesso con il flusso consumo	595	382			
Formula matematica:	NUMERATORE: numeri di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti	13,30%	8,60%	<15%	tra 15 e 25%	>25%
	DENOMINATORE: numero di repertorio/BD trasmesso con il flusso consumo					
Fonte:	Flusso NSIS					
NOTE PER L'ELABORAZIONE	V. DGR 272/2022, codice tab. 4.c.4					
Anno 2022 obiettivo non raggiunto						

Tab. 4.c.5 copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici

Definizione:	copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	consumi nel periodo gennaio-dicembre rilevati dal flusso consumi ministeriale NSIS	2.479.402,14	1.910.151,36			
Denominatore:	costi rilevati dal modello di conto economico	154.510,90	2.018.553,40			
Formula matematica:	NUMERATORE: consumi nel periodo gennaio-dicembre rilevati dal flusso consumi ministeriale NSIS	82,00%	95,00%	<80%	da 80 a 95%	>95%

Definizione:	copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
	DENOMITORE: costi rilevati dal modello di conto economico					
Fonte:	Flusso NSIS					
NOTE PER L'ELABORAZIONE	V. DGR 272/2022, codice tab. 4.c.4					
Anno 2022 obiettivo raggiunto al 50%						

4. d RISK MANAGEMENT

Tab. 4.d.1 Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico

Definizione:	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
NOTE PER L'ELABORAZIONE	V. DGR 287/2021 Tab 4.d.1. La valutazione è positiva(SI) se l'azienda ha adottato/attualizzato e trasmesso entro il 30.06 dell'anno di riferimento al Dipartimento Politiche della Persona, il proprio piano aziendale in virtù dei contenuti degli atti regionali di programmazione. La valutazione è negativa(NO) se l'azienda non ha adottato/attualizzato e trasmesso entro il 30.06 dell'anno di riferimento il proprio piano aziendale o anche in assenza di una sola delle condizioni sopraindicate.	SI	SI	NO		SI
Fonte:	Azienda ASP- UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico	D.D. G. n. 471 del 29.06.2022 - Prot. n. 66870 del 30.06.2022				
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

Tab. 4.d.2 Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico

Definizione:	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
NOTE PER L'ELABORAZIONE	V. DGR 272/2022 Tab 4.d.2	no	SI	NO		SI
Fonte:	Azienda ASP- UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico					
Anno 2022 obiettivo non raggiunto						

TAB. 4.d.3 Attivazione del monitoraggio del consumo di gel idroalcolico secondo le indicazioni del PNCAR

Definizione:	Attivazione del monitoraggio del consumo di gel idroalcolico secondo le indicazioni del PNCAR	Gennaio-Giugno 2022	Gennaio-Giugno 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore:	Prodotti contenenti gel idroalcolico consumati per l'igiene delle mani espresso in CC	125.646				
Denominatore:	N. giornate di degenza singolo P.O	15.308				
Formula matematica:	Prodotti contenenti gel idroalcolico consumati per l'igiene delle mani espresso in CC	8,21cc	n.d	meno di 14 CC per giornate di degenza	tra 15 e 19 CC per giornate di degenza	uguale o maggiore di 20 CC per giornate di degenza
	N. giornate di degenza singolo P.O					
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022, codice tab. 4.d.3	non abbiamo dati per l'anno precedente				
Anno 2022 obiettivo non raggiunto						

4.e CONTROLLO CARTELLE CLINICHE

Tab. 4.e.1 verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche. La completezza, la correttezza e l'accuratezza della scheda di dimissione ospedaliera oltre che un obbligo di legge costituisce un requisito essenziale affinché i dati contenuti possano essere utilizzati per l'analisi della tipologia e della qualità dell'assistenza sanitaria erogata. La necessità dei controlli viene sancita dall'Art. 79, comma 1- septies, del Decreto Legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133 che prevede un controllo analitico annuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche prodotte da ciascun erogatore, e dal Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009 (G.U. n. 122 del 27/05/2010) "Controlli sulle cartelle cliniche", che stabilisce che le Regioni assicurino per ciascun soggetto erogatore un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate come ad alto rischio di inappropriately, rappresentando che tali controlli analitici debbano riguardare almeno il 2,5% delle cartelle prodotte su base regionale sia dei ricoveri per acuti che quelli post-acuti.

Definizione:	verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	Gennaio-Dicembre 2022	Gennaio-Gennaio-Dicembre 2021	Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Note per l'elaborazione:	La valutazione è positiva (SI') se ogni azienda ha realizzato il programma di controllo deliberato dalla Regione Basilicata ed ha trasmesso gli esiti secondo le modalità e i termini specificati dello stesso programma. La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha realizzato il programma di controllo.	SI	SI	NO		SI
Fonte:	fonte- ufficio prevenzione primaria e OER_B del Dip. To. Politiche della Persona					
Anno 2022 Obiettivo raggiunto						

4.f AUTORIZZAZIONE /ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

L'obiettivo regionale **"Autorizzazione e/o accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche"** prevedeva, per l'anno 2022, l'esito positivo (SI) al verificarsi delle seguenti condizioni:

1. invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16 comma 14 LR 28/00 e smi), entro il 31/12/2022, ad esclusione dei presidi ospedalieri interessati dalle procedure di cui alla L.R. n.2/17.

Tab. 4.f.1

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16 comma 14 LR 28/00)	Situazione al 31.12.2022
Punto Prelievo	Corso Vittorio Emanuele 5	Vietri di Potenza	Punto Prelievo	DGR 1362 del 16/10/2012	v. nota n. prot. 37483 del 7-4-2021
Punto Prelievo	Via S.anna	Tito	Punto Prelievo	DGR 1589 del 22/12/2014	
Punto Prelievo	Via della Speranza	Pietrapertosa	Punto Prelievo	DGR 515 del 15/06.2018	
Punto Prelievo	Corso Giovanni XIII	Filiano	Punto Prelievo	DGR 85 del 07/02/2018	
Centro di Medicina Ambientale	Via R. Scotellaro	Marsicovetere	Prelievi e attività Serd	DGR 858 del 28/08/2018	
Presidio Ospedaliero	Via San Nicola	Maratea	RSA-R2	DGR 85 del 07/02/2018	istanza inoltrata in data 20-3-2018-prot. n. 29760

2. completamento del processo di autorizzazione definitiva per tutte le strutture riportate nella DGR 272/2022, mediante l'invio alla Regione entro il 31 dicembre 2022 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale ad esclusione dei presidi ospedalieri interessati dalle procedure di cui alla L.R. n.2/2017.

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16 comma 14 LR 28/00)	Istanze autorizzazione art. 6 - LR 28/00 prodotte entro il 31/12/2015, il 31/12/2016, il 31/12/2017	Situazione al 31.12.2022
POLIAMBULATORIO	VIA C. COLOMBO	MARSICOVETRE	POLIAMBULATORIO		Nota prot. n. 2259 del 12/07/2007	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
POLIAMBULATORIO	VIA DEL GALLITELLO	POENZA	POLIAMBULATORIO	DGR 1692 DEL 08/08/2005	Nota prot. n. 30635 del 03/07/2007	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
POLIAMBULATORIO	VIA ALDO MORO	RIPACANDIDA	POLIAMBULATORIO	DGR 590 DEL 29/04/2011	Nota prot. n.84400 del 25/08/2011	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
POLIAMBULATORIO	VIA MADRE MIRADIO DELLA PROVVIDENZA	RIONERO IN VULTURE	POLIAMBULATORIO	DGR 1611 DEL 08/11/20011	Nota prot. n.53945 del 02/05/2012	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16 comma 14 LR 28/00)	Istanze autorizzazione art. 6 - LR 28/00 prodotte entro il 31/12/2015, il 31/12/2016, il 31/12/2017	Situazione al 31.12.2022
POLIAMBULATORIO	VIA GIUSTINO FORTUNATO	GENZANO DI LUCANIA	POLIAMBULATORIO	DGR 1423 DEL 05/10/2011	Nota prot. n.50909 del 22/10/2013	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA S. LUCIA	CHIAROMONTE	R.S.A	DGR 398 DEL 21/03/2006	Nota prot. n.158237 del 21/12/2015	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA S. LUCIA	CHIAROMONTE	Centro clinico per la riabilitazione precoce intensiva dei disturbi dello spettro autistico	DGR 742 del 19/07/2017	Nota prot. n.3296 del 10/01/2018	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA S. LUCIA	CHIAROMONTE	Centro dialisi	DGR 589 del 29/04/2011	Nota prot. n.3289 del 10/01/2018	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA S. LUCIA	CHIAROMONTE	LABORATORIO ANALISI		Nota prot. n.3270 del 10/01/2018	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA S. LUCIA	CHIAROMONTE	LUNGODEGENZA RIABILITATIVA		Nota prot. n.3292 del 10/01/2018	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA S. LUCIA	CHIAROMONTE	RADIOLOGIA		Nota prot. n.3255 del 10/01/2018	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA S. LUCIA	CHIAROMONTE	CRA		Nota prot. n.3278 del 10/01/2018	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA S. LUCIA	CHIAROMONTE	DCA		Nota prot. n.3284 del 10/01/2018	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA S. NICOLA	MARATEA	R.S.A	DGR 398 DEL 21/03/2006	Nota prot. n.158242 del 21/12/2015	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
SEDE DISTRETTUALE	VIA S. NICOLA	MARATEA	PTS I° LIVELLO E POLIAMBULATORIO	DGR 682 DEL 13/05/2008	Nota prot. n.158217 del 21/12/2015	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA XXV APRILE	LAURIA	CENTRO SALUTE MENTALE E MEDICINA TERRITORIALE	DGR 588 DEL 29/04/2011	nota prot. 158228 del 21/12/2015	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
POLO SANITARIO	VIA DELLA FISICA	POTENZA	POLO SANITARIO	DGR 7 DEL 08/01/2014	nota prot. 128908 del 09/10/2015 e n. 151570 del 03/12/2015	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
DSB I LIVELLO	VIA GUIDO ROSSA	AVIGLIANO	DSB I LIVELLO	DGR 1422 DEL 05/10/2011	nota prot. 145064 del 18/11/2015	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PUNTO PRELIEVI	VIA REGINA ELENA	MONTEMURRO	PUNTO PRELIEVI	DGR 1061 DEL 07/08/2012	nota prot. 158224 del 21/12/2015	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste
PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA APPIA	VENOSA	ONCOLOGIA CRITICA E CURE PALLIATIVE- POLIAMBULATORIO	DGR 102 DEL 05/02/2013	nota prot. 143787 del 13/11/2015	non trasmesso parere in assenza delle integrazioni dovute e richieste

Tab. 4.h.2

Definizione:	Attuazione PTFP 2021-2023	Gennaio-Dicembre 2022 Denominatore iniziale DDG n. 773/2021 e DGR n. 192/2022		Gennaio-Dicembre 2021 Denominatore iniziale DDG n. 766/2020 e DGR n. 1019/2020		Anno 2022 Ob. 0%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 100%
Numeratore	Numero delle assunzioni effettuate con le procedure di reclutamento del personale indette ed avviate nell'anno.	TD	TI	TD	TI	<50	tra 51 e 75%	>75
		17	65					
	Altri TD già in servizio in anticipazione di Piano	117		118	76			
	Totale assunzioni su PTFP 2022	199		194				
Denominatore iniziale	Numero totale delle assunzioni previste dal PTFP 2022-24 per il medesimo anno	207		289				
Calcolo:	assunzioni effettuate/assunzioni previste X 100 (su denominatore iniziale)	96,14%		67,13%				
Fonte:	Ufficio Personale aziendale							
Note per l'elaborazione:	V. DGR 272/2022							
Riferimento	articolo 6 e 6 ter del D.Lgs. 165/2001, D.M. 08.05.2018 e Dgr 06.11.2019 n. 799							
<p>L'obiettivo è stato raggiunto, ponendosi nel range superiore a 75.</p> <p>Occorre precisare che il riferimento (denominatore pari a n. 207 unità di personale) è al numero di assunzioni previste nella prima annualità del PTFP 2022/2024, di cui alla DDG n. 773/2021, approvata con la DGR n. 192/2022 e adottato definitivamente con la DDG n. 287/2022.</p> <p>Non si è tenuto conto, per contro, dell'aggiornamento al PTFP 2022 di cui alla DDG n. 821/2022, approvato con la D.G.R. 30 dicembre 2022, n. 949 e adottato in via definitiva con la DDG n. 1/2023; invero non si ritiene che possa, neanche ipoteticamente, ritenersi realizzabile un obiettivo previsto per l'anno precedente (2022) divenuto esecutivo solo nell'anno 2023 (adozione in via definitiva con la DDG n. 1/2023).</p> <p>Nel corso della prima parte dell'anno 2023 le assunzioni a tempo indeterminato effettuate a valere sull'aggiornamento al Piano 2022, pari a complessive 80 unità (da cui detrarre le stabilizzazioni per circa il 50%) comunque, ove conteggiabili, consentirebbero di rientrare nell'obiettivo raggiunto in quanto > 75; ma in vari incontri regionali è stato chiaramente richiesto a questa Azienda di riportare tutte le intervenute assunzioni 2023 nella prima annualità del PTFP 2023/2025 (con ciò avvalorando la tesi che il denominatore di riferimento è quello della prima annualità del PTFP 2022/2024).</p>								

**SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA TEMPI DI PAGAMENTO (ALLEGATO 2 DGR N.395/2019 – DGR N.129/2020e
DGR287/2021- 272/2022)**

La Legge 30 dicembre 2018 n. 145 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021, stabilisce all'Articolo 1, comma 865 stabilisce che per il rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla legislazione vigente per gli Enti del Servizio Sanitario "le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento".

TEMPI DI PAGAMENTO								
ENTE	Indicatore annuale tempi di pagamento <u>anno 2019</u>	Indicatore annuale tempi di pagamento <u>anno 2020</u>	Indicatore annuale tempi di pagamento anno 2021	Indicatore trimestrale tempi di pagamento I trimestre anno 2022	Indicatore trimestrale tempi di pagamento II trimestre anno 2022	Indicatore trimestrale tempi di pagamento III trimestre anno 2022	Indicatore trimestrale tempi di pagamento IV trimestre anno 2022	Indicatore annuale tempi di pagamento <u>anno 2022</u>
ASP	-1,34	-12,35	-14,96	-23,44	-21,88	-17,79	-23,31	-21,50

L'indicatore annuale 2022 è risultato pari -21,50 denotando, pertanto, un ulteriore miglioramento rispetto a quello rilevato nel 2021. Il valore negativo dell'indicatore rappresenta un anticipo sui tempi di pagamento rispetto alla scadenza delle fatture. Secondo il disposto dell'art. 4, comma 5, lett. b del D.Lgs. n. 231/2002, i termini di pagamento delle fatture per gli enti pubblici che forniscono assistenza sanitaria sono di 60gg, pertanto, poiché l'indice di tempestività presenta un valore di anticipo rispetto alla scadenza, si può definire raggiunto al 100%.

Il bersaglio fornisce una buona sintesi della performance complessiva regionale e aziendale ma difficilmente aiuta a comprendere quanto l'offerta sia stata articolata in modo da rispondere ai bisogni dell'utenza, fase per fase, lungo il percorso di cura. Il bersaglio riportato nella figura seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Basilicata nel 2022. Degli 89 indicatori di valutazione calcolati a settembre 2023, la Regione mostra un quadro tendenzialmente stabile con una quota non trascurabile di indicatori che registrano un peggioramento rispetto ai risultati dell'anno precedente: il 52% degli indicatori peggiora tra il 2021 e il 2022, il 10% resta stabile e il 38% migliora. Il posizionamento dei pallini all'interno del bersaglio appare abbastanza eterogeneo: la maggior parte di essi si trova nelle zone a cavallo tra il verde chiaro e il giallo. Si intravedono, però, diversi pallini posizionati sia in area arancione che in area rossa, lasciando trasparire alcune criticità. Sul territorio, l'assistenza domiciliare emerge come area critica, vedendo la Basilicata all'ultimo posto del Network. In particolare, la Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari si attesta al 5% (performance negativa anche per la percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni). Nella continuità tra ospedale e territorio, si registra, invece, una performance ottima: il tasso di ospedalizzazione standardizzato per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti, si attesta ad un valore di 5,8.

Relativamente all'ambito farmaceutico, la Regione Basilicata vede un peggioramento nell'aderenza farmaceutica misurata come aumento nella percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (passa dal 12% del 2021 al 15% del 2022). Ancora in lieve miglioramento, invece, la percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi. Ottimo il tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni), che rimane in linea con la performance dello scorso anno. Buone anche le ospedalizzazioni per diabete e per scompenso cardiaco. Buona e in linea con lo scorso anno la percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice ≤ 3 giorni (87,6% nel 2022). Molto buona la performance complessiva del percorso emergenza-urgenza, con quasi tutti gli indicatori nella fascia verde scuro. Uniche eccezioni sono date dall'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso, che per la Regione Basilicata arriva a 30 minuti.

Bersaglio 2022 - Basilicata



Bersaglio 2022 - ASP Potenza

