

a cura di

Attilio Martorano

Giuseppe Montagano

Massimiliano Gallo

La valutazione del Sistema Sanitario Regione Basilicata

Il sistema di valutazione della performance - la sanità lucana

Il servizio di Pronto Soccorso - l'esperienza dei pazienti lucani

Rapporto 2012

Coordinamento scientifico:

Laboratorio Management e Sanità - Scuola Superiore Sant'Anna





Magister srl, 2013

© Diritti riservati

Via Gattini, 27 - 75100 Matera

Tel. 0835.337942 - Fax 0835.334725

E-mail: info@edizionimagister.com

www.edizionimagister.com

ISBN 978-88-908221-1-7

Questo volume, a cura di Attilio Martorano, Giuseppe Montagano e Massimiliano Gallo, è stato predisposto grazie al lavoro di collaborazione tra il Dipartimento di Salute e Sicurezza della Regione Basilicata e il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. In particolare si ringraziano la prof.ssa Sabina Nuti, responsabile scientifico, Anna Bonini, coordinatrice, Domenico Cerasuolo, sistemi informativi, e tutto il gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, nonché le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali di Potenza e Matera, dell'azienda ospedaliera San Carlo di Potenza e del Centro di riferimento oncologico della Regione Basilicata, che hanno contribuito con professionalità e spirito di collaborazione, sia all'aggiornamento del sistema di valutazione delle performance, sia al suo utilizzo a supporto del governo del sistema.

Inoltre si ringrazia il gruppo del Dipartimento di Salute e Sicurezza della Regione Basilicata: D. Tripaldi, G. Cauzillo, L. Colicelli, R. Giacoia, S. Lorusso, M. Panetta, V. Mancusi, A. Lucia, M. Recine, M. R. Puzo, A. Angione, M. Zullo, M. Capitelli, V. Perneti, M. R. Tozzi, M. R. Tamburrino. In particolare per l'indagine di soddisfazione degli utenti del Pronto Soccorso si ringraziano anche i referenti aziendali: dell'ASP di Potenza (D. Bartiromo, D. Colarusso, V. Frusci, A. Iorio, M. Larocca, D. Macchia, N. Mazzeo e C. Toscano); dell'ASM di Matera (V. D'Alessandro, R. Di Leo, G. Elia, M. Malvasi, C. Sinno, F. Vaccaro); dell'AOR San Carlo (M. Autilio, G. Nardoza, G. Coviello); la coordinatrice della ricerca C. Panero e tutto il team del progetto.

Siamo al terzo anno dall'inizio della sperimentazione del sistema di valutazione della performance del Sistema Sanitario Lucano.

In questi anni ho potuto verificare come un sistema dinamico di analisi e valutazione del sistema sanitario può aumentarne la consapevolezza degli operatori e della intera comunità regionale. Concepito come sistema di controllo sulle reali capacità e sui relativi margini di miglioramento dello stesso, e non come dispensatori di pagelle. Si tratta di strumenti validati che consentono di tenere insieme i principi fondamentali che ispirano l'agire di ogni operatore sanitario: qualità, appropriatezza, efficienza ed efficacia dell'assistenza.

Leggere il nostro sistema in maniera trasparente e non autoreferenziale e sapere soprattutto cosa si è in rapporto a chi è fondamentale per sviluppare una visione della sanità e del sociale in grado di garantire le migliori cure possibili e la presa in carico del disagio non rinunciando ai principi ispiratori di universalità, equità e sussidiarietà.

Oggi la sfida è davvero significativa, la crisi ci ha imposto una contrazione di risorse e solo il supporto di strumenti valutativi può indirizzare il cambiamento organizzativo e orientare la complessità delle scelte da compiere.

Siamo in una fase di riorganizzazione globale del sistema sanitario regionale e di fronte a noi ci siamo posti un obiettivo epocale: resistere alla crisi ma non limitandoci a sviluppare azioni di semplice difesa ed emergenza che garantiscano al massimo la conservazione di posizioni acquisite ma proporre e possibilmente applicare un modello nuovo in grado di garantire e di offrire soluzioni e risposte avanzate per l'assistenza.

Perché questo avvenga è necessario esplicitare e rendere conto di ogni scelta.

È necessario inoltre che siano soprattutto i professionisti e gli operatori tutti del sistema sanitario a promuovere un sistema di valutazione permanente come strumento fondamentale di crescita professionale e di validazione di quel cambiamento organizzativo che è alla base della riorganizzazione del nostro servizio sanitario e che non risponde a semplici logiche di razionalizzazione.

Attilio Martorano

Indice

PARTE I

Il sistema di valutazione della performance la sanità lucana

Metodologia e rappresentazione dei risultati	3
I risultati della Regione Basilicata	7
Valutazione sanitaria	
• C1 Capacità di governo della domanda	15
• C2a Indice di performance degenza media per acuti	24
• C3 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010).....	26
• C14 Appropriatelyzza medica	28
• C4 Appropriatelyzza Chirurgica.....	39
• C5 Qualità clinica	50
• C6 Rischio clinico.....	67
• C7 Materno-Infantile.....	71
• C8a Integrazione ospedale-territorio.....	83
• C9 Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica	95
• C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche	108
• C13a Appropriatelyzza prescrittiva diagnostica.....	116
• C15 Salute mentale	125
• C16 Pronto Soccorso.....	132
• C17 Volumi erogati	141
• C18 Chirurgia elettiva	162
• C19 Piano Nazionale Esiti.....	172
Valutazione esterna	
• D9 % abbandoni dal Pronto Soccorso	174
• D18 % dimissioni volontarie	176
Valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa	
• F10 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	178
• F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica	180

PARTE II

Il servizio di Pronto Soccorso l'esperienza dei pazienti lucani

Introduzione	
• La metodologia.....	202
Report Aziende	
• Caratteristiche socio demografiche e stato di salute	208
• Equità	213
• Accesso.....	228
• Accettazione.....	243
• Attesa	248
• Comfort e pulizia	252
• Assistenza e Comunicazione	256
• Rapporto medico-paziente.....	265
• Rapporto infermiere-paziente.....	272
• Dimissioni.....	279
• Giudizio complessivo	288
Report per singoli Pronto Soccorso	
• Caratteristiche socio demografiche e stato di salute	295
• Accesso.....	300
• Accettazione.....	312
• Attesa	316
• Comfort e pulizia	319
• Assistenza e Comunicazione	322
• Rapporto medico-paziente.....	329
• Rapporto infermiere-paziente.....	334
• Dimissioni	339
• Giudizio Complessivo	346

PARTE I

Il sistema di valutazione della performance la sanità lucana

I dati contenuti nel presente report sono generati direttamente dal sistema web progettato e realizzato in tutte le sue parti da Domenico Cerasuolo

Metodologia e rappresentazione dei risultati

Introduzione

Il progetto “Network Regioni” è stato attivato nel 2011 con la collaborazione di altre regioni: Toscana, Liguria, Umbria, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Marche e nel 2012 la Regione Veneto. L’obiettivo del progetto è di fornire un sistema di valutazione della performance del sistema sanitario attraverso il confronto di un set di indicatori condivisi.

Per sviluppare ed implementare un sistema multidimensionale di Valutazione della Performance del sistema sanitario, il Network delle Regioni si basa su quanto già progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) e implementato con successo presso la Regione Toscana dal 2004. Il Laboratorio MeS, già dal 2002, ha infatti iniziato un percorso di condivisione con la Regione Toscana per la predisposizione del sistema di valutazione che è stato oggetto di brevettazione con titolarità congiunta della Scuola Superiore Sant’Anna¹. Con l’avvio del progetto “Network Regioni”, tale sistema è stato riadattato attraverso un processo di condivisione inter-regionale che ha portato alla definizione di 130 indicatori, di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, vari aspetti o “dimensioni” della performance del sistema sanitario.

L’implementazione del sistema di valutazione avviene attraverso l’utilizzo da parte di ciascuna delle regioni del network di un portale web del Laboratorio MeS per la gestione, condivisione e visualizzazione dei dati, con accesso riservato.

Il confronto può avvenire sia in un’ottica inter-regionale che attraverso la creazione di un bersaglio intra-regionale, focalizzato sul confronto tra le Aziende di ciascuna Regione. Quest’ultimo approccio, in particolare, garantisce ad ogni regione la possibilità di inserire indicatori volti ad esplorare particolari aspetti rilevanti per le strategie regionali e non necessariamente condivisi con le altre Regioni parte del gruppo. Naturalmente, questa possibilità coinvolge in primis le regioni “multi-azienda”, anche se non si esclude l’opportunità per regioni quali la Basilicata stessa di creare un bersaglio intra-regionale che prenda come unità di analisi i distretti.

Attualmente i distretti in Basilicata sono stati individuati con la vecchia ripartizione aziendale e cioè:

- Distretto di Venosa (ex ASL 101)
- Distretto di Potenza (ex ASL 102)
- Distretto di Lagonegro (ex ASL 103)
- Distretto di Matera (ex ASL 104)
- Distretto di Montalbano J. (ex 105)

L’architettura del sistema di valutazione

Il Sistema di valutazione delle performance in un’ottica di confronto regionale risponde all’obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie tra regioni differenti (benchmarking interregionale).

In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie delle Regioni sono stati analizzati secondo sei dimensioni di analisi, per un totale di 160 indicatori, di cui 100 di valutazione e 60 di osservazione, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario.

¹ Per ulteriori informazioni sul Laboratorio MeS ed il sistema di valutazione della performance toscano: www.meslab.sssup.it

Gli indicatori di valutazione sono stati raggruppati tramite strutture ad “albero” in 40 indicatori di sintesi², al fine di facilitare la lettura dei risultati di performance, mentre i 60 indicatori di osservazione servono di aiuto per interpretare i risultati.

Le dimensioni della valutazione sono:

▪ **La valutazione dello stato di salute della popolazione (dimensione A)**

Gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari, in quanto il miglioramento del livello di salute della popolazione rappresenta la finalità principale di ciascun sistema sanitario. La determinazione della salute della popolazione si traduce, spesso, nella misura dell’assenza di salute che trova nell’evento “morte” la sua espressione negativa più certa e più facilmente quantificabile. Con tale premessa sono stati individuati 4 indicatori di mortalità: mortalità infantile (A1), mortalità per tumori (A2), mortalità per malattie circolatorie (A3) e per suicidi (A4).

Questa tipologia di valori si muove lentamente nel tempo ed un miglioramento registrato oggi è, spesso, determinato dalle scelte gestionali effettuate nel passato. Gli indicatori vengono espressi su base triennale in quanto alcuni tassi di mortalità presentano valori assoluti bassi, per cui il confronto tra tassi annuali sarebbe fortemente soggetto alla numerosità della casistica.

A questi indicatori si aggiungono, inoltre, altri due indicatori volti a descrivere lo stato di salute attuale della popolazione in analisi: la speranza di vita (A7) e gli stili di vita della popolazione (A6), monitorati secondo la logica del progetto Ministeriale “Guadagnare Salute”, derivante dall’indagine PASSI.

▪ **La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)**

Le aziende sanitarie rispondono della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci, non solo come entità autonome, ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.

Gli indicatori contenuti in questa dimensione sono orientati a valutare, da un lato, l’operato delle aziende sanitarie nella gestione del dolore (B4); dall’altro, il raggiungimento di obiettivi di prevenzione e promozione della salute: estensione e adesione a programmi di screening (B5), copertura vaccinale (B7) e malattie infettive (B8).

▪ **La valutazione socio-sanitaria (C)**

In questa dimensione sono compresi una serie di indicatori volti a descrivere i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza, di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell’ospedale che per le attività del territorio. Con l’espressione governo della domanda, che fa riferimento agli indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione (C1), si intende la capacità delle aziende di orientare l’accesso dei cittadini al sistema sanitario regionale e di determinare i livelli di utilizzo delle strutture ospedaliere e territoriali.

Con efficienza si indica generalmente la capacità dell’azienda di utilizzare le minime risorse per il massimo raggiungimento dei risultati. Nell’assistenza ospedaliera il concetto di efficienza è misurato in termini di indice di performance di degenza media per acuti (C2a) e degenza media pre-operatoria negli interventi chirurgici programmati (C3).

² La valutazione dell’indicatore di sintesi è in genere ottenuta tramite la media semplice delle valutazioni dei suoi sottoindicatori, ad eccezione degli indicatori della valutazione dei cittadini.

Il perseguimento dell'appropriatezza rappresenta un punto chiave nell'erogazione dei servizi al fine di garantire, da un lato, l'accesso a prestazioni di buona qualità a chi ne ha bisogno evitando possibili danni alla salute legati ad un consumismo incontrollato; dall'altro di conseguire la sostenibilità economica del sistema sanitario. Tale aspetto è indagato tramite gli indicatori di appropriatezza chirurgica (C4), appropriatezza medica (C14), appropriatezza prescrittiva farmaceutica (C9) e appropriatezza prescrittiva diagnostica (C13); nei primi due sono compresi diversi indicatori presenti nel Patto per la Salute. Dal 2012, sono inoltre monitorati i tassi di ospedalizzazione per la chirurgia elettiva (C18), che, mostrando notevoli variabilità, possono manifestare un problema di appropriatezza.

La qualità clinica è valutata tramite un nutrito albero di indicatori che analizzano l'adozione di protocolli clinici e tecniche strumentale (C5) e altri di rischio clinico (C6), che misurano la sicurezza del paziente, con particolare riferimento alla fase post-operatoria. Da quest'anno sono stati introdotti nuovi indicatori inerenti i volumi erogati per alcune tipologie di interventi chirurgici (C17), per ognuna delle quali è indicata una soglia di qualità, e una sintesi di indicatori del Piano Nazionale Esiti (C19).

Le attività ed i servizi forniti dall'assistenza territoriale sono valutati tramite il livello di integrazione ospedale-territorio (C8a), che considera l'efficacia delle attività territoriali in termini di continuità assistenziale, appropriata gestione delle prestazioni specialistiche e attivazione di percorsi diagnostici e terapeutici omogenei.

Inoltre, in riferimento ai percorsi assistenziali analizzati, quello materno-infantile (C7) ha l'obiettivo di analizzare la qualità sanitaria del percorso nascita; quello delle patologie croniche (C11a) vuole incentivare lo sviluppo di percorsi di disease management per alcune delle principali forme di cronicità: scompenso cardiaco, diabete e BPCO; quello dedicato alla salute mentale (C15) viene valutato al fine di evitare il diffondersi di condizioni di malessere sociale con la conseguente necessità di coinvolgimento della medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Infine, si monitora il percorso di emergenza-urgenza (C16), vista l'importanza strategica del Pronto Soccorso.

▪ **La valutazione esterna (D)**

In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano. Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, si deve tener conto della sua esperienza. Di anno in anno, le regioni del network decidono quali indagini sono di maggiore interesse e quindi da attivare. Per l'anno 2012 è stata posta l'attenzione all'indagine degli utenti del Pronto Soccorso delle regioni Toscana e Basilicata: i pazienti hanno ricevuto a casa un questionario cartaceo da compilare e restituire utilizzando una busta preaffrancata allegata. In Toscana hanno risposto 6.049 pazienti mentre in Basilicata 1.327.

Viene inoltre analizzato il tasso di abbandono dal Pronto Soccorso (D9), ovvero coloro che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'effettuazione del triage. Analoga questione avviene riguardo alle dimissioni volontarie (D18), che sono strettamente correlate con la soddisfazione dei pazienti.

▪ **La valutazione interna (E)**

In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati, quindi, necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi ed i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

La valutazione interna è particolarmente complessa, in quanto richiede una raccolta di dati ad hoc attraverso la somministrazione di un questionario ai dipendenti. L'indagine è svolta attraverso il

metodo C.A.W.I. (Computed Assisted Web Interview), che prevede la compilazione di un questionario on-line gestito mediante il server della Scuola Superiore Sant'Anna. Gli indicatori presenti nel sistema sono il tasso di risposta all'indagine di clima interno (E1), la valutazione data dai dipendenti alla formazione (E9), al management (E10) e alla comunicazione e informazione (E11). L'indagine di clima interno è stata svolta nel 2012 in Regione Toscana, riuscendo a coinvolgere 24.042 dipendenti, e in Regione Basilicata, su 2.579 dipendenti.

▪ **La valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa (F)**

La dimensione economico-finanziaria e di efficienza operativa ha lo scopo di valutare come sono utilizzate le risorse, sia a livello complessivo, attraverso l'analisi di bilancio, sia a livello specifico (ad esempio l'uso delle risorse per il consumo di farmaci). Il sistema contiene i dati relativi al governo della farmaceutica territoriale, esplicitati tramite la spesa farmaceutica territoriale pro-capite (F10) e l'efficienza prescrittiva farmaceutica (F12a) che monitora, nello specifico, alcune tra le categorie di farmaci che registrano i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa.

Da quest'anno sono stati inseriti nuovi indicatori frutto dei gruppi di lavoro delle Regioni del Network nell'ambito economico e della prevenzione. Per la parte economica troviamo il costo sanitario pro-capite (F17), il costo medio dell'assistenza ospedaliera (F18) e il costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini (F19). Riguardo alla prevenzione, è stato introdotto il monitoraggio sulla sicurezza del lavoro (F15), oltre ad un'ampia revisione dei già citati indicatori relativi agli stili di vita, agli screening e alle vaccinazioni, nonché all'osservazione della gestione delle malattie infettive.

La rappresentazione dei risultati

Il report contiene un commento sul significato di ciascun indicatore, i dati a confronto, una tabella contenente numeratore, denominatore e valore dell'indicatore ed una scheda di costruzione dell'indicatore con i dettagli tecnici per l'elaborazione. Gli indicatori sono poi sinteticamente rappresentati tramite il cosiddetto "bersaglio".

Lo schema del bersaglio viene adottato al fine di offrire un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda su tutte le sei dimensioni del sistema e di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza della regione/azienda considerata.

Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio, identificando le migliori performance dell'ente, quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa più esterna, corrispondente alle criticità regionali o aziendali.

Sono, inoltre, riportati i grafici del trend degli ultimi due periodi temporali disponibili, per la maggior parte degli indicatori 2011-2012, sia per la regione che per le aziende.

Viene inoltre resa disponibile una tabella contenente il nome dell'azienda, il valore dell'indicatore, il numeratore, il denominatore e l'anno di riferimento. Infine, l'indicatore è corredato da una scheda con la finalità di descriverne dettagliatamente le modalità di costruzione, sia in un'ottica sia di replicabilità e confrontabilità, che di miglior comprensione e interpretazione dell'indicatore.

I risultati della Regione Basilicata

La performance regionale

La Regione Basilicata nel 2012 presenta 2 indicatori in fascia verde scuro, 6 in fascia verde chiaro, 7 in fascia gialla, 4 in fascia arancione e 5 in fascia rossa. Non sono inclusi nel conteggio gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione (dimensione A), perché sono determinati solo in parte dal sistema sanitario regionale, e i risultati delle indagini interna ed esterna (dimensione E e un indicatore della D), svolti solo dalle Regioni Basilicata e Toscana.

Gli indicatori di salute della popolazione sono ottimi per quanto riguarda la mortalità per malattie cardiocircolatorie (A3) e per tumori (A2) – quest'ultima best practice tra le regioni - mentre sono critici la mortalità infantile (A1) e quella per suicidi (A4); nella media la speranza di vita (A7).

Relativamente ai servizi di prevenzione, è buona la copertura vaccinale (B7), in particolar modo contro il papilloma virus e il pneumococco, mentre è scarso il numero di operatori sanitari vaccinati contro l'influenza. La gestione delle malattie infettive (B8) presenta margini di miglioramento, nello specifico sulla diffusione dell'analisi colturale delle tubercolosi polmonari. È critica la gestione del dolore (B4), con un consumo di farmaci oppioidi molto ridotto, seppur in miglioramento.

Sul versante ospedaliero, la Regione ha condotto una forte deospedalizzazione, che ha portato ad un buon risultato sul tasso di ospedalizzazione (C1). La durata della degenza (C2a) è in linea con la media delle regioni, mentre la degenza pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati (C3) è ancora molto elevata, seppur in calo rispetto all'anno precedente. Sono stati conseguiti notevoli miglioramenti nell'ambito dell'appropriatezza medica (C14), dove si sono ridotti i ricoveri di pazienti che possono essere seguiti in regime ambulatoriale, mentre dal lato dell'appropriatezza chirurgica (C4) si registrano maggiori problematiche, in particolare rispetto all'elevata percentuale di pazienti medici dimessi da reparti chirurgici; si segnala, inoltre, che è in calo l'utilizzo del Day-Surgery.

La qualità clinica (C5) è in linea con le altre Regioni: suona un campanello di allarme per il basso utilizzo della laparoscopia negli interventi di appendicectomia mentre si ottiene il miglior risultato sulla prostatectomia transuretrale; la tempestività degli interventi per fratture di femore continua ad aumentare. Risulta critico il percorso materno-infantile (C7) per l'elevato ricorso al cesareo, all'induzione al parto e all'episiotomia; inoltre, risulta alto il tasso di neonati in sofferenza fetale. Di contro, il Pronto Soccorso vanta ottime performance, sia per quanto concerne l'organizzazione interna (C16), sia riguardo agli abbandoni volontari (D9); la soddisfazione dell'utenza (D8a) è nella media, in linea con quella della Toscana, altra regione che ha effettuato l'indagine ai pazienti. Le dimissioni volontarie (D18) sono, invece, critiche ed in aumento.

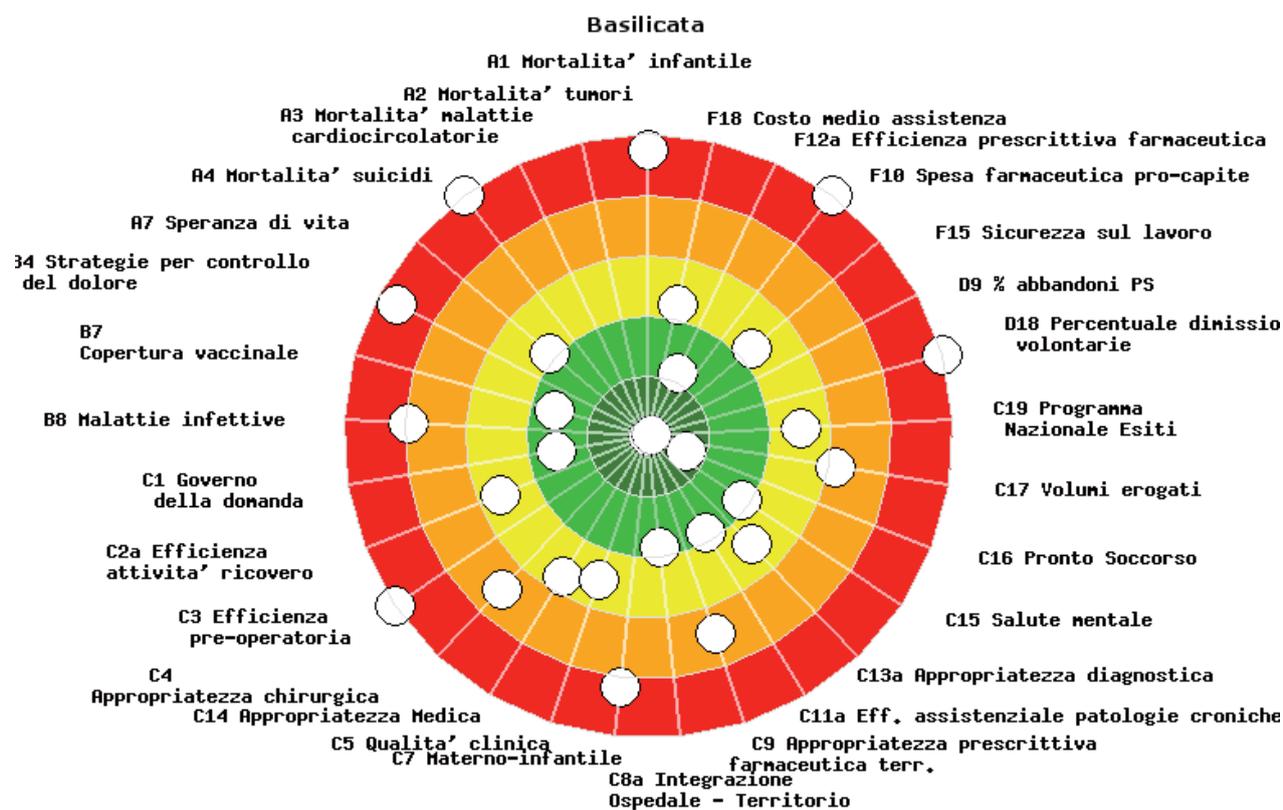
Buoni i risultati in ambito territoriale, sia relativamente alla gestione delle patologie croniche (C11a) – in diminuzione i ricoveri per scompenso, diabete e BPCO – sia riguardo all'integrazione ospedale-territorio (C8a): sono, infatti, contenuti i cosiddetti ricoveri "sociali", e anche quelli per polmonite; unico neo l'alta ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica. Positivo l'ambito della salute mentale (C15) e nella media il consumo di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per anziani (C13a), considerate clinicamente inappropriate.

Gli indicatori del Piano Nazionale Esiti (C19) sono nella media, mentre è necessario porre attenzione sui volumi di attività (C17) connessi con la qualità clinica, in particolare gli interventi per tumore alla mammella e al retto, mentre quelli per colecistectomia laparoscopia e parto sono buoni.

La Regione Basilicata ha effettuato un'indagine di clima interno su tutti i dipendenti del sistema sanitario regionale, dalla quale è emersa una scarsa partecipazione (E1) pari al 35%, delle criticità sulla formazione (E9) e sulla valutazione data al management (E10), mentre è positivo l'aspetto della comunicazione e informazione (E11).

Il settore farmaceutico necessita una maggiore attenzione: nonostante una buona efficienza prescrittiva (F12a), la spesa territoriale pro-capite (F10) è molto elevata, anche se in diminuzione rispetto al 2011; critica, inoltre l'appropriatezza prescrittiva (C9) su numerose categorie di farmaci.

Riguardo alla sicurezza sul lavoro (F15), la Regione detiene la best practice tra le regioni del network, sia sulla copertura del territorio che sull'efficienza produttiva. Abbastanza buono anche il costo medio dell'assistenza ospedaliera (F18).



La performance dell'ASP

Il bersaglio dell'ASP di Potenza restituisce una performance nel complesso buona con un numero significativo di indicatori concentrati nelle fasce centrali del bersaglio, nonostante alcuni punti di criticità.

Gli indicatori di salute della popolazione sono ottimi per quanto riguarda la mortalità per malattie cardiocircolatorie (A3) e per tumori (A2) mentre sono critici la mortalità infantile (A1); nella media la speranza di vita (A7).

Per quanto riguarda l'area della prevenzione, la copertura vaccinale (B7) è da considerarsi molto positiva. Non si può dire lo stesso per la strategia del controllo del dolore (B4) dove, si segnala ancora un insufficiente consumo di farmaci oppioidi considerato come indicatore di performance per quest'area.

Rispetto all'ambito ospedaliero, la performance dell'ASP è molto buona sul fronte della deospedalizzazione, infatti i tassi che riguardano l'ospedalizzazione (C1) in generale sono abbastanza bassi. La durata della degenza (C2a) è in linea con la media italiana, mentre la degenza pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati (C3) è ancora elevata. Significativi sono stati i miglioramenti nell'ambito dell'appropriatezza medica (C14), in quanto la politica di maggiore offerta ambulatoriale a fronte di ricoveri ospedalieri ha dato un ottimo risultato. Non si può dire lo stesso per l'appropriatezza chirurgica (C4) che costituisce una problematicità per l'azienda. In particolare il nosocomio di Lagonegro registra una elevata percentuale di pazienti medici dimessi da reparti chirurgici che fa peggiorare in maniera significativa il dato aziendale, che comunque è leggermente meglio rispetto al dato dell'Ospedale San Carlo e dei nosocomi del materano.

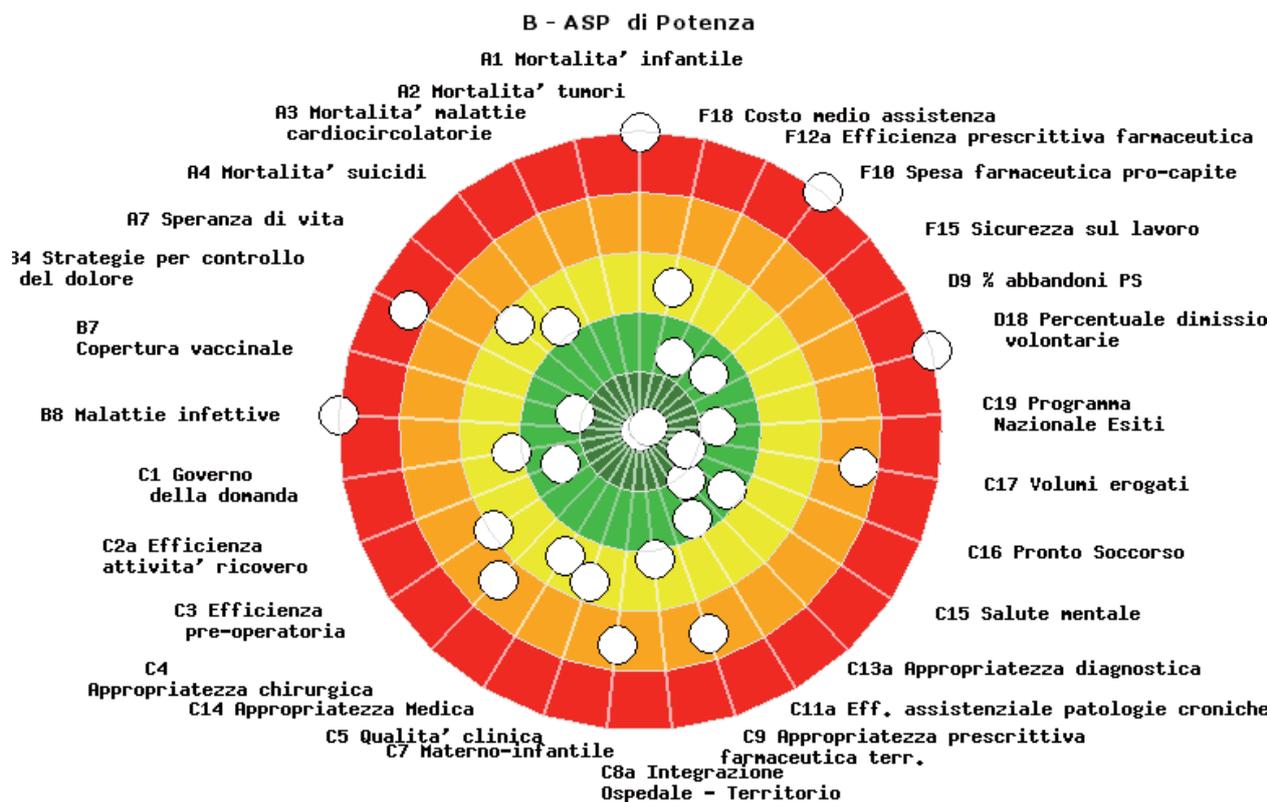
La qualità clinica (C5) è nel complesso buona. Tuttavia è da segnalare nell'ambito dell'ASP il dato negativo per le fratture di femore operate con tempestività; nell'ospedale di Lagonegro segna il dato meno buono ed inoltre il trend è in peggioramento. Lo stesso vale per il basso utilizzo della laparoscopia negli interventi di appendicectomia che segnano sempre nel nosocomio di Lagonegro il punto di maggiore problematicità. Risulta critico il percorso materno-infantile (C7) per l'elevato ricorso al cesareo, all'induzione al parto e all'episiotomia; anche in questo caso l'ospedale di Lagonegro si distingue per la percentuale di cesarei pari al 50,9 % effettuati in donne in età relativamente giovane (<45 anni) primipare con parto a termine, non gemellare e in posizione di vertice. È da precisare che per questo nosocomio il trend è peggiorativo (anno 2011 la percentuale è stata del 46,6%). Di contro, il Pronto Soccorso nell'azienda vanta ottimi risultati, sia per l'organizzazione interna (C16), sia agli abbandoni volontari (D9); non si può dire lo stesso per le dimissioni volontarie (D18) che sono, critiche e rappresentano una valutazione negativa della soddisfazione dell'utente ricoverato.

La performance aziendale dell'ASP in ambito territoriale si può considerare nel complesso buona, infatti sono abbastanza contenuti i ricoveri cosiddetti sociali quali quelli per BPCO, scompenso e diabete. È da segnalare però un'alta ospedalizzazione nell'area del Lagonegrese dove il ricovero per asma in età pediatrica (2-17 anni) è 3 volte la media regionale; ciò richiede un'approfondita valutazione. Viene confermata nella stessa area territoriale un'alta ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica.

Si segnala un ottimo risultato per quanto riguarda la sintesi degli indicatori del Piano Nazionale Esiti (C19) riferiti per buona parte alla qualità clinica.

Per il settore farmaceutico l'ASP di Potenza pur conseguendo una buona performance sull'efficienza prescrittiva (F12a) rileva una spesa territoriale pro-capite (F10) molto elevata e alcune criticità sull'appropriatezza prescrittiva (C9) su alcune categorie di farmaci.

Buona è la performance sul costo medio per l'assistenza (F18) in linea con il dato regionale e ottima la performance conseguita dall'ASP relativamente alla sicurezza sul lavoro (F15), in linea con la best practice della Regione Basilicata.



La performance dell'ASM

Il bersaglio dell'Asm di Matera restituisce una performance nel complesso buona con un discreto numero di indicatori nelle fasce centrali del bersaglio, ma al contempo una maggiore dispersione di alcuni indicatori verso l'area esterna del bersaglio ad indicare alcune importanti criticità, per la maggior parte legate all'attività ospedaliera.

Gli indicatori di salute della popolazione dell'azienda ASM di Matera segnano buona performance riguarda alla mortalità in genere ad eccezione della mortalità per suicidi (A4); nella media la speranza di vita (A7).

Per quanto riguarda l'area della prevenzione, la strategia del controllo del dolore (B4) è negativa così come rilevato in tutta la regione. Ottima invece la performance sulla copertura vaccinale (B7) e malattie infettive e discreta anche la performance sulla spesa della sicurezza sul lavoro (F15).

Riguardo l'ambito ospedaliero, la performance dell'azienda ASM di Matera mostra alcune problematicità. Infatti, fatta eccezione per il governo della domanda (C1) e per l'integrazione ospedale territorio (C8a) per il resto si manifestano significative criticità sia sull'efficienza dell'attività di ricovero (C2a) che per l'efficienza pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati (C3). Critica anche l'appropriatezza medica (C14), è decisamente negativa la performance sull'appropriatezza chirurgica (C4). In particolare il nosocomio di Policoro registra una elevata percentuale di pazienti medici dimessi da reparti chirurgici che fa peggiorare in maniera significativa il dato regionale.

La qualità clinica (C5) è nel complesso sufficiente. È molto critico il percorso materno-infantile (C7) sul nosocomio di Policoro mentre l'ospedale di Matera segna la migliore performance regionale per il basso ricorso al cesareo effettuato in donne in età relativamente giovane (<45 anni) primipare con parto a termine, non gemellare e in posizione di vertice.

Il Pronto Soccorso nell'azienda vanta ottimi risultati, sia per l'organizzazione interna (C16), sia agli abbandoni volontari (D9); Invece le dimissioni volontarie (D18) che rappresentano una valutazione negativa della soddisfazione dell'utente ricoverato, sono particolarmente critiche per l'ASM ma soprattutto il nosocomio di Policoro segna il dato peggiore in assoluto a livello regionale.

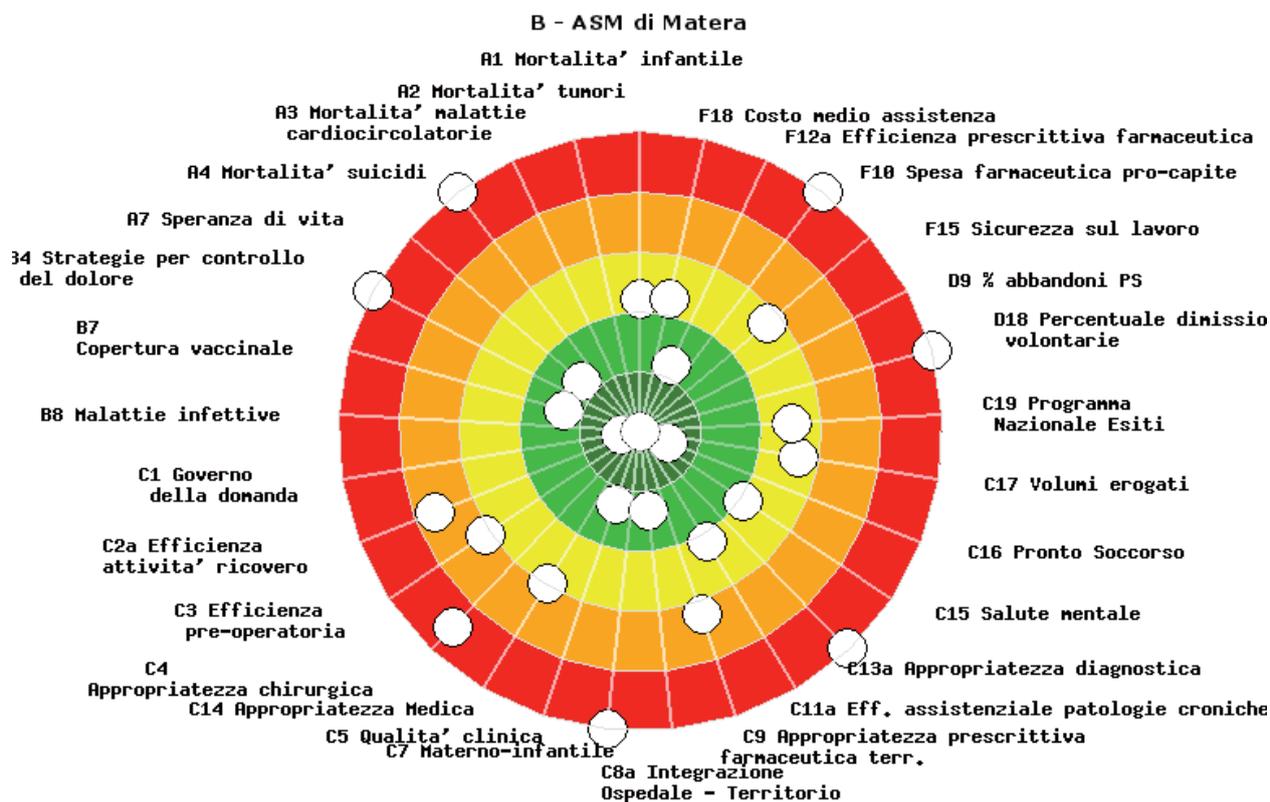
La performance aziendale dell'ASM in ambito territoriale si può considerare nel complesso ottima, in quanto sono bassi i ricoveri per patologie croniche sociali quali quelli per BPCO, scompenso e diabete.

È da segnalare un'importante criticità anche ai fini del non corretto utilizzo delle risorse a riguardo dell'appropriatezza diagnostica (C13a) che fa registrare un dato negativo per l'azienda.

Si segnala un risultato appena sufficiente per quanto riguarda la sintesi degli indicatori del Piano Nazionale Esiti (C19) riferiti per buona parte alla qualità clinica.

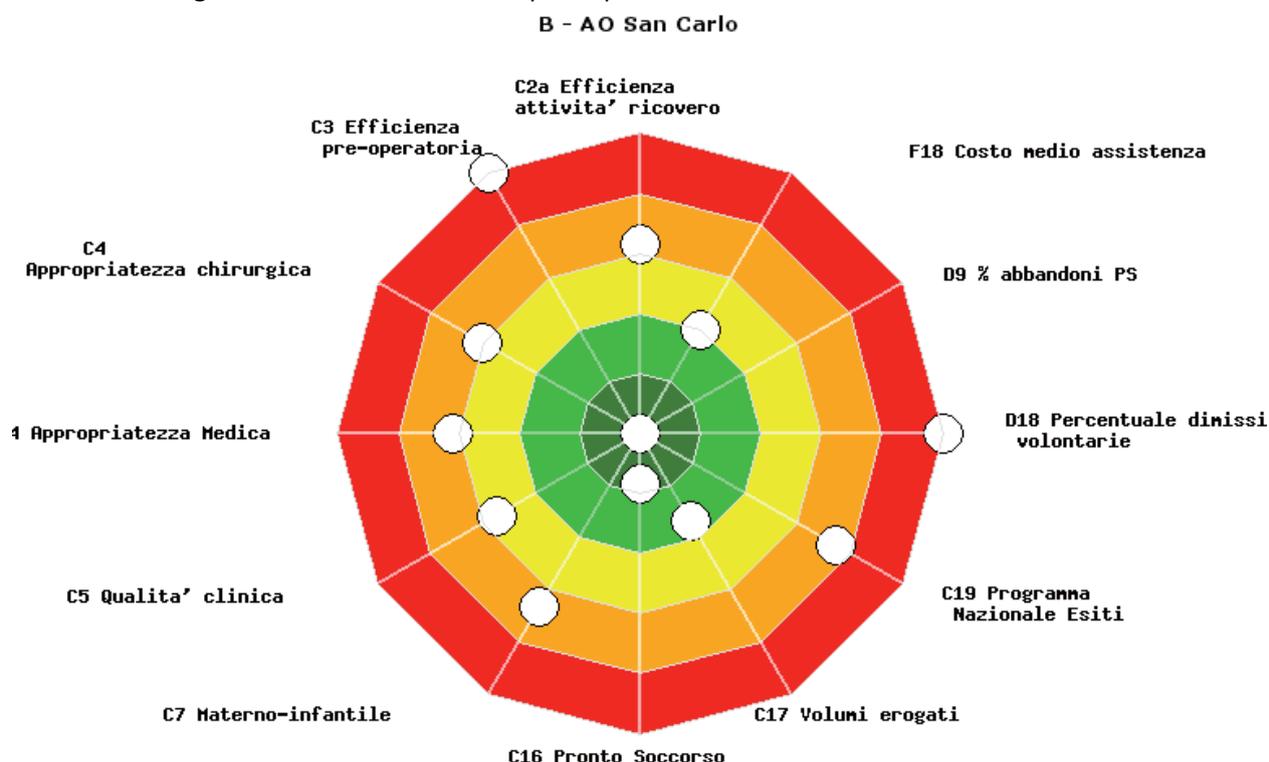
Per il settore farmaceutico l'ASM di Matera pur conseguendo una buona performance sull'efficienza prescrittiva (F12a) rileva una spesa territoriale pro-capite (F10) molto elevata e alcune criticità sull'appropriatezza prescrittiva (C9) su alcune tipologie di farmaci.

Buona è la performance sul costo medio per l'assistenza (F18) in linea con il dato regionale e meno buona la performance conseguita dall'ASM relativamente alla sicurezza sul lavoro (F15).



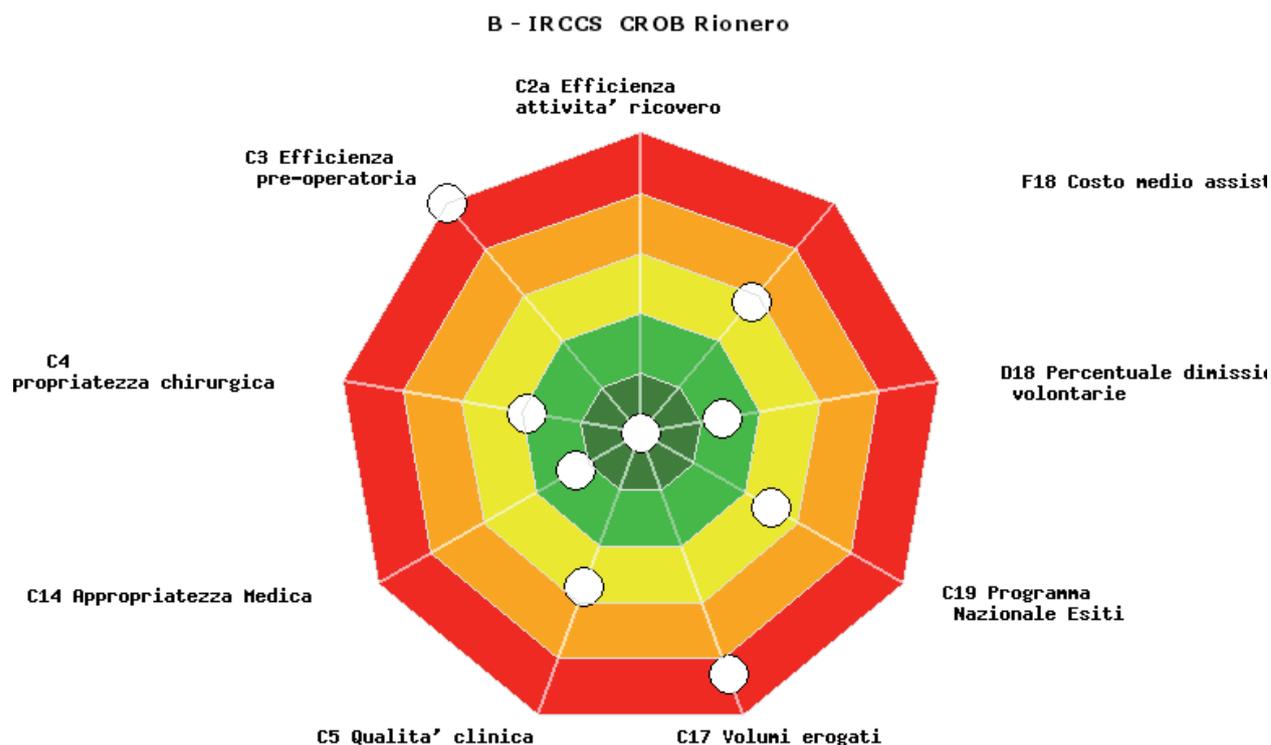
La performance dell'azienda ospedaliera San Carlo di Potenza

Fermo restando che le valutazioni dell'azienda ospedaliera San Carlo è decisamente più efficiente nell'ambito del confronto network interregionale perché la numerosità degli indicatori a confronto è superiore, si ritiene però per alcuni indicatori mantenere anche un confronto interregionale. Pertanto si può affermare che sugli indicatori a confronto con le altre aziende sono pochi quelli che centrano il target e precisamente si possono considerare positivi la valutazione dei cittadini per il pronto soccorso (C16) l'adeguatezza dei volumi erogati in ambito clinico e l'accettabilità del costo medio dell'assistenza ospedaliera. Sono da considerarsi negative le performance dell'efficienza pre operatoria (C3) e la percentuale di dimissioni volontarie (D18). Tutti in area critica e quindi con margini di miglioramento sono gli indicatori riferiti all'efficienza attività di ricovero (C2a) appropriatezza medica (C14) e quella chirurgica (C4). Critico ancora l'indicatore sul percorso materno-infantile (C7) riguardo alla percentuale dei cesarei depurati chiarendo però che gli indicatori specifici di quest'area mostrano un significativo miglioramento rispetto all'anno precedente con un trend molto positivo. In riferimento all'indicatore di sintesi del PNE (C19) si evidenziano ancora margini significativi di possibile miglioramento considerato il dato ancora negativo riferito alla mortalità post operatoria.



La performance del Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB)

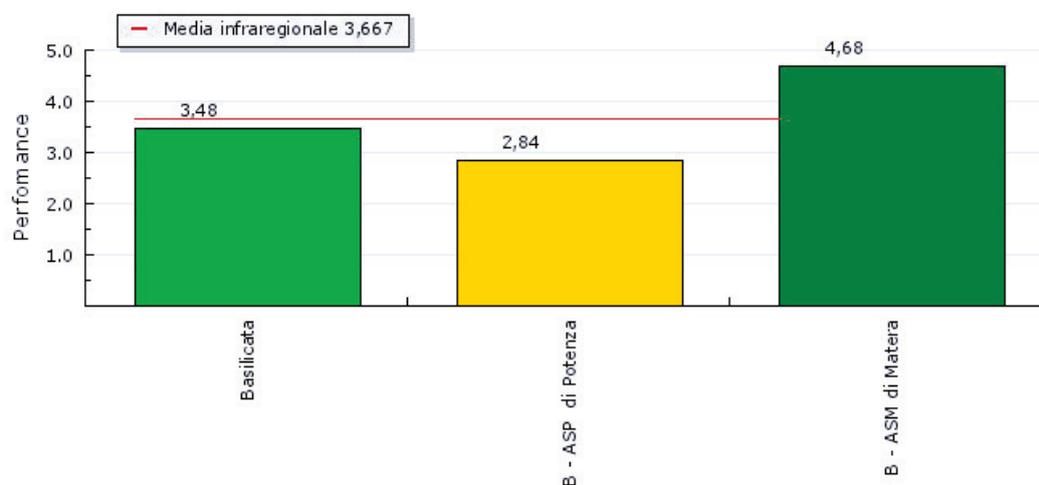
Fermo restando la particolare difficoltà di raffronto nell'ambito sanitario regionale per gli indicatori comuni data la sua particolarità in quanto IRCS oncologico, si può segnalare una buona performance per tutti gli indicatori selezionati : appropriatezza chirurgica (C4) qualità clinica (C5) appropriatezza medica (C14) dimissioni volontarie (D18) costo medio dell'assistenza ospedaliera(F18) efficienza dell'attività di ricovero (C2a) e L'indicatore sintesi del PNE (C19). Fanno eccezione gli indicatori sui volumi erogati che sono evidentemente esigui e l'efficienza pre operatoria che può decisamente migliorare.



2.1 Indicatore C1 Capacita' di governo della domanda

La domanda di assistenza sanitaria che i cittadini rivolgono al servizio pubblico deve essere guidata dal sistema sanitario, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri e, quindi, al tasso di ospedalizzazione, in modo che la risposta sia adeguata al bisogno sanitario e venga erogata nelle forme più appropriate.

- C1 Capacita' di governo della domanda
 - C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
 - C1.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di valutazione]
 - C1.1.2 Tasso di ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
 - C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per età e sesso [di valutazione]
 - C1.1.2.2 Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
 - C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
 - C1.3 Posti letto pro-capite [di osservazione]

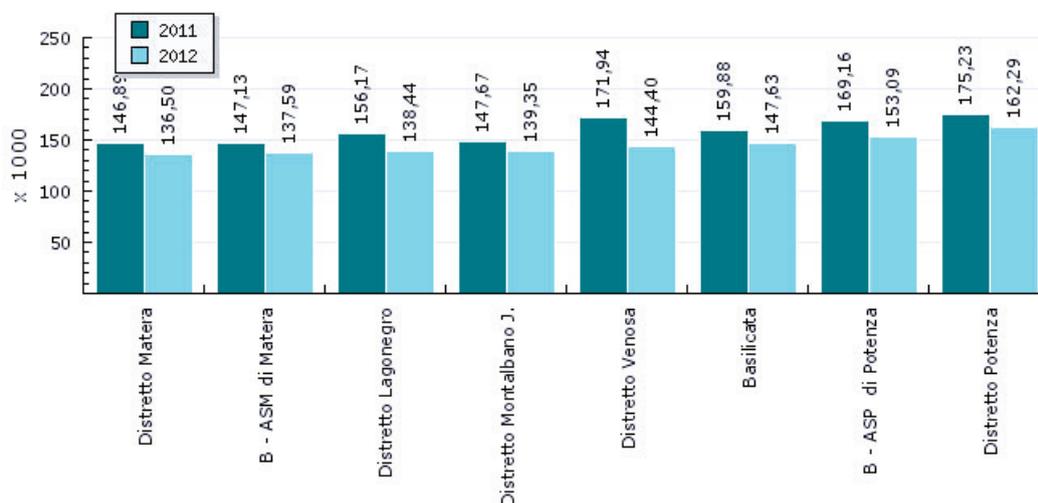


C1	
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso, • C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione DH medico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso.

2.2 Indicatore C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse.

C1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso



C1.1	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri: <ul style="list-style-type: none"> Erogati da strutture private non accreditate Relativi a neonato normale (DRG 391) La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	159,88	99.975,00	587.517,00	2011	147,63	89.870,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	171,94	16.998,00	96.804,00	2011	144,40	14.237,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	175,23	39.799,00	213.335,00	2011	162,29	35.957,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	156,17	12.402,00	73.652,00	2011	138,44	10.932,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	146,89	18.618,00	123.449,00	2011	136,50	17.269,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	147,67	12.158,00	80.277,00	2011	139,35	11.475,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	169,16	69.199,00	383.791,00	2011	153,09	61.126,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	147,13	30.776,00	203.726,00	2011	137,59	28.744,00	203.726,00	2012

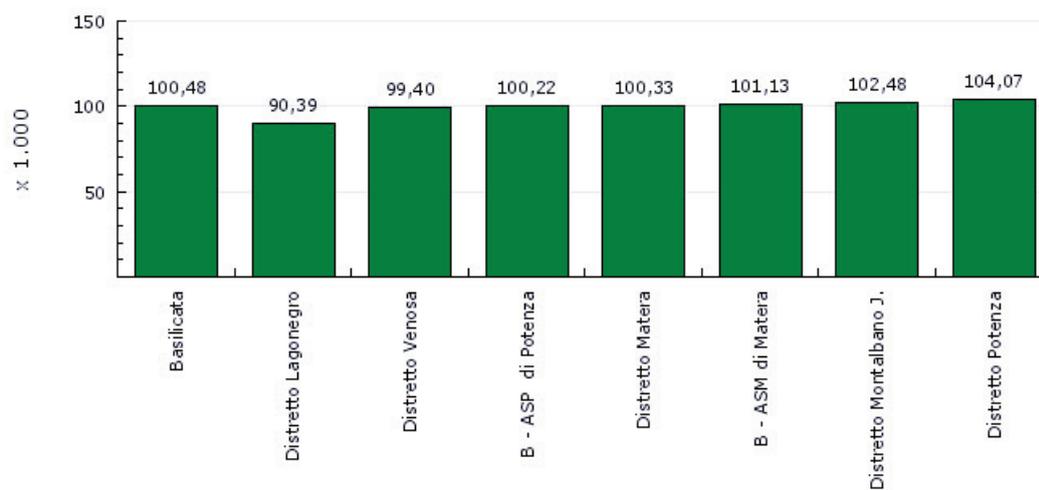
2.3 Indicatore C1.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto, in cui sono fondamentali la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati.

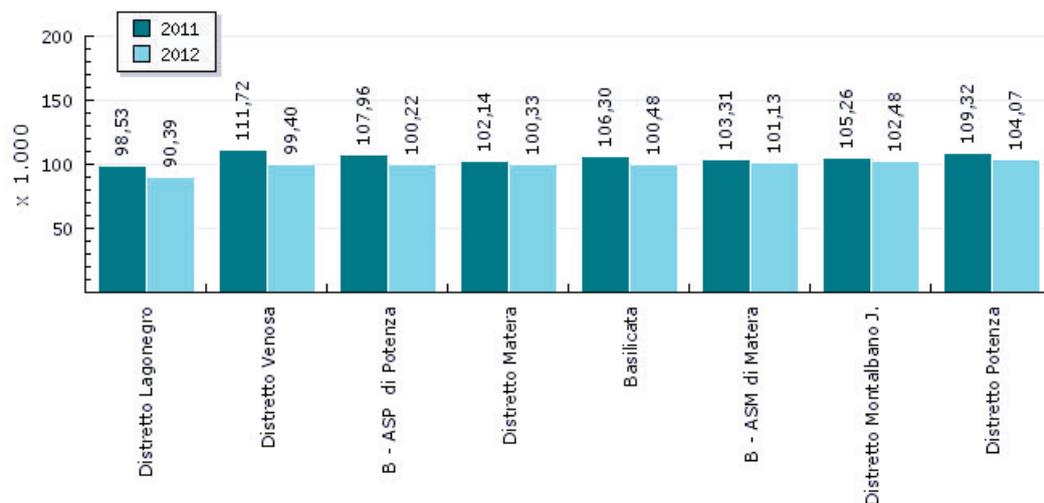
Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 120.00	■
Valutazione scarsa	120.00 - 115.00]	■
Valutazione media	115.00 - 110.00]	■
Valutazione buona	110.00 - 105.00]	■
Valutazione ottima	< 105.00	■

C1.1.1 - Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso



C1.1.1 Tasso ospedalizzazione e ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso



C1.1.1

TASSO OSPEDALIZZAZIONE RICOVERI ORDINARI ACUTI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO

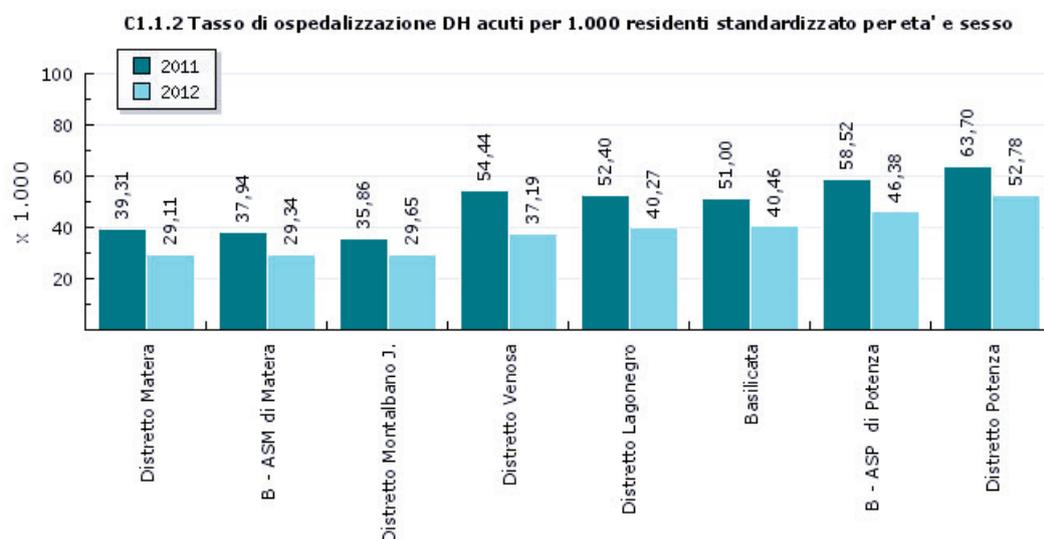
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri ordinari relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si considera inclusa la One Day Surgery. Sono esclusi i ricoveri: <ul style="list-style-type: none"> Erogati da strutture private non accreditate Relativi a neonato normale (DRG 391) Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C1.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	106,30	65.243,00	587.517,00	2011	100,48	61.425,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	111,72	11.107,00	96.804,00	2011	99,40	9.809,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	109,32	24.470,00	213.335,00	2011	104,07	23.236,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	98,53	7.978,00	73.652,00	2011	90,39	7.209,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	102,14	12.976,00	123.449,00	2011	100,33	12.719,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	105,26	8.712,00	80.277,00	2011	102,48	8.452,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	107,96	43.555,00	383.791,00	2011	100,22	40.254,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	103,31	21.688,00	203.726,00	2011	101,13	21.171,00	203.726,00	2012

2.4 Indicatore C1.1.2 Tasso di ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera degli ultimi anni hanno inciso sulla diminuzione delle attività di ricovero ordinario, sia mediche che chirurgiche, che sono state in buona parte riconvertite in modalità di degenza diurna (Day-hospital e Day-surgery) e compensate da un parallelo incremento delle prestazioni ambulatoriali. I ricoveri in One Day Surgery, che prevedono un solo pernottamento, sono considerati come prestazioni in regime ordinario.



C1.1.2	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DH ACUTI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri in Day Hospital relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri in regime di day-hospital, ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell' anno precedente. Si considera esclusa la One Day Surgery. Sono esclusi i ricoveri: <ul style="list-style-type: none"> Erogati da strutture private non accreditate Relativi a neonato normale (DRG 391) Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C1.1.2 Tasso di ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	51,00	31.321,00	587.517,00	2011	40,46	24.087,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	54,44	5.294,00	96.804,00	2011	37,19	3.602,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	63,70	14.244,00	213.335,00	2011	52,78	11.461,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	52,40	3.963,00	73.652,00	2011	40,27	3.014,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	39,31	4.934,00	123.449,00	2011	29,11	3.623,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	35,86	2.886,00	80.277,00	2011	29,65	2.387,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	58,52	23.501,00	383.791,00	2011	46,38	18.077,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	37,94	7.820,00	203.726,00	2011	29,34	6.010,00	203.726,00	2012

2.5 Indicatore C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per eta' e sesso

L'ospedalizzazione per ricoveri in regime di Day-hospital viene, in questo caso, calcolata prendendo in esame solamente i ricoveri medici acuti, per verificare i cambiamenti avvenuti in questo ambito di ricovero.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 24.00 ■

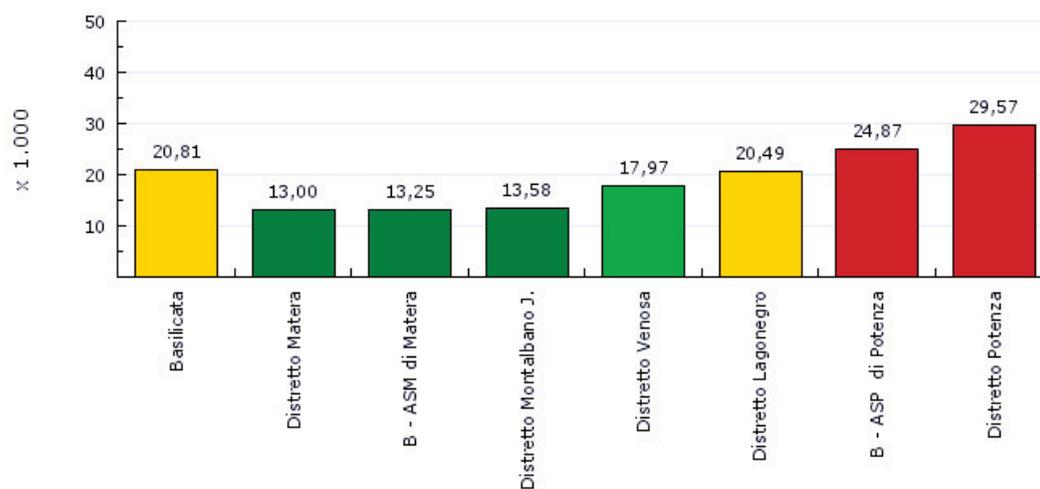
Valutazione scarsa 24.00 - 21.00] ■

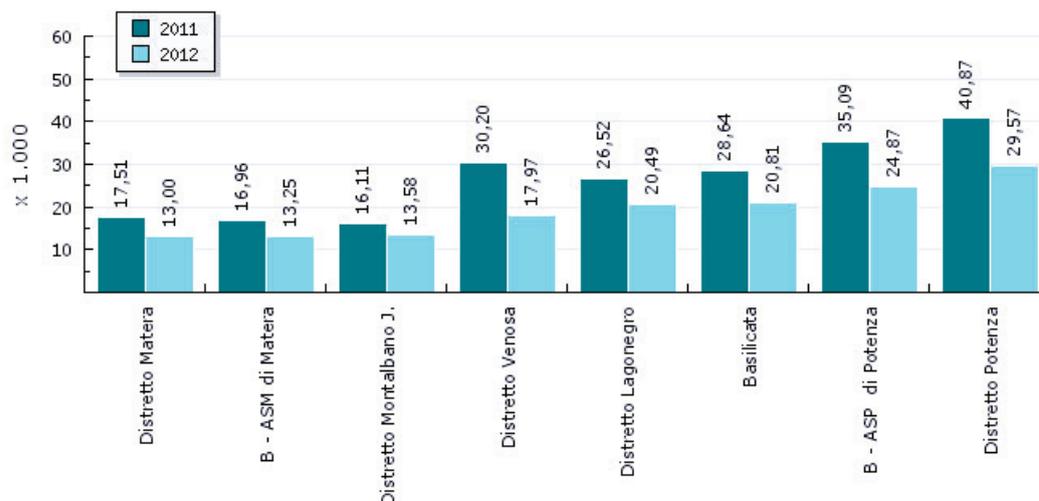
Valutazione media 21.00 - 18.00] ■

Valutazione buona 18.00 - 15.00] ■

Valutazione ottima < 15.00 ■

C1.1.2.1 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per eta' e sesso



C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per eta' e sesso

C1.1.2.1
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO DH MEDICO ACUTI PER 1.000 RESIDENTI STD PER ETA' E SESSO

DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital medico per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri in Day Hospital medico relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri in regime di day hospital medico, ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione.</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erogati da strutture private non accreditate Relativi a neonato normale (DRG 391) Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) Relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409, 410, 492) <p>La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

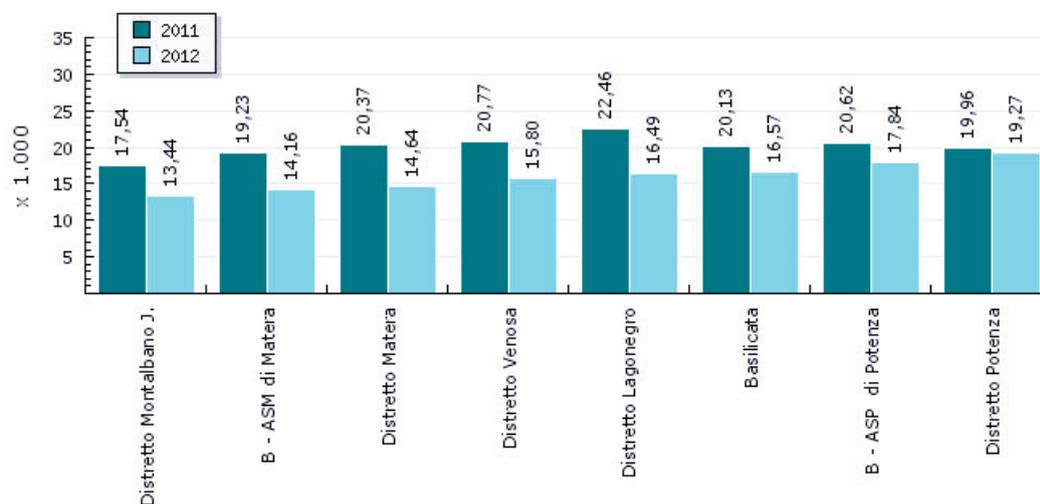
C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per eta' e sesso

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	28,64	17.486,00	587.517,00	2011	20,81	12.325,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	30,20	2.967,00	96.804,00	2011	17,97	1.768,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	40,87	9.072,00	213.335,00	2011	29,57	6.343,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	26,52	1.970,00	73.652,00	2011	20,49	1.501,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	17,51	2.181,00	123.449,00	2011	13,00	1.624,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	16,11	1.296,00	80.277,00	2011	13,58	1.089,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	35,09	14.009,00	383.791,00	2011	24,87	9.612,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	16,96	3.477,00	203.726,00	2011	13,25	2.713,00	203.726,00	2012

2.6 Indicatore C1.1.2.2 Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'ospedalizzazione per ricoveri in regime di Day-hospital viene, in questo caso, calcolata prendendo in esame solamente i ricoveri chirurgici acuti, per verificare i cambiamenti avvenuti in questo ambito di ricovero. I ricoveri in One Day Surgery, che prevedono un solo pernottamento, sono considerati come prestazioni in regime ordinario.

C1.1.2.2 Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

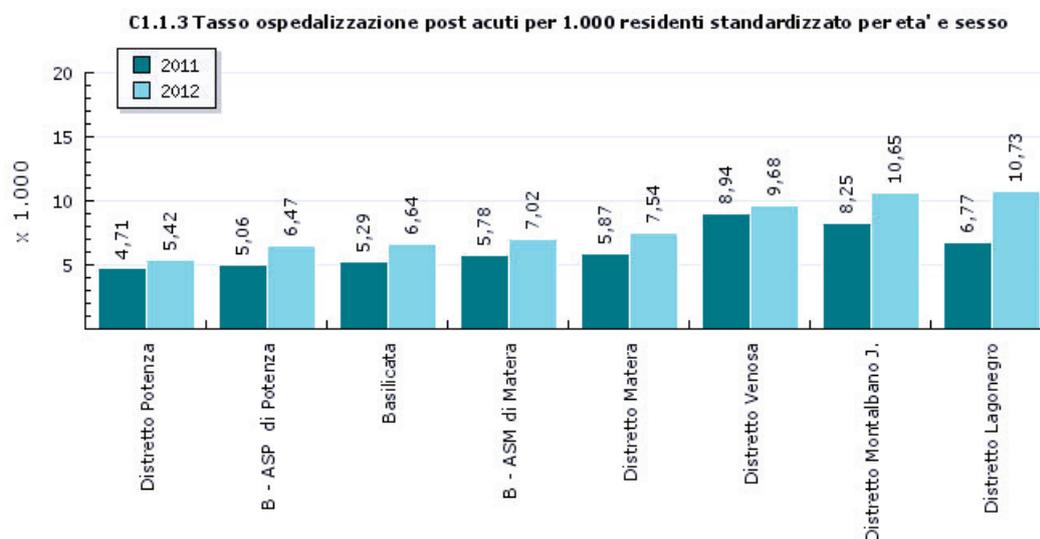


C1.1.2.2	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DH CHIRURGICO ACUTI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital chirurgico per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri in Day Hospital chirurgico relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri in regime di day hospital chirurgico, ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si considera esclusa la One Day Surgery. Sono esclusi i ricoveri: <ul style="list-style-type: none"> Erogati da strutture private non accreditate Relativi a neonato normale (DRG 391) Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75). La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT
RIFERIMENTO	Media interregionale
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C1.1.2.2 Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	20,13	12.040,00	587.517,00	2011	16,57	9.892,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	20,77	1.987,00	96.804,00	2011	15,80	1.514,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	19,96	4.363,00	213.335,00	2011	19,27	4.241,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	22,46	1.711,00	73.652,00	2011	16,49	1.243,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	20,37	2.571,00	123.449,00	2011	14,64	1.814,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	17,54	1.408,00	80.277,00	2011	13,44	1.080,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	20,62	8.061,00	383.791,00	2011	17,84	6.998,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	19,23	3.979,00	203.726,00	2011	14,16	2.894,00	203.726,00	2012

2.7 Indicatore C1.1.3 Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di ospedalizzazione per post acuti viene inserito nel Sistema di Valutazione come ultima determinante del tasso di ospedalizzazione globale, permettendone una lettura più dettagliata. Il valore di tale indicatore è in relazione al numero di strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate e dei relativi posti letto presenti sul territorio di ciascuna azienda.



C1.1.3	
TASSO OSPEDALIZZAZIONE POST ACUTI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per post acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso
NUMERATORE	N. ricoveri per post acuti relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione, dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 56, 60, 75). Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	5,29	3.378,00	587.517,00	2011	6,64	4.325,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	8,94	594,00	96.804,00	2011	9,68	823,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	4,71	1.081,00	213.335,00	2011	5,42	1.256,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	6,77	456,00	73.652,00	2011	10,73	704,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	5,87	696,00	123.449,00	2011	7,54	915,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	8,25	551,00	80.277,00	2011	10,65	627,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	5,06	2.131,00	383.791,00	2011	6,47	2.783,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	5,78	1.247,00	203.726,00	2011	7,02	1.542,00	203.726,00	2012

2.8 Indicatore C2a Efficienza delle attività di ricovero

L'indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2009 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni partecipanti al network; misura, cioè, i giorni di ricovero erogati in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza) rispetto alla media di riferimento per la stessa casistica. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, rispetto alla tipologia di pazienti trattati.

In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni in maniera efficiente: la struttura che presenta un basso livello dell'indicatore, infatti, rappresenta una struttura in grado di gestire il paziente in modo adeguato rispetto alla condizione clinica e senza sprechi di risorse.

Fasce di valutazione

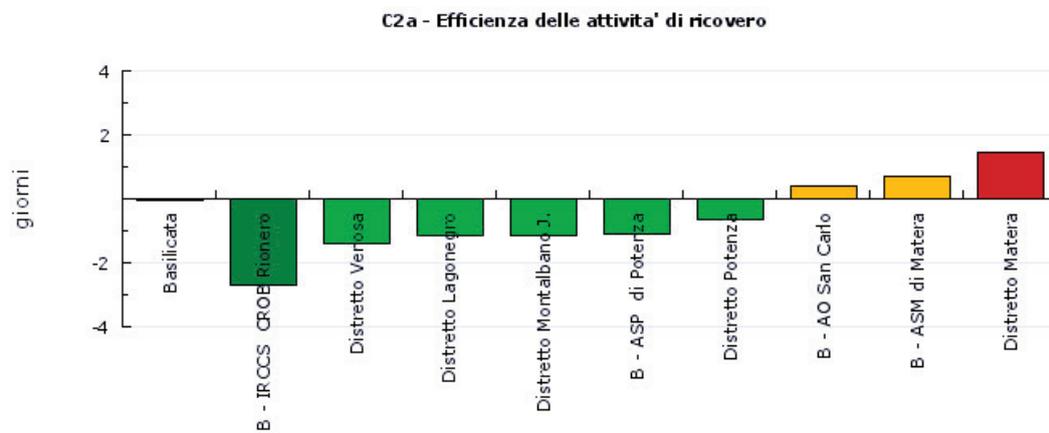
Valutazione pessima > 0.90 ■

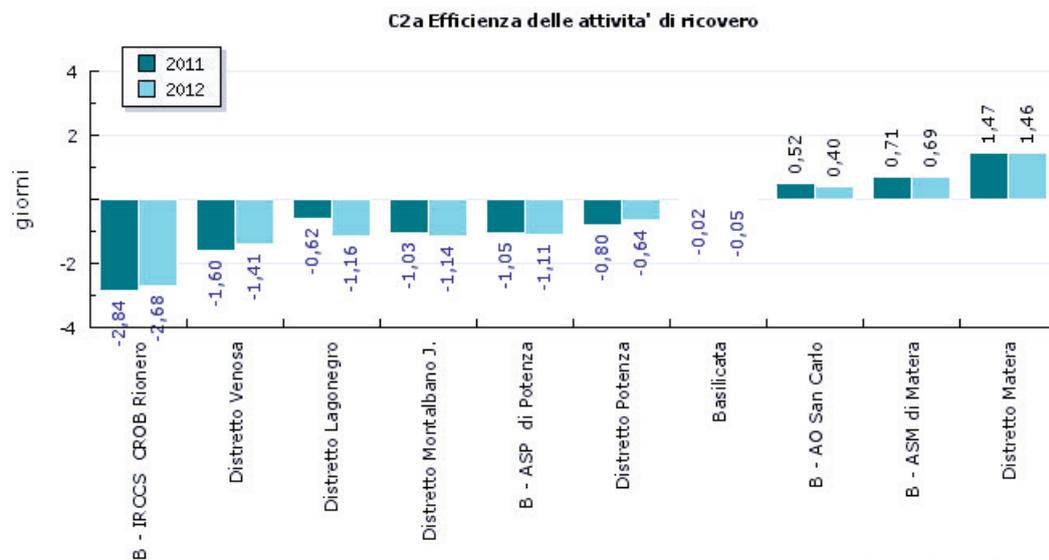
Valutazione scarsa 0.90 - 0.30] ■

Valutazione media 0.30 - -0.60] ■

Valutazione buona -0.60 - -1.50] ■

Valutazione ottima < -1.50 ■



**C2a****EFFICIENZA DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO**

DEFINIZIONE	Indice di performance degenza media per acuti
NUMERATORE	Σ giornate di degenza osservate - Σ giornate di degenza attese
DENOMINATORE	N. Dimissioni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari maggiori di 1 giorno.</p> <p>Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) ed i neonati normali (DRG 391).</p> <p>Si utilizza il DRG Grouper XXIV</p> <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG.</p> <p>La degenza di riferimento è la degenza media 2009 del network delle regioni.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C2a Efficienza delle attività di ricovero

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	-0,02	-1.110,33	54.598,00	2011	-0,05	-2.373,91	50.404,00	2012
Distretto Venosa	-1,60	-9.245,71	5.798,00	2011	-1,41	-5.781,43	4.102,00	2012
Distretto Potenza	-0,80	-2.402,34	2.997,00	2011	-0,64	-1.916,42	3.017,00	2012
Distretto Lagonegro	-0,62	-3.567,57	5.717,00	2011	-1,16	-5.455,95	4.721,00	2012
Distretto Matera	1,47	15.336,05	10.427,00	2011	1,46	14.767,19	10.138,00	2012
Distretto Montalbano J.	-1,03	-4.684,69	4.554,00	2011	-1,14	-4.834,10	4.248,00	2012
B - AO San Carlo	0,52	11.554,68	22.249,00	2011	0,40	8.441,72	21.347,00	2012
B - ASP di Potenza	-1,05	-15.215,63	14.512,00	2011	-1,11	-13.153,81	11.840,00	2012
B - ASM di Matera	0,71	10.651,36	14.981,00	2011	0,69	9.933,09	14.386,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	-2,84	-8.100,74	2.856,00	2011	-2,68	-7.594,92	2.831,00	2012

2.9 Indicatore C3 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la salute 2010-2012) - RO > 1 gg

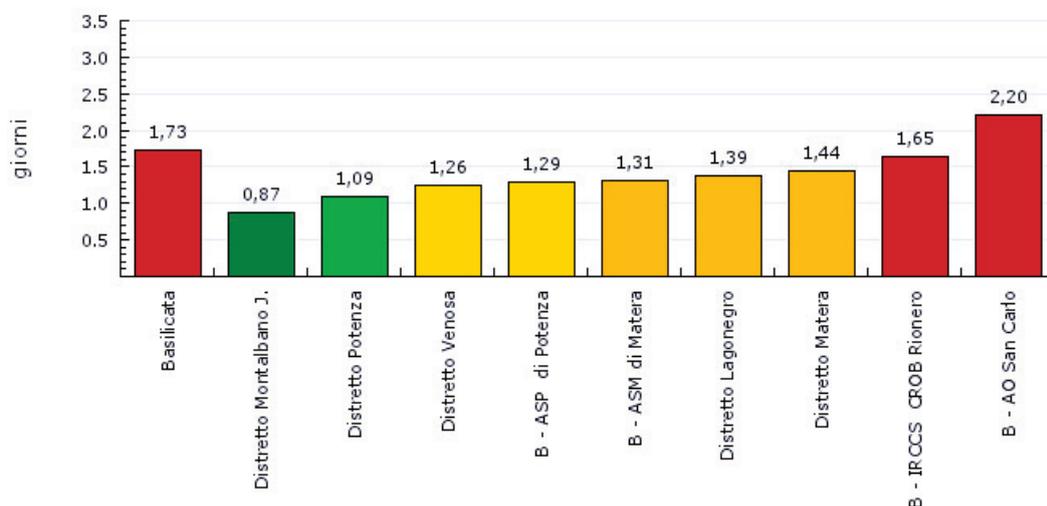
Questo indicatore è largamente utilizzato a livello internazionale per valutare l'efficienza operativa e misura la durata media della permanenza in ospedale prima di un intervento. Un paziente per cui è stato programmato un intervento chirurgico dovrebbe essere ricoverato non più di un giorno prima dell'operazione; gli esami medici necessari per affrontare l'intervento dovrebbero essere eseguiti in regime ambulatoriale, prima del ricovero. L'analisi è ristretta ai soli reparti chirurgici, in modo da escludere i pazienti afferenti a reparti medici, ma che durante la degenza hanno effettuato procedure chirurgiche correlate al trattamento o diagnosi della loro patologia: in questi casi, infatti, la procedura chirurgica non risulta essere il motivo principale del ricovero e può, quindi, essere effettuata nei giorni seguenti l'ammissione.

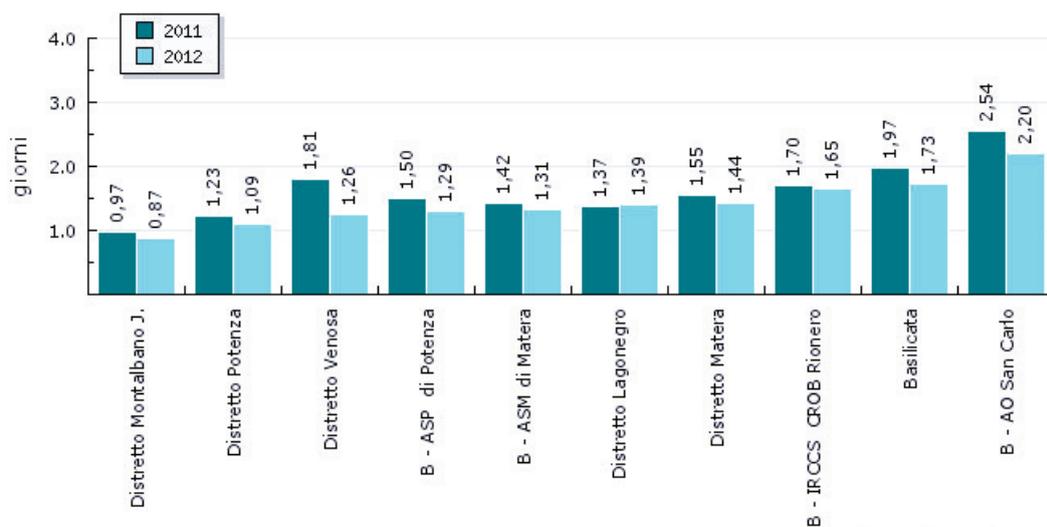
- C3 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la salute 2010-2012) - RO > 1 gg

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 1.45	■
Valutazione scarsa	1.45 - 1.30]	■
Valutazione media	1.30 - 1.15]	■
Valutazione buona	1.15 - 1.00]	■
Valutazione ottima	< 1.00	■

C3 - Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la salute 2010-2012) - RO > 1 gg



C3 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la salute 2010-2012) - RO > 1 gg


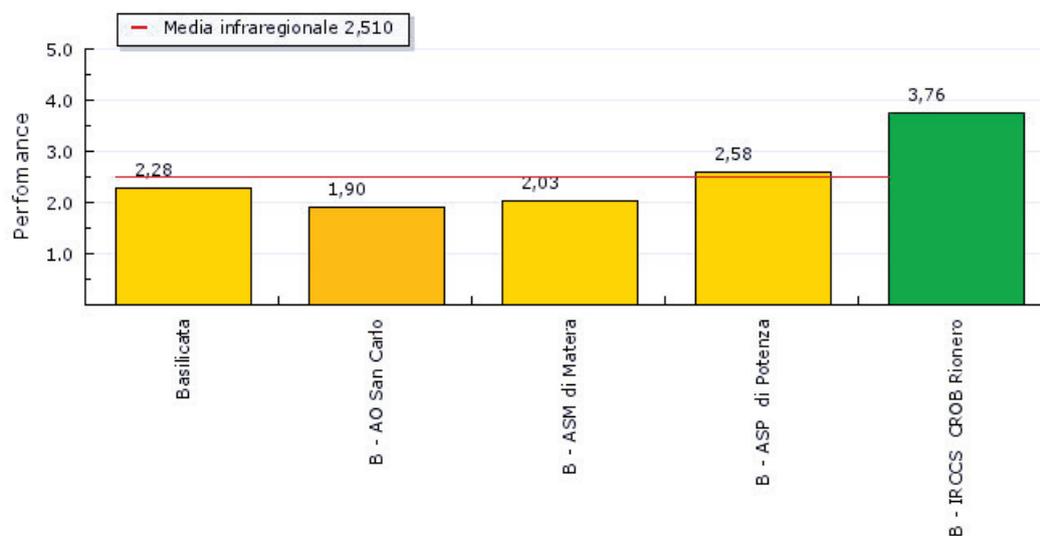
C3	
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012) - RO > 1 GG	
DEFINIZIONE	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico per RO > 1 giorno
NUMERATORE	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione maggiori di 1 giorno. Si considera il primo intervento in ordine cronologico. Per AOU Meyer e Fondazione Monasterio (reparti pediatrici) si considerano esclusivamente i ricoveri dei pazienti residenti nell'Area Vasta di appartenenza.</p> <p>Codifiche ICD-9 CM: Codici di procedure chirurgiche: da 00 a 86 e 87.53, 88.52, 88.53, 88.54, 88.55, 88.56, 88.57, 92.27, 92.30, 92.31, 92.32, 92.33, 92.39, 96.70, 96.71, 96.72, 98.51</p> <p>Reperto di ammissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica) Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> I trapianti (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513. Pancreas: intervento principale 528*) I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione
RIFERIMENTO	Obiettivo: < 1 giorno
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C3 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la salute 2010-2012) - RO > 1 gg								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	1,97	21.994,00	11.167,00	2011	1,73	18.234,00	10.570,00	2012
Distretto Venosa	1,81	1.632,00	901,00	2011	1,26	868,00	691,00	2012
Distretto Potenza	1,23	572,00	464,00	2011	1,09	465,00	427,00	2012
Distretto Lagonegro	1,37	1.529,00	1.120,00	2011	1,39	1.478,00	1.064,00	2012
Distretto Matera	1,55	3.008,00	1.941,00	2011	1,44	3.050,00	2.126,00	2012
Distretto Montalbano J.	0,97	558,00	576,00	2011	0,87	497,00	573,00	2012
B - AO San Carlo	2,54	12.758,00	5.026,00	2011	2,20	9.959,00	4.528,00	2012
B - ASP di Potenza	1,50	3.733,00	2.485,00	2011	1,29	2.811,00	2.182,00	2012
B - ASM di Matera	1,42	3.566,00	2.517,00	2011	1,31	3.547,00	2.699,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	1,70	1.937,00	1.139,00	2011	1,65	1.917,00	1.161,00	2012

2.10 Indicatore C14 Appropriatazza medica

L'appropriatazza medica si verifica quando le prestazioni vengono erogate al momento giusto, secondo standard clinicamente riconosciuti e condivisi, in modo da aumentare la probabilità di ottenere i risultati desiderati. Tramite il set di indicatori che costituisce questo albero (tassi di ospedalizzazione per i LEA medici, ricoveri medici con finalità diagnostica, ricoveri medici brevi o troppo lunghi) si vuole delineare un quadro dell'appropriatazza delle prestazioni mediche erogate dalle varie strutture.

- C14 Appropriatazza medica
 - C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010-2012) [di valutazione]
 - C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la salute 2010-2012) [di valutazione]
 - C14.2.1 % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica adulti (Patto per la salute 2010-2012) [di osservazione]
 - C14.2.2 % ricoveri pediatrici in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la salute 2010-2012) [di osservazione]
 - C14.3 % ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la salute 2010-2012) [di valutazione]
 - C14.3.1 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi adulti (Patto per la salute 2010) [di osservazione]
 - C14.3.2 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici (Patto per la salute 2010) [di osservazione]
 - C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni (Patto per la salute 2010-2012) [di valutazione]



C14

APPROPRIATEZZA MEDICA

NOTE PER L'ELABORAZIONE

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori:

- C4.8 - DRG LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
- C14.2 - % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
- C14.3 - % ricoveri ordinari medici brevi
- C14.4 - % ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni.

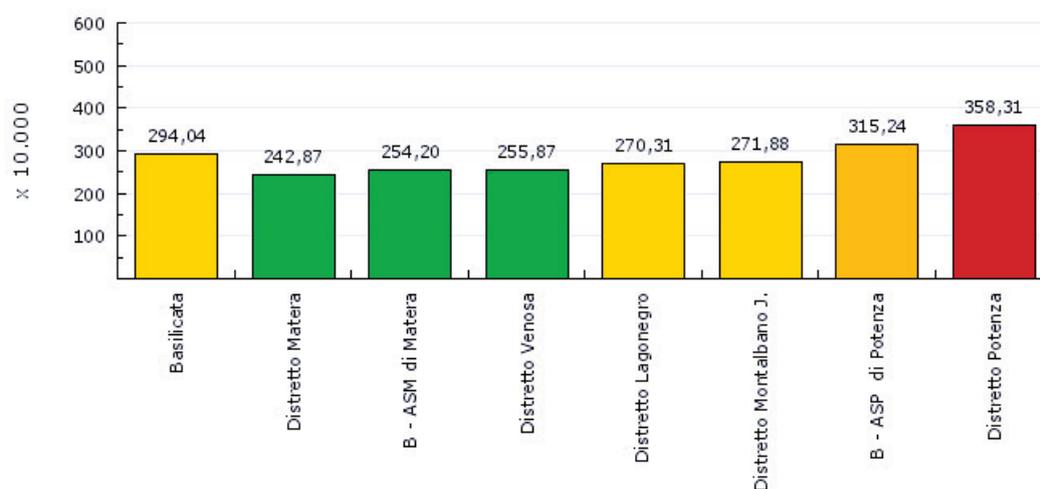
2.11 Indicatore C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010-2012)

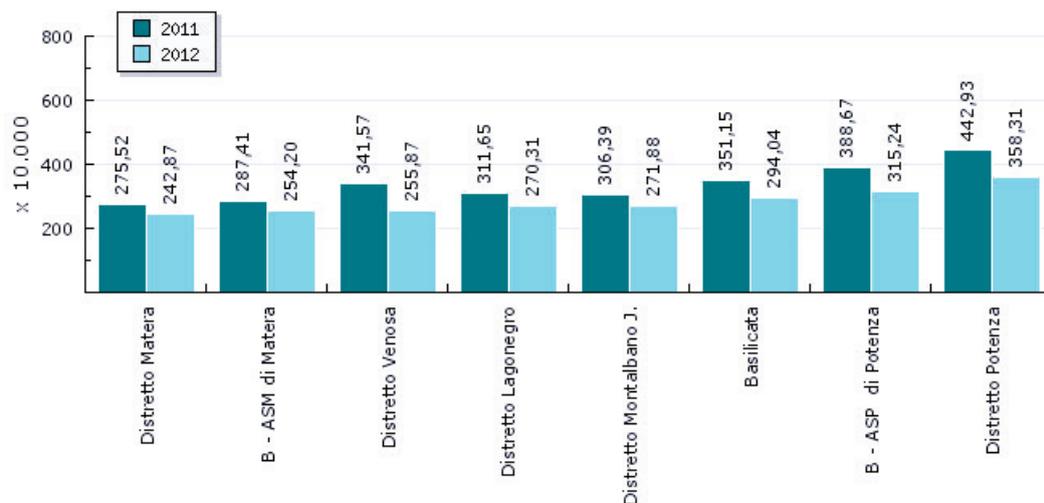
I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire ai cittadini. All'interno dei LEA esiste una casistica di tipo medico (indicata all'interno del Patto per la salute 2010-2012) che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita dal territorio, ossia dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. Questo indicatore misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 330.00	■
Valutazione scarsa	330.00 - 295.00]	■
Valutazione media	295.00 - 260.00]	■
Valutazione buona	260.00 - 225.00]	■
Valutazione ottima	< 225.00	■

C4.8 - Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010-2012)



C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010-2012)**C4.8****DRG LEA MEDICI: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER 10.000 RESIDENTI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)**

DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso
NUMERATORE	N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti x 10.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012: 13, 19, 47, 65, 70, 73, 74, 88, 131, 133, 134, 139, 142, 183, 184, 187, 189, 206, 208, 241, 243, 245, 248, 249, 251, 252, 254, 256, 276, 281, 282, 283, 284, 294, 295, 299, 301, 317, 323, 324, 326, 327, 329, 332, 333, 349, 351, 352, 369, 384, 395, 396, 399, 404, 409, 410, 411, 412, 426, 427, 429, 465, 466, 467, 490, 563, 564.</p> <p>Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 56, 60, 75). • i dimessi da strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010-2012)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	351,15	21.717,00	587.517,00	2011	294,04	17.651,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	341,57	3.363,00	96.804,00	2011	255,87	2.495,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	442,93	9.976,00	213.335,00	2011	358,31	7.848,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	311,65	2.397,00	73.652,00	2011	270,31	2.054,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	275,52	3.469,00	123.449,00	2011	242,87	3.037,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	306,39	2.512,00	80.277,00	2011	271,88	2.217,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	388,67	15.736,00	383.791,00	2011	315,24	12.397,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	287,41	5.981,00	203.726,00	2011	254,20	5.254,00	203.726,00	2012

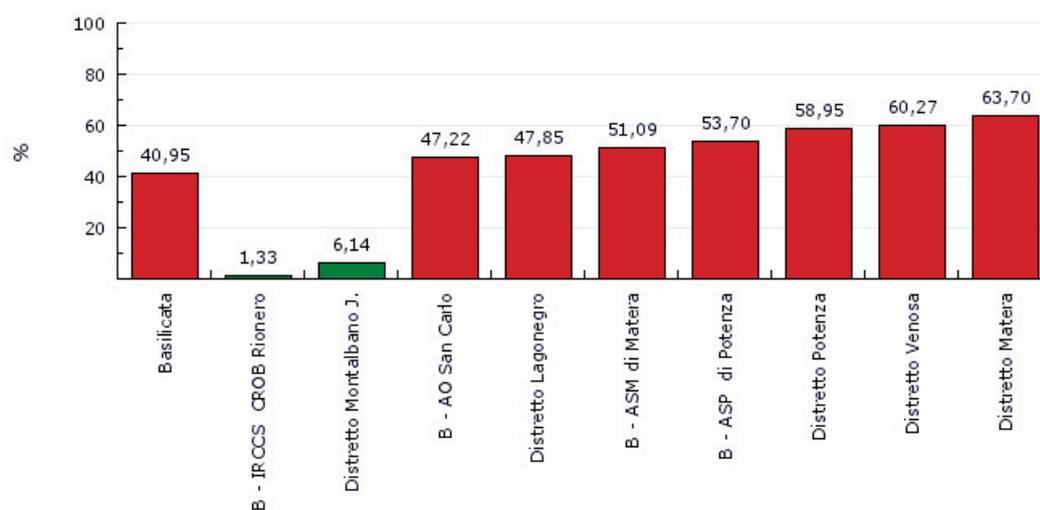
2.12 Indicatore C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica (Patto per la salute 2010-2012)

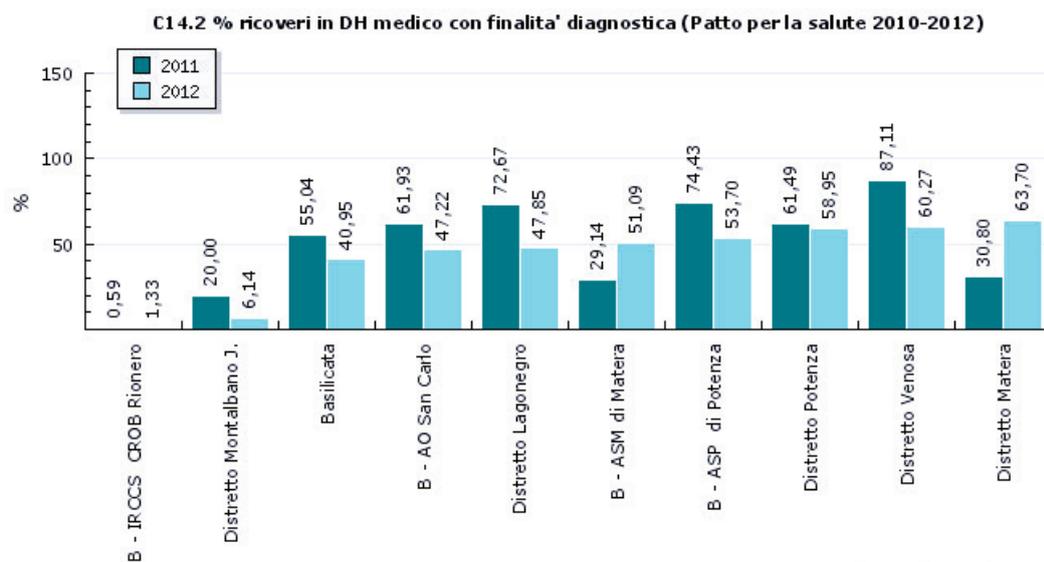
I letti in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno, mentre gli accertamenti diagnostici possono essere eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore, dunque, misura la percentuale di day hospital medici effettuati ai soli fini diagnostici (cfr Patto per la salute 2010-2012). Viene presentato anche il dettaglio dei ricoveri pediatrici.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 40.00	■
Valutazione scarsa	40.00 - 30.00]	■
Valutazione media	30.00 - 20.00]	■
Valutazione buona	20.00 - 10.00]	■
Valutazione ottima	< 10.00	■

C14.2 - % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica (Patto per la salute 2010-2012)



**C14.2****% RICOVERI IN DH MEDICO CON FINALITA' DIAGNOSTICA (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)**

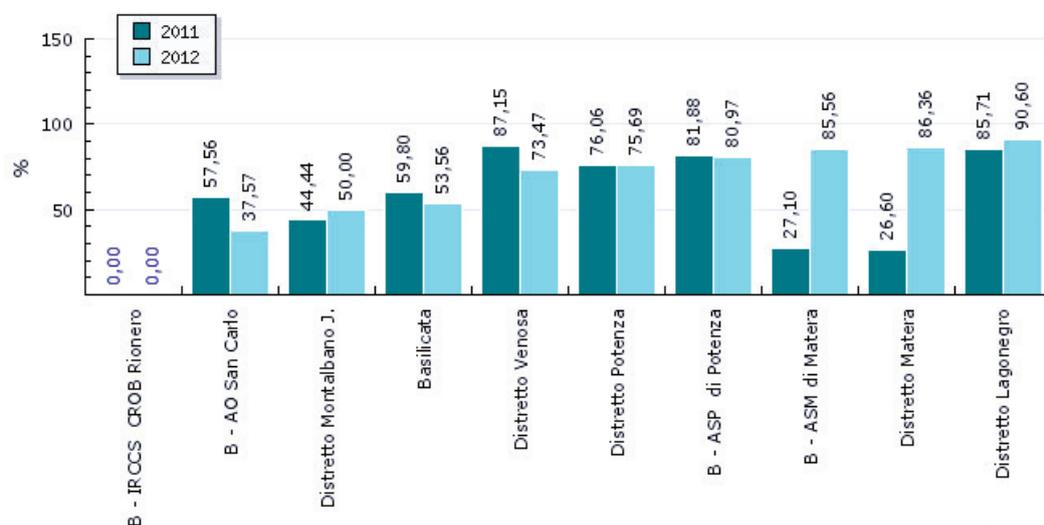
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica
NUMERATORE	N. di ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri in DH medico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "finalita' del Day Hospital" si considera la modalita' "diagnostico". Si escludono : -i codici 190.5, V10.84, V16.8, V42.1, 996.83, V42.6, 996.84 da qualsiasi diagnosi -La specialita' di dimissione 25 "Medicina del lavoro"
RIFERIMENTO	Obiettivo: <10%
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica (Patto per la salute 2010-2012)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	55,04	10.772,00	19.570,00	2011	40,95	5.658,00	13.816,00	2012
Distretto Venosa	87,11	1.399,00	1.606,00	2011	60,27	132,00	219,00	2012
Distretto Potenza	61,49	832,00	1.353,00	2011	58,95	570,00	967,00	2012
Distretto Lagonegro	72,67	1.183,00	1.628,00	2011	47,85	533,00	1.114,00	2012
Distretto Matera	30,80	526,00	1.708,00	2011	63,70	665,00	1.044,00	2012
Distretto Montalbano J.	20,00	62,00	310,00	2011	6,14	18,00	293,00	2012
B - AO San Carlo	61,93	6.758,00	10.913,00	2011	47,22	3.709,00	7.854,00	2012
B - ASP di Potenza	74,43	3.414,00	4.587,00	2011	53,70	1.235,00	2.300,00	2012
B - ASM di Matera	29,14	588,00	2.018,00	2011	51,09	683,00	1.337,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	0,59	12,00	2.052,00	2011	1,33	31,00	2.325,00	2012

2.13 Indicatore C14.2.2 % ricoveri pediatrici in DH medico con finalita' diagnostica (Patto per la salute 2010-2012)

C14.2.2 % ricoveri pediatrici in DH medico con finalita' diagnostica (Patto per la salute 2010-2012)



C14.2.2

% RICOVERI PEDIATRICI IN DH MEDICO CON FINALITA' DIAGNOSTICA (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)

DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri pediatrici in DH medico con finalita' diagnostica
NUMERATORE	N. di ricoveri pediatrici in DH medico con finalita' diagnostica x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri pediatrici in DH medico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i soli ricoveri pediatrici (età < 14). Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo " finalita' del Day Hospital" si considera la modalita' " diagnostico". Si escludono : -i codici 190.5, V10.84, V16.8, V42.1, 996.83, V42.6, 996.84 da qualsiasi diagnosi -La specialita' di dimissione 25 "Medicina del lavoro"</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C14.2.2 % ricoveri pediatrici in DH medico con finalita' diagnostica (Patto per la salute 2010-2012)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	59,80	1.141,00	1.908,00	2011	53,56	881,00	1.645,00	2012
Distretto Venosa	87,15	156,00	179,00	2011	73,47	36,00	49,00	2012
Distretto Potenza	76,06	197,00	259,00	2011	75,69	109,00	144,00	2012
Distretto Lagonegro	85,71	126,00	147,00	2011	90,60	106,00	117,00	2012
Distretto Matera	26,60	83,00	312,00	2011	86,36	228,00	264,00	2012
Distretto Montalbano J.	44,44	4,00	9,00	2011	50,00	3,00	6,00	2012
B - AO San Carlo	57,56	575,00	999,00	2011	37,57	399,00	1.062,00	2012
B - ASP di Potenza	81,88	479,00	585,00	2011	80,97	251,00	310,00	2012
B - ASM di Matera	27,10	87,00	321,00	2011	85,56	231,00	270,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	0,00	0,00	3,00	2011	0,00	0,00	3,00	2012

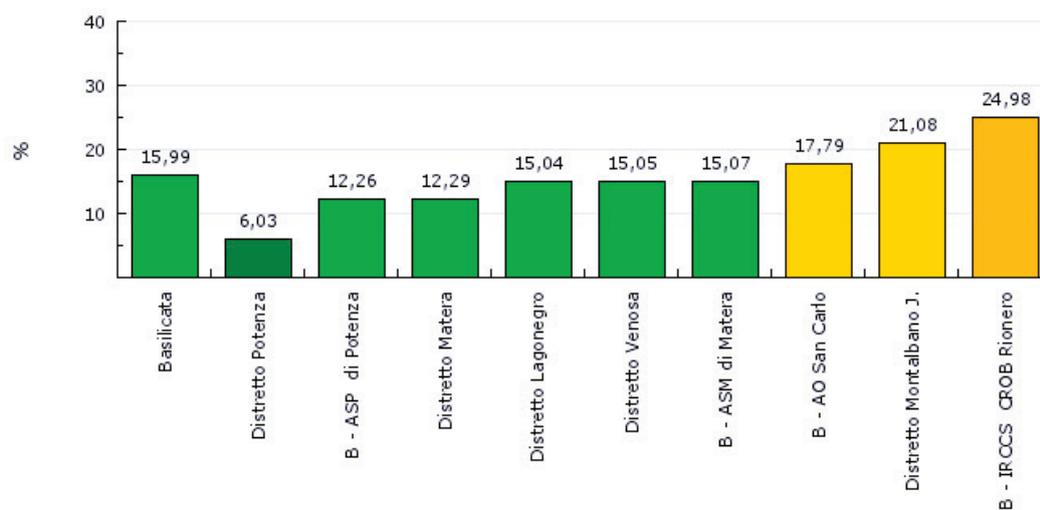
2.14 Indicatore C14.3 % ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la salute 2010-2012)

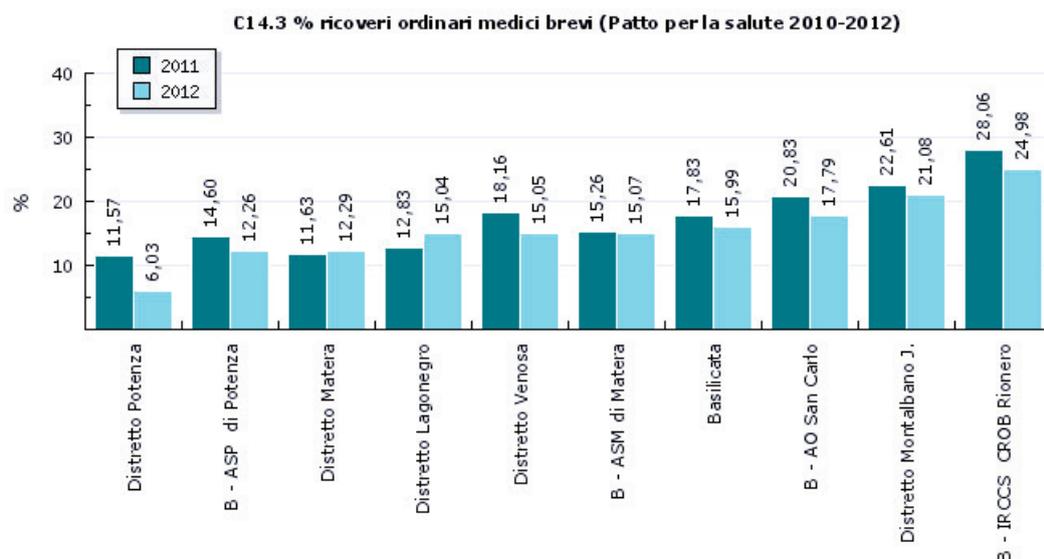
Un ricovero medico breve (0-1-2 giorni) è spesso un ricovero evitabile, realizzato in contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino. Il numero di tali ricoveri deve essere ridotto attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi (cfr Patto per la salute 2010-2012). Viene presentato anche il dettaglio dei ricoveri pediatrici.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 27.00	■
Valutazione scarsa	27.00 - 22.00]	■
Valutazione media	22.00 - 17.00]	■
Valutazione buona	17.00 - 12.00]	■
Valutazione ottima	< 12.00	■

C14.3 - % ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la salute 2010-2012)



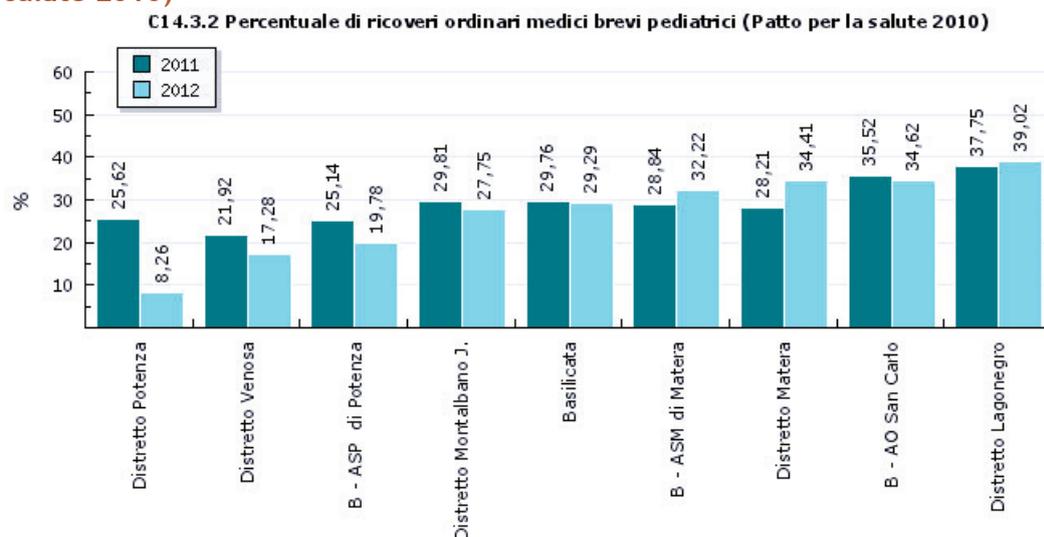
**C14.3****% RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)**

DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
NUMERATORE	N. di ricoveri ordinari medici brevi x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri ordinari medici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DRG 391: neonato normale -DRG 373: parto vaginale senza diagnosi complicanti -le modalità di dimissione: deceduto, dimissione volontaria, trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti. -i dimessi con arteriografia di arterie cerebrali (codice ICD9-CM 88.41 in procedura principale o secondarie) -i dimessi con terapia radio metabolica (codici ICD9-CM 9227, 9228, 9229 in procedura principale e secondarie) e diagnosi di tumore (codici ICD9-CM da 140 a 239, V58.0 in diagnosi principale e secondarie)
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C14.3 % ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la salute 2010-2012)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	17,83	6.257,00	35.085,00	2011	15,99	5.078,00	31.753,00	2012
Distretto Venosa	18,16	723,00	3.981,00	2011	15,05	404,00	2.685,00	2012
Distretto Potenza	11,57	309,00	2.671,00	2011	6,03	146,00	2.422,00	2012
Distretto Lagonegro	12,83	438,00	3.414,00	2011	15,04	412,00	2.739,00	2012
Distretto Matera	11,63	756,00	6.498,00	2011	12,29	770,00	6.266,00	2012
Distretto Montalbano J.	22,61	724,00	3.202,00	2011	21,08	610,00	2.894,00	2012
B - AO San Carlo	20,83	2.858,00	13.719,00	2011	17,79	2.347,00	13.190,00	2012
B - ASP di Potenza	14,60	1.470,00	10.066,00	2011	12,26	962,00	7.846,00	2012
B - ASM di Matera	15,26	1.480,00	9.700,00	2011	15,07	1.380,00	9.160,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	28,06	449,00	1.600,00	2011	24,98	389,00	1.557,00	2012

2.15 Indicatore C14.3.2 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici (Patto per la salute 2010)



C14.3.2

PERCENTUALE DI RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI PEDIATRICI (PATTO PER LA SALUTE 2010)

DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici
NUMERATORE	N. di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri ordinari medici pediatrici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si selezionano i ricoveri ordinari pediatrici (età < 14 anni) con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DRG 391: neonato normale - DRG 373: parto vaginale senza diagnosi complicanti - le modalità di dimissione: deceduto, dimissione volontaria, trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti - i dimessi con arteriografia di arterie cerebrali (codice ICD9-CM 88.41 in procedura principale o secondarie) - i dimessi con terapia radio metabolica (codici ICD9-CM 9227, 9228, 9229 in procedura principale e secondarie) e diagnosi di tumore (codici ICD9-CM da 140 a 239, V58.0 in diagnosi principale e secondarie)
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C14.3.2 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici (Patto per la salute 2010)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	29,76	1.089,00	3.659,00	2011	29,29	958,00	3.271,00	2012
Distretto Venosa	21,92	183,00	835,00	2011	17,28	99,00	573,00	2012
Distretto Potenza	25,62	62,00	242,00	2011	8,26	18,00	218,00	2012
Distretto Lagonegro	37,75	77,00	204,00	2011	39,02	80,00	205,00	2012
Distretto Matera	28,21	200,00	709,00	2011	34,41	256,00	744,00	2012
Distretto Montalbano J.	29,81	138,00	463,00	2011	27,75	101,00	364,00	2012
B - AO San Carlo	35,52	428,00	1.205,00	2011	34,62	404,00	1.167,00	2012
B - ASP di Potenza	25,14	322,00	1.281,00	2011	19,78	197,00	996,00	2012
B - ASM di Matera	28,84	338,00	1.172,00	2011	32,22	357,00	1.108,00	2012

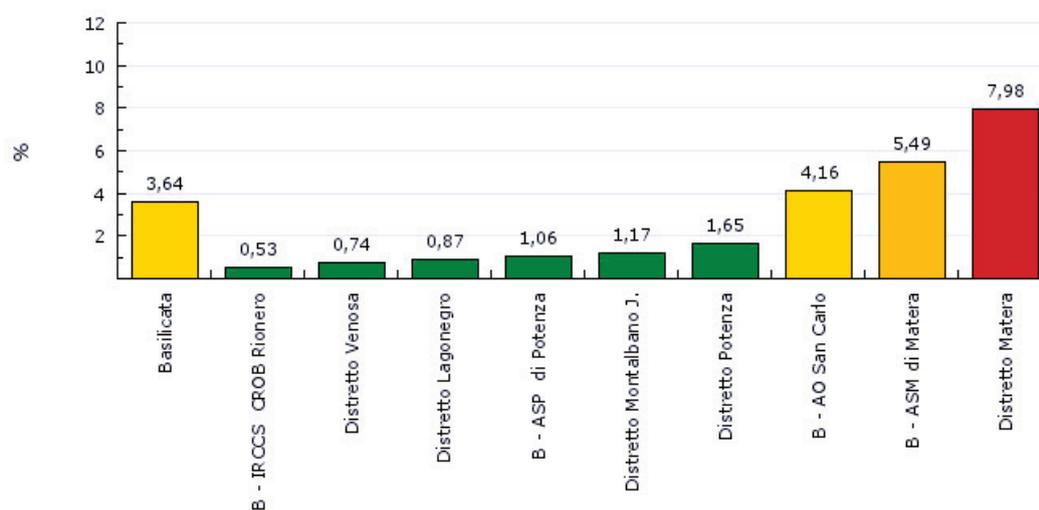
2.16 Indicatore C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)

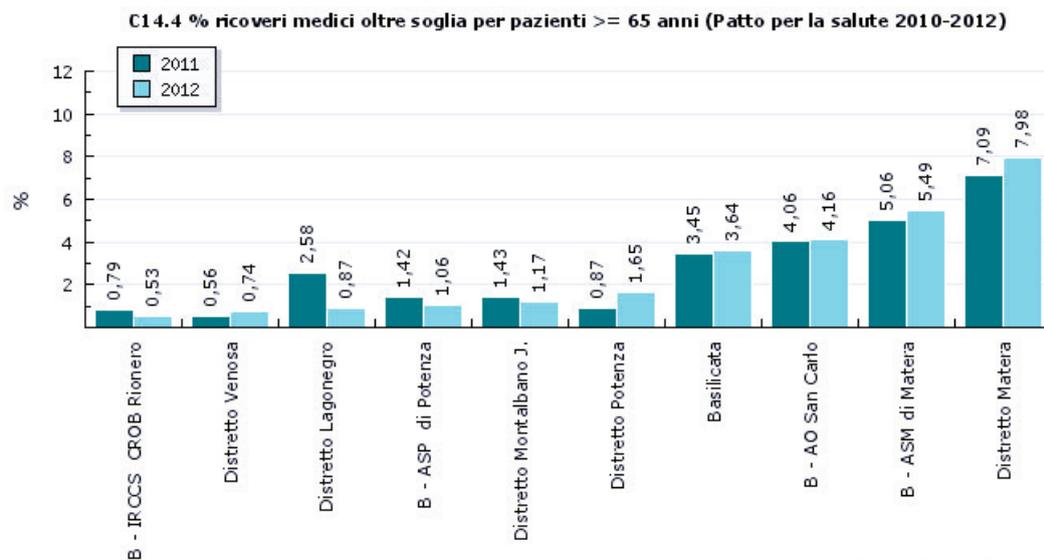
Questo indicatore identifica i ricoveri di pazienti che rimangono in ospedale più a lungo di quanto ci si aspetterebbe per motivi clinici. Una degenza troppo lunga può essere dovuta ad inefficienza sia da parte dell'ospedale che da parte del territorio, manchevole di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare o, comunque, ad una scarsa integrazione tra ospedale e territorio (cfr Patto per la salute 2010-2012). Il valore soglia di un DRG indica la durata massima che ci si aspetta per quel ricovero; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia. Il ricorso ai ricoveri medici oltre soglia è particolarmente accentuato nella popolazione di età superiore a 64 anni, pertanto vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 6.20 ■
 Valutazione scarsa $6.20 - 4.90]$ ■
 Valutazione media $4.90 - 3.60]$ ■
 Valutazione buona $3.60 - 2.30]$ ■
 Valutazione ottima < 2.30 ■

C14.4 - % ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)



**C14.4****% RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI ≥ 65 ANNI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)**

DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni
NUMERATORE	N. di ricoveri medici oltre soglia x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri medici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano le soglie ministeriali; per i DRG 557, 558, 559, 577, privi di soglia ministeriale, si usano i valori soglia stabiliti dal Testo Unico sulla Compensazione interregionale della mobilità sanitaria del 27 gennaio 2010. Si considerano i pazienti di età ≥ 65 anni. Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 56, 60, 75).
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

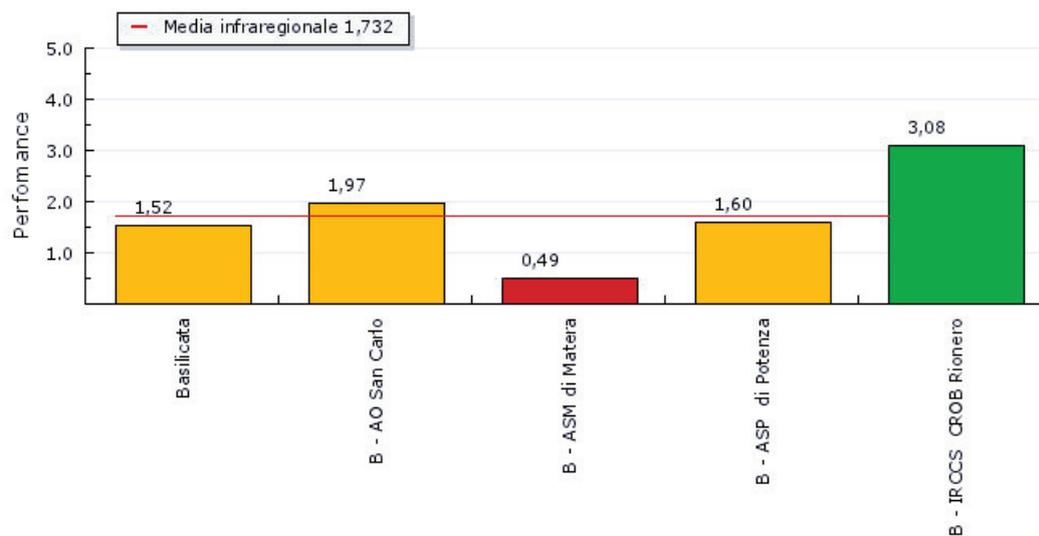
C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni (Patto per la salute 2010-2012)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	3,45	711,00	20.609,00	2011	3,64	670,00	18.425,00	2012
Distretto Venosa	0,56	13,00	2.313,00	2011	0,74	11,00	1.495,00	2012
Distretto Potenza	0,87	12,00	1.378,00	2011	1,65	22,00	1.333,00	2012
Distretto Lagonegro	2,58	61,00	2.365,00	2011	0,87	15,00	1.716,00	2012
Distretto Matera	7,09	267,00	3.767,00	2011	7,98	273,00	3.423,00	2012
Distretto Montalbano J.	1,43	30,00	2.101,00	2011	1,17	23,00	1.967,00	2012
B - AO San Carlo	4,06	322,00	7.926,00	2011	4,16	322,00	7.740,00	2012
B - ASP di Potenza	1,42	86,00	6.056,00	2011	1,06	48,00	4.544,00	2012
B - ASM di Matera	5,06	297,00	5.868,00	2011	5,49	296,00	5.390,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	0,79	6,00	759,00	2011	0,53	4,00	751,00	2012

2.17 Indicatore C4 Appropriatazza chirurgica

Si ha appropriatezza chirurgica quando le prestazioni erogate sono adeguate a risolvere le necessità del paziente, fornite nei modi e nei tempi giusti, con le tecniche migliori e maggiormente condivise e con un rapporto positivo fra benefici, rischi e costi. In questa ottica, l'albero dell'appropriatezza chirurgica vuole mettere in evidenza come vengono utilizzate le risorse a disposizione dei reparti di chirurgia delle strutture, sia in regime di ricovero ordinario che di day surgery.

- C4 Appropriatazza chirurgica
 - C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici [di valutazione]
 - C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [di valutazione]
 - C4.1.1.1 % DRG medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari programmati [di osservazione]
 - C4.1.1.2 % DRG medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari urgenti [di osservazione]
 - C4.1.2 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital [di valutazione]
 - C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg [di valutazione]
 - C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute 2010-2012) [di valutazione]



C4

APPROPRIATEZZA CHIRURGICA

NOTE PER L'ELABORAZIONE

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori:

- C4.1 - % DRG medici da reparti chirurgici (Patto per la salute 2010 - 2012)
- C4.4 - % colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1giorno
- C4.7 - DRG LEA chirurgici: % di ricoveri in day-surgery (Patto per la salute 2010-2012).

2.18 Indicatore C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici

L'indicatore mette in luce gli aspetti relativi all'inappropriatezza organizzativa risultante dalla dimissione di un paziente da un reparto chirurgico, senza che lo stesso sia stato sottoposto ad alcun intervento. Poiché il costo letto di un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è auspicabile ricercare soluzioni organizzative che limitino il più possibile tali casi, per contenere una dispersione di risorse.

Secondo le stime, la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici tendenzialmente non dovrebbe superare il 20%. L'indicatore prevede due sottoindicatori, C4.1.1 e C4.1.2, rispettivamente relativi ai ricoveri ordinari ed ai ricoveri in day hospital; questa scelta è legata all'evidenza che, all'interno di ogni azienda, il dato ha andamenti molto diversi nei due regimi di ricovero, senza alcuna evidente correlazione.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 27.00 ■

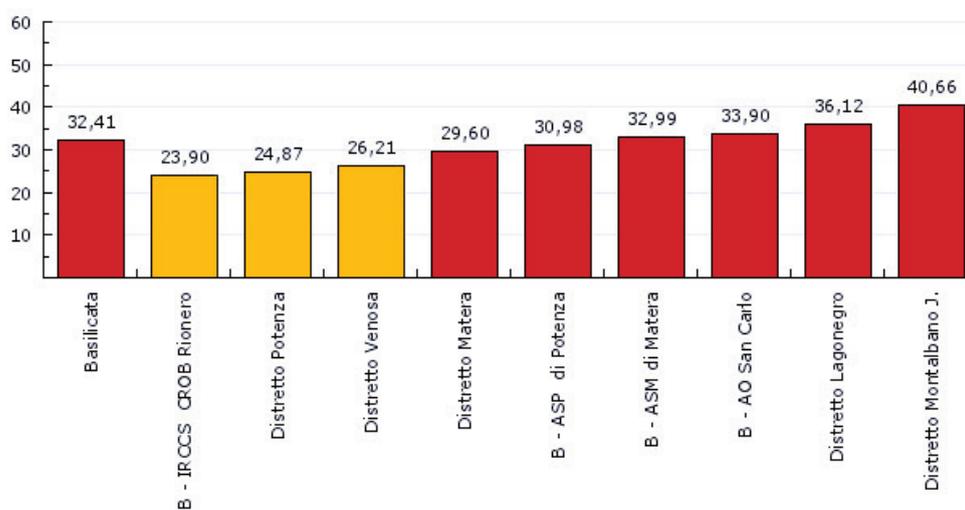
Valutazione scarsa 27.00 - 23.00] ■

Valutazione media 23.00 - 19.00] ■

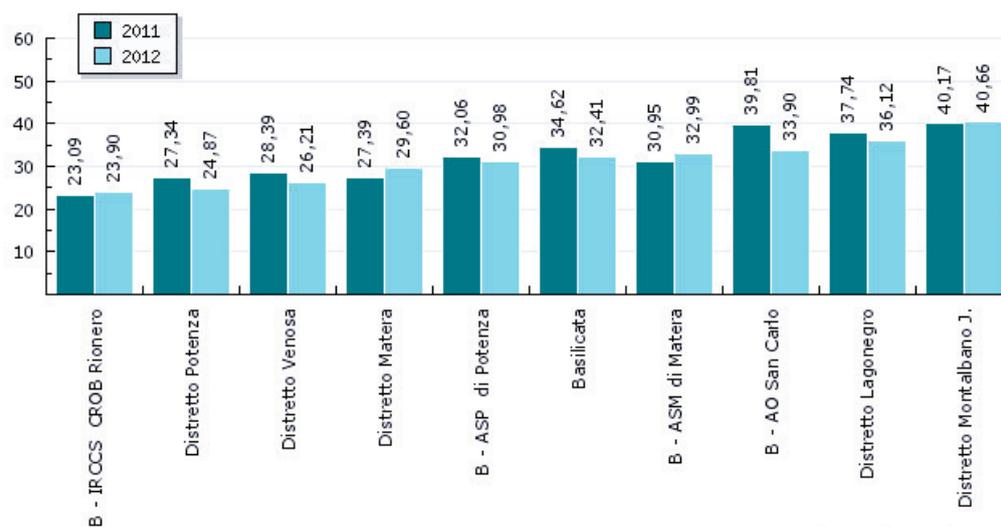
Valutazione buona 19.00 - 15.00] ■

Valutazione ottima < 15.00 ■

C4.1 - % DRG medici dimessi da reparti chirurgici



C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici



C4.1

% DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI

DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
NUMERATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100
DENOMINATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) • i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) • i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 (Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata e non complicata) • le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 • i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.
RIFERIMENTO	Obiettivo: <15%
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	34,62	12.004,00	34.674,00	2011	32,41	9.384,00	28.953,00	2012
Distretto Venosa	28,39	1.145,00	4.033,00	2011	26,21	472,00	1.801,00	2012
Distretto Potenza	27,34	603,00	2.206,00	2011	24,87	432,00	1.737,00	2012
Distretto Lagonegro	37,74	1.679,00	4.449,00	2011	36,12	1.350,00	3.738,00	2012
Distretto Matera	27,39	1.639,00	5.985,00	2011	29,60	1.435,00	4.848,00	2012
Distretto Montalbano J.	40,17	928,00	2.310,00	2011	40,66	869,00	2.137,00	2012
B - AO San Carlo	39,81	5.683,00	14.275,00	2011	33,90	4.457,00	13.148,00	2012
B - ASP di Potenza	32,06	3.427,00	10.688,00	2011	30,98	2.254,00	7.276,00	2012
B - ASM di Matera	30,95	2.567,00	8.295,00	2011	32,99	2.304,00	6.985,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	23,09	327,00	1.416,00	2011	23,90	369,00	1.544,00	2012

2.19 Indicatore C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari

L'indicatore misura la quota di ricoveri ordinari (compresa la One Day Surgery) effettuati nelle discipline di chirurgia cui viene attribuito un DRG medico. Tali ricoveri, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori, avrebbero potuto essere più appropriatamente trattati in discipline non chirurgiche.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 27.00 ■

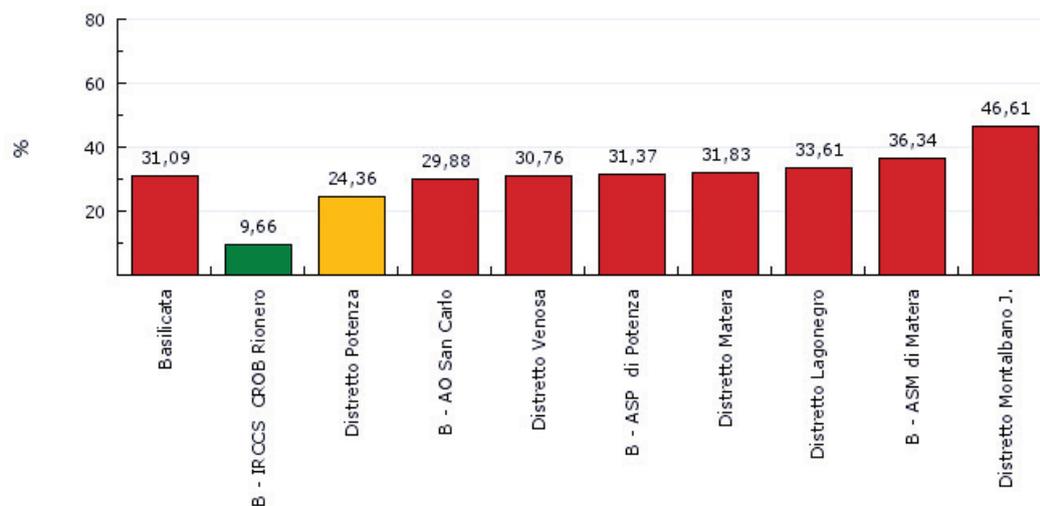
Valutazione scarsa 27.00 - 23.00] ■

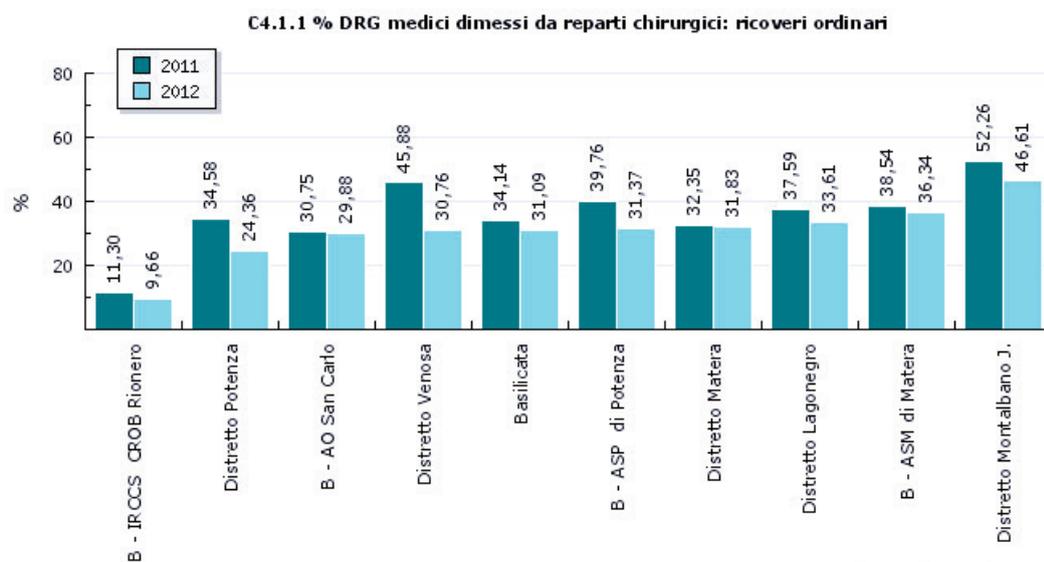
Valutazione media 23.00 - 19.00] ■

Valutazione buona 19.00 - 15.00] ■

Valutazione ottima < 15.00 ■

C4.1.1 - % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari



**C4.1.1****% DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI: RICOVERI ORDINARI**

DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
NUMERATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari x 100
DENOMINATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica. Si considera inclusa la One Day-Surgery. Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) • i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) • i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 • le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 • i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.
RIFERIMENTO	Obiettivo: <20%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	34,14	7.415,00	21.717,00	2011	31,09	6.301,00	20.267,00	2012
Distretto Venosa	45,88	823,00	1.794,00	2011	30,76	395,00	1.284,00	2012
Distretto Potenza	34,58	297,00	859,00	2011	24,36	191,00	784,00	2012
Distretto Lagonegro	37,59	1.130,00	3.006,00	2011	33,61	941,00	2.800,00	2012
Distretto Matera	32,35	1.206,00	3.728,00	2011	31,83	1.295,00	4.068,00	2012
Distretto Montalbano J.	52,26	880,00	1.684,00	2011	46,61	831,00	1.783,00	2012
B - AO San Carlo	30,75	2.966,00	9.646,00	2011	29,88	2.550,00	8.533,00	2012
B - ASP di Potenza	39,76	2.250,00	5.659,00	2011	31,37	1.527,00	4.868,00	2012
B - ASM di Matera	38,54	2.086,00	5.412,00	2011	36,34	2.126,00	5.851,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	11,30	113,00	1.000,00	2011	9,66	98,00	1.015,00	2012

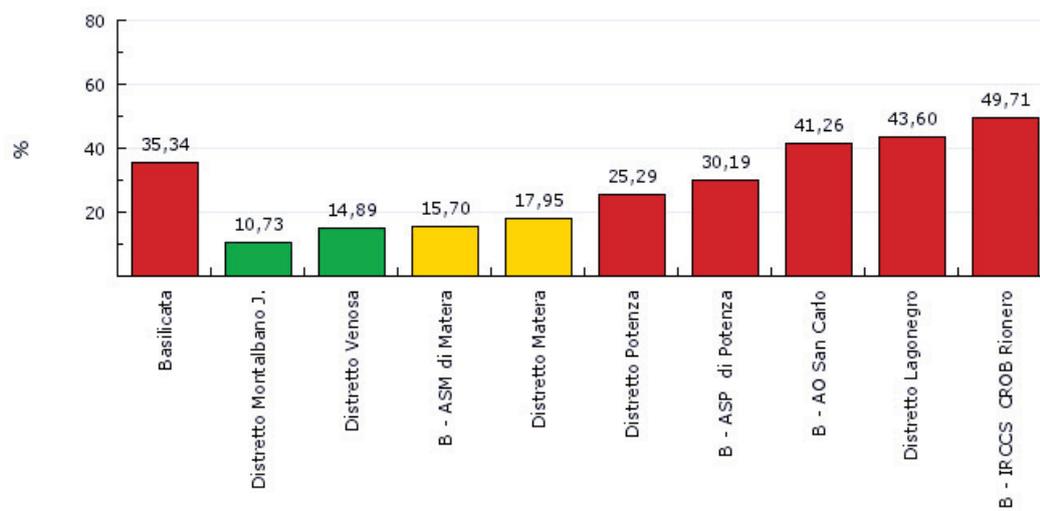
2.20 Indicatore C4.1.2 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital

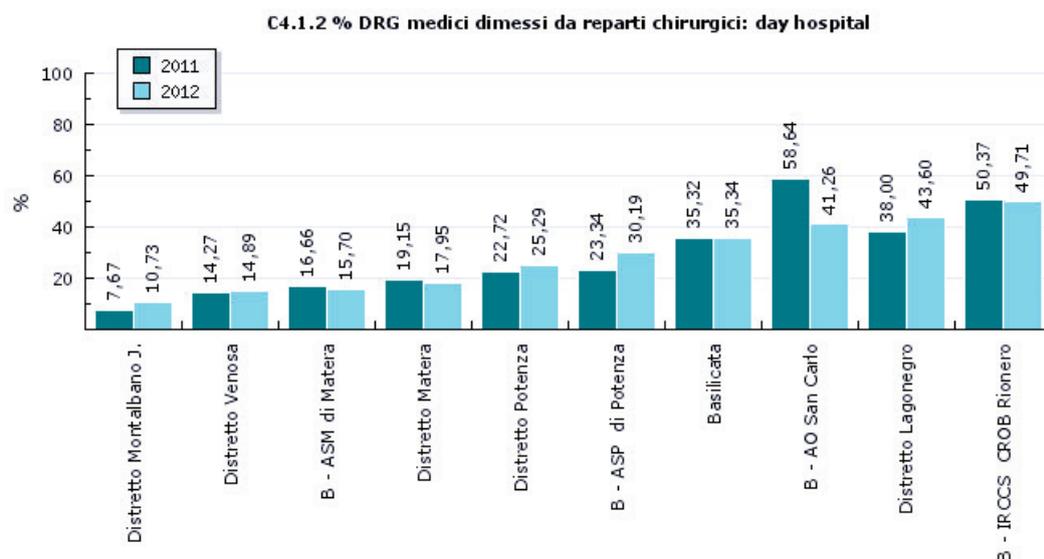
L'indicatore viene calcolato anche per i ricoveri in Day Hospital in quanto si evidenziano andamenti molto diversi fra i due regimi di ricovero, senza che vi sia alcuna evidente correlazione.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 25.00	■
Valutazione scarsa	25.00 - 20.00]	■
Valutazione media	20.00 - 15.00]	■
Valutazione buona	15.00 - 10.00]	■
Valutazione ottima	< 10.00	■

C4.1.2 - % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital



**C4.1.2****% DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI: DAY HOSPITAL**

DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital
NUMERATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital
DENOMINATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici per i Day Hospital
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 Day Surgery.</p> <p>Si considera esclusa la One Day-Surgery.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) • i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 • i ricoveri in One Day Surgery • le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 • i controlli successivi ad interventi per retinoblastoma: • Drg 048 e diagnosi principale 19.05, • Drg 411 e diagnosi principale V108.4 con procedura 95.03, 99.26 (in qualunque intervento) • i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico
RIFERIMENTO	Obiettivo: <10%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C4.1.2 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital

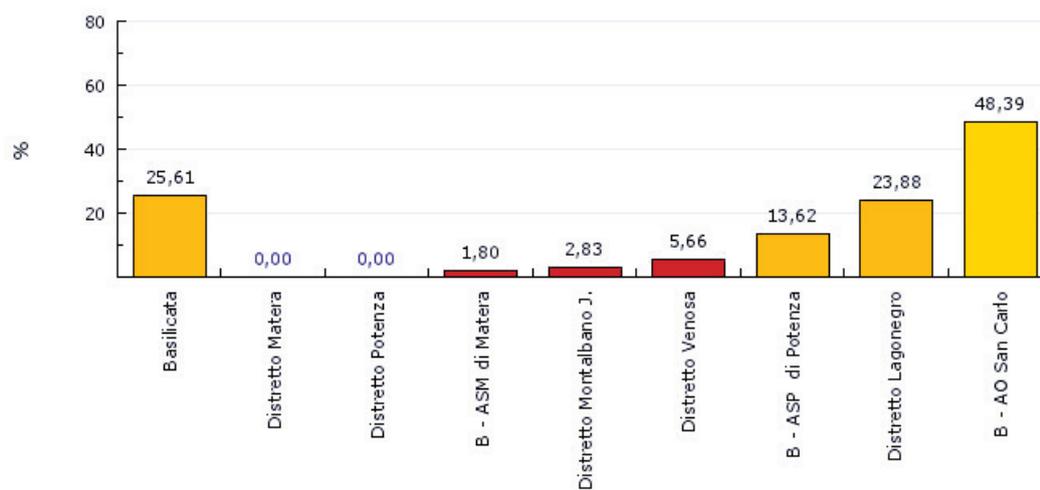
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	35,32	4.569,00	12.937,00	2011	35,34	3.062,00	8.665,00	2012
Distretto Venosa	14,27	319,00	2.236,00	2011	14,89	77,00	517,00	2012
Distretto Potenza	22,72	306,00	1.347,00	2011	25,29	241,00	953,00	2012
Distretto Lagonegro	38,00	548,00	1.442,00	2011	43,60	409,00	938,00	2012
Distretto Matera	19,15	432,00	2.256,00	2011	17,95	140,00	780,00	2012
Distretto Montalbano J.	7,67	48,00	626,00	2011	10,73	38,00	354,00	2012
B - AO San Carlo	58,64	2.711,00	4.623,00	2011	41,26	1.902,00	4.610,00	2012
B - ASP di Potenza	23,34	1.173,00	5.025,00	2011	30,19	727,00	2.408,00	2012
B - ASM di Matera	16,66	480,00	2.882,00	2011	15,70	178,00	1.134,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	50,37	205,00	407,00	2011	49,71	255,00	513,00	2012

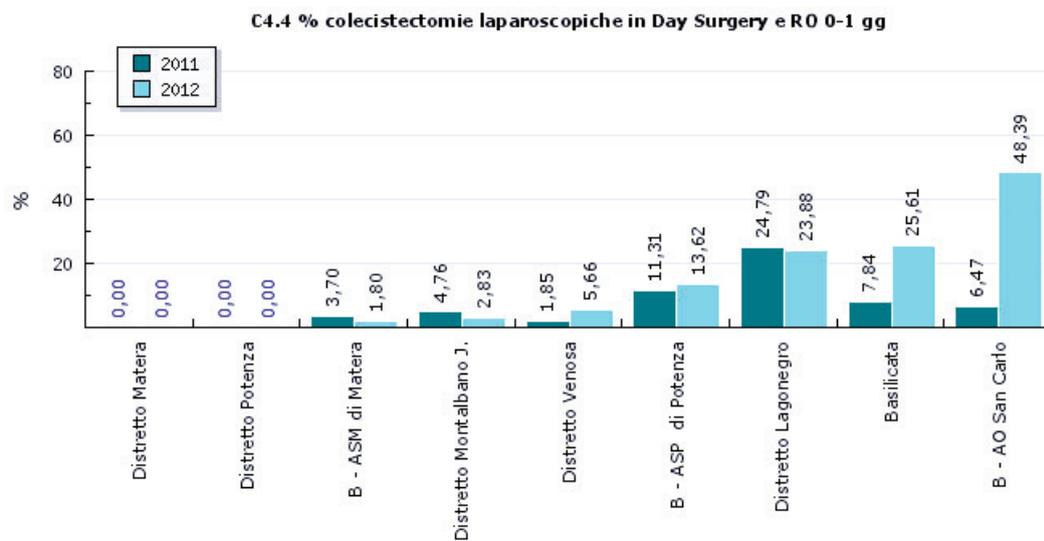
2.21 Indicatore C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg

In molti paesi europei e negli Stati Uniti il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica torna a casa in giornata o, al massimo, il giorno seguente. Lo standard è, comunque, pari all'80%, poiché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga monitorato più a lungo. L'analisi, tra l'altro, è ristretta agli interventi programmati, così da escludere le eventuali complicanze legate ad un ricovero in urgenza.

Valutazione pessima < 10.00 ■
Valutazione scarsa 10.00 - 30.00] ■
Valutazione media 30.00 - 50.00] ■
Valutazione buona 50.00 - 70.00] ■
Valutazione ottima > 70.00 ■

C4.4 - % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg





C4.4

% COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY SURGERY E RO 0-1 GG

DEFINIZIONE	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno
NUMERATORE	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno x 100
DENOMINATORE	N. colecistectomie laparoscopiche
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Codifiche DRG Grouper XXIV: DRG 493-494.
RIFERIMENTO	Obiettivo: > 80%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg

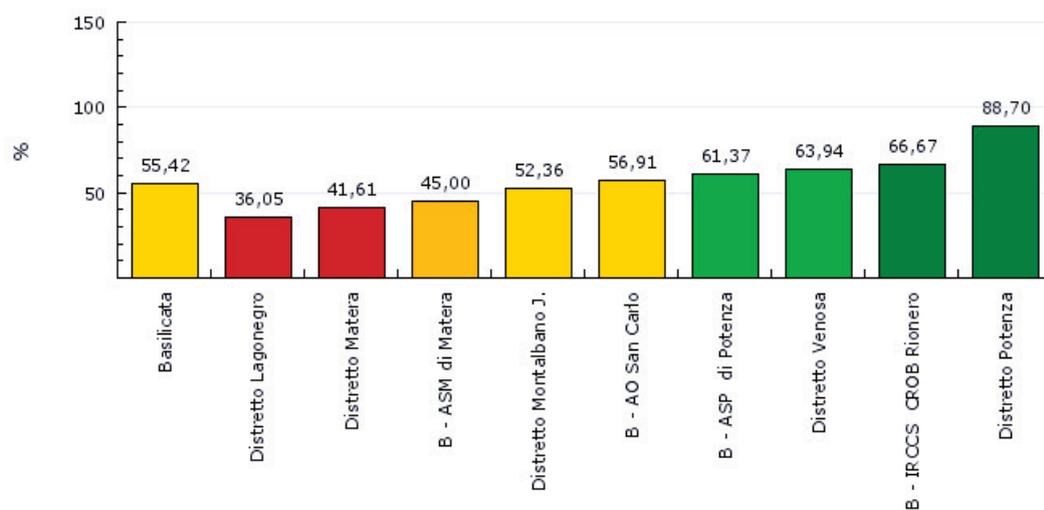
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	7,84	57,00	727,00	2011	25,61	188,00	734,00	2012
Distretto Venosa	1,85	2,00	108,00	2011	5,66	3,00	53,00	2012
Distretto Potenza	0,00	0,00	54,00	2011	0,00	0,00	70,00	2012
Distretto Lagonegro	24,79	30,00	121,00	2011	23,88	32,00	134,00	2012
Distretto Matera	0,00	0,00	30,00	2011	0,00	0,00	61,00	2012
Distretto Montalbano J.	4,76	5,00	105,00	2011	2,83	3,00	106,00	2012
B - AO San Carlo	6,47	20,00	309,00	2011	48,39	150,00	310,00	2012
B - ASP di Potenza	11,31	32,00	283,00	2011	13,62	35,00	257,00	2012
B - ASM di Matera	3,70	5,00	135,00	2011	1,80	3,00	167,00	2012

2.22 Indicatore C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute 2010-2012)

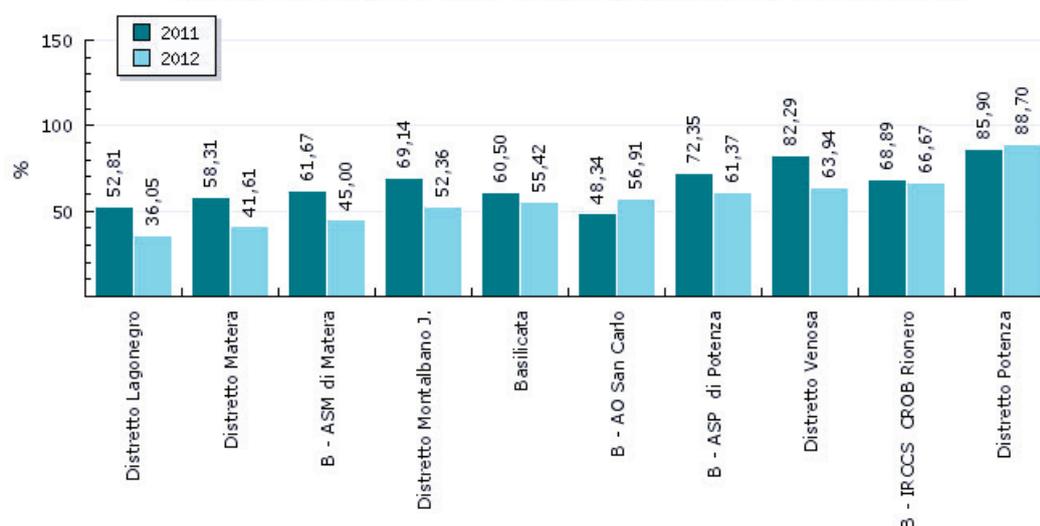
Il Patto per la salute 2010-2012 aumenta il numero di DRG delle prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in giornata relativamente ai Livelli Essenziali di Assistenza: un ricovero più lungo risulta, infatti, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni.

Valutazione pessima < 43.00 ■
 Valutazione scarsa 43.00 - 50.00] ■
 Valutazione media 50.00 - 57.00] ■
 Valutazione buona 57.00 - 64.00] ■
 Valutazione ottima > 64.00 ■

C4.7 - Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute 2010-2012)



C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute 2010-2012)



C4.7

DRG LEA CHIRURGICI: % RICOVERI IN DAY SURGERY (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)

DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici
NUMERATORE	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici x 100
DENOMINATORE	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012: 8, 36, 38, 40, 41, 42, 51, 55, 59, 60, 61, 62, 158, 160, 162, 163, 168, 169, 227, 228, 229, 232, 262, 266, 268, 270, 339, 340, 342, 343, 345, 360, 362, 364, 377, 381, 503, 538.</p> <p>Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 006 - Decompressione del tunnel carpale • 039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia • 119 - legature e stripping di vene <p>Per ogni azienda si considerano i DRG che presentano almeno 30 casi l'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Si considera esclusa la One Day-Surgery al numeratore. Sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75).</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

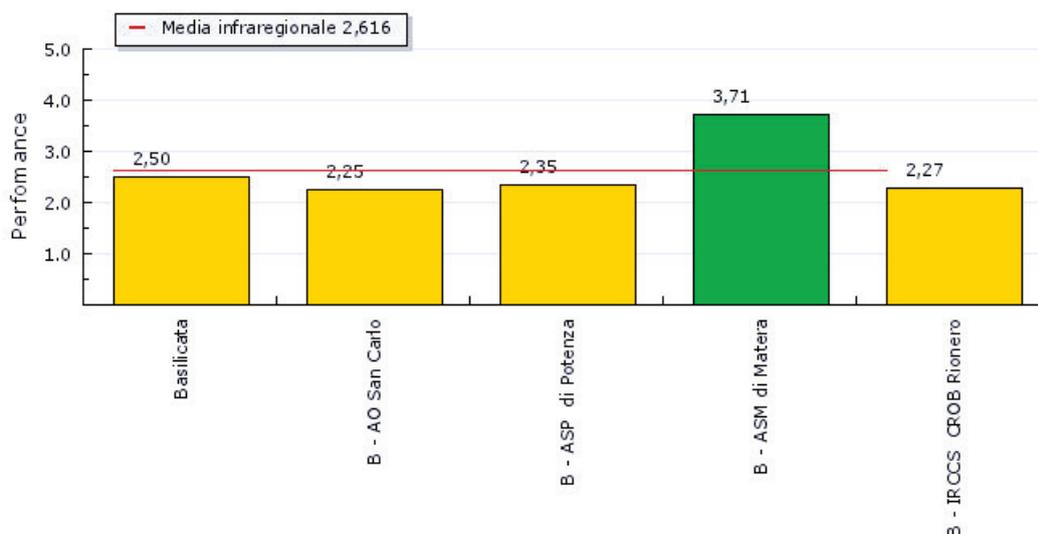
C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute 2010-2012)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	60,50	5.999,00	9.915,00	2011	55,42	4.971,00	8.970,00	2012
Distretto Venosa	82,29	1.087,00	1.321,00	2011	63,94	461,00	721,00	2012
Distretto Potenza	85,90	798,00	929,00	2011	88,70	738,00	832,00	2012
Distretto Lagonegro	52,81	695,00	1.316,00	2011	36,05	350,00	971,00	2012
Distretto Matera	58,31	944,00	1.619,00	2011	41,61	632,00	1.519,00	2012
Distretto Montalbano J.	69,14	504,00	729,00	2011	52,36	366,00	699,00	2012
B - AO San Carlo	48,34	1.847,00	3.821,00	2011	56,91	2.302,00	4.045,00	2012
B - ASP di Potenza	72,35	2.580,00	3.566,00	2011	61,37	1.549,00	2.524,00	2012
B - ASM di Matera	61,67	1.448,00	2.348,00	2011	45,00	998,00	2.218,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	68,89	124,00	180,00	2011	66,67	122,00	183,00	2012

2.23 Indicatore C5 Qualita' clinica

Ogni sistema sanitario persegue l'obiettivo di fornire prestazioni di elevata qualità nell'assistenza ai pazienti. Gli indicatori di qualità clinica fanno riferimento alla componente professionale, per quanto riguarda l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, la tempestività delle stesse e la correttezza di esecuzione delle prestazioni, in base alle evidenze scientifiche ed alla condivisione con i professionisti.

- C5 Qualita' clinica
 - C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale [di valutazione]
 - C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute 2010-2012) [di valutazione]
 - C5.3 % prostatectomie transuretrali [di valutazione]
 - C5.6 % utilizzo di almeno 1 mammaria nel by-pass (AO-AOU-IRCCS) [di valutazione]
 - C5.7 % interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU) [di valutazione]
 - C5.8 % di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva [di valutazione]
 - C5.10 % resezioni programmate al colon in laparoscopia [di osservazione]
 - C5.11 % Appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni [di valutazione]
 - C5.12 Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate [di osservazione]



C5	
QUALITA' CLINICA	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"> • C5.1: ricoveri ripetuti entro 30 giorni, • C5.2: percentuale fratture femore operate entro 2 giorni (Patto per la Salute 2010), • C5.3: percentuale prostatectomie transuretrali, • C5.6: percentuale di utilizzo di almeno una mammaria nel by-pass (AO), • C5.7: percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale (AO), • C5.8: percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive • C5.11: percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni.
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

2.24 Indicatore C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale

Se adeguatamente curato, un paziente non dovrebbe rientrare in ospedale nel corso del mese successivo alla dimissione. L'indicatore misura quante volte un paziente viene nuovamente ricoverato entro 30 giorni dal primo ricovero per un problema assimilabile alla causa del primo ricovero. Il ricovero ripetuto è attribuito alla prima azienda che ha curato il paziente.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 5.80 ■

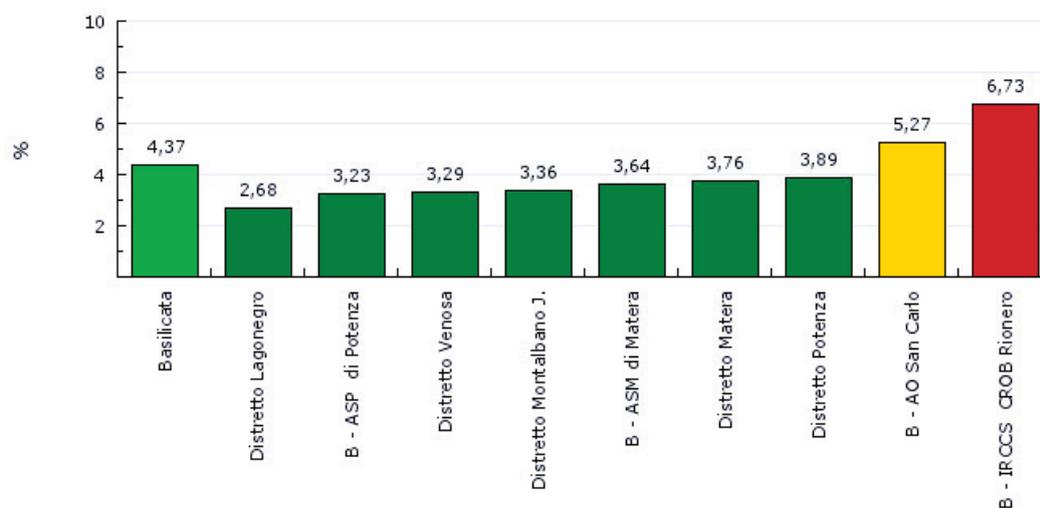
Valutazione scarsa 5.80 - 5.30] ■

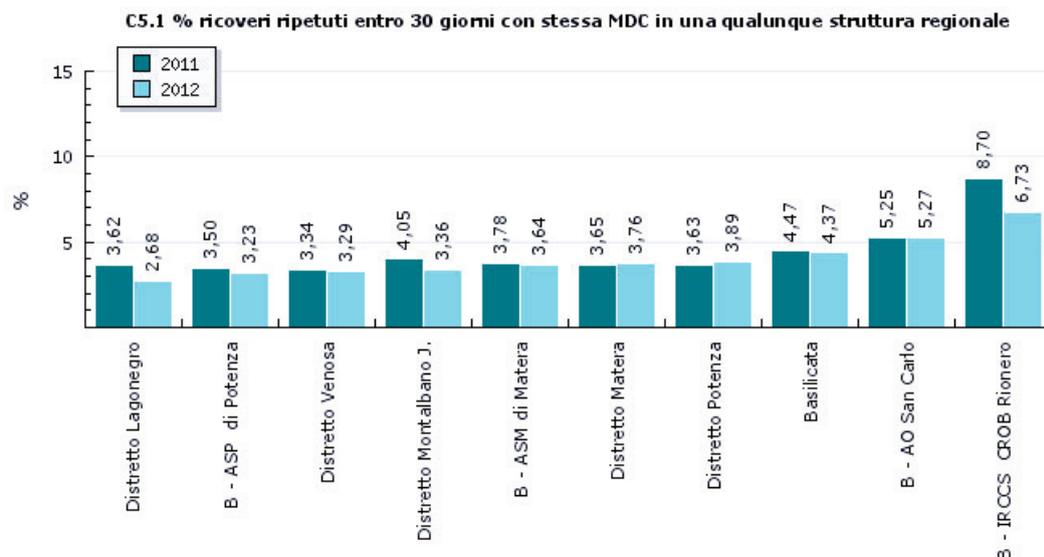
Valutazione media 5.30 - 4.80] ■

Valutazione buona 4.80 - 4.30] ■

Valutazione ottima < 4.30 ■

C5.1 - % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale





C5.1	
% RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GIORNI CON STESSA MDC IN UNA QUALUNQUE STRUTTURA REGIONALE	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale
NUMERATORE	N. ricoveri ripetuti dei dimessi dal 1 gennaio al 30 novembre entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale pubblica o privata (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic) x 100
DENOMINATORE	N. ricoveri dal 1 gennaio al 30 novembre
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a pazienti residenti in regione, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra la ammissione e una precedente dimissione <=30 giorni. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 30 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.</p> <p>I ricoveri con modalità di dimissione: volontaria; trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione non generano ricoveri ripetuti.</p> <p>Al numeratore si considerano i ricoveri erogati da qualsiasi struttura (pubblica, privata accreditata o non accreditata).</p> <p>Sono esclusi (sia dal numeratore che dal denominatore) i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con codice fiscale anonimo, • con reparto di ammissione: psichiatria (codice 40), • con reparto di ammissione unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75), • con reparto di dimissione: unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75), • relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409, 410, 492)
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

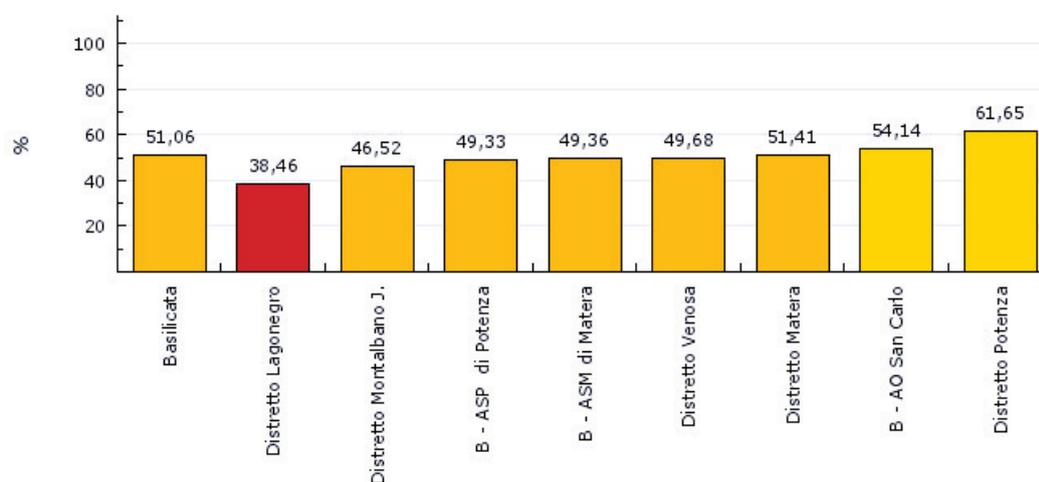
C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	4,47	2.139,00	47.835,00	2011	4,37	1.944,00	44.529,00	2012
Distretto Venosa	3,34	177,00	5.301,00	2011	3,29	128,00	3.890,00	2012
Distretto Potenza	3,63	100,00	2.759,00	2011	3,89	106,00	2.727,00	2012
Distretto Lagonegro	3,62	163,00	4.509,00	2011	2,68	101,00	3.768,00	2012
Distretto Matera	3,65	323,00	8.860,00	2011	3,76	327,00	8.695,00	2012
Distretto Montalbano J.	4,05	171,00	4.219,00	2011	3,36	134,00	3.985,00	2012
B - AO San Carlo	5,25	1.101,00	20.992,00	2011	5,27	1.066,00	20.246,00	2012
B - ASP di Potenza	3,50	440,00	12.569,00	2011	3,23	335,00	10.385,00	2012
B - ASM di Matera	3,78	494,00	13.079,00	2011	3,64	461,00	12.680,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	8,70	104,00	1.195,00	2011	6,73	82,00	1.218,00	2012

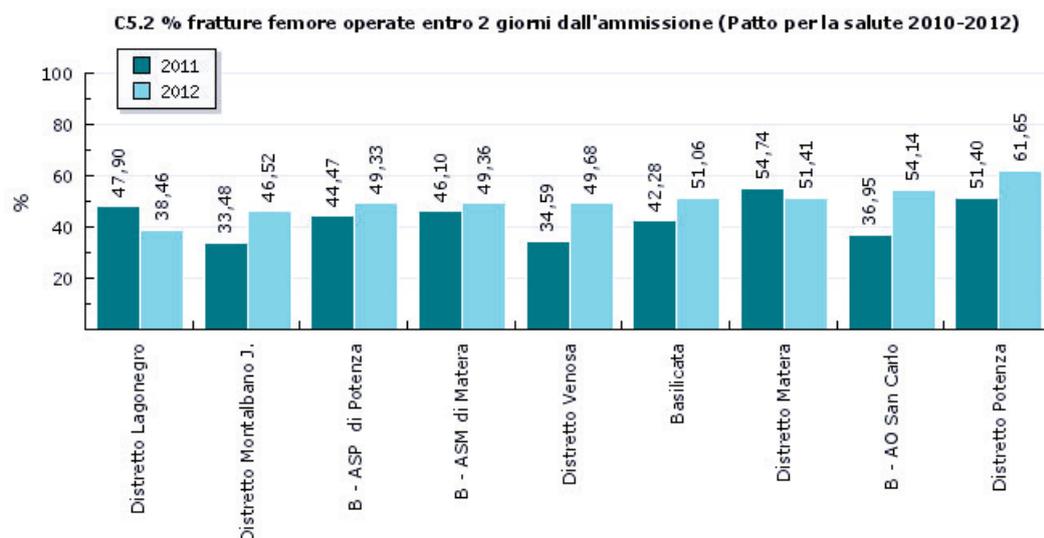
2.25 Indicatore C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute 2010-2012)

La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura di femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità ed impatto sulla vita sociale. Un indebito allungamento dei tempi di attesa è il primo sintomo, dunque, di qualità insoddisfacente della prestazione. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare precocemente il paziente al reparto. Per la qualità dell'assistenza in ortopedia chirurgica, le fratture del femore comportano, pertanto, una gestione articolata e complessa degli eventi.

Valutazione pessima < 41.00 ■
 Valutazione scarsa 41.00 - 54.00] ■
 Valutazione media 54.00 - 67.00] ■
 Valutazione buona 67.00 - 80.00] ■
 Valutazione ottima > 80.00 ■

C5.2 - % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute 2010-2012)



**C5.2****% FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI DALL'AMMISSIONE (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)**

DEFINIZIONE	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
NUMERATORE	Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100
DENOMINATORE	Numero interventi per frattura del femore
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari. Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx e codici ICD9-CM di intervento principale o secondari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
RIFERIMENTO	Obiettivo: $\geq 80\%$
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

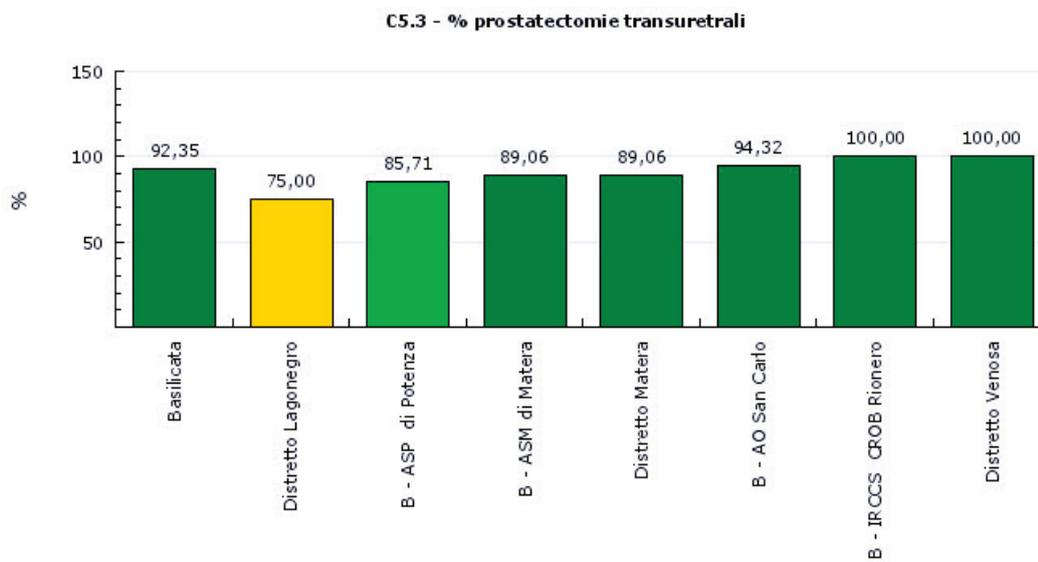
C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute 2010-2012)

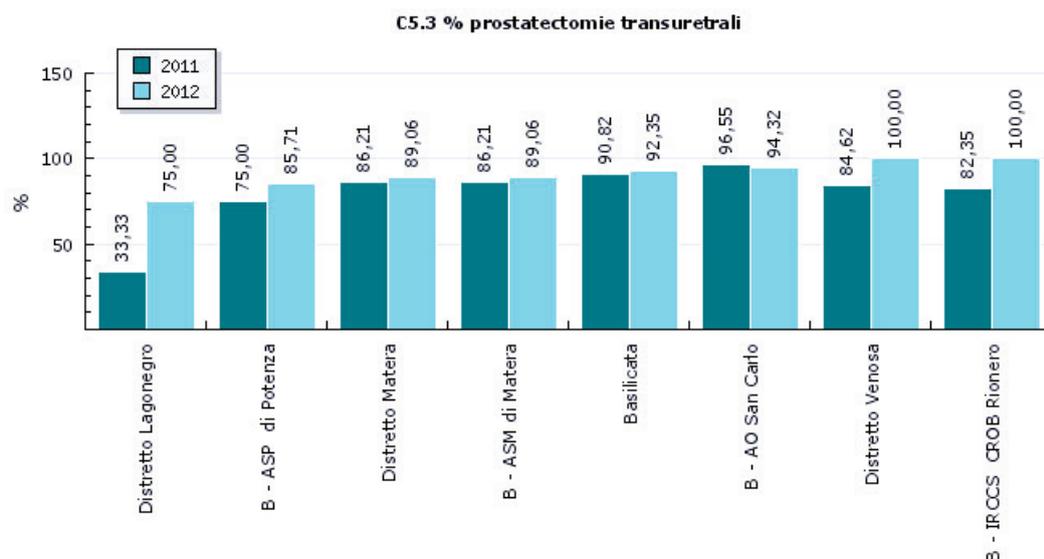
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	42,28	643,00	1.521,00	2011	51,06	792,00	1.551,00	2012
Distretto Venosa	34,59	46,00	133,00	2011	49,68	78,00	157,00	2012
Distretto Potenza	51,40	55,00	107,00	2011	61,65	82,00	133,00	2012
Distretto Lagonegro	47,90	80,00	167,00	2011	38,46	60,00	156,00	2012
Distretto Matera	54,74	179,00	327,00	2011	51,41	164,00	319,00	2012
Distretto Montalbano J.	33,48	75,00	224,00	2011	46,52	107,00	230,00	2012
B - AO San Carlo	36,95	208,00	563,00	2011	54,14	301,00	556,00	2012
B - ASP di Potenza	44,47	181,00	407,00	2011	49,33	220,00	446,00	2012
B - ASM di Matera	46,10	254,00	551,00	2011	49,36	271,00	549,00	2012

2.26 Indicatore C5.3 % prostatectomie transuretrali

L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido ed una degenza in ospedale più breve, che si traduce anche in un minor assorbimento di risorse.

Valutazione pessima < 52.00 ■
Valutazione scarsa 52.00 - 64.00] ■
Valutazione media 64.00 - 76.00] ■
Valutazione buona 76.00 - 88.00] ■
Valutazione ottima > 88.00 ■





C5.3	
% PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	
DEFINIZIONE	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
NUMERATORE	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100
DENOMINATORE	Numero interventi di prostatectomia
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si escludono i casi di tumore maligno della prostata in diagnosi principale (185). Codifiche: Numeratore: Codice ICD9-CM di intervento principale 60.21, 60.29 Denominatore: Codice ICD9-CM di intervento principale 60.21, 60.29, 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

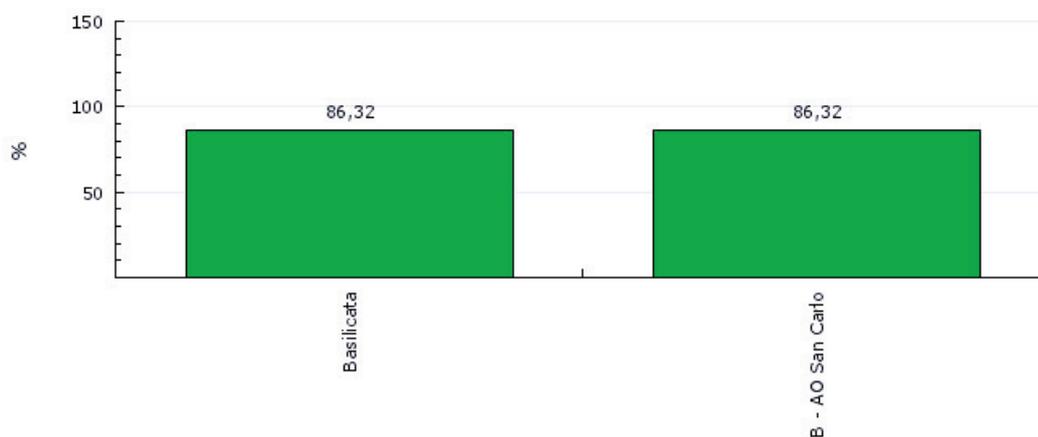
C5.3 % prostatectomie transuretrali								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	90,82	188,00	207,00	2011	92,35	157,00	170,00	2012
Distretto Venosa	84,62	11,00	13,00	2011	100,00	3,00	3,00	2012
Distretto Lagonegro	33,33	1,00	3,00	2011	75,00	3,00	4,00	2012
Distretto Matera	86,21	50,00	58,00	2011	89,06	57,00	64,00	2012
B - AO San Carlo	96,55	112,00	116,00	2011	94,32	83,00	88,00	2012
B - ASP di Potenza	75,00	12,00	16,00	2011	85,71	6,00	7,00	2012
B - ASM di Matera	86,21	50,00	58,00	2011	89,06	57,00	64,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	82,35	14,00	17,00	2011	100,00	11,00	11,00	2012

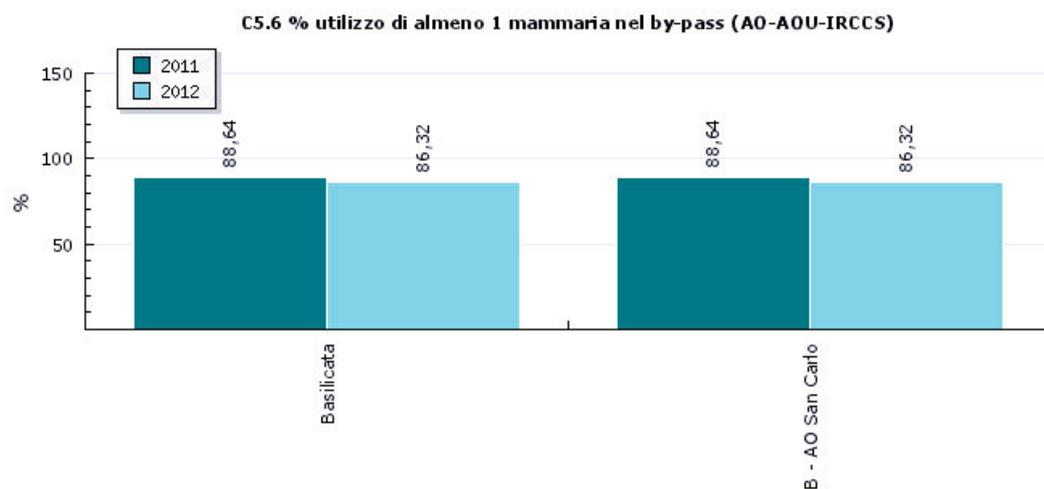
2.27 Indicatore C5.6 % utilizzo di almeno 1 mammaria nel by-pass (AO-AOU-IRCCS)

L'indicatore mostra la percentuale di utilizzo di almeno una mammaria nel by-pass; il bypass coronarico realizzato utilizzando le arterie mammarie dà, infatti, risultati superiori rispetto a quello realizzato con le vene safene, sia in termini di pervietà immediata che di durata che, in ultima analisi, di una migliore sopravvivenza dei pazienti. Questo indicatore è calcolato solo per le Aziende Ospedaliere Universitarie e per gli IRCCS. Si segnala che l'Azienda Ospedaliera di Terni ha riscontrato alcuni problemi di codifica nel flusso SDO.

Valutazione pessima < 60.00 ■
Valutazione scarsa 60.00 - 70.00] ■
Valutazione media 70.00 - 80.00] ■
Valutazione buona 80.00 - 90.00] ■
Valutazione ottima > 90.00 ■

C5.6 - % utilizzo di almeno 1 mammaria nel by-pass (AO-AOU-IRCCS)





C5.6	
% UTILIZZO DI ALMENO 1 MAMMARIA NEL BY-PASS (AO-AOU-IRCCS)	
DEFINIZIONE	Percentuale di utilizzo di almeno una mammaria nel by-pass
NUMERATORE	Numero dimessi con intervento di by-pass con utilizzo di almeno una mammaria x 100
DENOMINATORE	Numero dimessi con intervento di by-pass
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari.</p> <p>Numeratore:</p> <p>Codice ICD9-CM di intervento principale o secondario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 36.15: Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica • 36.16: By-pass doppio mammaria interna-arteria coronarica <p>Denominatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DRG 547: Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore • DRG 548: Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore • DRG 549: Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore • DRG 550: Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

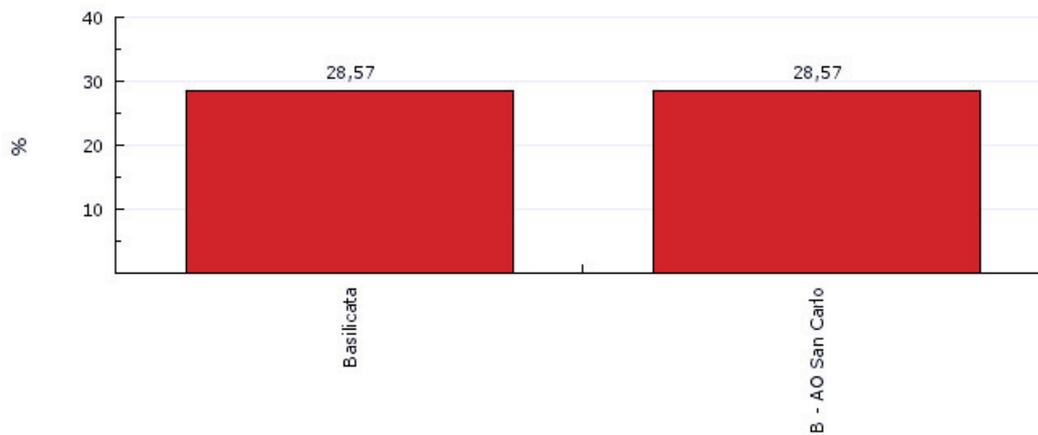
C5.6 % utilizzo di almeno 1 mammaria nel by-pass (AO-AOU-IRCCS)								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	88,64	78,00	88,00	2011	86,32	82,00	95,00	2012
B - AO San Carlo	88,64	78,00	88,00	2011	86,32	82,00	95,00	2012

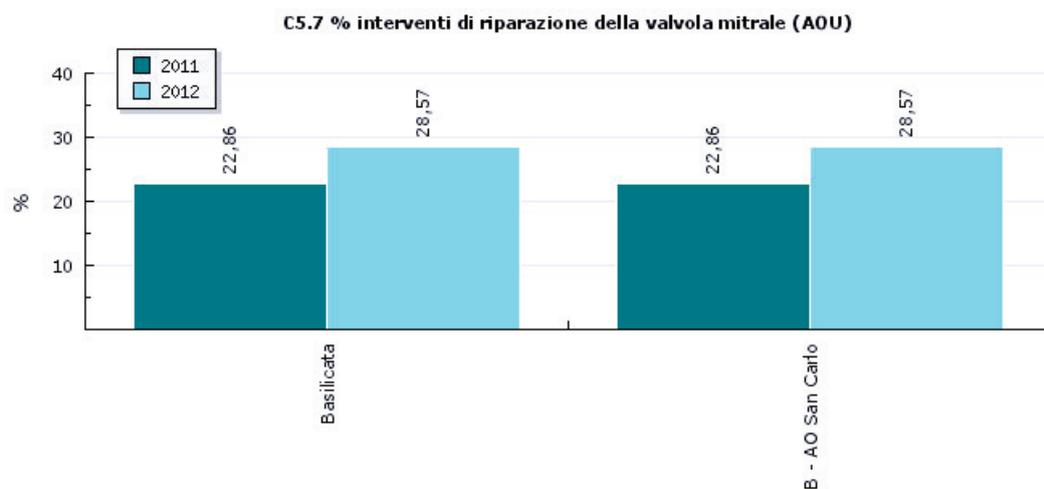
2.28 Indicatore C5.7 % interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)

La possibilità di riparare la valvola mitrale garantisce l'integrità dell'apparato sospensore-sottovascolare, con effetti positivi sulla qualità della vita del paziente. L'indicatore è calcolato solo per le Aziende Ospedaliero-Universitarie e per gli IRCCS, poichè questo tipo di intervento si effettua solo in tali strutture.

Valutazione pessima < 40.00 ■
Valutazione scarsa 40.00 - 50.00] ■
Valutazione media 50.00 - 60.00] ■
Valutazione buona 60.00 - 70.00] ■
Valutazione ottima > 70.00 ■

C5.7 - % interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)





C5.7	
% INTERVENTI DI RIPARAZIONE DELLA VALVOLA MITRALE (AOU)	
DEFINIZIONE	Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)
NUMERATORE	Numero dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale x 100
DENOMINATORE	Numero dimessi con intervento alla valvola mitrale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari.</p> <p>NUM: codici intervento 35.02, 35.12</p> <p>DEN: codici intervento 35.02, 35.12, 35.23, 35.24</p> <p>Codice ICD9-CM di intervento principale o uno dei secondari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35.02 Valvulotomia a cuore chiuso, valvola mitrale • 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione • 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi • 35.24 Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

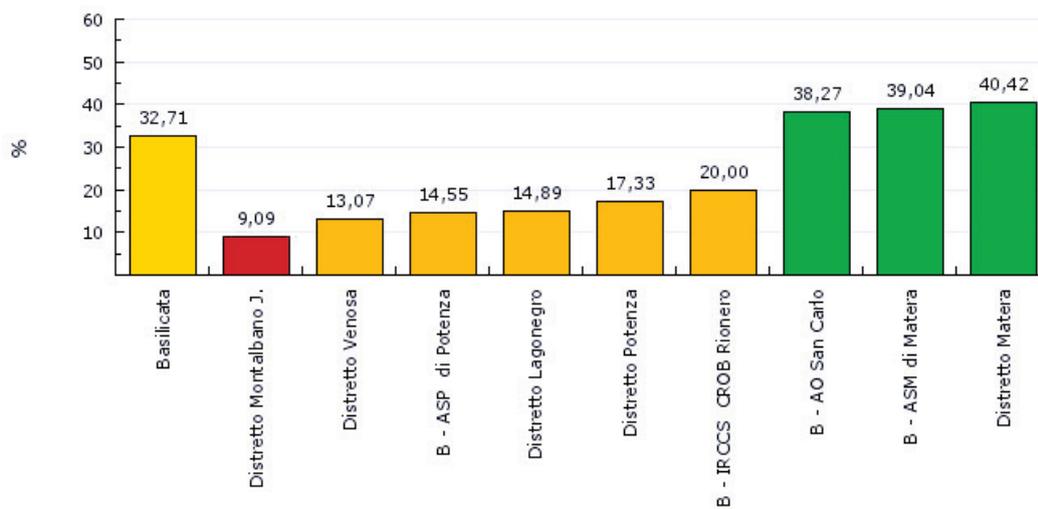
C5.7 % interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	22,86	16,00	70,00	2011	28,57	12,00	42,00	2012
B - AO San Carlo	22,86	16,00	70,00	2011	28,57	12,00	42,00	2012

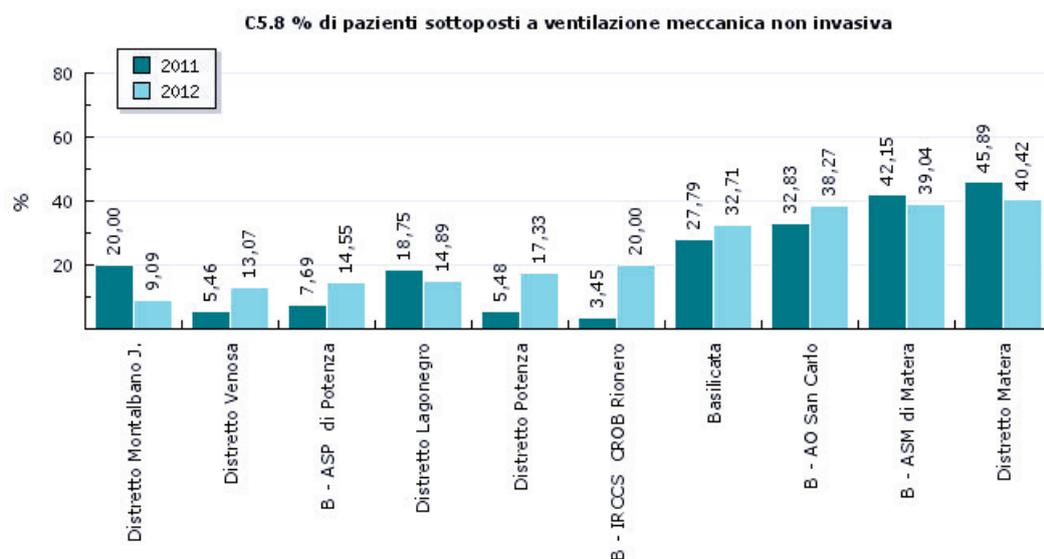
2.29 Indicatore C5.8 % di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva

Negli ultimi anni la ventilazione meccanica non-invasiva (NIV) è divenuta un supporto sempre più utilizzato per il trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica. Il ricorso alla ventilazione meccanica a lungo termine, applicata non invasivamente, può ragionevolmente indurre un miglioramento della funzionalità respiratoria e della qualità di vita, come pure una diminuzione degli episodi di acuzie che richiedono il ricorso a cure ospedaliere.

Valutazione pessima < 11.00 ■
 Valutazione scarsa 11.00 - 22.00] ■
 Valutazione media 22.00 - 33.00] ■
 Valutazione buona 33.00 - 44.00] ■
 Valutazione ottima > 44.00 ■

C5.8 - % di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva



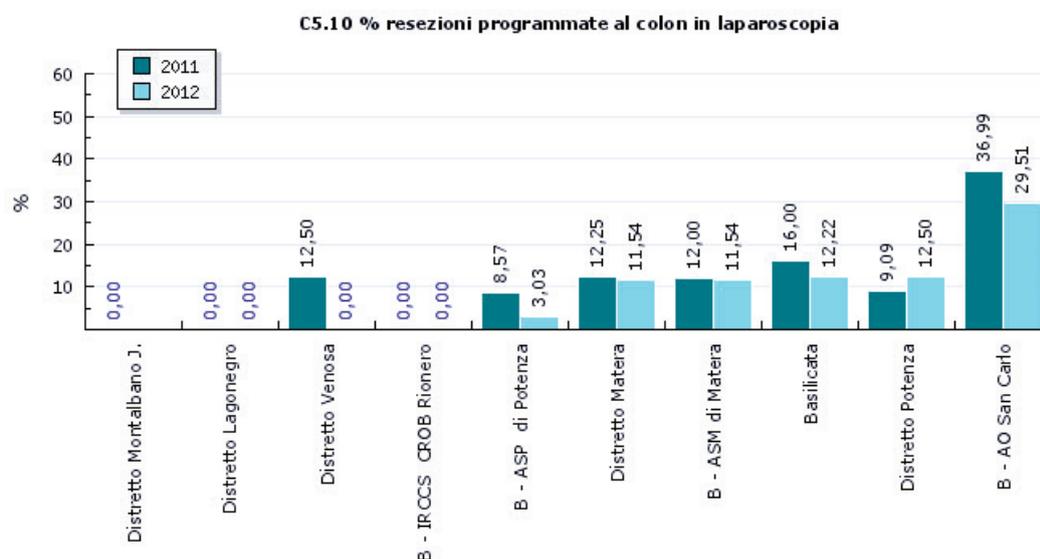
**C5.8****% DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA**

DEFINIZIONE	Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) (AOU e AUSL)
NUMERATORE	Numero di ricoveri per ventilazione meccanica non invasiva (NIV) x 100
DENOMINATORE	Numero di ricoveri per ventilazione meccanica
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari. Si escludono i dimessi con diagnosi principale o secondaria di ipersonnia con apnea del sonno (780.53). Si selezionano i pazienti con le seguenti diagnosi e interventi:</p> <p>diagnosi principale o secondarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • da 490.xx a 496.xx malattie polmonari croniche ostruttive e manifestazioni associate • 518.5x insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico • 518.81, 518.82 insufficienza respiratoria acuta <p>intervento principale o secondari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) • 93.91 Respirazione a pressione positiva intermittente • 96.7* Altra ventilazione meccanica continua • 96.04 Inserzione di tubo endotracheale • 31.1 Tracheostomia temporanea. <p>Al numeratore si considerano gli interventi principale o secondari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) • 93.91 Respirazione a pressione positiva intermittente.
RIFERIMENTO	Media interregionale
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	27,79	319,00	1.148,00	2011	32,71	399,00	1.220,00	2012
Distretto Venosa	5,46	9,00	165,00	2011	13,07	20,00	153,00	2012
Distretto Potenza	5,48	4,00	73,00	2011	17,33	13,00	75,00	2012
Distretto Lagonegro	18,75	9,00	48,00	2011	14,89	7,00	47,00	2012
Distretto Matera	45,89	95,00	207,00	2011	40,42	97,00	240,00	2012
Distretto Montalbano J.	20,00	7,00	35,00	2011	9,09	1,00	11,00	2012
B - AO San Carlo	32,83	194,00	591,00	2011	38,27	256,00	669,00	2012
B - ASP di Potenza	7,69	22,00	286,00	2011	14,55	40,00	275,00	2012
B - ASM di Matera	42,15	102,00	242,00	2011	39,04	98,00	251,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	3,45	1,00	29,00	2011	20,00	5,00	25,00	2012

2.30 Indicatore C5.10 % resezioni programmate al colon in laparoscopia

L'indicatore mette in luce l'utilizzo di una tecnica innovativa come la laparoscopia. Il trattamento mininvasivo consente di ottenere vantaggi per il paziente quali minore dolore, migliore ripresa della funzione intestinale e, infine, minori tempi di degenza post-operatoria.



C5.10	
% RESEZIONI PROGRAMMATE AL COLON IN LAPAROSCOPIA	
DEFINIZIONE	Percentuale di interventi programmati al colon in laparoscopia
NUMERATORE	Numero di interventi programmati al colon in laparoscopia x 100
DENOMINATORE	Numero di interventi programmati al colon
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> Codici DRG: 146, 147, 149, 569, 570 Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari al colon: 45.7*, 48.6* Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari di laparoscopia: 54.21 <p>L' intervento al colon si considera in laparoscopia quando i due interventi hanno la stessa data. Non sono da conteggiare al numeratore i casi con diagnosi principale o secondaria di riconversione di intervento chirurgico chiuso in intervento a cielo aperto: V64.4*.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

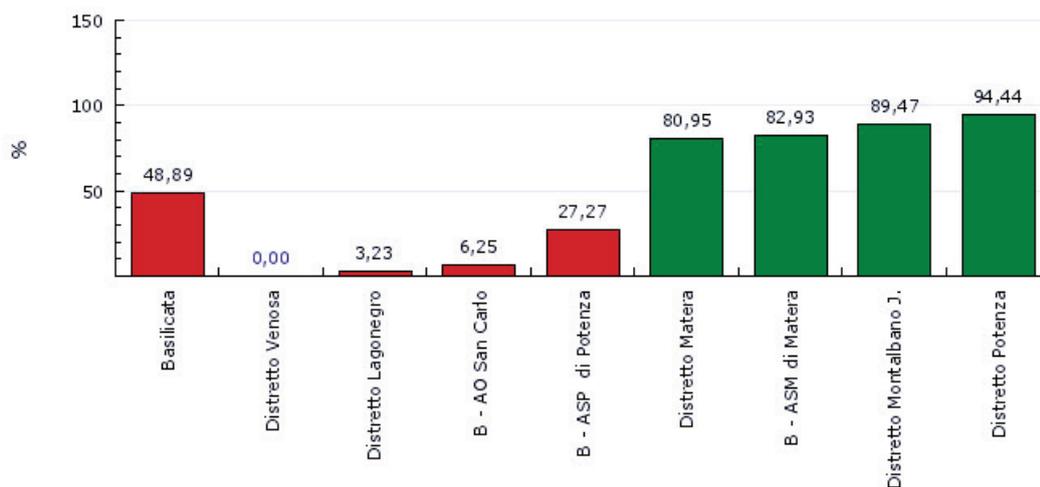
C5.10 % resezioni programmate al colon in laparoscopia								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	16,00	36,00	225,00	2011	12,22	22,00	180,00	2012
Distretto Venosa	12,50	2,00	16,00	2011	0,00	0,00	18,00	2012
Distretto Potenza	9,09	1,00	11,00	2011	12,50	1,00	8,00	2012
Distretto Lagonegro	0,00	0,00	8,00	2011	0,00	0,00	7,00	2012
Distretto Matera	12,25	6,00	49,00	2011	11,54	3,00	26,00	2012
Distretto Montalbano J.	0,00	0,00	1,00	2011				
B - AO San Carlo	36,99	27,00	73,00	2011	29,51	18,00	61,00	2012
B - ASP di Potenza	8,57	3,00	35,00	2011	3,03	1,00	33,00	2012
B - ASM di Matera	12,00	6,00	50,00	2011	11,54	3,00	26,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	0,00	0,00	67,00	2011	0,00	0,00	60,00	2012

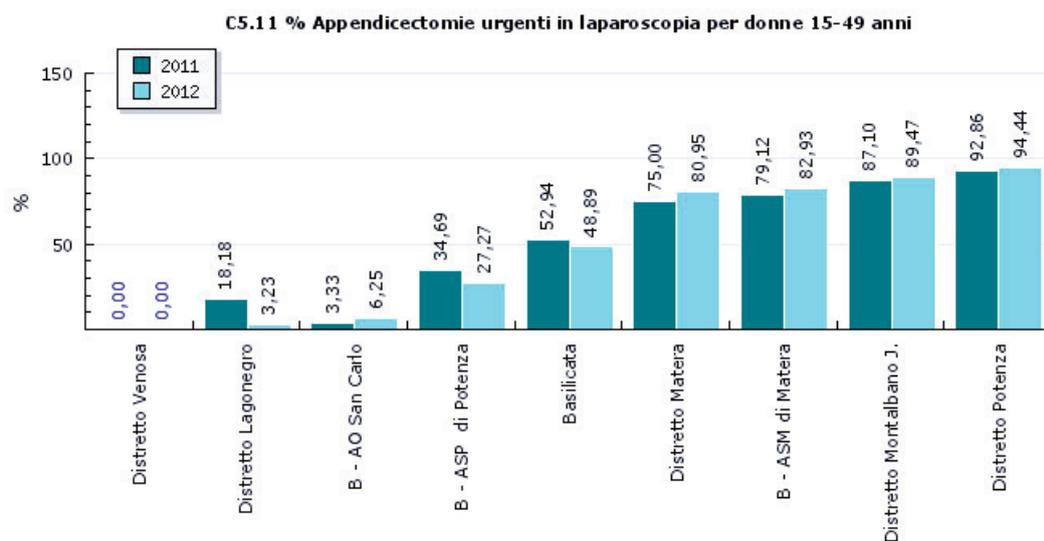
2.31 Indicatore C5.11 % Appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni

Nelle pazienti di sesso femminile con sospetto di appendicite acuta, la laparoscopia offre un notevole vantaggio in termini di affidabilità diagnostica rispetto al tradizionale iter diagnostico. L'intervento di appendicectomia laparoscopica è, inoltre, sicuro quanto quello eseguito in chirurgia aperta.

Valutazione pessima < 50.00 ■
Valutazione scarsa 50.00 - 60.00] ■
Valutazione media 60.00 - 70.00] ■
Valutazione buona 70.00 - 80.00] ■
Valutazione ottima > 80.00 ■

C5.11 - % Appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni



**C5.11****% APPENDICECTOMIE URGENTI IN LAPAROSCOPIA PER DONNE 15-49 ANNI**

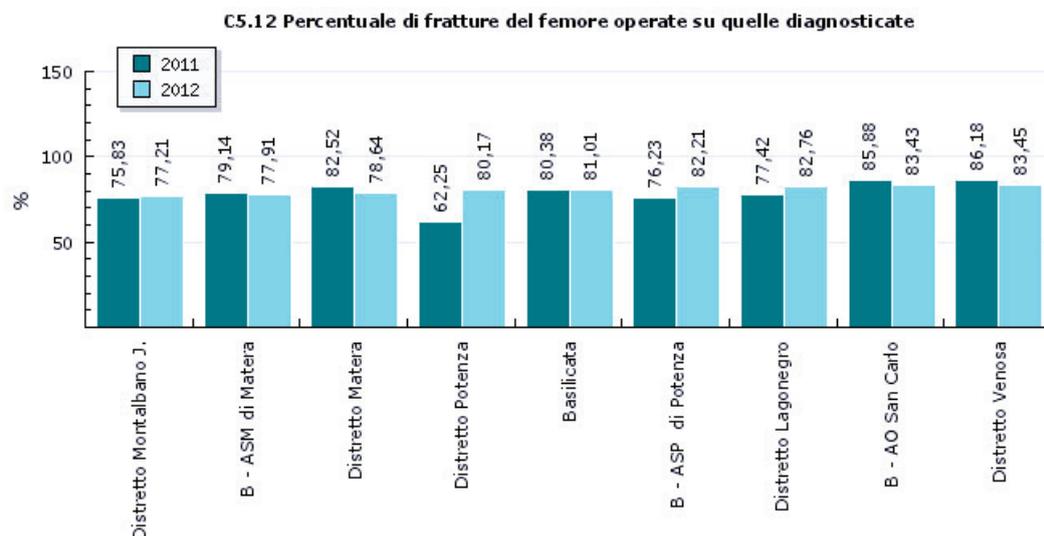
DEFINIZIONE	Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni
NUMERATORE	Numero di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni x 100
DENOMINATORE	Numero di appendicectomie urgenti per donne 15-49 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri urgenti. Le procedure chirurgiche considerate, sia in interventi principale che secondario, sono: Numeratore: 47.01 (Appendicectomia laparoscopica) Denominatore: 47.01 (Appendicectomia laparoscopica), 47.09 (Altra appendicectomia)
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C5.11 % Appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	52,94	90,00	170,00	2011	48,89	88,00	180,00	2012
Distretto Venosa	0,00	0,00	13,00	2011	0,00	0,00	17,00	2012
Distretto Potenza	92,86	13,00	14,00	2011	94,44	17,00	18,00	2012
Distretto Lagonegro	18,18	4,00	22,00	2011	3,23	1,00	31,00	2012
Distretto Matera	75,00	45,00	60,00	2011	80,95	51,00	63,00	2012
Distretto Montalbano J.	87,10	27,00	31,00	2011	89,47	17,00	19,00	2012
B - AO San Carlo	3,33	1,00	30,00	2011	6,25	2,00	32,00	2012
B - ASP di Potenza	34,69	17,00	49,00	2011	27,27	18,00	66,00	2012
B - ASM di Matera	79,12	72,00	91,00	2011	82,93	68,00	82,00	2012

2.32 Indicatore C5.12 Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate

La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità ad un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento negli ultimi anni, con un incremento degli interventi di emi-artroplastica pari a 10 volte. Rispetto ad altre opzioni terapeutiche, infatti, all'intervento chirurgico precoce sono stati associati un minor rischio di complicanze post-operatorie, una più rapida ripresa funzionale e un benefico effetto sulla mortalità a breve e medio termine.



C5.12	
PERCENTUALE DI FRATTURE DEL FEMORE OPERATE SU QUELLE DIAGNOSTICATE	
DEFINIZIONE	Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate
NUMERATORE	Numero di interventi per fratture del femore x 100
DENOMINATORE	Numero di diagnosi di fratture del femore
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore (codice 820.xx).</p> <p>NUM: codici intervento principale o secondari per frattura del femore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C5.12 Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	80,38	897,00	1.116,00	2011	81,01	930,00	1.148,00	2012
Distretto Venosa	86,18	106,00	123,00	2011	83,45	116,00	139,00	2012
Distretto Potenza	62,25	61,00	98,00	2011	80,17	93,00	116,00	2012
Distretto Lagonegro	77,42	96,00	124,00	2011	82,76	96,00	116,00	2012
Distretto Matera	82,52	170,00	206,00	2011	78,64	162,00	206,00	2012
Distretto Montalbano J.	75,83	160,00	211,00	2011	77,21	166,00	215,00	2012
B - AO San Carlo	85,88	304,00	354,00	2011	83,43	297,00	356,00	2012
B - ASP di Potenza	76,23	263,00	345,00	2011	82,21	305,00	371,00	2012
B - ASM di Matera	79,14	330,00	417,00	2011	77,91	328,00	421,00	2012

2.33 Indicatore C6 Rischio clinico

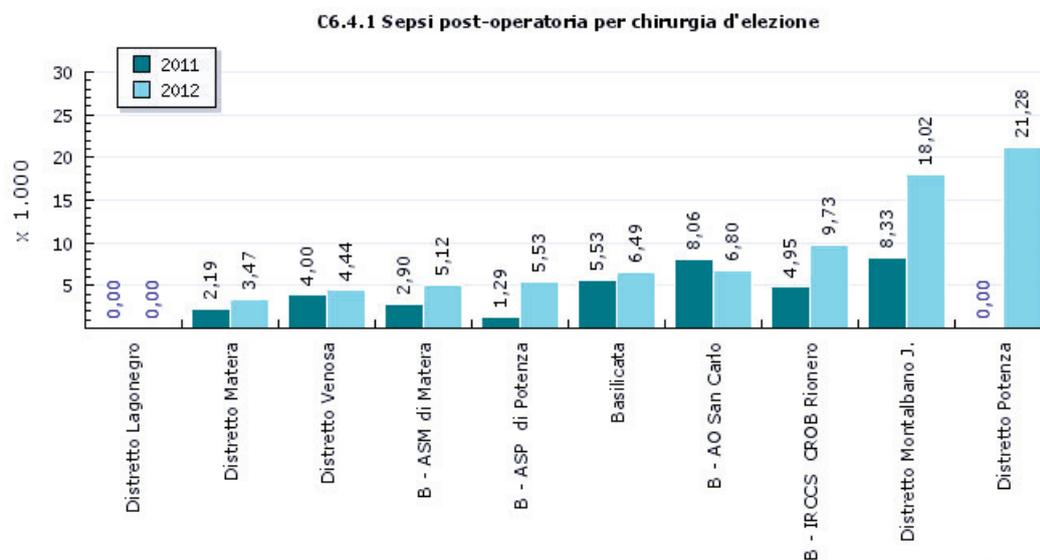
Gli indicatori relativi alla Sicurezza del paziente provengono dal set di indicatori Patient Safety Indicators (PSIs) dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). I PSIs mirano ad evidenziare il verificarsi di complicanze durante il ricovero, mediante l'individuazione dei codici delle diagnosi e delle procedure principali e secondarie presenti nella SDO, relativi a casi ad elevata probabilità di aver sviluppato complicanze o eventi correlati a problemi di qualità dell'assistenza (Nutti, 2007). I tre indicatori di Sicurezza del paziente adottati dal sistema di GRC toscano sono relativi alla sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione, alla mortalità intra-ospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità e all'embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica. Tali indicatori non vengono valutati poiché, rilevando fenomeni caratterizzati da bassi volumi, il loro risultato è notevolmente influenzato dalla corretta codifica dei codici di diagnosi e procedura e dall'accuratezza con cui viene compilata la SDO. I tre indicatori sono utilizzati con lo scopo di far emergere possibili eventi avversi, rappresentando principalmente uno strumento di prevenzione dei rischi e promozione della sicurezza del paziente.

- C6 Rischio clinico
 - C6.4.1 Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione [di osservazione]
 - C6.4.2 Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità [di osservazione]
 - C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica [di osservazione]

C6	
RISCHIO CLINICO	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore è composto dai seguenti sotto-indicatori di osservazione: <ul style="list-style-type: none"> • C6.4.1 Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione • C6.4.2 Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità • C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica.

2.34 Indicatore C6.4.1 Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione

L'indicatore Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione mette in evidenza il verificarsi di uno stato di sepsi ogni 1.000 pazienti sottoposti ad un intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a quattro giorni. Molto spesso i casi di sepsi vengono sotto-codificati, pertanto sono, probabilmente, più virtuose le aziende che presentano valori più elevati, in quanto segnalano il fenomeno più di altre.

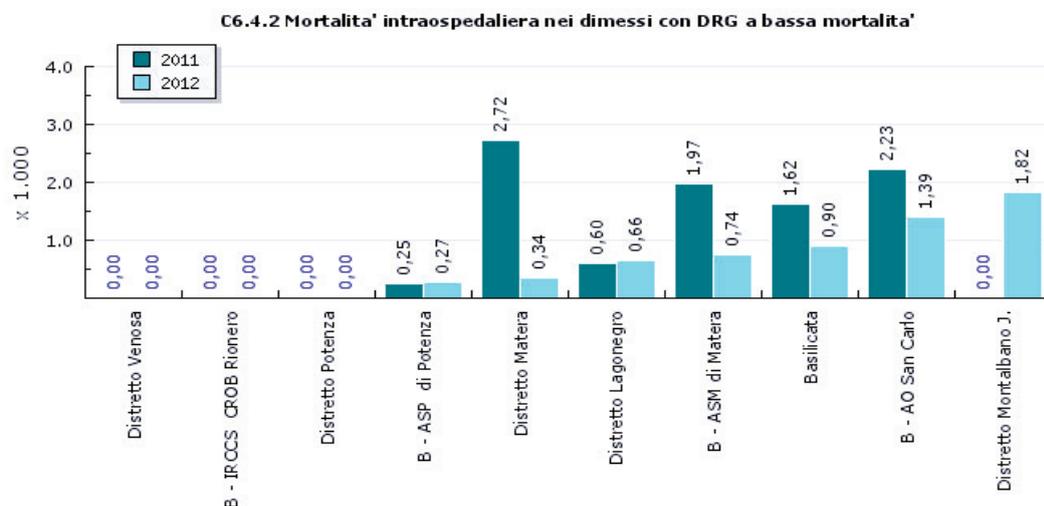


C6.4.1	
SEPSI POST-OPERATORIA PER CHIRURGIA D'ELEZIONE	
DEFINIZIONE	Percentuale di sepsi per 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a 4 giorni
NUMERATORE	N. dimessi con sepsi in diagnosi secondaria x 1.000
DENOMINATORE	N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico in elezione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri programmati e con pre-ospedalizzazione per i dimessi con degenza ≥ 4 a giorni, minorenni inclusi. Si considerano i DRG chirurgici con almeno un codice di procedura tra 00 e 86. Si considera la sepsi in diagnosi secondaria.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dimessi con diagnosi principale di sepsi o infezione; - i dimessi con diagnosi principale o secondaria di stato immunocompromesso o cancro; - i dimessi con intervento principale o secondari di stato immunocompromesso; - i DRG di infezione o cancro. <p>Codifiche ICD9-CM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi ICD9-CM di sepsi: 0380; 0381;03810;03811;03819;0382;0383;78552;78559;9980;03840;03841;03842;03843;03844;03849;0388;0389;99591;99592. - Diagnosi ICD9-CM di infezione. -- Categorie: 001;002;003;004;005;020;021;022;023;026;027;032;033;034;036;038;039;040;098;320;324;382;421;461;482; 510;513;540;567;680;681;682;0084; -- Codici: 00800, 00801, 00802, 00803, 00804, 00809, 0081, 0082, 0083, 0085, 024, 025, 035, 037, 04100, 04101, 04102, 04103, 04104, 04105, 04109, 04110, 04111, 04119, 0412, 0413, 0414, 0415, 0416, 0417, 04182, 04183, 04184, 04185, 04186, 04189, 0419, 3229, 36000, 36001, 36002, 36004, 37055, 37200, 37203, 37204, 37220, 37221, 37230, 37300, 37301, 3731, 37311, 37312, 37313, 37500, 37501, 37530, 37531, 37532, 37601, 37602, 37603, 37604, 38010, 38011, 38012, 38013, 38014, 38150, 38151, 38300, 38301, 38302, 38320, 38321, 38400, 38630, 38631, 38632, 38633, 4200, 42090, 42099, 42292, 462, 463, 46430, 46431, 4660, 475, 47822, 47824, 481, 4843, 4845, 4848, 485, 486, 490, 49122, 4941, 5111, 51901, 5192, 5220, 5225, 5227, 5230, 52300, 52301, 5233, 52331, 52332, 52333, 5264, 5273, 5283, 53641, 541, 542, 56201, 56203, 56211, 56213, 566, 5695, 56961, 5720, 5721, 57400, 57401, 57430, 57431, 57460, 57461, 57480, 57481, 5750, 57510, 57512, 5754, 5761, 5763, 5770, 59010, 59011, 5902, 5903, 59080, 59081, 5909, 5950, 5954, 59581, 59589, 5959, 5970, 59800, 59801, 5990, 6010, 6012, 6013, 6014, 6018, 6019, 6031, 6040, 60490, 60491, 6071, 6072, 6080, 6084, 6110, 6140, 6141, 6142, 6143, 6144, 6145, 6149, 6150, 6159, 6160, 61610, 6163, 6164, 63400, 63401, 63402, 63500, 63501, 63502, 63600, 63601, 63602, 63700, 63701, 63702, 6380, 6390, 64650, 64651, 64652, 64653, 64654, 64660, 64661, 64662, 64663, 64664, 64710, 64711, 64712, 64713, 64714, 64780, 64781, 64782, 64783, 64784, 64790, 64791, 64792, 64793, 64794, 65840, 65841, 65843, 67000, 67002, 67004, 67500, 67501, 67502, 67503, 67504, 67510, 67511, 67512, 67513, 67514, 67580, 67581, 67582, 67583, 67584, 67590, 67591, 67592, 67593, 67594, 683, 684, 68600, 68601, 68609, 6868, 6869, 69581, 70700, 70701, 70702, 70703, 70704, 70705, 70706, 70707, 70709, 71100, 71101, 71102, 71103, 71104, 71105, 71106, 71107, 71108, 71109, 71190, 71191, 71192, 71193, 71194, 71195, 71196, 71197, 71198, 71199, 7280, 72886, 73000, 73001, 73002, 73003, 73004, 73005, 73006, 73007, 73008, 73009, 73010, 73011, 73012, 73013, 73014, 73015, 73016, 73017, 73018, 73019, 73020, 73021, 73022, 73023, 73024, 73025, 73026, 73027, 73028, 73029, 73030, 73031, 73032, 73033, 73034, 73035, 73036, 73037, 73038, 73039, 73080, 73081, 73082, 73083, 73084, 73085, 73086, 73087, 73088, 73089, 73090, 73091, 73092, 73093, 73094, 73095, 73096, 73097, 73098, 73099, 7713, 7714, 7715, 77181, 77182, 77183, 77189, 7775, 7854, 78552, 7907, 9101, 9103, 9105, 9107, 9109, 9111, 9113, 9115, 9117, 9119, 9121, 9123, 9125, 9127, 9129, 9131, 9133, 9135, 9137, 9139, 9141, 9143, 9145, 9147, 9149, 9151, 9153, 9155, 9157, 9159, 9161, 9163, 9165, 9167, 9169, 9171, 9173, 9175, 9177, 9179, 9191, 9193, 9195, 9197, 9199, 99590, 99591, 99592, 99660, 99661, 99662, 99663, 99664, 99665, 99666, 99667, 99669, 99762, 99851, 99859, 9993. - Diagnosi ICD9-CM di Stato immunocompromesso. -- Categorie: 279, 585, 9968, V428; -- Codici: 042, 1363, 260, 261, 262, 23873, 23876, 28409, 2841, 2880, 28800, 28801, 28802, 28803, 28809, 2881, 2882, 2884, 28850, 28851, 28859, 28953, 28983, 40301, 40311, 40391, 40402, 40403, 40412, 40413, 40492, 40493, 5793, 5855, 5856, 9968, 99680, 99681, 99682, 99683, 99684, 99685, 99686, 99687, 99689, V420, V421, V426, V427, V451, V560, V561, V562. - Diagnosi ICD9-CM di cancro. -- Categorie: da 140 a 165, da 170 a 172, da 174 a 176, da 179 a 208, V10; -- Codici: 2386, 2733. - Procedure ICD9-CM di Stato immunocompromesso. -- Categorie: 335, 410, 505; -- Codici: 0018, 336, 3751, 5280, 5281, 5282, 5283, 5285, 5286, 5569. <p>DRG di infezione: 68;69;70;79;80;81;89;90;91;126; 238;242;277;278;279;320;321;322;368;417;423;560;561;572;579. DRG di cancro: 010, 011, 064, 082, 172, 173, 199, 203, 239, 257, 258, 259, 260, 274, 275, 303, 318, 319, 338, 344, 346, 347, 354, 355, 357, 363, 367, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 473, 492, 546.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDOsi fa riferimento all'indicatore utilizzato dall' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 13 Postoperative sepsis
LIVELLO	Azienda di erogazione

C6.4.1 Sepsis post-operatoria per chirurgia d'elezione								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	5,53	26,00	4.699,00	2011	6,49	28,00	4.316,00	2012
Distretto Venosa	4,00	1,00	250,00	2011	4,44	1,00	225,00	2012
Distretto Potenza	0,00	0,00	130,00	2011	21,28	3,00	141,00	2012
Distretto Lagonegro	0,00	0,00	397,00	2011	0,00	0,00	358,00	2012
Distretto Matera	2,19	2,00	915,00	2011	3,47	3,00	865,00	2012
Distretto Montalbano J.	8,33	1,00	120,00	2011	18,02	2,00	111,00	2012
B - AO San Carlo	8,06	20,00	2.483,00	2011	6,80	15,00	2.205,00	2012
B - ASP di Potenza	1,29	1,00	777,00	2011	5,53	4,00	724,00	2012
B - ASM di Matera	2,90	3,00	1.035,00	2011	5,12	5,00	976,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	4,95	2,00	404,00	2011	9,73	4,00	411,00	2012

2.35 Indicatore C6.4.2 Mortalita' intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalita'

L'indicatore Mortalità intra-ospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità esprime il numero di deceduti in ospedale ogni 1.000 pazienti con DRG caratterizzati da un tasso di mortalità inferiore allo 0,5%, ovvero con una probabilità di decesso molto bassa. Come si vede dai numeri assoluti, si tratta di una casistica molto limitata, che si aggira su poche unità per azienda. Poiché per DRG caratterizzati da un tasso di mortalità inferiore a 0,5% è assai raro che si verificano decessi, nel caso in cui tali eventi accadano è auspicabile un approfondimento del caso, consultando la cartella clinica.



C6.4.2

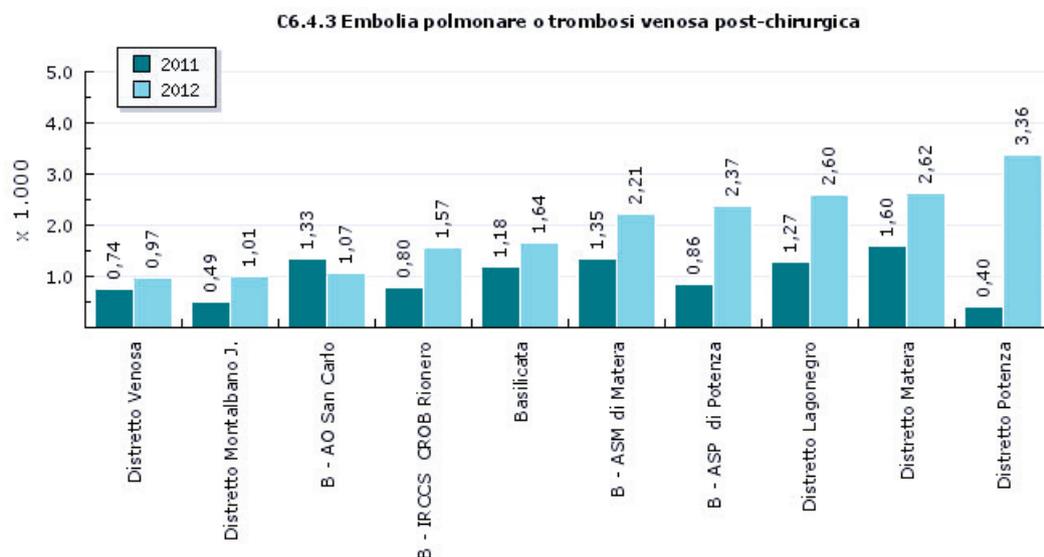
MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA NEI DIMESSI CON DRG A BASSA MORTALITA'

DEFINIZIONE	Deceduti in ospedale per 1.000 pazienti con DRG con tasso di mortalità inferiore allo 0,05%
NUMERATORE	N. deceduti con DRG a bassa mortalità x 1.000
DENOMINATORE	N. dimessi con DRG a bassa mortalità
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari per i dimessi maggiorenni (≥18 anni). Si considerano DRG a bassa mortalità quei DRG con un tasso di mortalità inferiore allo 0,05%. Quando un DRG è presente "senza /con complicazioni", entrambi i DRG devono presentare un tasso di mortalità inferiore a 0,5% per essere inclusi.</p> <p>Sono esclusi i dimessi con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnosi principale o secondarie di trauma, stato immunocompromesso o cancro; - intervento principale o secondari di stato immunocompromesso. <p>Elenco DRG a bassa mortalità: 006, 021, 036, 037, 039, 040, 042, 043, 044, 045, 049, 050, 051, 052, 053, 055, 056, 057, 059, 063, 065, 067, 068, 069, 072, 096, 097, 118, 125, 134, 140, 141, 142, 143, 166, 167, 177, 178, 179, 187, 223, 224, 225, 228, 229, 232, 237, 244, 245, 246, 247, 257, 258, 261, 262, 267, 268, 276, 288, 289, 290, 291, 295, 323, 324, 334, 335, 336, 337, 339, 341, 342, 350, 353, 356, 358, 359, 360, 361, 362, 364, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 421, 425, 426, 427, 428, 430, 431, 432, 433, 439, 441, 447, 471, 491, 496, 497, 498, 499, 500, 503, 518, 521, 522, 523, 537, 538, 556, 558.</p> <p>Esclusioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi ICD9-CM di trauma: categorie: da 800 a 815, da 817 a 825, da 827 a 833, da 835 a 839, da 850 a 854, da 860 a 882, 884, 887, 890, 891, 892, 894, 896, 897, da 900 a 904, da 925 a 929, da 940 a 949, 952, 953, 958 - Diagnosi ICD9-CM di Stato immunocompromesso: categorie: 279, 9968, V428 codici: 042, 1363, 260, 261, 262, 23873, 23876, 28409, 2841, 28800, 28801, 28802, 28803, 28809, 2881, 2882, 2884, 28850, 28851, 28859, 28953, 28983, 40301, 40311, 40391, 40402, 40403, 40412, 40413, 40492, 40493, 5793, 5855, 5856, V420, V421, V426, V427, V451, V560, V561, V562 - Diagnosi ICD9-CM di cancro: categorie: da 140 a 165, da 170 a 172, da 174 a 176, da 179 a 208, V10 codici: 2386, 2733 - Procedure ICD9-CM di Stato immunocompromesso: categorie: 335, 410, 505 codici: 0018, 336, 3751, 5280, 5281, 5282, 5283, 5285, 5286, 5569.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO. Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dall' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 2 Death in low-mortality DRGs
LIVELLO	Azienda di erogazione

C6.4.2 Mortalita' intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalita'								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	1,62	25,00	15.392,00	2011	0,90	13,00	14.419,00	2012
Distretto Venosa	0,00	0,00	1.518,00	2011	0,00	0,00	1.301,00	2012
Distretto Potenza	0,00	0,00	778,00	2011	0,00	0,00	904,00	2012
Distretto Lagonegro	0,60	1,00	1.655,00	2011	0,66	1,00	1.520,00	2012
Distretto Matera	2,72	8,00	2.945,00	2011	0,34	1,00	2.945,00	2012
Distretto Montalbano J.	0,00	0,00	1.109,00	2011	1,82	2,00	1.097,00	2012
B - AO San Carlo	2,23	16,00	7.179,00	2011	1,39	9,00	6.479,00	2012
B - ASP di Potenza	0,25	1,00	3.951,00	2011	0,27	1,00	3.725,00	2012
B - ASM di Matera	1,97	8,00	4.054,00	2011	0,74	3,00	4.042,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	0,00	0,00	208,00	2011	0,00	0,00	173,00	2012

2.36 Indicatore C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica

L'embolia polmonare è l'occlusione completa o parziale di uno o più rami delle arterie polmonari da parte di materiale di origine extra-polmonare, come un coagulo ematico. Gli interventi chirurgici, in particolare ortopedici, ginecologici, urologici e generali dell'addome rappresentano un fattore di rischio per il verificarsi di tale evento.



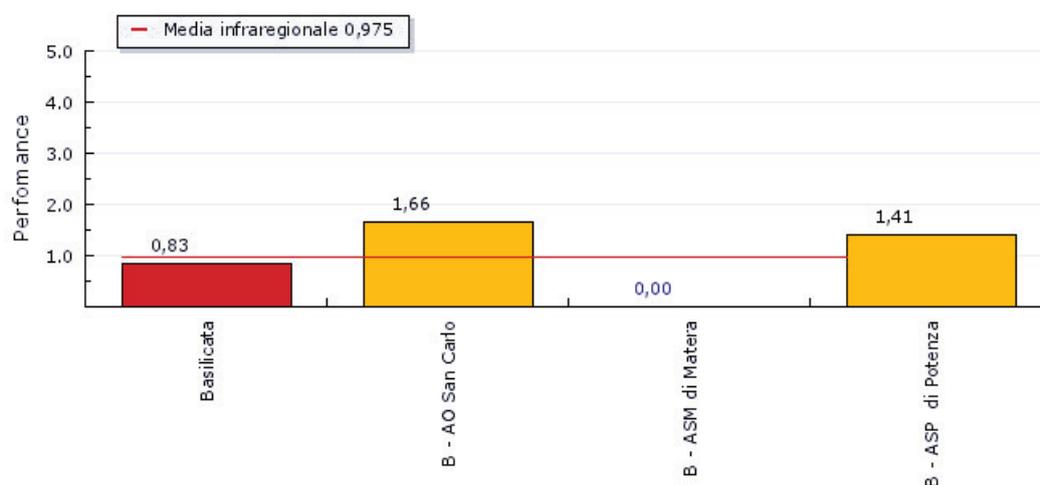
C6.4.3	
EMBOLIA POLMONARE O TROMBOSI VENOSA POST-CHIRURGICA	
DEFINIZIONE	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico
NUMERATORE	N. di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria x 1.000
DENOMINATORE	N. dimessi con DRG chirurgico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i DRG chirurgici con almeno un codice di procedura tra 01 e 86, per i dimessi maggiorenni (≥18 anni).</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi secondarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embolia polmonare: 415.11; 415.19 • Trombosi venosa profonda: 451.11; 451.19; 451.2; 451.81; 451.9; 453.8; 453.9 <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I dimessi con diagnosi principale di embolia polmonare o trombosi venosa profonda • I dimessi appartenenti alla MDC 14 • I pazienti con procedura principale di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa è l'unica procedura effettuata • I pazienti con procedura secondaria di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa procedura viene eseguita il giorno stesso o il precedente dell'intervento principale.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO. Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dall' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 12 Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis
LIVELLO	Azienda di erogazione

C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	1,18	47,00	39.934,00	2011	1,64	57,00	34.731,00	2012
Distretto Venosa	0,74	3,00	4.060,00	2011	0,97	2,00	2.070,00	2012
Distretto Potenza	0,40	1,00	2.482,00	2011	3,36	7,00	2.081,00	2012
Distretto Lagonegro	1,27	5,00	3.936,00	2011	2,60	9,00	3.456,00	2012
Distretto Matera	1,60	11,00	6.861,00	2011	2,62	15,00	5.725,00	2012
Distretto Montalbano J.	0,49	1,00	2.054,00	2011	1,01	2,00	1.976,00	2012
B - AO San Carlo	1,33	24,00	18.030,00	2011	1,07	18,00	16.872,00	2012
B - ASP di Potenza	0,86	9,00	10.478,00	2011	2,37	18,00	7.607,00	2012
B - ASM di Matera	1,35	12,00	8.915,00	2011	2,21	17,00	7.701,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	0,80	2,00	2.511,00	2011	1,57	4,00	2.551,00	2012

2.37 Indicatore C7 Materno infantile

La qualità sanitaria del percorso nascita è misurata tramite indicatori clinico - sanitari scelti tenendo conto sia della bibliografia internazionale [Health Canada, Sutter Women's & Children's Services 2001], che della condivisione con i professionisti. Degli indicatori presenti sul sistema di valutazione per il percorso nascita, solo i primi tre sono oggetto di valutazione, mentre gli altri vengono forniti come indicatori di contesto, per una più completa lettura del percorso. I dati relativi alla Regione Umbria per il bersaglio 2012 fanno riferimento all'anno 2011, in quanto le informazioni del flusso CEDAP per il 2012 non sono ancora disponibili.

- C7 Materno infantile
 - C7.1 % cesarei depurati (NTSV) [di valutazione]
 - C7.2 % parti indotti [di valutazione]
 - C7.3 % episiotomia depurate (NTSV) [di valutazione]
 - C7.4 Tasso neonati con Apgar < 7 al quinto minuto [di osservazione]
 - C7.6 % parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [di osservazione]
 - C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica [di osservazione]
 - C7.13 % donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>= 12esima settimana gestazionale) [di osservazione]
 - C7.14 % donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <= 4 [di osservazione]



C7	
MATERNO INFANTILE	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il punteggio dell'indicatore corrisponde alla media dei punteggi dei sotto indicatori valutati: <ul style="list-style-type: none"> • C7.1 % cesarei depurati (NTSV) • C7.2 % parti indotti • C7.3 % episiotomia depurate (NTSV)

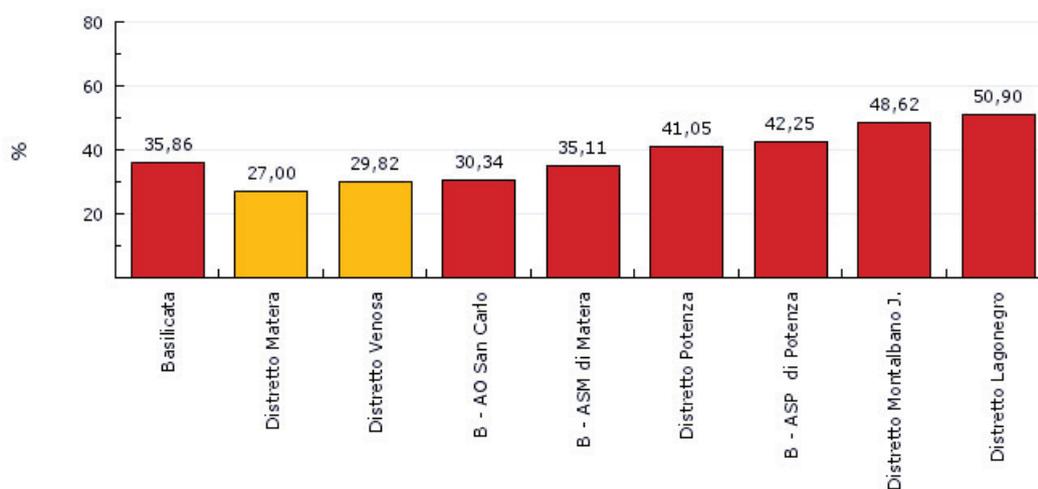
2.38 Indicatore C7.1 % cesarei depurati (NTSV)

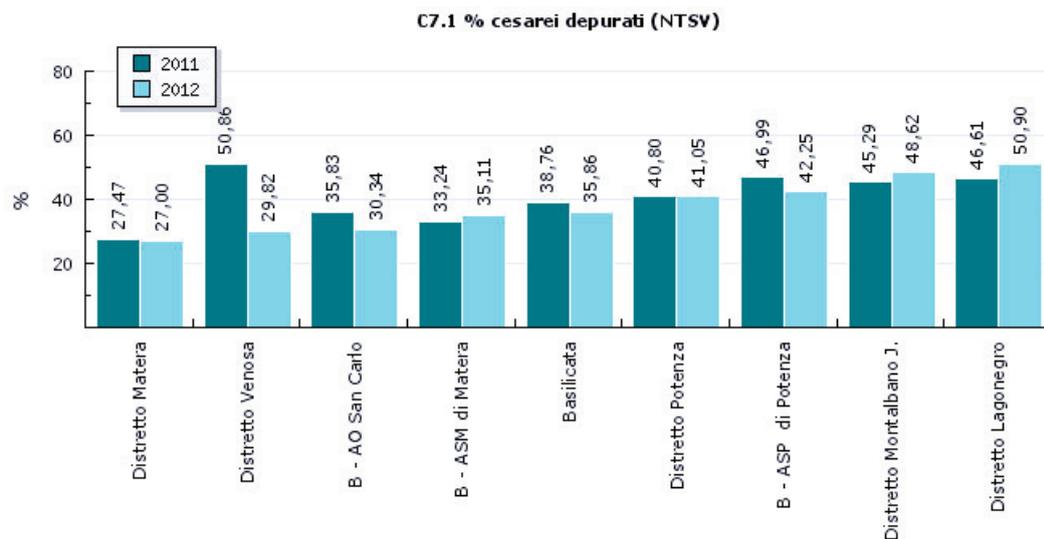
Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche, ma che tuttavia riesce a comprendere un'ampia fascia di popolazione costituita da circa il 32-39% dei parti cesarei [Evaluation of Cesarean Delivery, 2000]. La percentuale di parti cesarei NTSV rappresenta l'indicatore più appropriato per la valutazione della qualità dei servizi legati al percorso materno infantile a livello ospedaliero.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 30.00	■
Valutazione scarsa	30.00 - 25.00]	■
Valutazione media	25.00 - 20.00]	■
Valutazione buona	20.00 - 15.00]	■
Valutazione ottima	< 15.00	■

C7.1 - % cesarei depurati (NTSV)



**C7.1****% CESAREI DEPURATI (NTSV)**

DEFINIZIONE Percentuale parti cesarei depurata (NTSV)

NUMERATORE Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100

DENOMINATORE Numero di parti depurati (NTSV)

NOTE PER L'ELABORAZIONE NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):

- donne primipare;
 - parto non gemellare;
 - parto a termine tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea include;
 - bambino in posizione verticale. Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita.
- Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.

RIFERIMENTO Obiettivo: ≤ 15%

FONTE Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP

LIVELLO Azienda di erogazione

C7.1 % cesarei depurati (NTSV)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	38,76	769,00	1.984,00	2011	35,86	709,00	1.977,00	2012
Distretto Venosa	50,86	118,00	232,00	2011	29,82	65,00	218,00	2012
Distretto Potenza	40,80	51,00	125,00	2011	41,05	55,00	134,00	2012
Distretto Lagonegro	46,61	151,00	324,00	2011	50,90	169,00	332,00	2012
Distretto Matera	27,47	128,00	466,00	2011	27,00	98,00	363,00	2012
Distretto Montalbano J.	45,29	101,00	223,00	2011	48,62	106,00	218,00	2012
B - AO San Carlo	35,83	220,00	614,00	2011	30,34	216,00	712,00	2012
B - ASP di Potenza	46,99	320,00	681,00	2011	42,25	289,00	684,00	2012
B - ASM di Matera	33,24	229,00	689,00	2011	35,11	204,00	581,00	2012

2.39 Indicatore C7.2 % parti indotti

L'indicatore misura il grado di utilizzo delle tecniche di induzione farmacologica durante il parto. Non esistendo un parametro di riferimento internazionale, l'obiettivo per le Regioni è la riduzione al ricorso all'induzione, limitando tale pratica ai soli casi necessari.

Fasce di valutazione

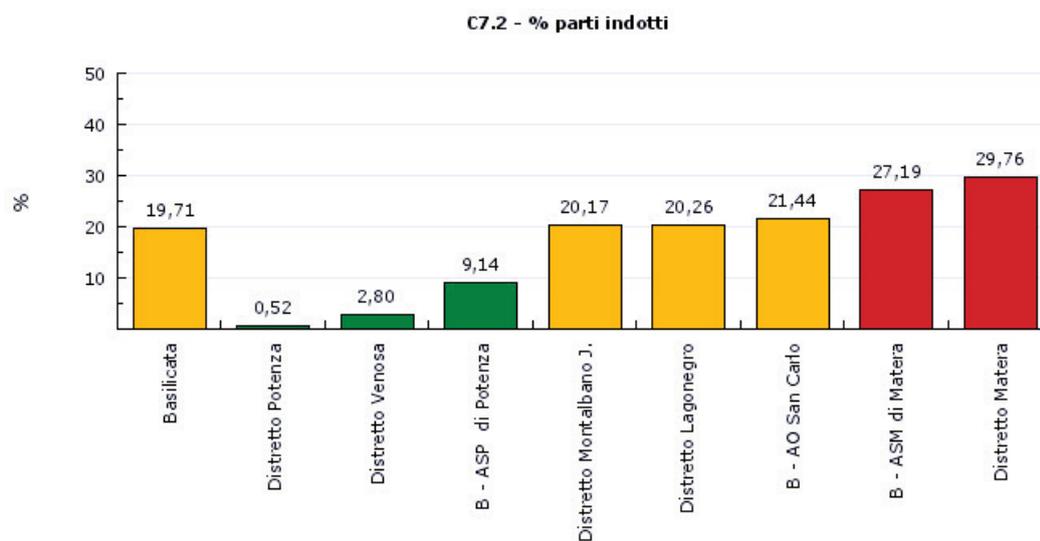
Valutazione pessima > 22.00 ■

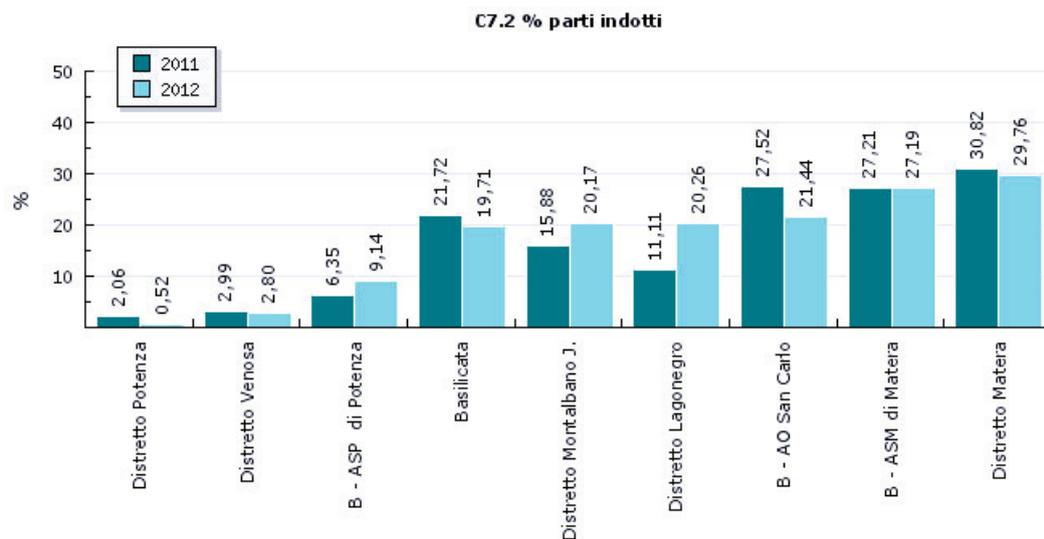
Valutazione scarsa 22.00 - 18.00] ■

Valutazione media 18.00 - 14.00] ■

Valutazione buona 14.00 - 10.00] ■

Valutazione ottima < 10.00 ■



**C7.2****% PARTI INDOTTI**

DEFINIZIONE	Percentuale di parti con induzione farmacologica
NUMERATORE	Numero di parti vaginali con induzione farmacologica x 100
DENOMINATORE	Numero di parti vaginali
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p><i>Num</i>: modalità iniziale del travaglio: indotta.</p> <p><i>Den</i>: modalità iniziale del travaglio: spontanea + indotta.</p> <p>Si escludono dal conteggio i parti dove la modalità del travaglio corrisponde a " non avvenuto", in cui il parto viene riconvertito in cesareo.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di erogazione

C7.2 % parti indotti								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	21,72	548,00	2.523,00	2011	19,71	523,00	2.653,00	2012
Distretto Venosa	2,99	7,00	234,00	2011	2,80	8,00	286,00	2012
Distretto Potenza	2,06	3,00	146,00	2011	0,52	1,00	191,00	2012
Distretto Lagonegro	11,11	33,00	297,00	2011	20,26	63,00	311,00	2012
Distretto Matera	30,82	225,00	730,00	2011	29,76	194,00	652,00	2012
Distretto Montalbano J.	15,88	37,00	233,00	2011	20,17	48,00	238,00	2012
B - AO San Carlo	27,52	243,00	883,00	2011	21,44	209,00	975,00	2012
B - ASP di Potenza	6,35	43,00	677,00	2011	9,14	72,00	788,00	2012
B - ASM di Matera	27,21	262,00	963,00	2011	27,19	242,00	890,00	2012

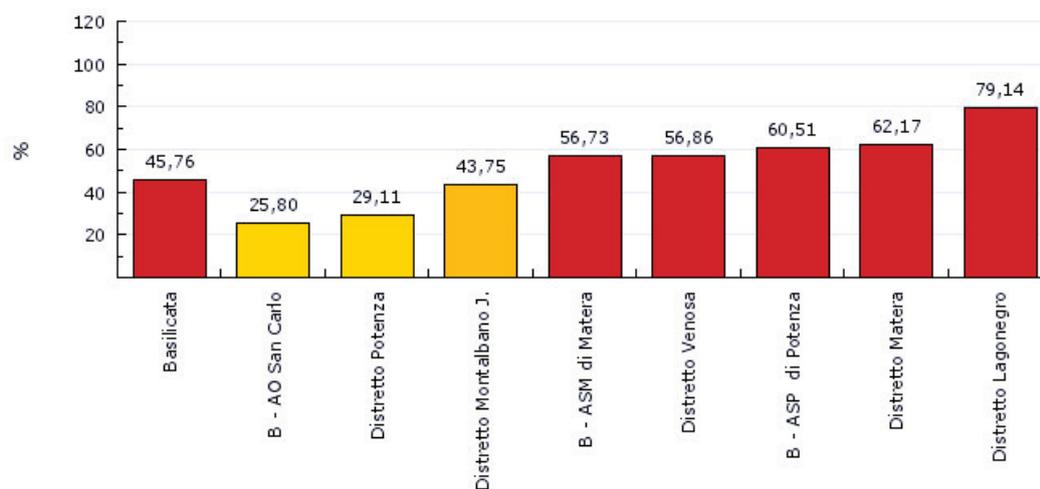
2.40 Indicatore C7.3 % episiotomia depurate (NTSV)

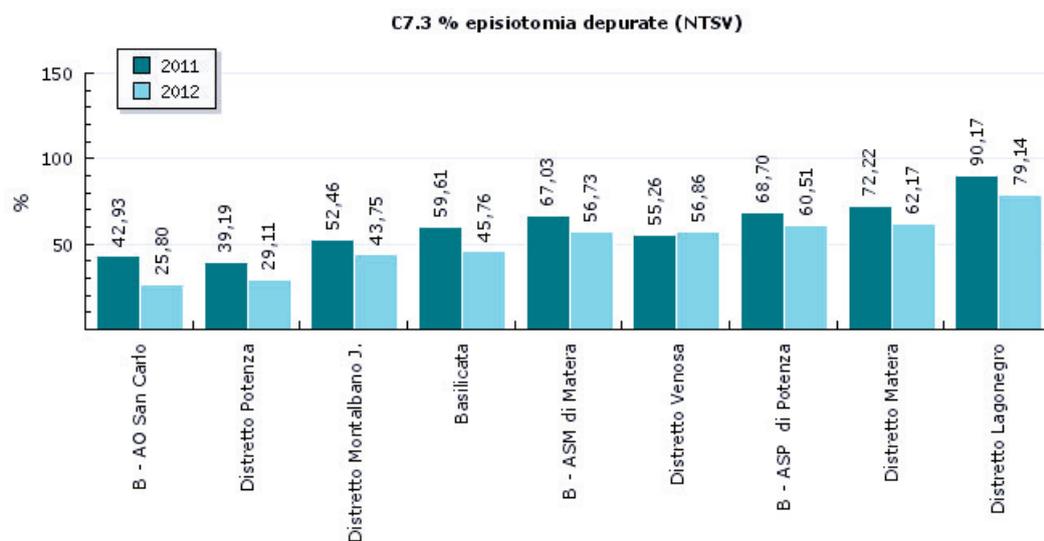
L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici controllati randomizzati condotti sull'episiotomia hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia (sia mediana che mediolaterale) riduce l'incidenza di traumi e complicazioni dell'area perineale [Viswanathan et al., 2005].

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 45.00	■
Valutazione scarsa	45.00 - 35.00]	■
Valutazione media	35.00 - 25.00]	■
Valutazione buona	25.00 - 15.00]	■
Valutazione ottima	< 15.00	■

C7.3 - % episiotomia depurate (NTSV)



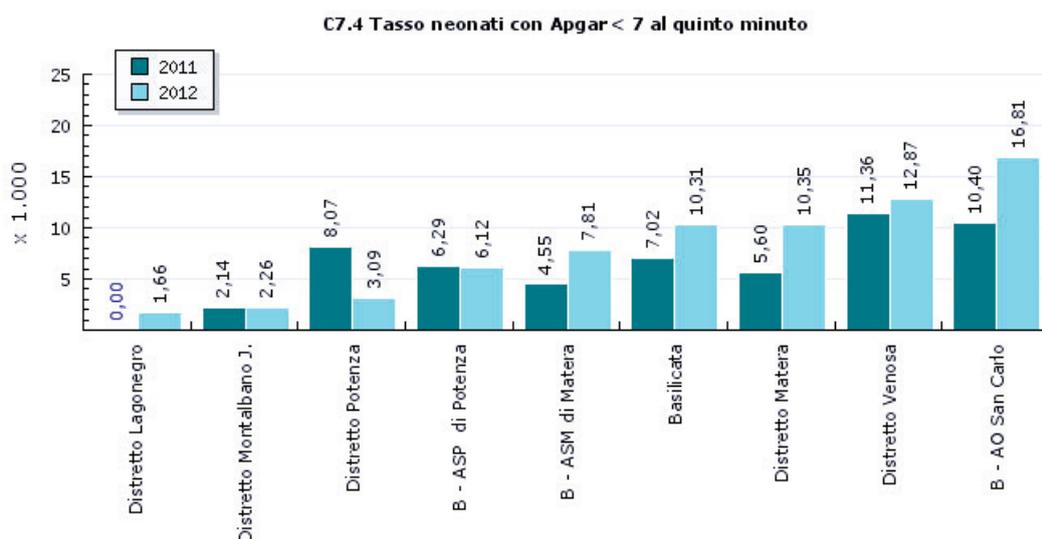
**C7.3****% EPISIOTOMIA DEPURATE (NTSV)**

DEFINIZIONE	Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)
NUMERATORE	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (NTSV) x 100
DENOMINATORE	Numero di parti vaginali depurati (NTSV)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne primipare; • parto a termine tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea incluse; • parto non gemellare; • bambino in posizione verticale. <p>Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni. Parto vaginale: spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento. Si escludono dal conteggio i parti dove non è registrata l'informazione relativa all'episiotomia. Per le regioni senza il campo Episiotomia sul CEDAP si incrociano i dati con la SDO: selezione dei ricoveri ordinari con DRG: 372-373-374-375 Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: Episiotomia 72.1, 72.21, 72.31, 73.6. Si escludono i parti podalici nell'intervento principale o secondari: 72.5x, 72.6.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regione - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di erogazione

C7.3 % episiotomia depurate (NTSV)								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	59,61	732,00	1.228,00	2011	45,76	583,00	1.274,00	2012
Distretto Venosa	55,26	63,00	114,00	2011	56,86	87,00	153,00	2012
Distretto Potenza	39,19	29,00	74,00	2011	29,11	23,00	79,00	2012
Distretto Lagonegro	90,17	156,00	173,00	2011	79,14	129,00	163,00	2012
Distretto Matera	72,22	247,00	342,00	2011	62,17	166,00	267,00	2012
Distretto Montalbano J.	52,46	64,00	122,00	2011	43,75	49,00	112,00	2012
B - AO San Carlo	42,93	173,00	403,00	2011	25,80	129,00	500,00	2012
B - ASP di Potenza	68,70	248,00	361,00	2011	60,51	239,00	395,00	2012
B - ASM di Matera	67,03	311,00	464,00	2011	56,73	215,00	379,00	2012

2.41 Indicatore C7.4 Tasso neonati con Apgar < 7 al quinto minuto

L'indice di Apgar è un valore che viene assegnato alla nascita ed esprime la vitalità del neonato e l'efficienza delle principali funzioni dell'organismo. Tale indice utilizza cinque parametri di base, ai quali viene assegnato un punteggio da zero a due; il valore massimo dell'indice, quindi, è 10. Il test viene effettuato a 1 minuto ed a 5 minuti di vita del neonato e può essere ripetuto se il punteggio rimane basso. I neonati con punteggio alla nascita inferiore a 4 sono gravemente depressi e necessitano di intervento medico immediato; quelli con punteggio fra 4 e 6 sono moderatamente a rischio, bisognosi di assistenza, vigilanza e ripetizione del test ogni 5 minuti; i neonati con punteggio fra il 7 e il 10 sono considerati normali. La percentuale dei test effettuati al 5 minuto, con valore inferiore a 7, è utilizzata come indicatore di sofferenza fetale. Tale indicatore è da leggersi in relazione ad altri indicatori, quali la percentuale di cesarei e la percentuale di parti operativi.

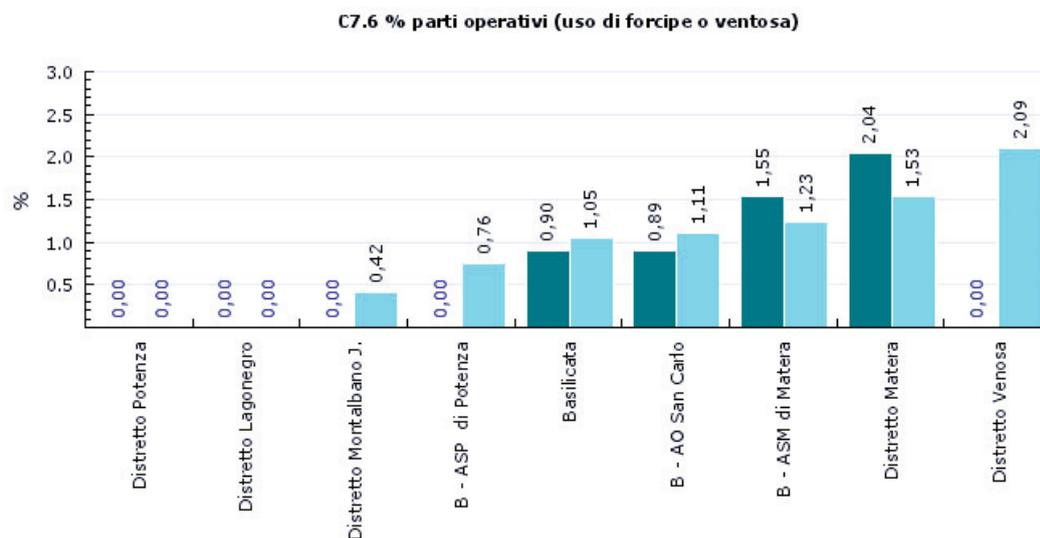


C7.4	
TASSO NEONATI CON APGAR < 7 AL QUINTO MINUTO	
DEFINIZIONE	Tasso di neonati con indice di Apgar <7 al quinto minuto, per 1.000 nati vivi
NUMERATORE	Numero di neonati con indice di Apgar <7 al quinto minuto x 1.000
DENOMINATORE	Numero nati vivi
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Num: valori di Apgar compresi tra 1 e 6 Den: valori di Apgar compresi tra 1 e 10 Si considerano esclusivamente: - le gravidanze fisiologiche - parti a termine (tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea incluse) - valori di Apgar corretti (compresi tra i valori ammissibili): flag errore Apgar = 0
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di erogazione

C7.4 Tasso neonati con Apgar < 7 al quinto minuto								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	7,02	31,00	4.414,00	2011	10,31	45,00	4.367,00	2012
Distretto Venosa	11,36	7,00	616,00	2011	12,87	7,00	544,00	2012
Distretto Potenza	8,07	2,00	248,00	2011	3,09	1,00	324,00	2012
Distretto Lagonegro	0,00	0,00	568,00	2011	1,66	1,00	603,00	2012
Distretto Matera	5,60	6,00	1.072,00	2011	10,35	10,00	966,00	2012
Distretto Montalbano J.	2,14	1,00	467,00	2011	2,26	1,00	443,00	2012
B - AO San Carlo	10,40	15,00	1.443,00	2011	16,81	25,00	1.487,00	2012
B - ASP di Potenza	6,29	9,00	1.432,00	2011	6,12	9,00	1.471,00	2012
B - ASM di Matera	4,55	7,00	1.539,00	2011	7,81	11,00	1.409,00	2012

2.42 Indicatore C7.6 % parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore va letto insieme alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali correlazioni fra livelli più bassi di incidenza del taglio cesareo ed un maggior ricorso al parto operativo.

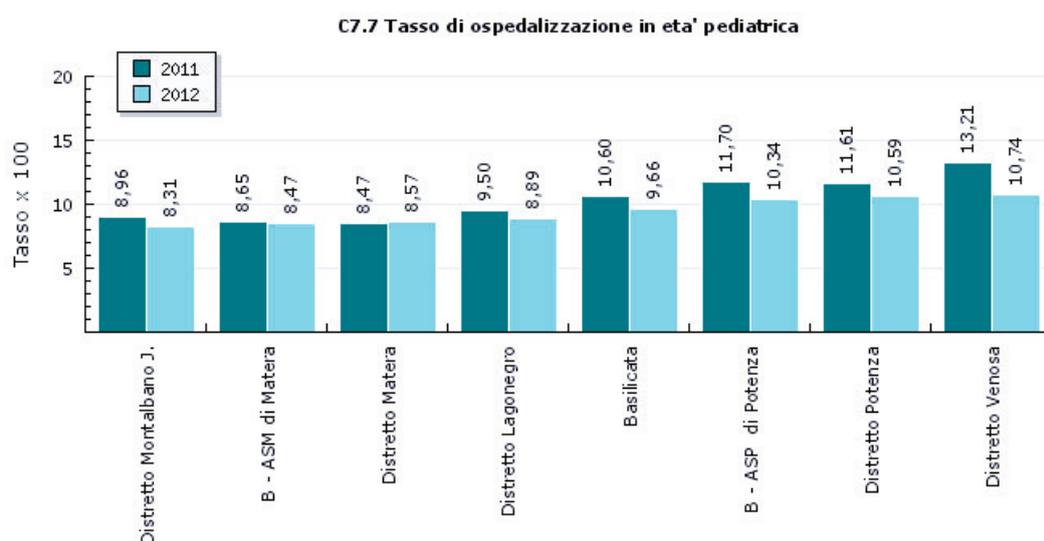


C7.6	
% PARTI OPERATIVI (USO DI FORCIPE O VENTOSA)	
DEFINIZIONE	Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
NUMERATORE	Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe x 100
DENOMINATORE	Numero parti vaginali
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Parto vaginale: parto spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di erogazione

C7.6 % parti operativi (uso di forcipe o ventosa)								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	0,90	23,00	2.553,00	2011	1,05	28,00	2.677,00	2012
Distretto Venosa	0,00	0,00	236,00	2011	2,09	6,00	287,00	2012
Distretto Potenza	0,00	0,00	147,00	2011	0,00	0,00	191,00	2012
Distretto Lagonegro	0,00	0,00	302,00	2011	0,00	0,00	314,00	2012
Distretto Matera	2,04	15,00	736,00	2011	1,53	10,00	653,00	2012
Distretto Montalbano J.	0,00	0,00	234,00	2011	0,42	1,00	239,00	2012
B - AO San Carlo	0,89	8,00	898,00	2011	1,11	11,00	993,00	2012
B - ASP di Potenza	0,00	0,00	685,00	2011	0,76	6,00	792,00	2012
B - ASM di Matera	1,55	15,00	970,00	2011	1,23	11,00	892,00	2012

2.43 Indicatore C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica

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 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 inappropriata dei ricoveri in età pediatrica [Fortino et al., 2005; ASSR, 2002]. 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].



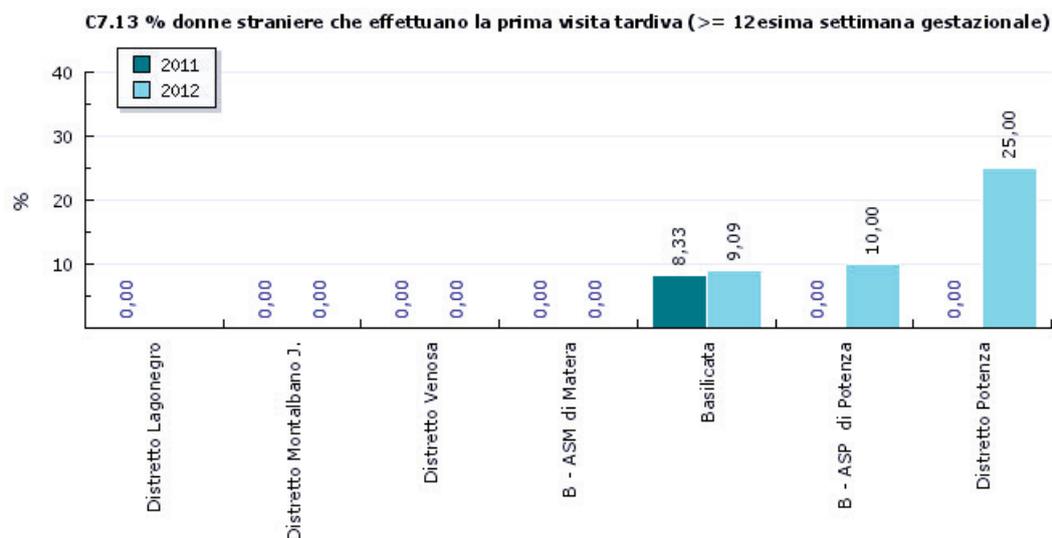
C7.7	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (0-14 anni)
NUMERATORE	Numero di ricoveri di residenti in età pediatrica (0-14 anni) x 100
DENOMINATORE	Popolazione residente (0-14 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital. La mobilità passiva, finché non è disponibile quella dell'anno in corso, viene stimata utilizzando quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri: <ul style="list-style-type: none"> • erogati da strutture private non accreditate • relativi ai neonati normali (DRG 391).
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	10,60	8.339,00	78.660,00	2011	9,66	7.602,00	78.660,00	2012
Distretto Venosa	13,21	1.876,00	14.198,00	2011	10,74	1.525,00	14.198,00	2012
Distretto Potenza	11,61	3.188,00	27.457,00	2011	10,59	2.907,00	27.457,00	2012
Distretto Lagonegro	9,50	815,00	8.576,00	2011	8,89	762,00	8.576,00	2012
Distretto Matera	8,47	1.508,00	17.806,00	2011	8,57	1.525,00	17.806,00	2012
Distretto Montalbano J.	8,96	952,00	10.623,00	2011	8,31	883,00	10.623,00	2012
B - ASP di Potenza	11,70	5.879,00	50.231,00	2011	10,34	5.194,00	50.231,00	2012
B - ASM di Matera	8,65	2.460,00	28.429,00	2011	8,47	2.408,00	28.429,00	2012

2.44 Indicatore C7.13 % donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>= 12esima settimana gestazionale)

L'indicatore relativo alla percentuale di donne che effettua la prima visita tardiva viene proposto nel Rapporto Europeo sulla salute perinatale per evidenziare l'importanza di effettuare la prima visita di controllo in gravidanza entro il primo trimestre. Un'appropriatezza epoca di "presa in carico" permette, infatti, di identificare precocemente problemi che necessitano di una sorveglianza specifica (gravidanze "a rischio") e di carattere sociale, nonché di garantire un'informazione sull'utilizzo dei servizi e sugli accertamenti da effettuare ed indicazioni su come ridurre l'esposizione a fattori di rischio.

L'indicatore sotto riportato si focalizza sulle donne straniere provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria, in quanto il recarsi alla prima visita a 12 o più settimane di gravidanza risulta decisamente più frequente nelle donne con cittadinanza straniera rispetto alle italiane.



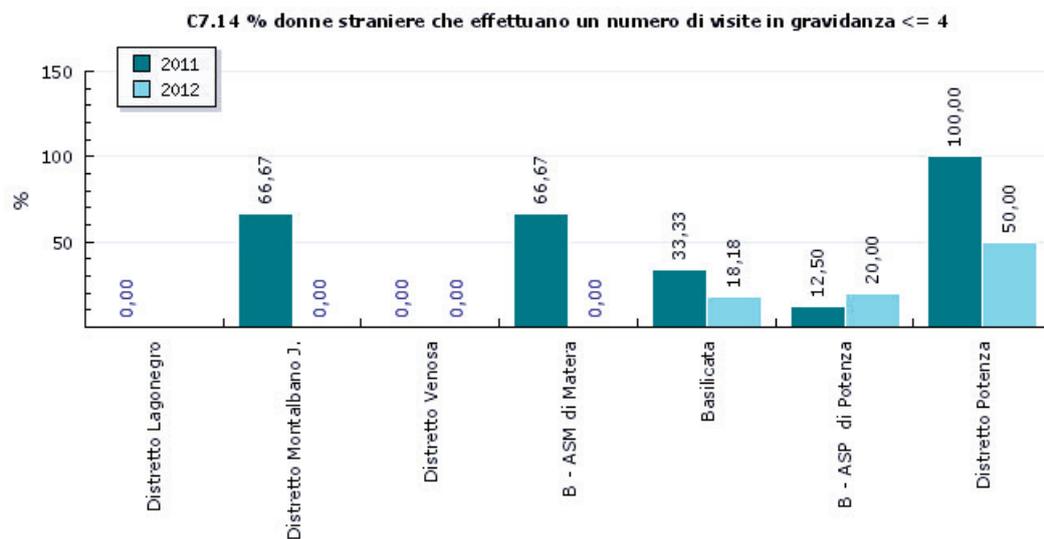
C7.13	
% DONNE STRANIERE CHE EFFETTUANO LA PRIMA VISITA TARDIVA (>= 12ESIMA SETTIMANA GESTAZIONALE)	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>=12a settimana di gestazione)
NUMERATORE	Numero donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>= 12ª settimana) x 100
DENOMINATORE	Numero di parti di donne straniere
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i parti erogati a residenti in Regione relativi alle straniere con cittadinanza in Paesi a forte pressione migratoria (PFPM); - i parti erogati in Regione di straniere temporaneamente presenti (STP): in questo caso l'azienda di erogazione viene considerata come azienda di residenza. Le STP, la cui azienda di residenza così attribuita risulta essere una AO, si considerano residenti nella Asl del territorio della AO; - prima visita compresa fra la 4ª e la 43ª settimana di gestazione, estremi inclusi; - prima visita = 0 e N. di visite = 0 o 99. <p><i>Numeratore:</i> si considerano le donne che effettuano la prima visita dalla 12ª settimana in poi e quelle che non la effettuano (prima visita = 0 e N. di visite = 0 o 99).</p> <p>STP: PFPM con comune di residenza = 999</p> <p>Si escludono i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di residenza

C7.13 % donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>= 12esima settimana gestazionale)								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	8,33	1,00	12,00	2011	9,09	1,00	11,00	2012
Distretto Venosa	0,00	0,00	5,00	2011	0,00	0,00	6,00	2012
Distretto Potenza	0,00	0,00	1,00	2011	25,00	1,00	4,00	2012
Distretto Lagonegro	0,00	0,00	2,00	2011				
Distretto Montalbano J.	0,00	0,00	3,00	2011	0,00	0,00	1,00	2012
B - ASP di Potenza	0,00	0,00	8,00	2011	10,00	1,00	10,00	2012
B - ASM di Matera	0,00	0,00	3,00	2011	0,00	0,00	1,00	2012

2.45 Indicatore C7.14 % donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <= 4

Un altro aspetto della modalità di assistenza nel corso della gravidanza che viene preso in considerazione, è la percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza inferiore o uguale a 4. L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica come standard un numero superiore a 4 controlli per una gravidanza fisiologica; sotto tale livello, l'assistenza sanitaria alle donne in gravidanza è ritenuta insufficiente.

Analogamente all'indicatore relativo alla prima visita di controllo effettuata tardivamente, si osserva una frequenza maggiore di donne con cittadinanza straniera che effettuano un numero di visite insufficiente in gravidanza rispetto alle donne italiane.



C7.14	
% DONNE STRANIERE CHE EFFETTUANO UN NUMERO DI VISITE IN GRAVIDANZA <= 4	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <= 4
NUMERATORE	Numero donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <= 4, x 100
DENOMINATORE	Numero di parti di donne straniere
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i parti erogati a residenti in Regione relativi alle straniere con cittadinanza in Paesi a forte pressione migratoria (PFPM); - i parti erogati in Regione di straniere temporaneamente presenti (STP): in questo caso l'azienda di erogazione viene considerata come azienda di residenza. Le STP, la cui azienda di residenza così attribuita risulta essere una AO, si considerano residenti nella Asl del territorio della AO; - campo N. di visite <= 15; - prima visita = 0 e N. di visite = 0 o 99. <p>Numeratore: si considerano le donne che effettuano <= 4 visite, comprese quelle che non effettuano nessuna visita (prima visita = 0 e N. di visite = 0 o 99).</p> <p>STP: PFPM con comune di residenza = 999</p> <p>Si escludono i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di residenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	33,33	4,00	12,00	2011	18,18	2,00	11,00	2012
Distretto Venosa	0,00	0,00	5,00	2011	0,00	0,00	6,00	2012
Distretto Potenza	100,00	1,00	1,00	2011	50,00	2,00	4,00	2012
Distretto Lagonegro	0,00	0,00	2,00	2011				
Distretto Montalbano J.	66,67	2,00	3,00	2011	0,00	0,00	1,00	2012
B - ASP di Potenza	12,50	1,00	8,00	2011	20,00	2,00	10,00	2012
B - ASM di Matera	66,67	2,00	3,00	2011	0,00	0,00	1,00	2012

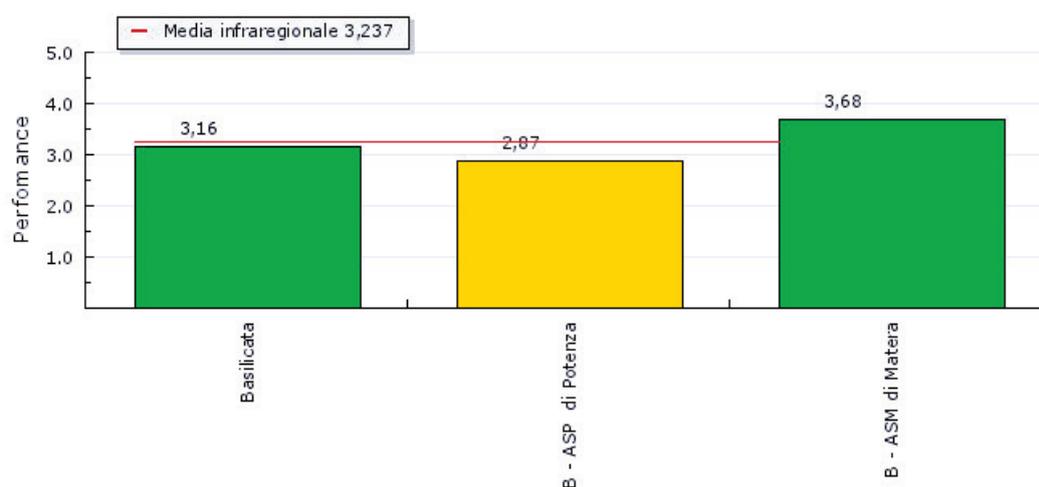
2.46 Indicatore C8a Integrazione ospedale - territorio

Uno dei principali obiettivi del SSN è garantire la continuità delle cure sia tra i diversi professionisti intra ed extrahospitalieri - in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario - sia tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio. Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie (PSN 2011-2013). La carenza di strumenti e processi di integrazione può, infatti, comportare conseguenze rilevanti, sia per i pazienti che per le organizzazioni, come ad esempio la riduzione dell'efficacia della cura, la percezione da parte del paziente e dei suoi familiari di mancata presa in carico e, non meno importante, un utilizzo inappropriato delle risorse.

L'indicatore per l'integrazione fra ospedale e territorio intende, pertanto, valutare l'efficacia sanitaria delle attività territoriali ed il loro grado di integrazione con le attività ospedaliere, fondamentale nell'assicurare una buona continuità assistenziale. L'efficacia del territorio viene misurata sia in termini indiretti - attraverso le ospedalizzazioni di lungo periodo o ripetute, o le ospedalizzazioni per patologie specifiche che tendenzialmente possono essere ben seguite sul territorio - sia mediante alcuni indicatori sentinella riguardanti l'attività dei consultori.

Tutti gli indicatori sono di valutazione, fatta eccezione per la percentuale di ricoveri ripetuti entro 31-180 giorni ed il tasso di concepimento per minorenni, che vengono forniti come indicatori di contesto.

- C8a Integrazione ospedale - territorio
 - C8b.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti [di valutazione]
 - C8a.1 % ricoveri >30 giorni [di valutazione]
 - C8a.2 % ricoveri ripetuti a 31-180 giorni [di osservazione]
 - C8a.3 Tasso concepimento per minorenni [di osservazione]
 - C11a.4.1 Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni) [di valutazione]
 - C8a.19 Pediatria di base [di valutazione]
 - C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) [di valutazione]
 - C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni) [di valutazione]



C8a	
INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore ha una valutazione pari alla media dei punteggi degli indicatori: - C8b.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti; - C11a.4.1 Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni); - C8a.19 Pediatria di base.

2.47 Indicatore C8b.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti

L'indicatore misura indirettamente la capacità ricettiva del territorio ed il grado di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Un elevato numero di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni - depurati dalla casistica più complessa - evidenzia una scarsa organizzazione a livello territoriale per la gestione dei cosiddetti ricoveri sociali, che richiederebbero l'accoglienza dei pazienti non autosufficienti in strutture residenziali protette per un periodo di tempo predefinito e sulla base di un progetto assistenziale individualizzato.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 1.80 ■

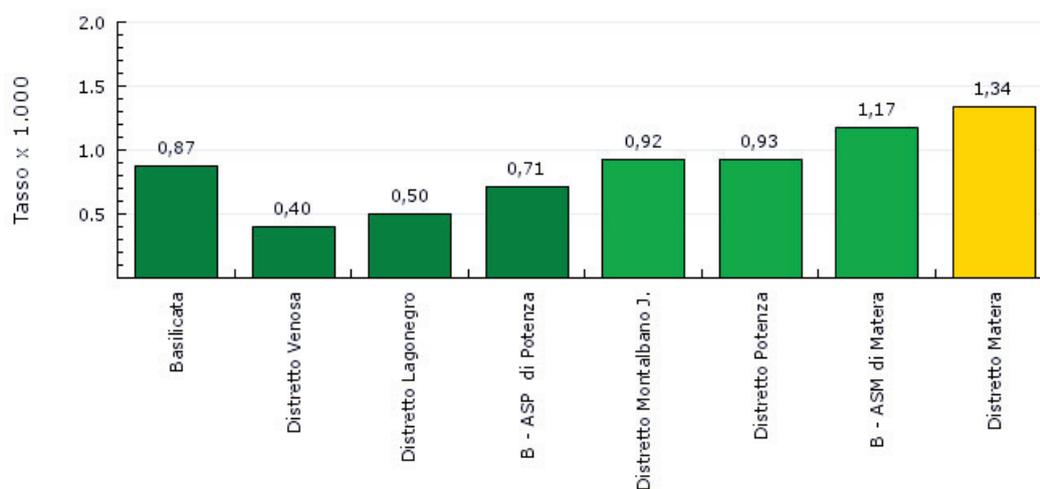
Valutazione scarsa 1.80 - 1.50] ■

Valutazione media 1.50 - 1.20] ■

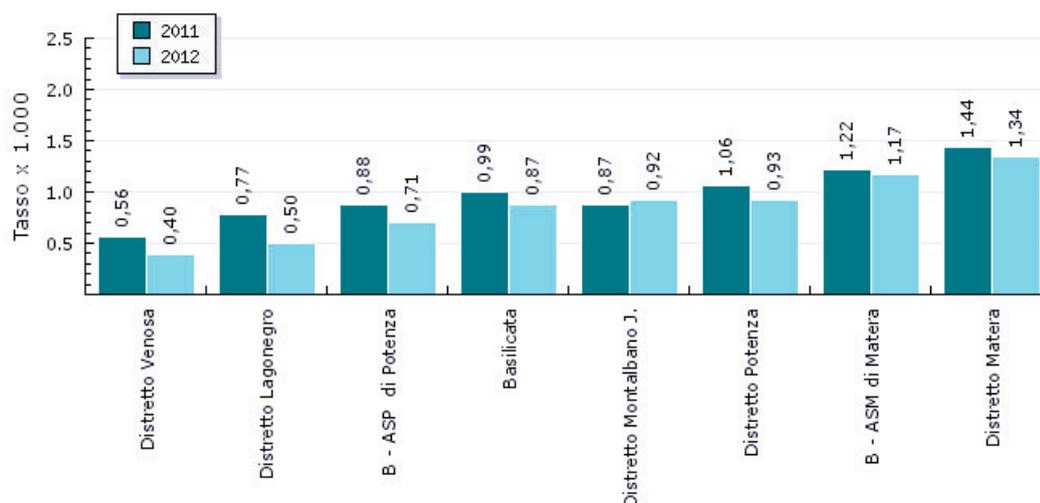
Valutazione buona 1.20 - 0.90] ■

Valutazione ottima < 0.90 ■

C8b.2 - Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti



C8b.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti



C8b.2

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DEI RICOVERI OLTRE 30 GG PER 1000 RESIDENTI

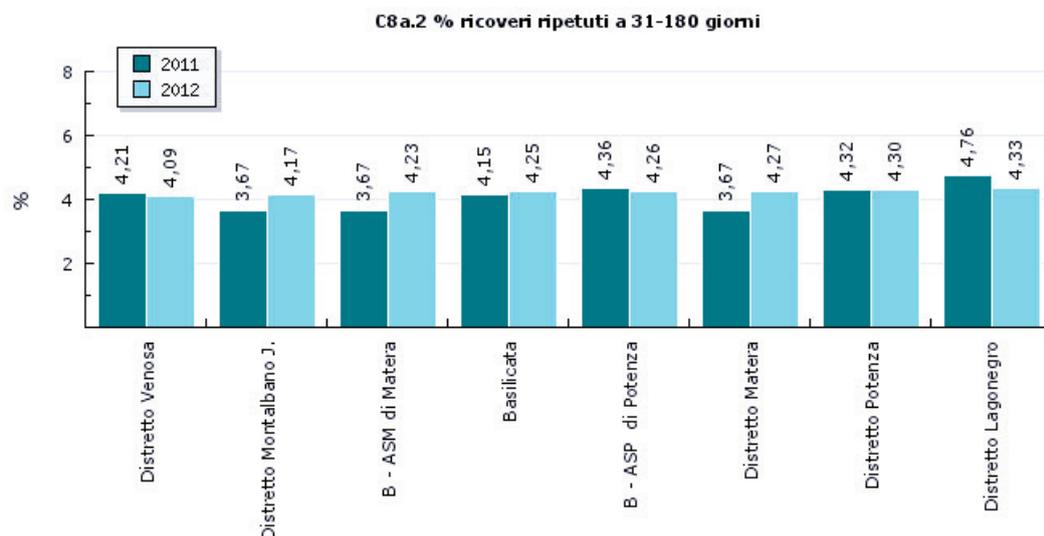
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre i 30 giorni per 1000 residenti
NUMERATORE	N. dimessi con degenza superiore a 30 giorni per Ausl di residenza x 1000
DENOMINATORE	Popolazione per Ausl di residenza
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a residenti in regione. Si considerano solo i ricoveri ordinari.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i ricoveri erogati da strutture private non accreditate; - i pazienti ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di: Malattie Infettive 24, Unità spinale 28, Pneumologia 68, Psichiatria 40, Grandi ustionati 47, Terapia intensiva 49, Recupero e riabilitazione funzionale 56, Lungodegenti 60, Terapia intensiva neonatale 73, neuroriabilitazione 75; - i bambini di età inferiore ad 1 anno; - i dimessi psichiatrici (DRG 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 521, 522, 523).
FONTE	Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C8b.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	0,99	584,00	587.517,00	2011	0,87	503,00	577.562,00	2012
Distretto Venosa	0,56	54,00	96.804,00	2011	0,40	38,00	95.534,00	2012
Distretto Potenza	1,06	225,00	213.335,00	2011	0,93	194,00	209.548,00	2012
Distretto Lagonegro	0,77	57,00	73.652,00	2011	0,50	36,00	72.430,00	2012
Distretto Matera	1,44	178,00	123.449,00	2011	1,34	163,00	121.800,00	2012
Distretto Montalbano J.	0,87	70,00	80.277,00	2011	0,92	72,00	78.250,00	2012
B - ASP di Potenza	0,88	336,00	383.791,00	2011	0,71	268,00	377.512,00	2012
B - ASM di Matera	1,22	248,00	203.726,00	2011	1,17	235,00	200.050,00	2012

2.48 Indicatore C8a.2 % ricoveri ripetuti a 31-180 giorni

La percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni, con la stessa MDC (Categoria Diagnostica Principale), misura indirettamente la capacità di presa in carico territoriale del paziente. I pazienti che ritornano in ospedale, per un motivo di salute analogo a quello del precedente ricovero, presumibilmente, non hanno ricevuto un'assistenza adeguata a livello territoriale dopo la prima dimissione, pertanto il ricovero ripetuto viene attribuito all'azienda di residenza. Se, invece, il rientro in ospedale avviene nei 30 giorni successivi al primo ricovero, si ipotizza un'inadeguatezza delle cure ospedaliere, come monitorato dall'indicatore C5.1.

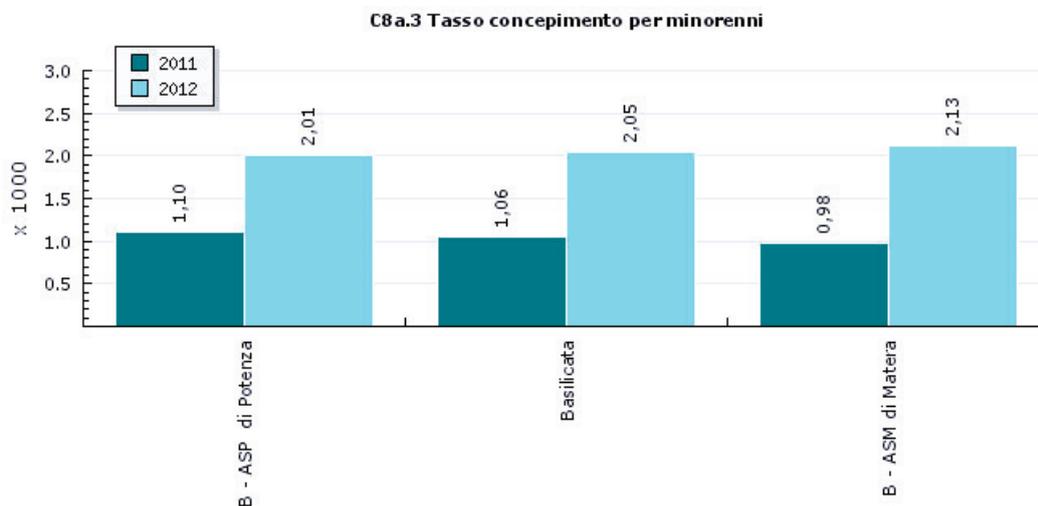


C8a.2	
% RICOVERI RIPETUTI A 31-180 GIORNI	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC in una struttura regionale
NUMERATORE	N. ricoveri ripetuti dei dimessi dal 1 gennaio al 30 novembre tra 31 e 180 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic) x 100
DENOMINATORE	N. Ricoveri dal 1 gennaio al 30 novembre
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a residenti in regione, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Sono esclusi i ricoveri: - con reparto di ammissione: psichiatria (codice 40); - con reparto di dimissione: unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75); - relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409, 410, 492). Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra la ammissione e una precedente dimissione 31-180 giorni. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C8a.2 % ricoveri ripetuti a 31-180 giorni								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	4,15	1.983,00	47.835,00	2011	4,25	1.891,00	44.531,00	2012
Distretto Venosa	4,21	342,00	8.122,00	2011	4,09	285,00	6.966,00	2012
Distretto Potenza	4,32	851,00	19.711,00	2011	4,30	799,00	18.588,00	2012
Distretto Lagonegro	4,76	243,00	5.104,00	2011	4,33	194,00	4.479,00	2012
Distretto Matera	3,67	328,00	8.927,00	2011	4,27	371,00	8.696,00	2012
Distretto Montalbano J.	3,67	219,00	5.971,00	2011	4,17	242,00	5.802,00	2012
B - ASP di Potenza	4,36	1.436,00	32.937,00	2011	4,26	1.278,00	30.033,00	2012
B - ASM di Matera	3,67	547,00	14.898,00	2011	4,23	613,00	14.498,00	2012

2.49 Indicatore C8a.3 Tasso concepimento per minorenni

Nei consultori adolescenti l'area ostetrico-ginecologica si focalizza prevalentemente sugli interventi legati alla contraccezione, mentre l'area psico-sociale è caratterizzata principalmente da interventi legati a problematiche di disagio, abuso e maltrattamento. Il tasso di concepimento per minorenni, calcolato come rapporto tra la somma dei parti, degli aborti spontanei e delle interruzioni volontarie di gravidanza delle minorenni, con età compresa tra i 12 e i 17 anni, e la stessa popolazione femminile di riferimento per Asl di residenza, misura una delle attività consultoriali.



C8a.3	
TASSO CONCEPIMENTO PER MINORENNI	
DEFINIZIONE	Tasso di concepimento per 1.000 residenti minorenni
NUMERATORE	Numero parti + Numero interruzioni volontarie di gravidanza + Numero aborti spontanei di donne minorenni residenti x 1.000
DENOMINATORE	Popolazione residente (donne 12-17 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	La popolazione di riferimento è costituita da donne minorenni (12-17 anni) per azienda di residenza.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP, IVG, AS
LIVELLO	Azienda di residenza

C8a.3 Tasso concepimento per minorenni								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	1,06	18,00	17.051,00	2011	2,05	35,00	17.051,00	2012
B - ASP di Potenza	1,10	12,00	10.939,00	2011	2,01	22,00	10.939,00	2012
B - ASM di Matera	0,98	6,00	6.112,00	2011	2,13	13,00	6.112,00	2012

2.50 Indicatore C11a.4.1 Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)

La polmonite è una malattia acuta relativamente frequente che, nonostante i progressi compiuti in campo diagnostico e terapeutico, è gravata da una mortalità non trascurabile e da costi elevati per diagnosi, per terapia, per mortalità prematura e per giornate perse di lavoro. Rappresenta però una patologia prevenibile e trattabile efficacemente nella maggior parte dei casi con terapia antibiotica a livello di assistenza primaria. Il buon funzionamento del territorio è di cruciale importanza per evitare il ricovero di pazienti nella fase acuta della malattia. Protagonisti della prevenzione sono i Medici di Medicina Generale, il cui importante ruolo emerge anche dall'Accordo Integrativo Regionale 2012 che prevede di concordare a livello aziendale dei Percorsi Diagnostico Terapeutici che mettano a disposizione servizi di diagnostica per le patologie acute, come la polmonite, che possono essere trattate a livello territoriale (AIR 2012).

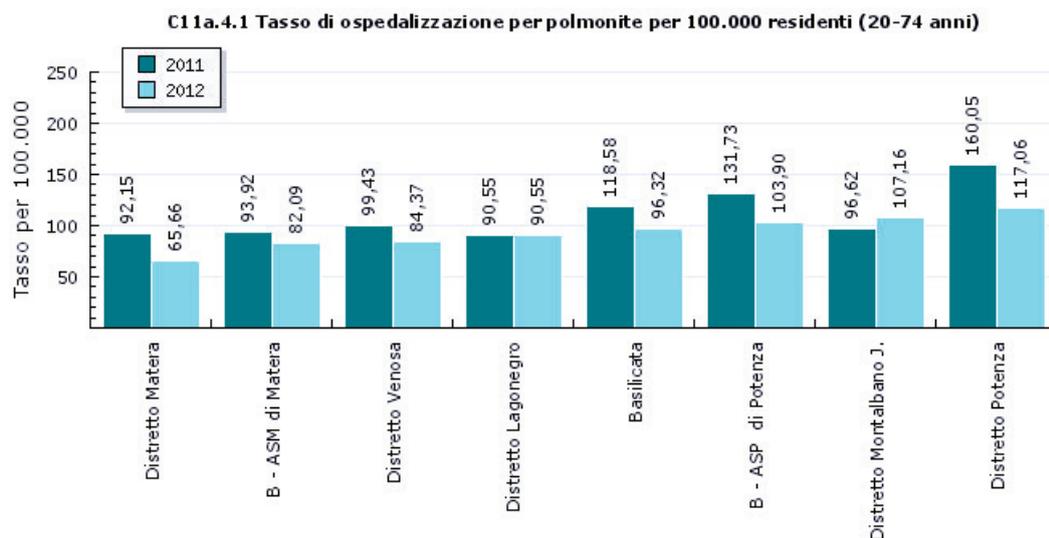
Il basso numero di ricoveri ospedalieri per i residenti di un determinato territorio può essere, pertanto, una variabile proxy della misura dell'appropriatezza dell'assistenza primaria nel trattamento della patologia acuta.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 140.00	■
Valutazione scarsa	140.00 - 124.00]	■
Valutazione media	124.00 - 108.00]	■
Valutazione buona	108.00 - 92.00]	■
Valutazione ottima	< 92.00	■

C11a.4.1 - Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)





C11a.4.1

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER POLMONITE PER 100.000 RESIDENTI (20-74 ANNI)

DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per polmonite 20-74 anni relativi ai residenti nella Ausl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 20-74 anni residente nella Ausl
NOTE PER L'ELABORAZIONE	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. DRG: 79-80-89-90. Sono esclusi: <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75); • i ricoveri in strutture private non accreditate; • i ricoveri con diagnosi principale di: Tubercolosi primaria, polmonare e dell'apparato respiratorio (Codici 010.xx, 011.xx, 012.xx); • i ricoveri con diagnosi principale o secondarie di: Malattia dei legionari (482.84), Condizioni morbose respiratorie da inalazione di fumi e vapori chimici (506.0, 506.1, 506.2, 506.3), Polmonite da solidi e liquidi (507.0, 507.1, 507.8).
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

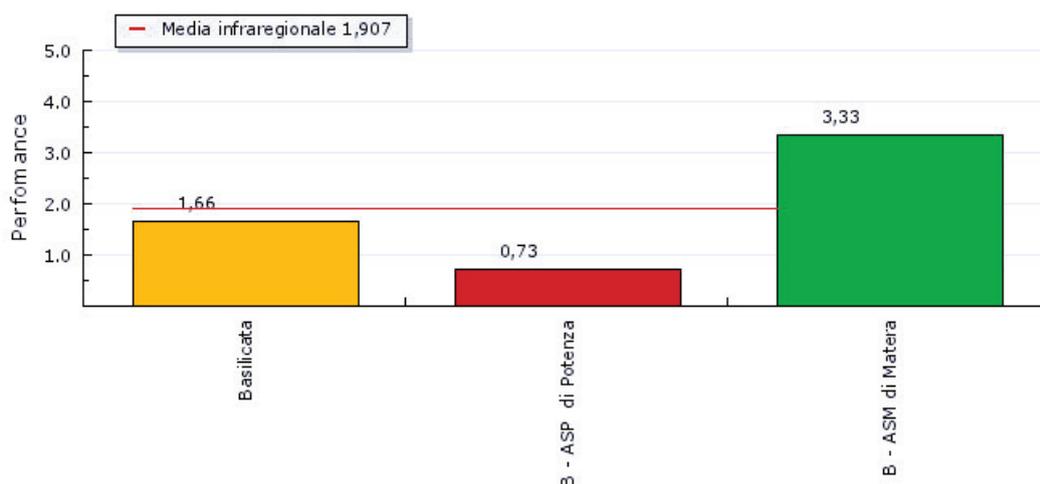
C11a.4.1 Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	118,58	490,00	413.226,00	2011	96,32	398,00	413.226,00	2012
Distretto Venosa	99,43	66,00	66.377,00	2011	84,37	56,00	66.377,00	2012
Distretto Potenza	160,05	242,00	151.207,00	2011	117,06	177,00	151.207,00	2012
Distretto Lagonegro	90,55	47,00	51.903,00	2011	90,55	47,00	51.903,00	2012
Distretto Matera	92,15	80,00	86.815,00	2011	65,66	57,00	86.815,00	2012
Distretto Montalbano J.	96,62	55,00	56.924,00	2011	107,16	61,00	56.924,00	2012
B - ASP di Potenza	131,73	355,00	269.487,00	2011	103,90	280,00	269.487,00	2012
B - ASM di Matera	93,92	135,00	143.739,00	2011	82,09	118,00	143.739,00	2012

2.51 Indicatore C8a.19 Pediatria di base

Il tasso di ospedalizzazione rappresenta un buon indicatore di utilizzazione delle strutture ospedaliere e della domanda espressa dal territorio. Il suo valore assume particolare interesse in età pediatrica, per le peculiari caratteristiche dell'età evolutiva e la conseguente necessaria specificità dei percorsi organizzativo-assistenziali.

Un ruolo determinante nel contenimento della quota di inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri, spetta alla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale e la valorizzazione del pediatra di famiglia, al fine di individuare i percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie [Zanetti *et al.*, 2005].

Gli indicatori che seguono misurano il tasso di ospedalizzazione per due patologie che hanno una notevole incidenza nei pazienti pediatrici, ma che dovrebbero essere seguite sul territorio, limitando ai soli casi più gravi il ricorso all'ospedalizzazione.



C8a.19

PEDIATRIA DI BASE

NOTE PER L'ELABORAZIONE

L'indicatore C8a.19 assume una valutazione pari alla media dei punteggi degli indicatori:
 - C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni);
 - C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni.

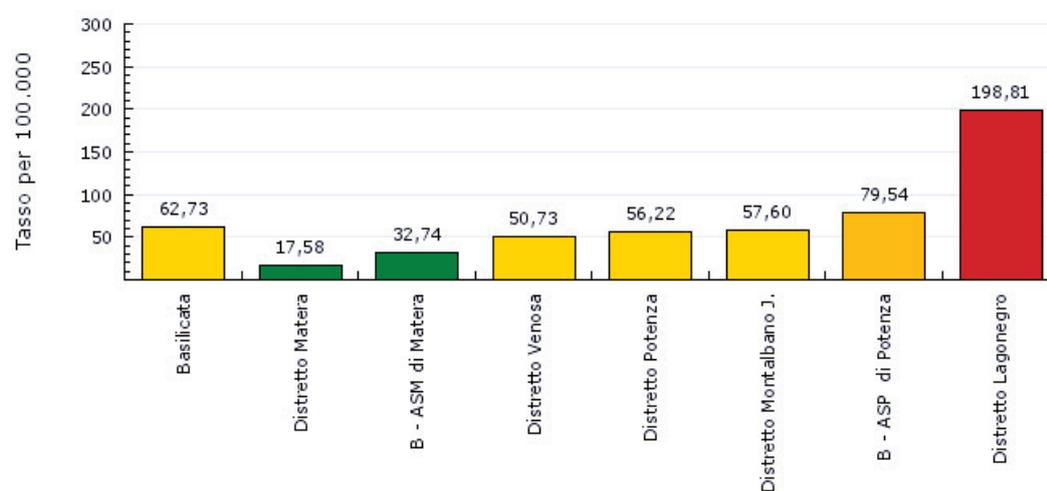
2.52 Indicatore C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni)

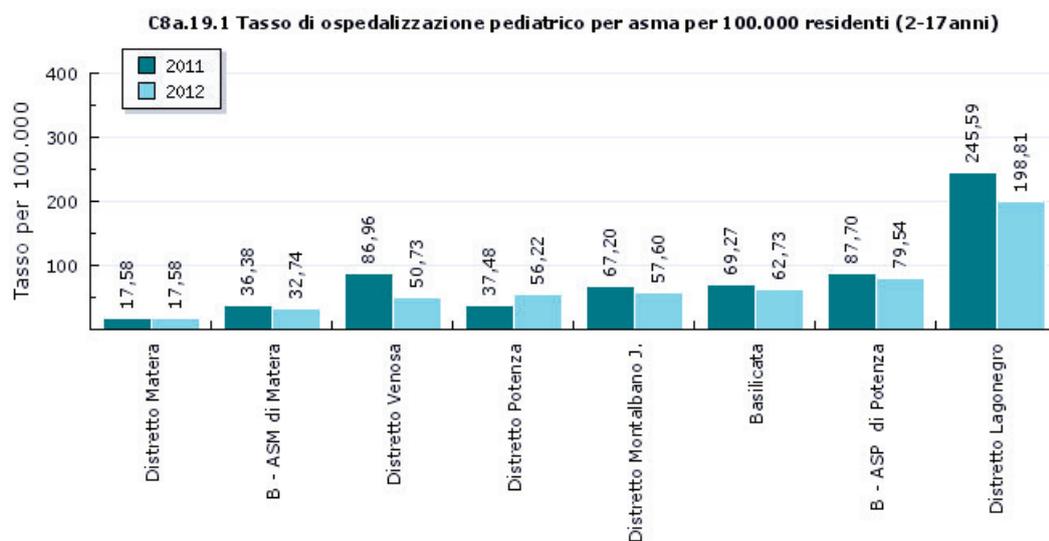
L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile (con livelli di morbosità in aumento) e l'asma acuto è la più frequente emergenza medica in età pediatrica. Un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale. Il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia sono fondamentali per la definizione dei percorsi più idonei per la gestione dell'asma bronchiale sul territorio, limitando ai soli casi più gravi il ricorso all'ospedalizzazione.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 80.00	■
Valutazione scarsa	80.00 - 65.00]	■
Valutazione media	65.00 - 50.00]	■
Valutazione buona	50.00 - 35.00]	■
Valutazione ottima	< 35.00	■

C8a.19.1 - Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni)





C8a.19.1

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICO PER ASMA PER 100.000 RESIDENTI (2-17 ANNI)

DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma
NUMERATORE	Numero ricoveri per asma 2-17 anni relativi ai residenti nella Asl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione residente (2-17 anni)
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri dei residenti in regione, 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 per asma: 493.* Sono esclusi: <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi trasferiti da altri istituti; • i dimessi di età inferiore ai 2 anni; • i dimessi con diagnosi secondaria di fibrosi cistica e anomalie del sistema respiratorio: 277.0*, 747.21, 748.3, 748.4, 748.5, 748.6*, 748.8, 748.9, 750.3, 759.3, 770.7; • i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	69,27	53,00	76.516,00	2011	62,73	48,00	76.516,00	2012
Distretto Venosa	86,96	12,00	13.799,00	2011	50,73	7,00	13.799,00	2012
Distretto Potenza	37,48	10,00	26.680,00	2011	56,22	15,00	26.680,00	2012
Distretto Lagonegro	245,59	21,00	8.551,00	2011	198,81	17,00	8.551,00	2012
Distretto Matera	17,58	3,00	17.069,00	2011	17,58	3,00	17.069,00	2012
Distretto Montalbano J.	67,20	7,00	10.417,00	2011	57,60	6,00	10.417,00	2012
B - ASP di Potenza	87,70	43,00	49.030,00	2011	79,54	39,00	49.030,00	2012
B - ASM di Matera	36,38	10,00	27.486,00	2011	32,74	9,00	27.486,00	2012

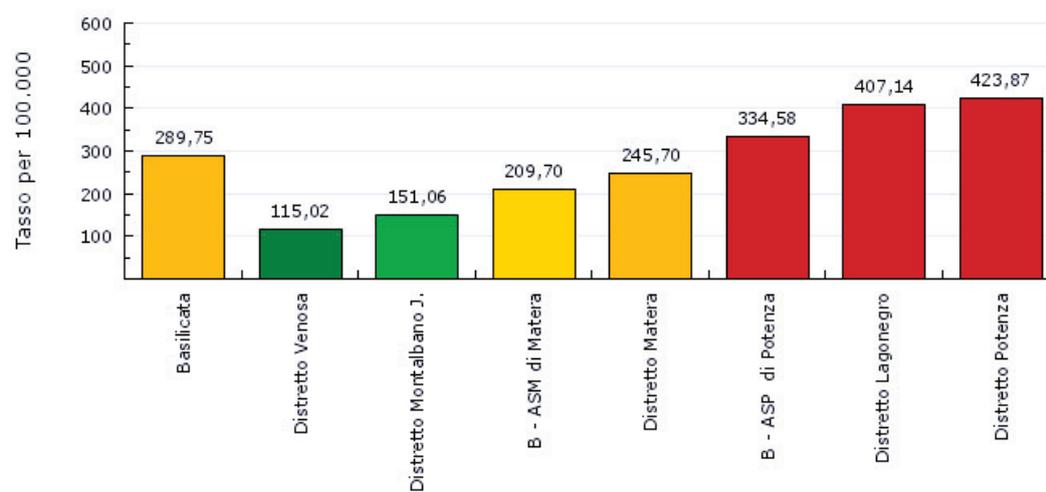
2.53 Indicatore C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)

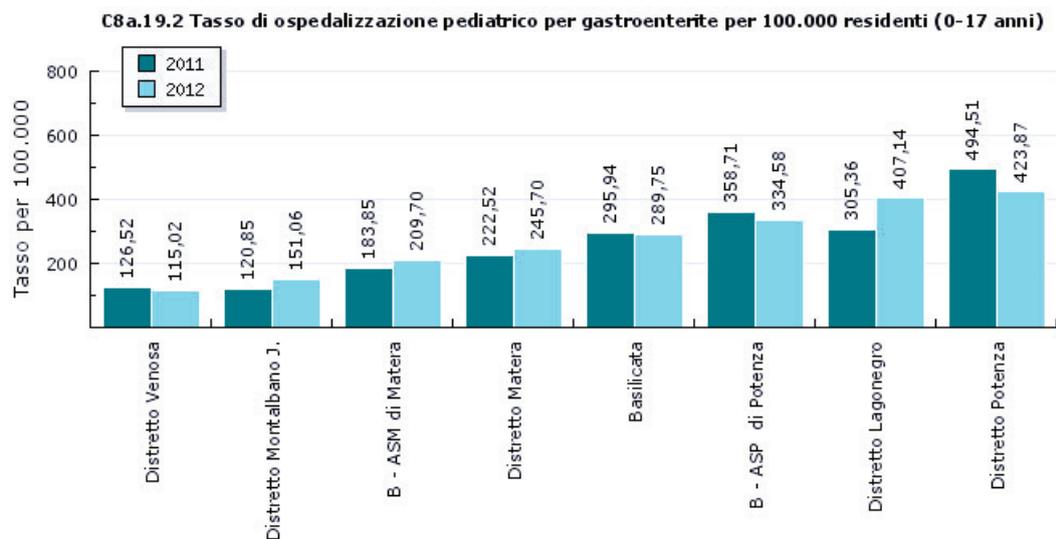
Come l'indicatore precedente, il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite misura indirettamente l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza territoriale, nella gestione dei pazienti pediatrici, limitando il ricorso al ricovero ospedaliero solo ai casi più gravi.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 300.00	■
Valutazione scarsa	300.00 - 240.00]	■
Valutazione media	240.00 - 180.00]	■
Valutazione buona	180.00 - 120.00]	■
Valutazione ottima	< 120.00	■

C8a.19.2 - Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)





C8a.19.2

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICO PER GASTROENTERITE PER 100.000 RESIDENTI (0-17 ANNI)

DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite
NUMERATORE	Numero ricoveri per gastroenterite relativi ai minorenni residenti nella Asl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione minorenni residente
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri dei residenti in regione, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in diagnosi principale per gastroenterite: 008.6*, 008.8, 009.*, 558.9 oppure • in diagnosi secondaria per gastroenterite e in diagnosi principale per disidratazione: 276.5*. <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi trasferiti da altri istituti; • i dimessi di età inferiore ai 3 mesi (o neonati dove l'età in mesi non è riportata); • i dimessi con diagnosi di anomalie gastrointestinali (categorie: 538, 555, 556, 579 e codici 558.1, 558.2, 558.3) • i dimessi con diagnosi di gastroenteriti batteriche (categorie: 004, 005, 007 e codici 003.0, 006.0, 006.1, 006.2, 008.0*, 008.1, 008.2, 008.3, 008.4*, 008.5, 112.85); • i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media interregionale
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	295,94	287,00	96.979,00	2011	289,75	281,00	96.979,00	2012
Distretto Venosa	126,52	22,00	17.388,00	2011	115,02	20,00	17.388,00	2012
Distretto Potenza	494,51	168,00	33.973,00	2011	423,87	144,00	33.973,00	2012
Distretto Lagonegro	305,36	33,00	10.807,00	2011	407,14	44,00	10.807,00	2012
Distretto Matera	222,52	48,00	21.571,00	2011	245,70	53,00	21.571,00	2012
Distretto Montalbano J.	120,85	16,00	13.240,00	2011	151,06	20,00	13.240,00	2012
B - ASP di Potenza	358,71	223,00	62.168,00	2011	334,58	208,00	62.168,00	2012
B - ASM di Matera	183,85	64,00	34.811,00	2011	209,70	73,00	34.811,00	2012

2.54 Indicatore C9 Appropriately prescrittiva farmaceutica

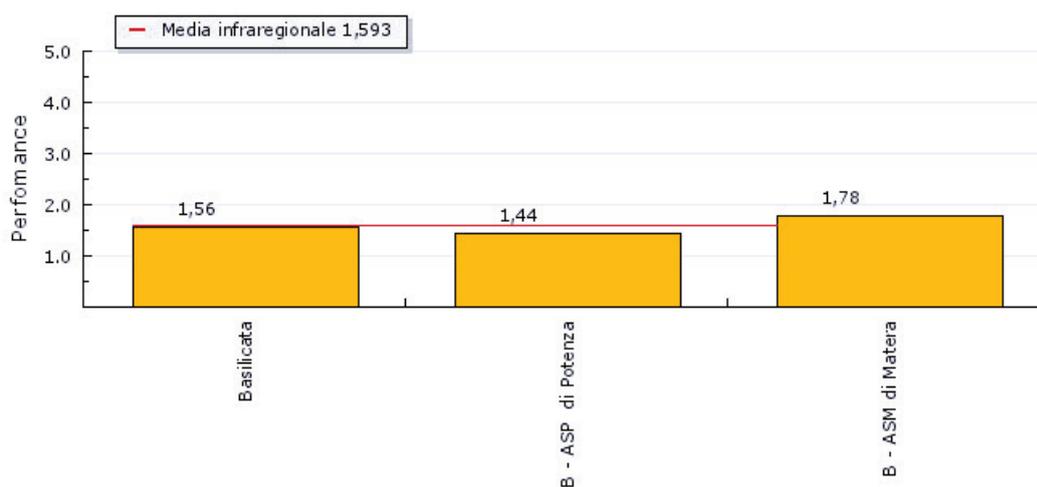
"Secondo il Codice Deontologico, l'appropriatezza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse. L'autonomia nella prescrizione del medico, che è un elemento da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario" (fonte: Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione, a cura della Commissione terapeutica Regione Toscana, Settembre 2010).

I dati sui consumi dei farmaci sono elaborati su flussi regionali nati prevalentemente per fini amministrativi; tuttavia gli stessi consentono di analizzare l'appropriatezza prescrittiva, perché, pur mancando nella prescrizione l'indicazione della patologia per cui il farmaco è prescritto, è altrettanto vero che un farmaco, contrariamente a quanto accade per la prescrizione di una prestazione specialistica che serve a diagnosticare una patologia, viene prescritto - o almeno dovrebbe esserlo - per una patologia già diagnosticata.

L'indicatore C9 costituisce un primo passo per monitorare il corretto impiego dei farmaci, perché troppo spesso i provvedimenti presi a livello istituzionale sono orientati ad un contenimento della spesa fine a se stesso.

L'indicatore monitora nello specifico alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antiipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Sebbene l'indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l'utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell'utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriately.

- C9 Appropriately prescrittiva farmaceutica
 - C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) [di valutazione]
 - C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti) [di valutazione]
 - C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi) [di valutazione]
 - C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi) [di valutazione]
 - C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi [di valutazione]
 - C9.8.1.1 Consumo di antibiotici [di valutazione]



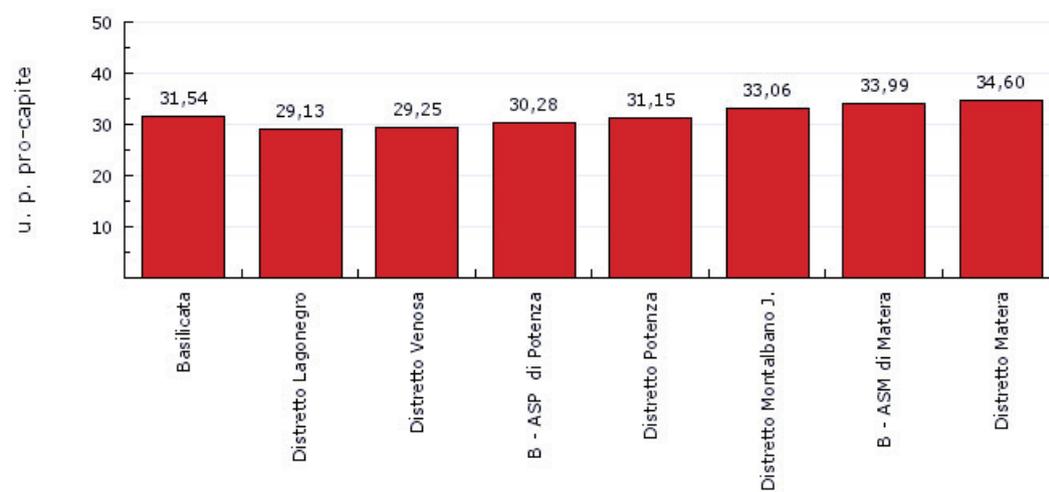
C9	
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore C9 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: C9.1 (Consumo di inibitori di pompa protonica - Antiacidi), C9.2 (Percentuale di abbandono delle statine), C9.3 (Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina), C9.4 (Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina), C9.9.1.1 (Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con Antidepressivi), C9.8.1.1 (Consumo di antibiotici).

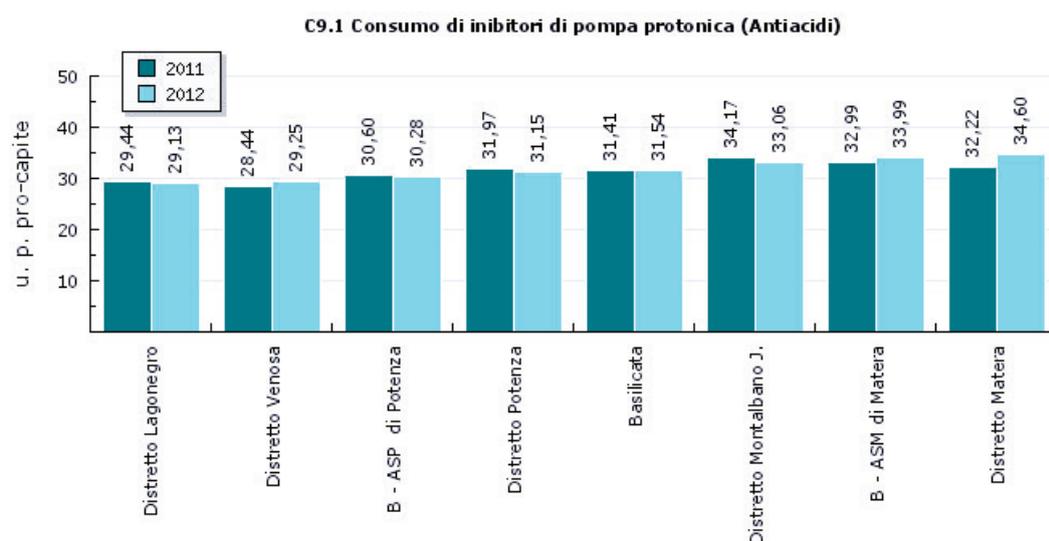
2.55 Indicatore C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)

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 inappropriately e fenomeni di iperprescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 27.00	■
Valutazione scarsa	27.00 - 25.00]	■
Valutazione media	25.00 - 23.00]	■
Valutazione buona	23.00 - 21.00]	■
Valutazione ottima	< 21.00	■

C9.1 - Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)



C9.1																																							
CONSUMO DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (ANTIACIDI)																																							
DEFINIZIONE	Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale																																						
NUMERATORE	N. unità posologiche di IPP erogate																																						
DENOMINATORE	Popolazione residente al 1° Gennaio (pesata)																																						
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) A02BC. E' escluso il consumo privato. Per la popolazione sono utilizzati i seguenti pesi:																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fasce età</th> <th>0-4</th> <th>5-9</th> <th>10-14</th> <th>15-19</th> <th>20-24</th> <th>25-29</th> <th>30-34</th> <th>35-39</th> <th>40-44</th> <th>45-49</th> <th>50-54</th> <th>55-59</th> <th>60-64</th> <th>65-69</th> <th>70-74</th> <th>75-79</th> <th>80-84</th> <th>Oltre 84</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pesi</td> <td>0,230</td> <td>0,227</td> <td>0,192</td> <td>0,192</td> <td>0,228</td> <td>0,308</td> <td>0,359</td> <td>0,468</td> <td>0,555</td> <td>0,642</td> <td>0,837</td> <td>1,190</td> <td>1,470</td> <td>1,960</td> <td>2,345</td> <td>2,657</td> <td>3,075</td> <td>2,423</td> </tr> </tbody> </table>	Fasce età	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	Oltre 84	Pesi	0,230	0,227	0,192	0,192	0,228	0,308	0,359	0,468	0,555	0,642	0,837	1,190	1,470	1,960	2,345	2,657	3,075	2,423
Fasce età	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	Oltre 84																					
Pesi	0,230	0,227	0,192	0,192	0,228	0,308	0,359	0,468	0,555	0,642	0,837	1,190	1,470	1,960	2,345	2,657	3,075	2,423																					
RIFERIMENTO	Media interregionale																																						
Fonte	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica																																						
LIVELLO	Azienda di erogazione																																						

C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	31,41	17.413.041,00	554.403,14	2011	31,54	17.485.407,00	554.403,14	2012
Distretto Venosa	28,44	2.532.852,00	89.070,04	2011	29,25	2.605.484,00	89.070,04	2012
Distretto Potenza	31,97	6.477.422,00	202.633,95	2011	31,15	6.312.684,00	202.633,95	2012
Distretto Lagonegro	29,44	2.187.553,00	74.301,84	2011	29,13	2.164.092,00	74.301,84	2012
Distretto Matera	32,22	3.668.350,00	113.866,01	2011	34,60	3.939.315,00	113.866,01	2012
Distretto Montalbano J.	34,17	2.546.864,00	74.531,29	2011	33,06	2.463.832,00	74.531,29	2012
B - ASP di Potenza	30,60	11.197.827,00	366.005,83	2011	30,28	11.082.260,00	366.005,83	2012
B - ASM di Matera	32,99	6.215.214,00	188.397,31	2011	33,99	6.403.147,00	188.397,31	2012

2.56 Indicatore C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

La terapia con statine risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è *compliance* da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci. Le statine sono tra i farmaci che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 19.00 ■

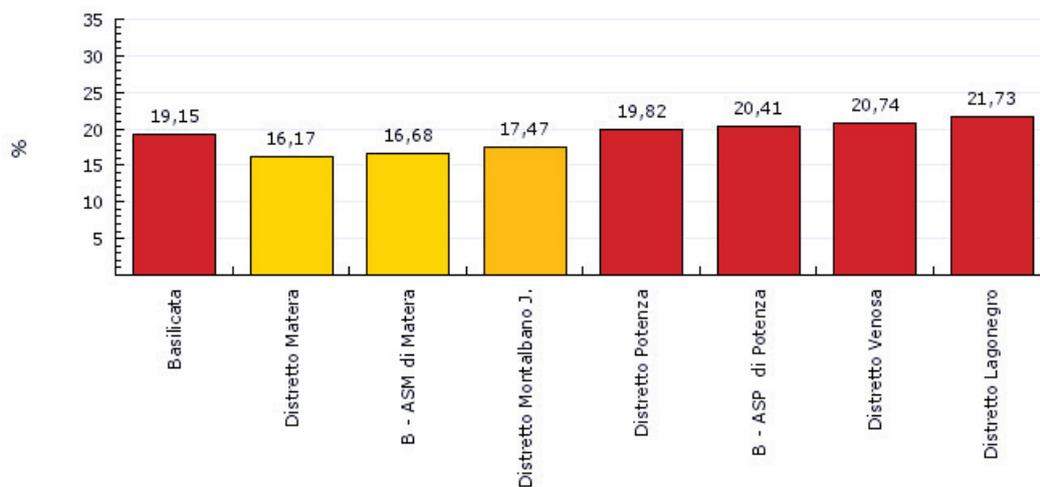
Valutazione scarsa 19.00 - 17.00] ■

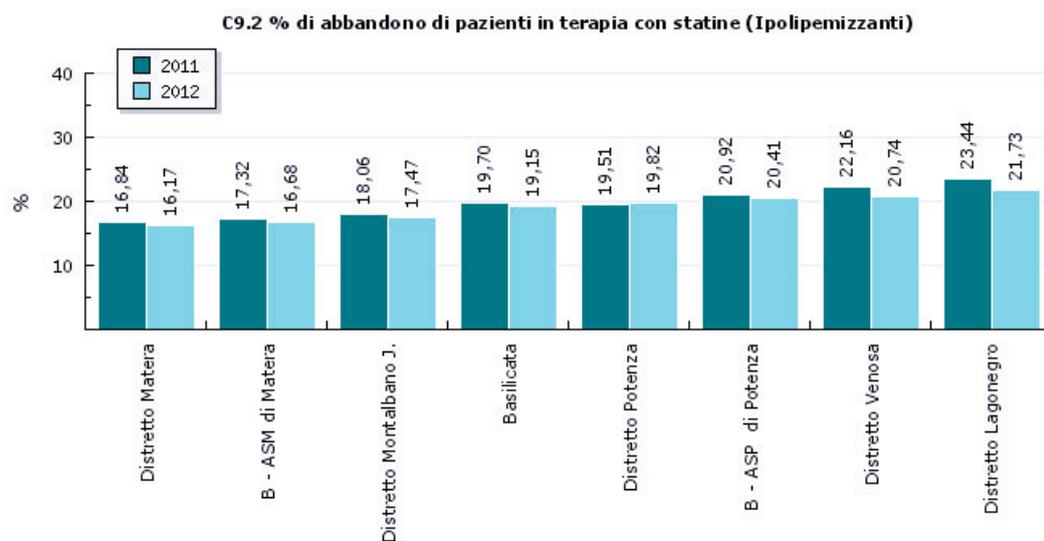
Valutazione media 17.00 - 15.00] ■

Valutazione buona 15.00 - 13.00] ■

Valutazione ottima < 13.00 ■

C9.2 - % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)



**C9.2****% DI ABBANDONO DI PAZIENTI IN TERAPIA CON STATINE (Ipolipemizanti)**

DEFINIZIONE	Percentuale di utenti che consumano meno di 3 confezioni di statine (Ipolipemizanti) all'anno, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno x 100
DENOMINATORE	N. utenti che consumano statine
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA. E' escluso il consumo privato.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di residenza

C9.2 % di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizanti)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	19,70	10.060,00	51.059,00	2011	19,15	10.101,00	52.744,00	2012
Distretto Venosa	22,16	1.759,00	7.937,00	2011	20,74	1.718,00	8.284,00	2012
Distretto Potenza	19,51	3.741,00	19.171,00	2011	19,82	3.962,00	19.986,00	2012
Distretto Lagonegro	23,44	1.576,00	6.723,00	2011	21,73	1.454,00	6.691,00	2012
Distretto Matera	16,84	1.755,00	10.421,00	2011	16,17	1.731,00	10.707,00	2012
Distretto Montalbano J.	18,06	1.229,00	6.807,00	2011	17,47	1.236,00	7.076,00	2012
B - ASP di Potenza	20,92	7.076,00	33.831,00	2011	20,41	7.134,00	34.961,00	2012
B - ASM di Matera	17,32	2.984,00	17.228,00	2011	16,68	2.967,00	17.783,00	2012

2.57 Indicatore C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi)

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 decide di bloccare il sistema renina-angiotensina. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre subordinata alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore, perché non esiste una condizione clinica per la quale i sartani siano da preferirsi agli ACE-inibitori (fonte: *Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione*, a cura della Commissione Terapeutica Regione Toscana, con il consenso delle principali società scientifiche, Settembre 2010). L'obiettivo dell'indicatore è quello di limitare la prescrizione dei sartani ai casi in cui è realmente necessaria.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 42.00 ■

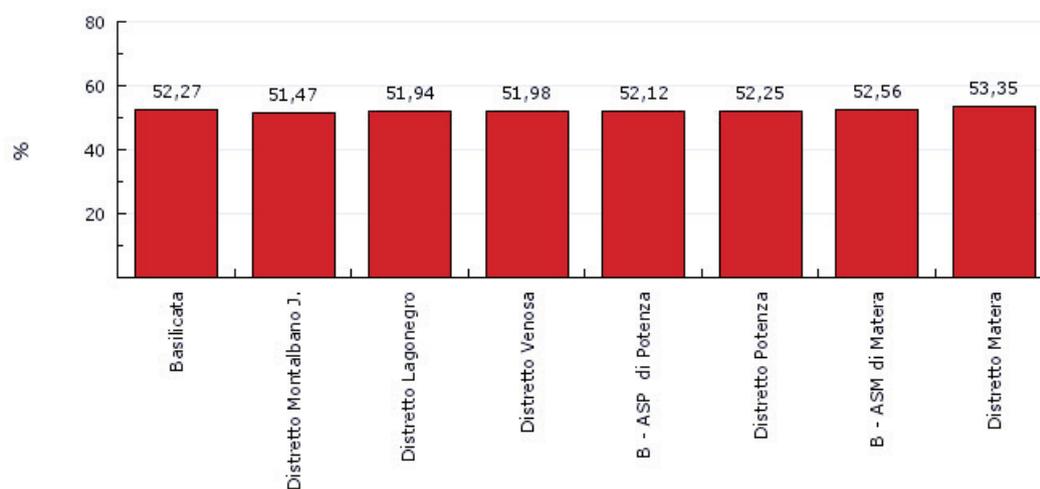
Valutazione scarsa 42.00 - 38.00] ■

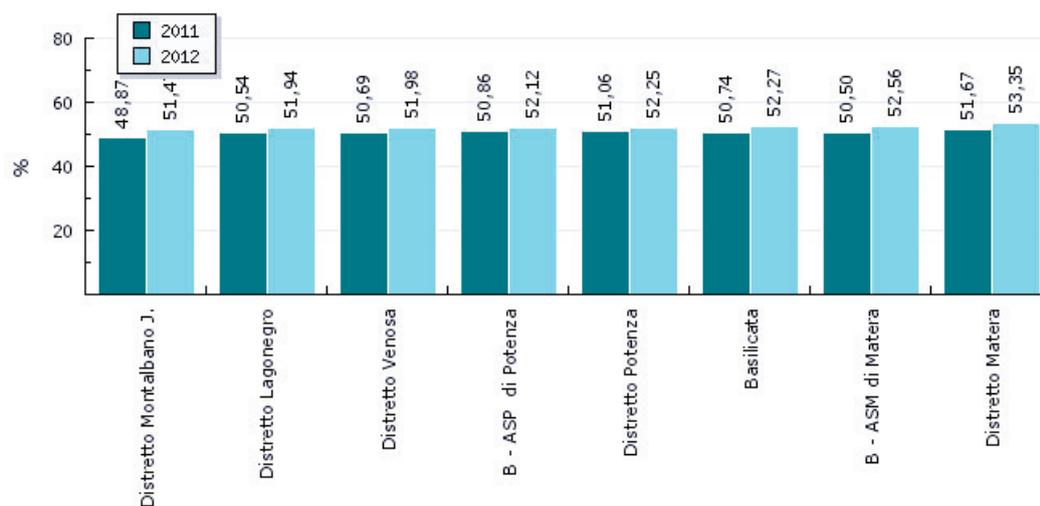
Valutazione media 38.00 - 34.00] ■

Valutazione buona 34.00 - 30.00] ■

Valutazione ottima < 30.00 ■

C9.3 - Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi)



C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi)

C9.3
INCIDENZA DEI SARTANI SULLE SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA (ANTI-IPERTENSIVI)

DEFINIZIONE	Consumo di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati (ATC = C09C e C09D), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, rispetto al gruppo terapeutico C09
NUMERATORE	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale X 100
DENOMINATORE	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (sartani), appartengono alla classe ATC C09C e C09D. Le "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" appartengono al gruppo terapeutico C09. E' escluso il consumo privato.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	50,74	639.263,00	1.259.802,00	2011	52,27	638.453,00	1.221.537,00	2012
Distretto Venosa	50,69	98.117,00	193.554,00	2011	51,98	97.461,00	187.496,00	2012
Distretto Potenza	51,06	240.950,00	471.932,00	2011	52,25	240.179,00	459.672,00	2012
Distretto Lagonegro	50,54	90.226,00	178.542,00	2011	51,94	90.683,00	174.607,00	2012
Distretto Matera	51,67	125.256,00	242.418,00	2011	53,35	124.218,00	232.833,00	2012
Distretto Montalbano J.	48,87	84.714,00	173.356,00	2011	51,47	85.912,00	166.929,00	2012
B - ASP di Potenza	50,86	429.293,00	844.028,00	2011	52,12	428.323,00	821.775,00	2012
B - ASM di Matera	50,50	209.970,00	415.774,00	2011	52,56	210.130,00	399.762,00	2012

2.58 Indicatore C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)

L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di antidepressivi, perché l'utilizzo eccessivo di questi farmaci potrebbe essere inappropriato.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 43.00 ■

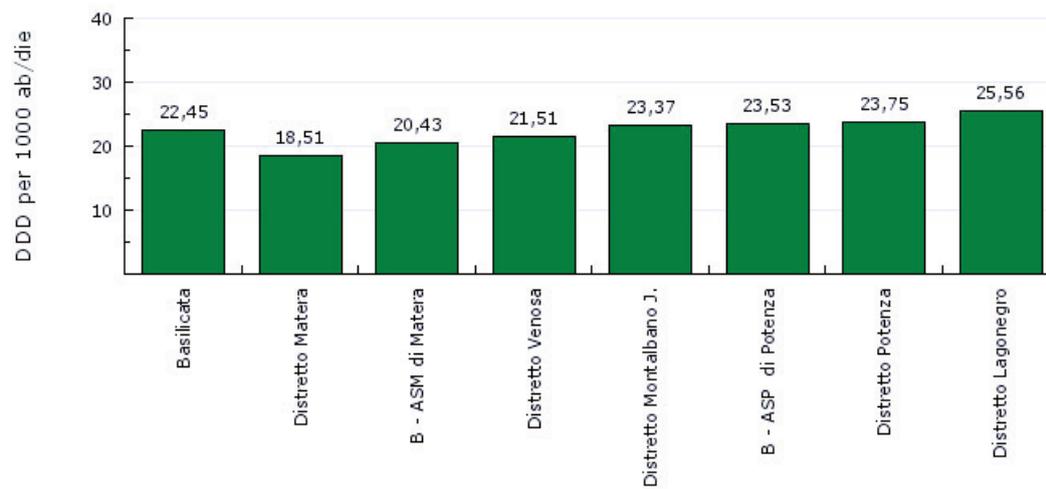
Valutazione scarsa 43.00 - 38.00] ■

Valutazione media 38.00 - 33.00] ■

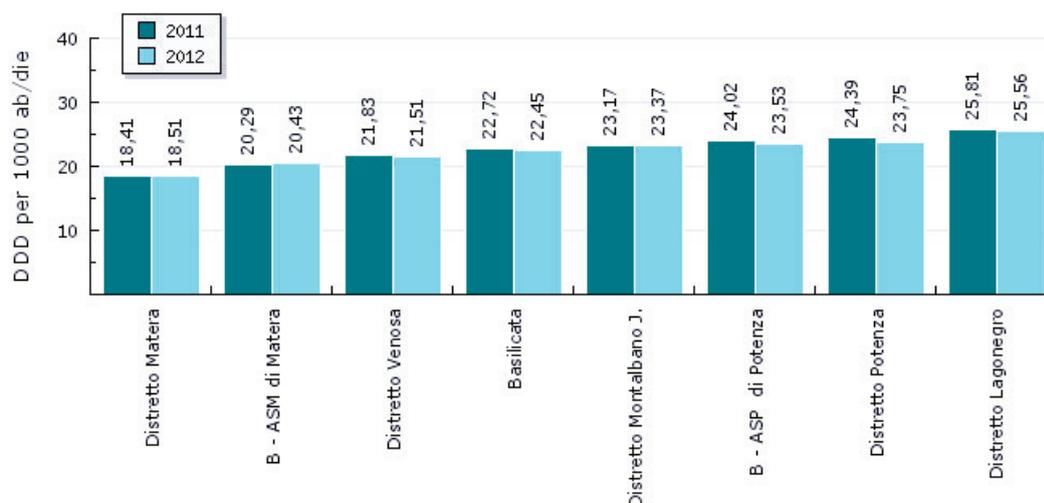
Valutazione buona 33.00 - 28.00] ■

Valutazione ottima < 28.00 ■

C9.4 - Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)



C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)



C9.4	
CONSUMO DI INIBITORI SELETTIVI DELLA RICAPTAZIONE DELLA SEROTONINA (ANTIDEPRESSIVI)	
DEFINIZIONE	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo x 1000
DENOMINATORE	N. residenti x 365
NOTE PER L'ELABORAZIONE	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. E' 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. E' escluso il consumo privato.
RIFERIMENTO	Media interregionale
Fonte	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	22,72	4.872.697,75	214.443.705,00	2011	22,45	4.814.990,10	214.443.705,00	2012
Distretto Venosa	21,83	771.277,40	35.333.460,00	2011	21,51	759.954,40	35.333.460,00	2012
Distretto Potenza	24,39	1.899.145,70	77.867.275,00	2011	23,75	1.849.060,40	77.867.275,00	2012
Distretto Lagonegro	25,81	693.761,23	26.882.980,00	2011	25,56	687.115,60	26.882.980,00	2012
Distretto Matera	18,41	829.705,70	45.058.885,00	2011	18,51	833.967,60	45.058.885,00	2012
Distretto Montalbano J.	23,17	678.807,72	29.301.105,00	2011	23,37	684.892,10	29.301.105,00	2012
B - ASP di Potenza	24,02	3.364.184,33	140.083.715,00	2011	23,53	3.296.130,40	140.083.715,00	2012
B - ASM di Matera	20,29	1.508.513,42	74.359.990,00	2011	20,43	1.518.859,70	74.359.990,00	2012

2.59 Indicatore C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

La terapia farmacologica con antidepressivi risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è *compliance* da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di antidepressivi in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 33.00 ■

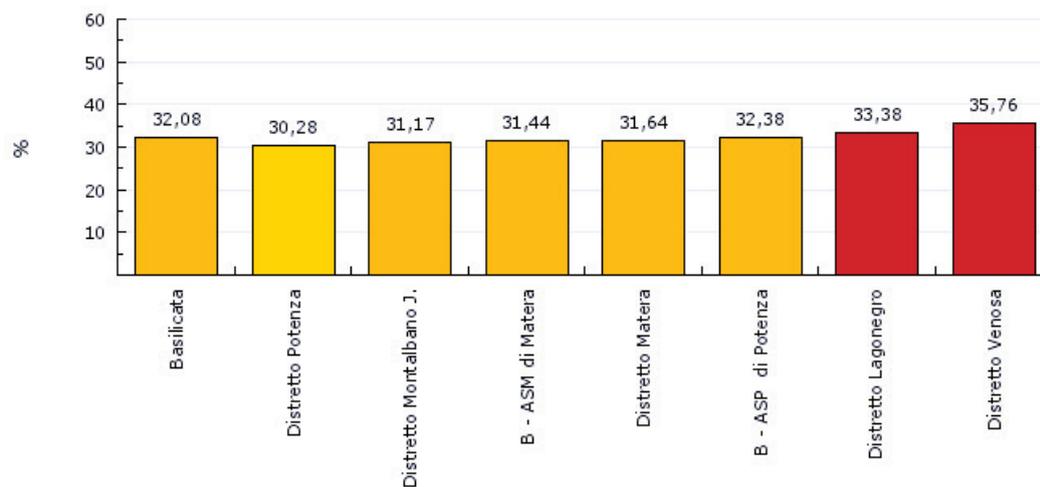
Valutazione scarsa 33.00 - 31.00] ■

Valutazione media 31.00 - 29.00] ■

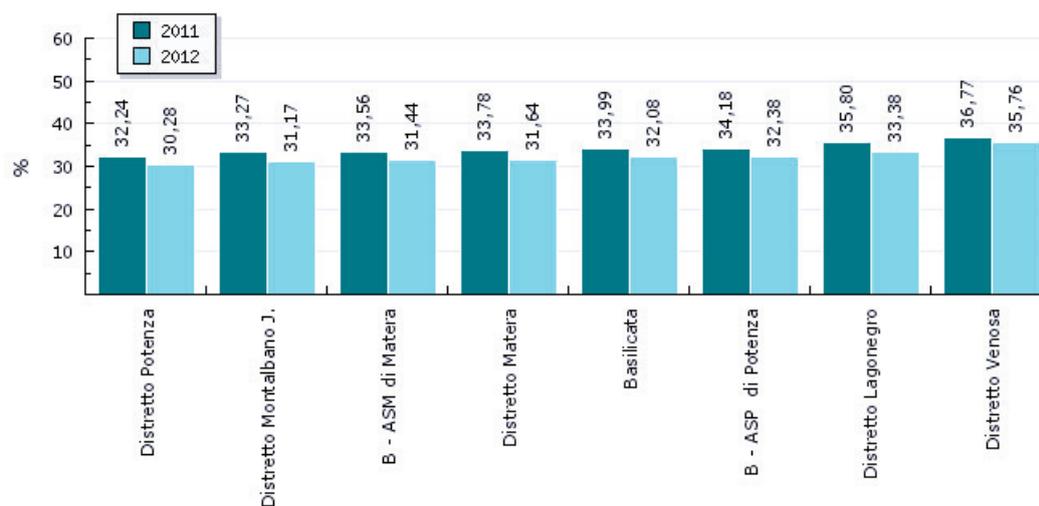
Valutazione buona 29.00 - 27.00] ■

Valutazione ottima < 27.00 ■

C9.9.1.1 - % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi



C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi



C9.9.1.1

% DI ABBANDONO DI PAZIENTI IN TERAPIA CON ANTIDEPRESSIVI

DEFINIZIONE	Percentuale di utenti che consumano meno di 3 confezioni di antidepressivi all'anno, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 100
DENOMINATORE	N. utenti che consumano antidepressivi
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore fa riferimento ai farmaci dei gruppi N06AA (Inibitori non selettivi della serotonina), N06AB (Inibitori selettivi della serotonina) e del gruppo N06AX (Altri antidepressivi).
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di residenza

C9.9.1.1 % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	33,99	11.421,00	33.606,00	2011	32,08	10.432,00	32.519,00	2012
Distretto Venosa	36,77	2.153,00	5.856,00	2011	35,76	2.053,00	5.741,00	2012
Distretto Potenza	32,24	3.881,00	12.039,00	2011	30,28	3.502,00	11.565,00	2012
Distretto Lagonegro	35,80	1.830,00	5.112,00	2011	33,38	1.625,00	4.868,00	2012
Distretto Matera	33,78	2.031,00	6.012,00	2011	31,64	1.846,00	5.834,00	2012
Distretto Montalbano J.	33,27	1.526,00	4.587,00	2011	31,17	1.406,00	4.511,00	2012
B - ASP di Potenza	34,18	7.864,00	23.007,00	2011	32,38	7.180,00	22.174,00	2012
B - ASM di Matera	33,56	3.557,00	10.599,00	2011	31,44	3.252,00	10.345,00	2012

2.60 Indicatore C9.8.1.1 Consumo di antibiotici

Sebbene il consumo di antibiotici a livello nazionale risulti in calo, secondo i dati contenuti nel Rapporto Osmed 2011, l'Italia è tra i paesi europei a maggior consumo di antibiotici. L'eccessivo utilizzo di questi farmaci è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. A livello nazionale il consumo di antimicrobici a carico del SSN si attesta su 23,6 DDD per 1000 *ab die* e presenta una forte variabilità a livello regionale (Dati Rapporto Osmed 2011).

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 26.00 ■

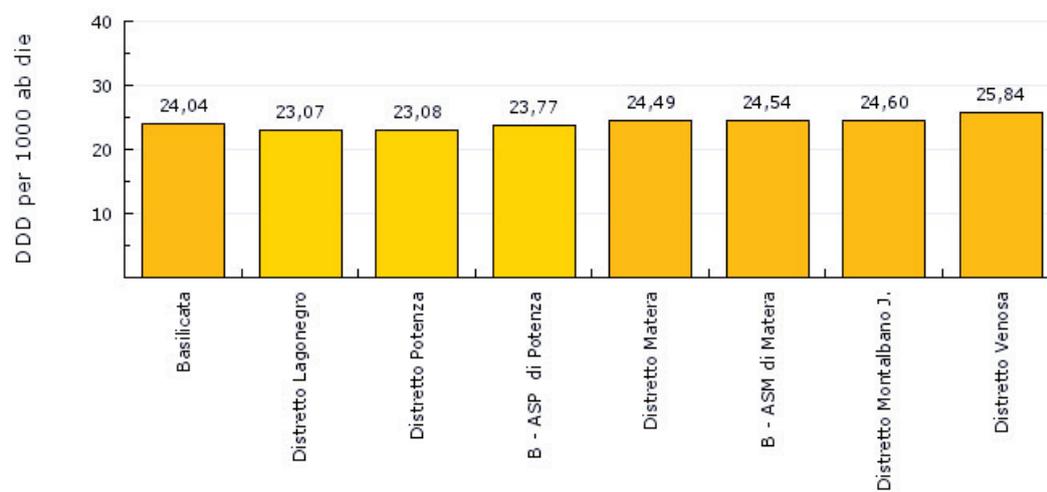
Valutazione scarsa 26.00 - 24.00] ■

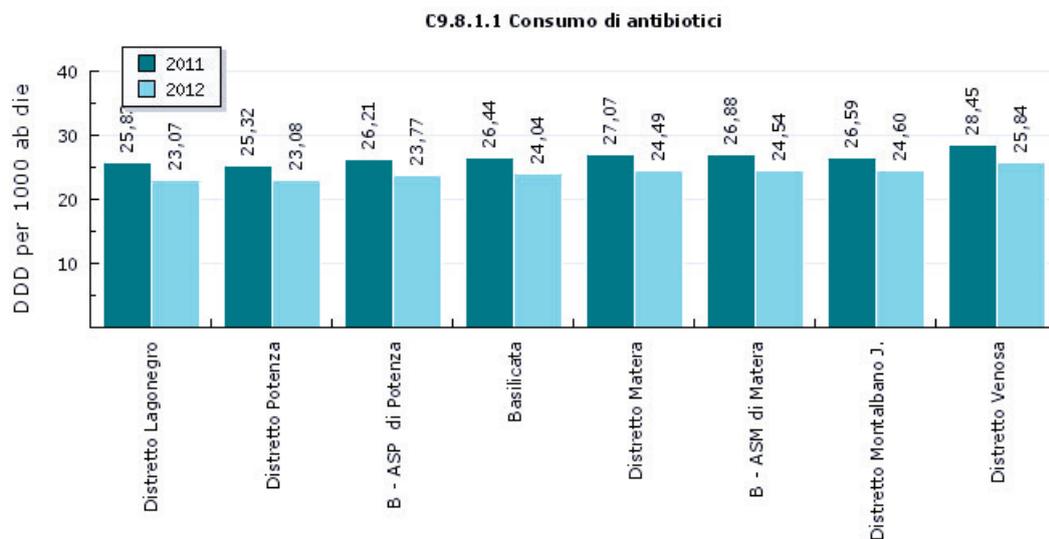
Valutazione media 24.00 - 22.00] ■

Valutazione buona 22.00 - 20.00] ■

Valutazione ottima < 20.00 ■

C9.8.1.1 - Consumo di antibiotici



**C9.8.1.1****CONSUMO DI ANTIBIOTICI**

DEFINIZIONE	Consumo di farmaci antibiotici, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000
DENOMINATORE	N. residenti x 365
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. 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. E' 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.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

C9.8.1.1 Consumo di antibiotici

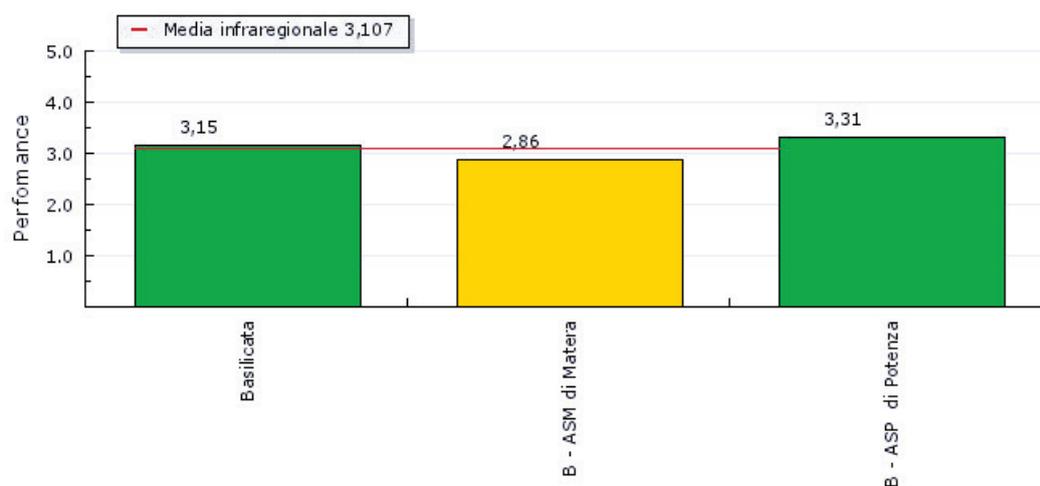
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	26,44	5.669.896,88	214.443.705,00	2011	24,04	5.154.706,60	214.443.705,00	2012
Distretto Venosa	28,45	1.005.309,84	35.333.460,00	2011	25,84	912.875,40	35.333.460,00	2012
Distretto Potenza	25,32	1.971.379,25	77.867.275,00	2011	23,08	1.797.033,73	77.867.275,00	2012
Distretto Lagonegro	25,83	694.260,80	26.882.980,00	2011	23,07	620.230,46	26.882.980,00	2012
Distretto Matera	27,07	1.219.879,32	45.058.885,00	2011	24,49	1.103.637,14	45.058.885,00	2012
Distretto Montalbano J.	26,59	779.067,67	29.301.105,00	2011	24,60	720.929,87	29.301.105,00	2012
B - ASP di Potenza	26,21	3.670.949,89	140.083.715,00	2011	23,77	3.330.139,59	140.083.715,00	2012
B - ASM di Matera	26,88	1.998.946,99	74.359.990,00	2011	24,54	1.824.567,01	74.359.990,00	2012

2.61 Indicatore C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche

I principali fattori di rischio, come l'ipertensione, l'obesità, i livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la competenza dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche rappresentano, pertanto, strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute.

L'indicatore si propone di misurare indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale. Le misurazioni di efficacia indiretta delle cure primarie attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza, sono integrate con rilevazioni sulla capacità di presa in carico e compensazione della malattia sul territorio stesso.

- C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche
 - C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) [di valutazione]
 - C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (20-74 anni) [di valutazione]
 - C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti [di osservazione]
 - C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) [di valutazione]



C11a	
EFFICACIA ASSISTENZIALE DELLE PATOLOGIE CRONICHE	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>L'indicatore C11a assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • C11a1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni); • C11a2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (20-74 anni); • C11a2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti; • C11a3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni).

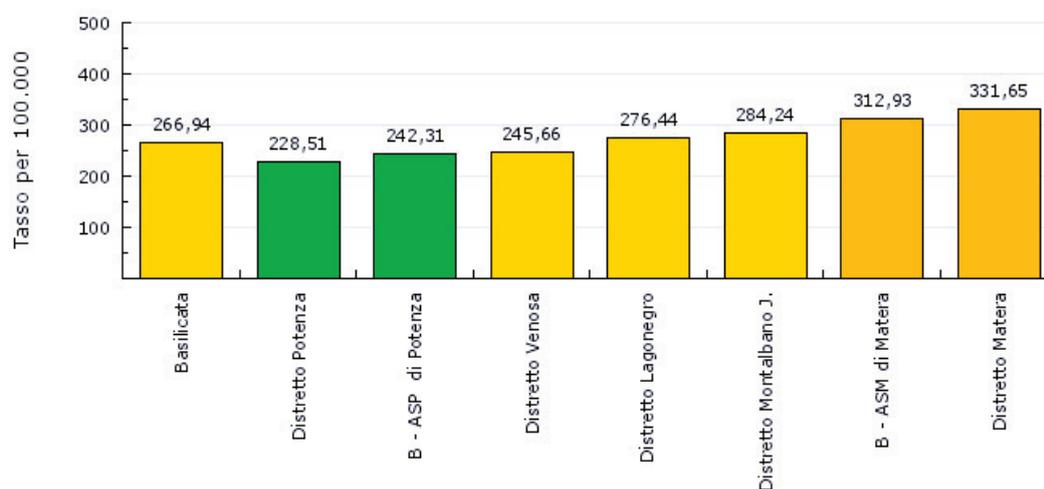
2.62 Indicatore C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando in relazione all'aumento dei soggetti anziani ed al miglioramento dei risultati di sopravvivenza per le malattie cardiovascolari. Il numero di ricoveri potenzialmente prevenibili potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza territoriale nel gestire il paziente con scompenso cardiaco e nel tutelare dall'insorgenza di complicazioni. Il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 ed i 74 anni, sono spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato. Va, tuttavia, considerato che, trattandosi di una malattia cronico - degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere adeguate per i casi più gravi e complessi e che, quindi, una stima più precisa del livello di appropriatezza dei servizi territoriali potrebbe essere ottenuta integrando le informazioni derivate dall'indicatore con indicazioni relative alle complessità dei casi trattati.

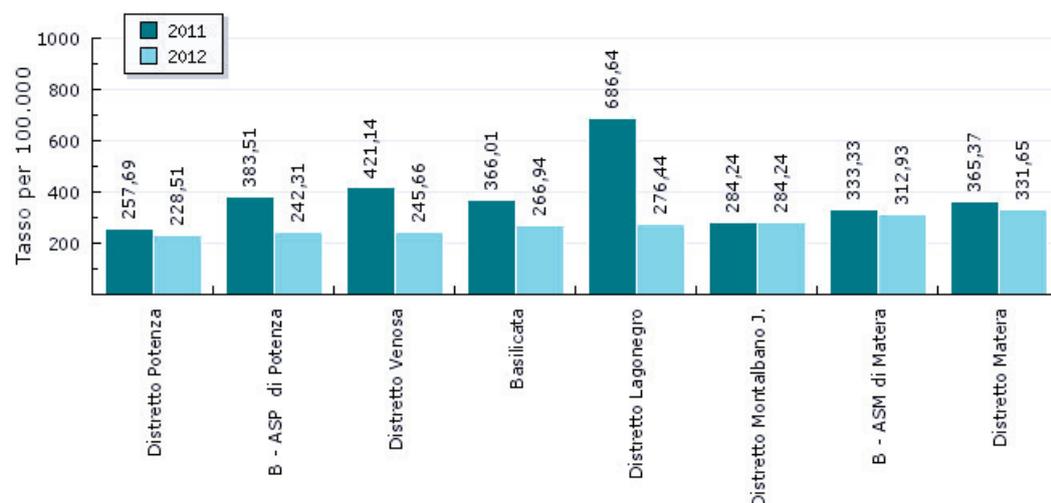
Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 335.00	■
Valutazione scarsa	335.00 - 290.00]	■
Valutazione media	290.00 - 245.00]	■
Valutazione buona	245.00 - 200.00]	■
Valutazione ottima	< 200.00	■

C11a.1.1 - Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)



C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompeso per 100.000 residenti (50-74 anni)



C11a.1.1

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPESO PER 100.000 RESIDENTI (50-74 ANNI)

DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per scompeso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per scompeso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, 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: 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.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75); • i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompeso per 100.000 residenti (50-74 anni)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	366,01	617,00	168.576,00	2011	266,94	450,00	168.576,00	2012
Distretto Venosa	421,14	108,00	25.645,00	2011	245,66	63,00	25.645,00	2012
Distretto Potenza	257,69	159,00	61.703,00	2011	228,51	141,00	61.703,00	2012
Distretto Lagonegro	686,64	154,00	22.428,00	2011	276,44	62,00	22.428,00	2012
Distretto Matera	365,37	130,00	35.580,00	2011	331,65	118,00	35.580,00	2012
Distretto Montalbano J.	284,24	66,00	23.220,00	2011	284,24	66,00	23.220,00	2012
B - ASP di Potenza	383,51	421,00	109.776,00	2011	242,31	266,00	109.776,00	2012
B - ASM di Matera	333,33	196,00	58.800,00	2011	312,93	184,00	58.800,00	2012

2.63 Indicatore C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)

Il diabete è una patologia cronica che può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale che integri attività di prevenzione, diagnosi e cura e che tenga sotto controllo i fattori di rischio che possono portare ad un peggioramento dello stato di salute del paziente, è auspicabile per prevenire fasi acute della malattia che richiederebbero il supporto di cure ospedaliere (Rapporto Osservasalute 2012).

Per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile *proxy*, il tasso di ricovero per diabete.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 48.00 ■

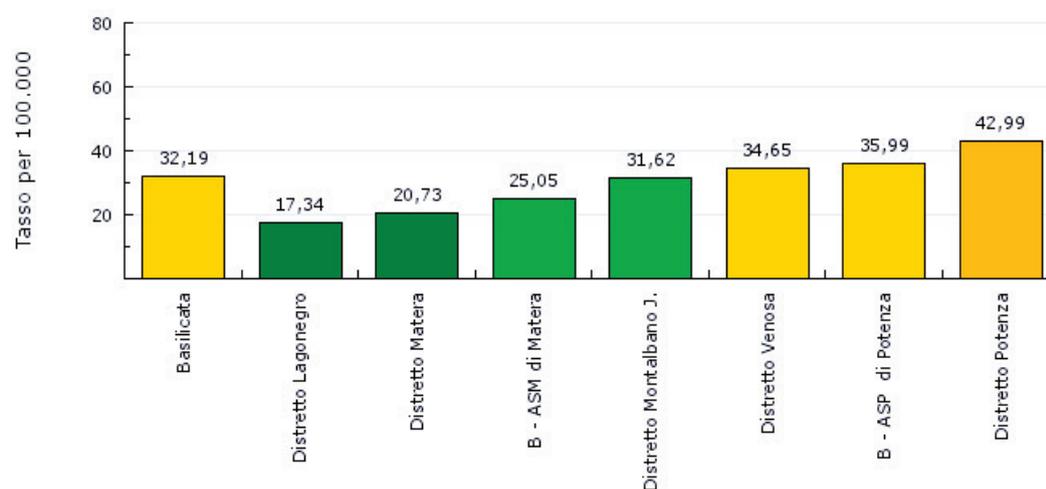
Valutazione scarsa 48.00 - 40.00] ■

Valutazione media 40.00 - 32.00] ■

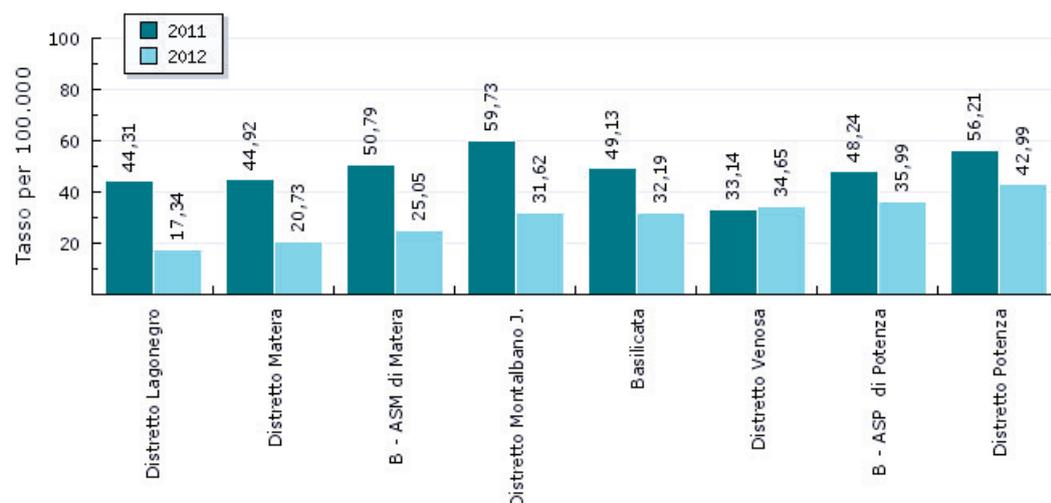
Valutazione buona 32.00 - 24.00] ■

Valutazione ottima < 24.00 ■

C11a.2.1 - Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)



C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)



C11a.2.1

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE PER 100.000 RESIDENTI (20-74 ANNI)

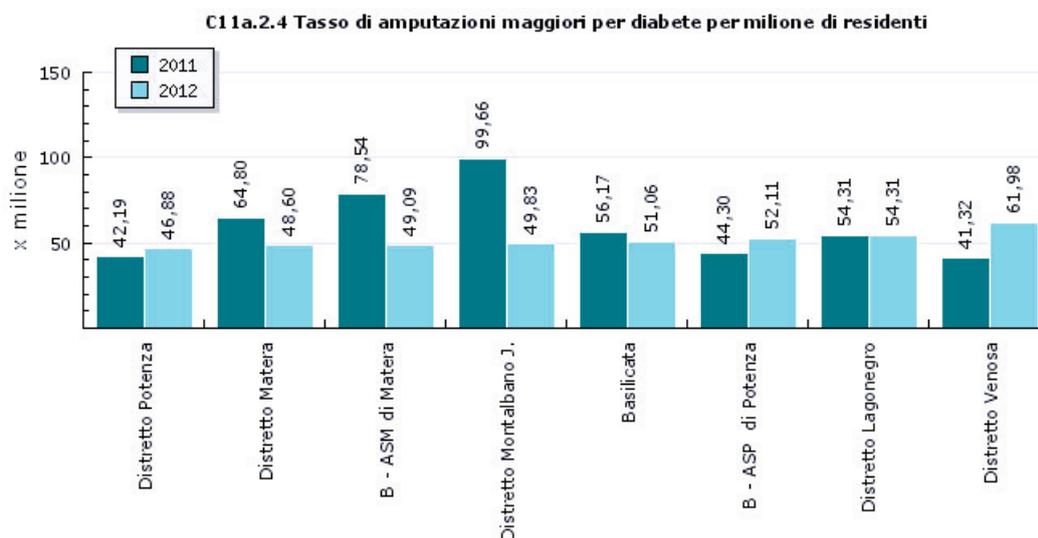
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 20-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per diabete 20-74 anni relativi ai residenti nella Ausl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 20-74 anni residente nella Ausl
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, 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: 250.xx Diabete mellito</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
RIFERIMENTO	Media interregionale
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	49,13	203,00	413.226,00	2011	32,19	133,00	413.226,00	2012
Distretto Venosa	33,14	22,00	66.377,00	2011	34,65	23,00	66.377,00	2012
Distretto Potenza	56,21	85,00	151.207,00	2011	42,99	65,00	151.207,00	2012
Distretto Lagonegro	44,31	23,00	51.903,00	2011	17,34	9,00	51.903,00	2012
Distretto Matera	44,92	39,00	86.815,00	2011	20,73	18,00	86.815,00	2012
Distretto Montalbano J.	59,73	34,00	56.924,00	2011	31,62	18,00	56.924,00	2012
B - ASP di Potenza	48,24	130,00	269.487,00	2011	35,99	97,00	269.487,00	2012
B - ASM di Matera	50,79	73,00	143.739,00	2011	25,05	36,00	143.739,00	2012

2.64 Indicatore C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti

I progressi nella cura della malattia diabetica hanno portato ad un allungamento di vita dei diabetici, che maggiormente si trovano a gestire i problemi legati alle complicazioni croniche della malattia. Tra le complicanze del diabete, un ruolo sempre più rilevante è assunto dal "piede diabetico". Tuttavia, la riduzione del tasso di amputazioni nei pazienti diabetici con piede diabetico ischemico è possibile, con l'uso estensivo della rivascolarizzazione tramite bypass ed angioplastica periferica. Nel complesso, la chiave per il trattamento efficace di questi pazienti è l'approccio multidisciplinare: la rivascolarizzazione ed una corretta cura del piede possono migliorare la prognosi del paziente e ridurre la necessità di ulteriori interventi [Faglia et al., 2009].



C11a.2.4	
TASSO DI AMPUTAZIONI MAGGIORI PER DIABETE PER MILIONE DI RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso di amputazioni maggiori per diabete (amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita del piede) per milione di residenti
NUMERATORE	N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti x 1.000.000
DENOMINATORE	Popolazione residente
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codici DRG: 113 - Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale o in una delle secondarie: 250.xx Diabete mellito. Sono esclusi i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	56,17	33,00	587.517,00	2011	51,06	30,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	41,32	4,00	96.804,00	2011	61,98	6,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	42,19	9,00	213.335,00	2011	46,88	10,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	54,31	4,00	73.652,00	2011	54,31	4,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	64,80	8,00	123.449,00	2011	48,60	6,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	99,66	8,00	80.277,00	2011	49,83	4,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	44,30	17,00	383.791,00	2011	52,11	20,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	78,54	16,00	203.726,00	2011	49,09	10,00	203.726,00	2012

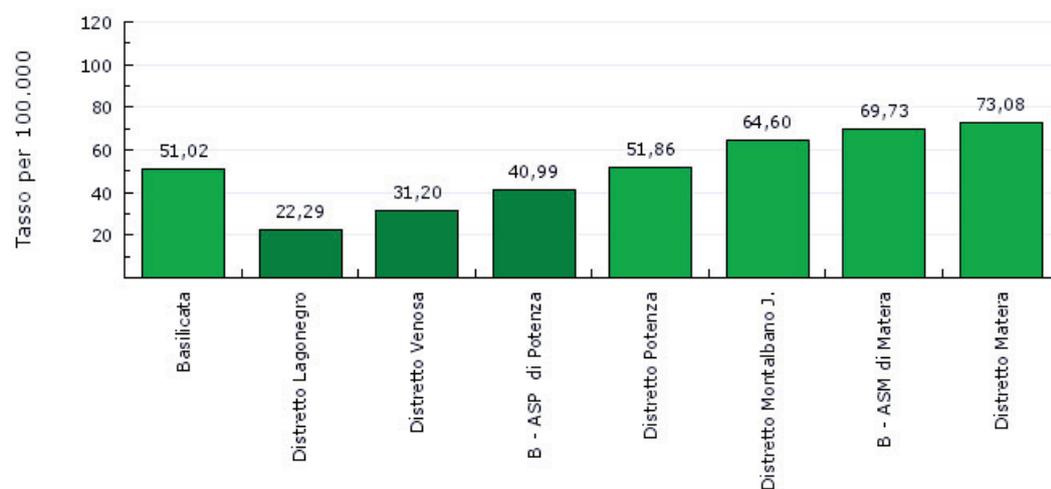
2.65 Indicatore C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Per le broncopneumopatie croniche - ostruttive, come per molte malattie croniche - degenerative, non avendo a disposizione farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo e l'individuazione dei fattori di rischio. Altrettanto importante è l'aspetto educativo, che deve essere considerato parte integrante dell'intervento terapeutico; è possibile, infatti, ridurre complicanze e riacutizzazioni mediante interventi di prevenzione e percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner *et al.*, 2005).

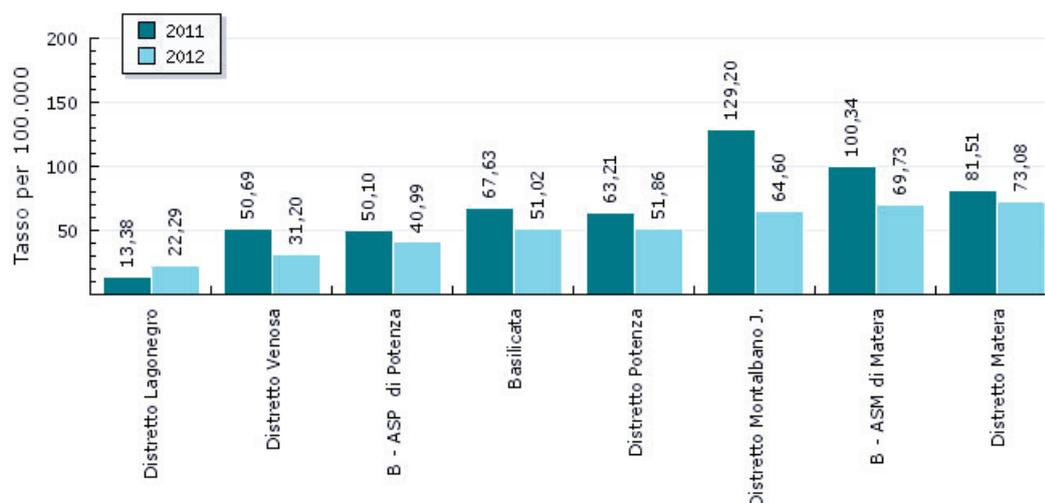
Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 125.00	■
Valutazione scarsa	125.00 - 100.00]	■
Valutazione media	100.00 - 75.00]	■
Valutazione buona	75.00 - 50.00]	■
Valutazione ottima	< 50.00	■

C11a.3.1 - Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)



C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)



C11a.3.1

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO PER 100.000 RESIDENTI (50-74 ANNI)

DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica • 491*: Bronchite cronica • 492*: Enfisema • 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75); • i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

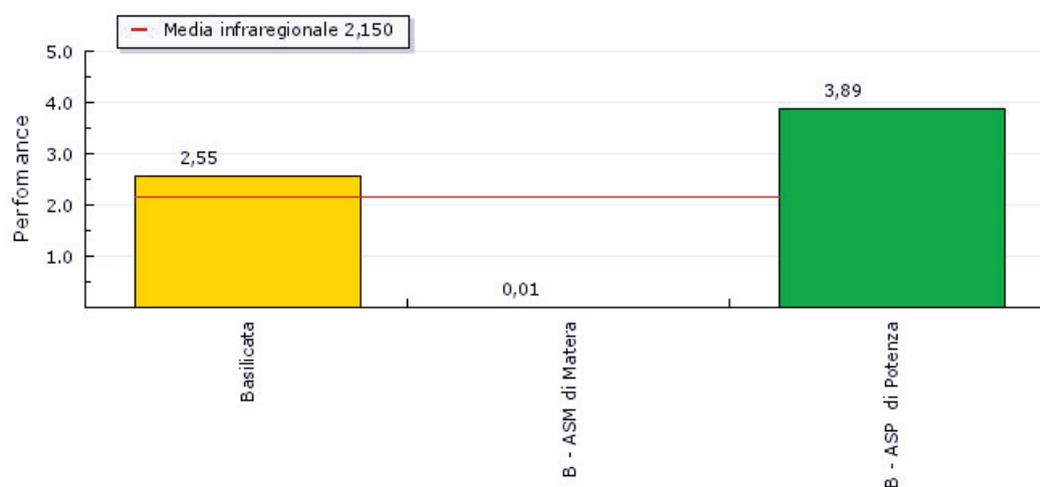
C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	67,63	114,00	168.576,00	2011	51,02	86,00	168.576,00	2012
Distretto Venosa	50,69	13,00	25.645,00	2011	31,20	8,00	25.645,00	2012
Distretto Potenza	63,21	39,00	61.703,00	2011	51,86	32,00	61.703,00	2012
Distretto Lagonegro	13,38	3,00	22.428,00	2011	22,29	5,00	22.428,00	2012
Distretto Matera	81,51	29,00	35.580,00	2011	73,08	26,00	35.580,00	2012
Distretto Montalbano J.	129,20	30,00	23.220,00	2011	64,60	15,00	23.220,00	2012
B - ASP di Potenza	50,10	55,00	109.776,00	2011	40,99	45,00	109.776,00	2012
B - ASM di Matera	100,34	59,00	58.800,00	2011	69,73	41,00	58.800,00	2012

2.66 Indicatore C13a Appropriately Prescrittiva Diagnostica

L'albero dell'indicatore "Appropriatezza diagnostica" è composto dai tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di prestazioni di diagnostica per immagine. Particolare attenzione è dedicata alla realizzazione di Risonanze Magnetiche muscoloscheletriche nei pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni poichè, in tale fascia di età, l'utilizzo di RM muscoloscheletriche è ad alto rischio di inappropriately.

- C13a Appropriately Prescrittiva Diagnostica [di valutazione]
 - C13.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
 - C13.2 Tasso di prestazioni diagnostica per immagine [di osservazione]
 - C13.2.1 Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
 - C13.2.2 Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
 - C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni) [di valutazione]
 - C13.2.3 Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso [di osservazione]
 - C13.2.4 Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti [di osservazione]
 - C13.2.5 Tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti [di osservazione]



C13a

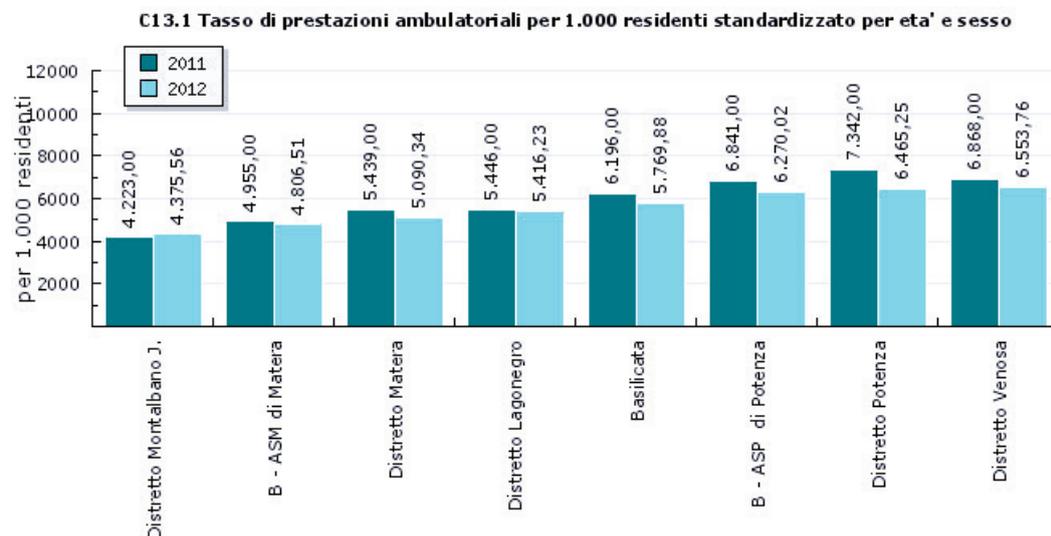
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA

NOTE PER L'ELABORAZIONE

L'indicatore assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RMN Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (>=65 anni)

2.67 Indicatore C13.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni ambulatoriali misura il numero di prestazioni ambulatoriali erogate a residenti in regione. E' un indicatore di governo della domanda e pone in evidenza il fabbisogno complessivo dei cittadini di visite specialistiche ambulatoriali e di diagnostica per immagini.

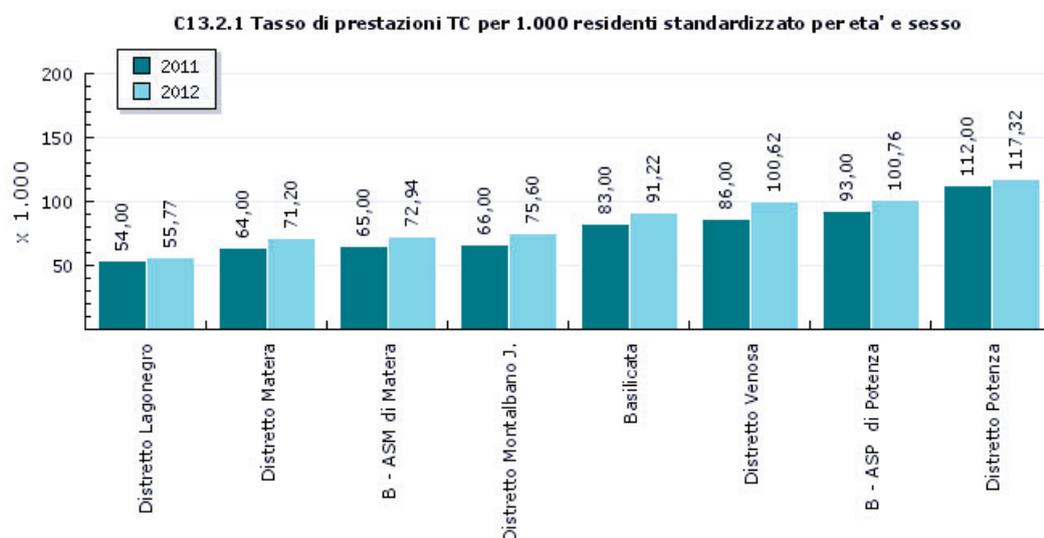


C13.1	
TASSO DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di prestazioni ambulatoriali per azienda sanitaria di residenza standardizzato per età e sesso
NUMERATORE	N. prestazioni ambulatoriali x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano le prestazioni specialistiche, ambulatoriali e diagnostiche, erogate ai residenti, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • di laboratorio; • di pronto soccorso; • per interni. Fanno eccezione le prestazioni di pronto soccorso erogate fuori regione a residenti in regione, che sono incluse.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza

C13.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	6.196,00	3.820.593,00	587.517,00	2011	5.769,88	3.551.321,00	577.562,00	2012
Distretto Venosa	6.868,00	672.923,00	96.804,00	2011	6.553,76	643.810,00	95.534,00	2012
Distretto Potenza	7.342,00	1.672.997,00	213.335,00	2011	6.465,25	1.472.933,00	209.548,00	2012
Distretto Lagonegro	5.446,00	439.058,00	73.652,00	2011	5.416,23	435.442,00	72.430,00	2012
Distretto Matera	5.439,00	687.308,00	123.449,00	2011	5.090,34	643.172,00	121.800,00	2012
Distretto Montalbano J.	4.223,00	348.307,00	80.277,00	2011	4.375,56	355.964,00	78.250,00	2012
B - ASP di Potenza	6.841,00	2.784.978,00	383.791,00	2011	6.270,02	2.552.185,00	377.512,00	2012
B - ASM di Matera	4.955,00	1.035.615,00	203.726,00	2011	4.806,51	999.136,00	200.050,00	2012

2.68 Indicatore C13.2.1 Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni di Tomografia Computerizzata per 1.000 residenti misura l'utilizzo di questa tipologia di indagine diagnostica. Non esiste in letteratura uno standard ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni al fine di evitare sia vuoti d'offerta che un'eccessiva esposizione a radiazioni ionizzanti potenzialmente nocive.



C13.2.1

TASSO DI PRESTAZIONI TC PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO

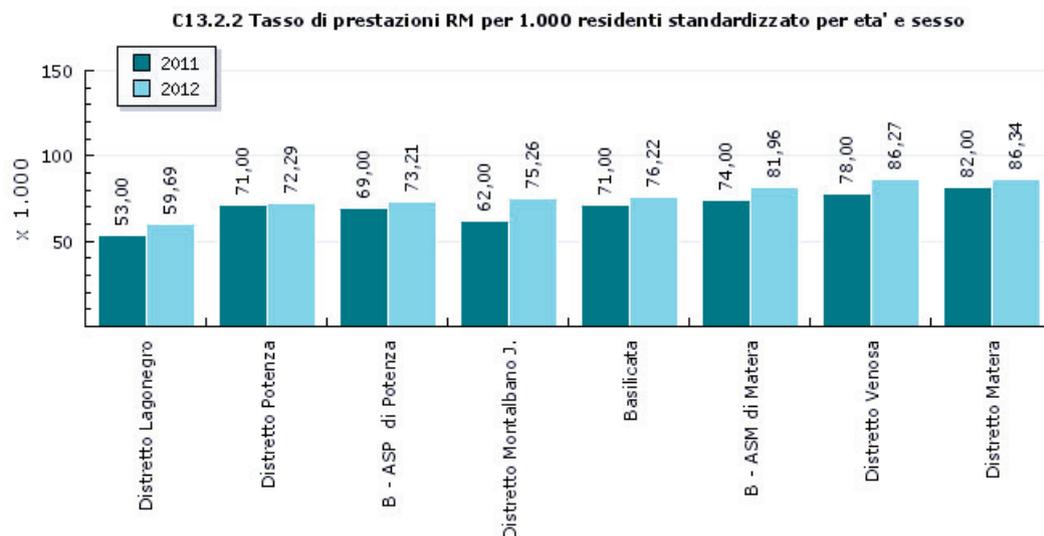
DEFINIZIONE	Tasso di prestazione TC standardizzato per età e sesso, extra PS, per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi TC per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo TC, sia le prestazioni di TC con contrasto che le prestazioni di TC senza contrasto. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza

C13.2.1 Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	83,00	51.771,00	587.517,00	2011	91,22	56.441,00	577.562,00	2012
Distretto Venosa	86,00	8.523,00	96.804,00	2011	100,62	10.035,00	95.534,00	2012
Distretto Potenza	112,00	25.265,00	213.335,00	2011	117,32	26.496,00	209.548,00	2012
Distretto Lagonegro	54,00	4.192,00	71.136,00	2011	55,77	4.547,00	72.430,00	2012
Distretto Matera	64,00	8.193,00	123.449,00	2011	71,20	9.068,00	121.800,00	2012
Distretto Montalbano J.	66,00	5.598,00	80.277,00	2011	75,60	6.295,00	78.250,00	2012
B - ASP di Potenza	93,00	37.980,00	383.791,00	2011	100,76	41.078,00	377.512,00	2012
B - ASM di Matera	65,00	13.791,00	203.726,00	2011	72,94	15.363,00	200.050,00	2012

2.69 Indicatore C13.2.2 Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni di Risonanza Magnetica per 1000 residenti misura l'uso di questa tipologia di esame diagnostico. Non esiste in letteratura uno standard ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni in quanto sintomo di potenziale inappropriatezza prescrittiva.



C13.2.2	
TASSO DI PRESTAZIONI RM PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di prestazione RM standardizzato per età e sesso, extra PS, per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi RM per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo RM, sia le prestazioni di RM con contrasto che le prestazioni di RM senza contrasto. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza

C13.2.2 Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	71,00	42.099,00	587.517,00	2011	76,22	44.379,00	577.562,00	2012
Distretto Venosa	78,00	7.457,00	96.804,00	2011	86,27	8.134,00	95.534,00	2012
Distretto Potenza	71,00	15.500,00	213.335,00	2011	72,29	15.358,00	209.548,00	2012
Distretto Lagonegro	53,00	4.019,00	73.652,00	2011	59,69	4.388,00	72.430,00	2012
Distretto Matera	82,00	10.117,00	123.449,00	2011	86,34	10.530,00	121.800,00	2012
Distretto Montalbano J.	62,00	5.006,00	80.277,00	2011	75,26	5.969,00	78.250,00	2012
B - ASP di Potenza	69,00	26.976,00	383.791,00	2011	73,21	27.880,00	377.512,00	2012
B - ASM di Matera	74,00	15.123,00	203.726,00	2011	81,96	16.499,00	200.050,00	2012

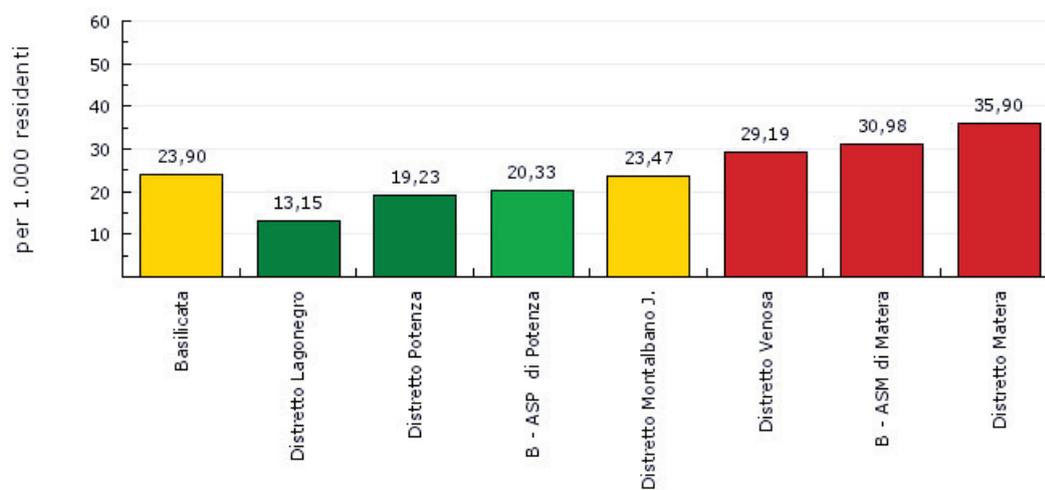
2.70 Indicatore C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

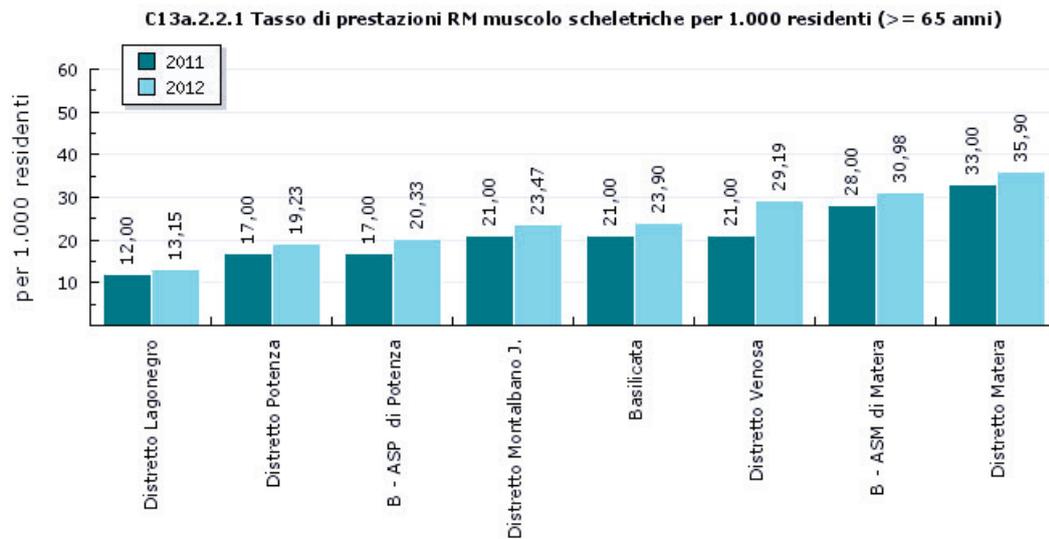
Il tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche eseguite su pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni, sulla popolazione residente oltre 64 anni, costituisce un dettaglio del C13.2.2 "Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti". Appare infatti importante misurare questa tipologia di prestazioni in modo specifico in quanto queste indagini diagnostiche sono da considerarsi ad elevato rischio di inappropriatazza.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 28.00	■
Valutazione scarsa	28.00 - 25.00]	■
Valutazione media	25.00 - 23.00]	■
Valutazione buona	23.00 - 20.00]	■
Valutazione ottima	< 20.00	■

C13a.2.2.1 - Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)



**C13a.2.2.1****TASSO DI PRESTAZIONI RM MUSCOLO SCHELETRICHE PER 1.000 RESIDENTI (>= 65 ANNI)**

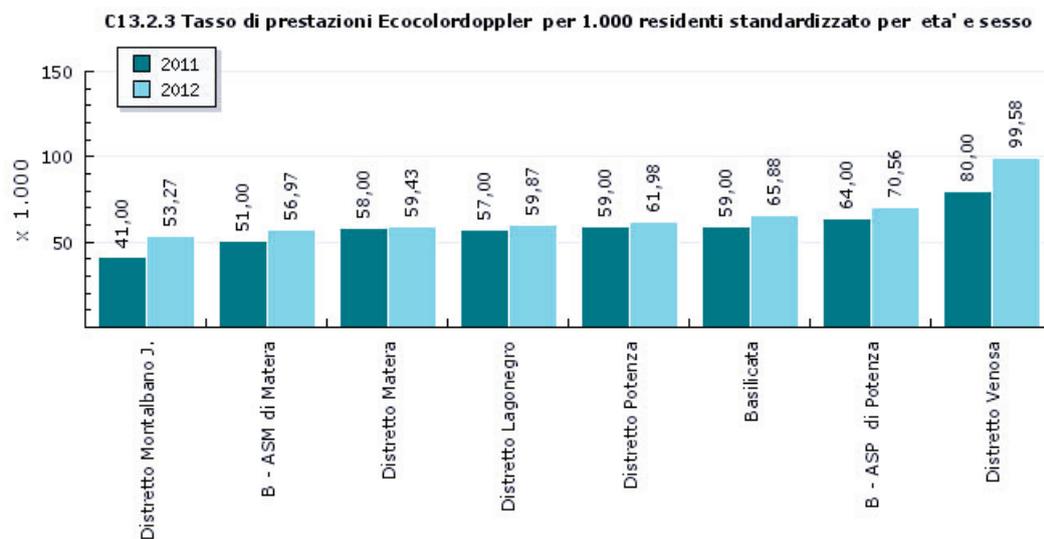
DEFINIZIONE	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
NUMERATORE	Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni, relativi ai residenti nelle Ausl x 1.000
DENOMINATORE	Popolazione >=65 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo RMN, sia le prestazioni di RMN con contrasto che le prestazioni di RMN senza contrasto, prendendo i soli codici 88.94.1, 88.94.2. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza

C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	21,00	2.502,00	118.448,00	2011	23,90	2.829,00	118.376,00	2012
Distretto Venosa	21,00	410,00	18.833,00	2011	29,19	552,00	18.909,00	2012
Distretto Potenza	17,00	757,00	43.283,00	2011	19,23	828,00	43.068,00	2012
Distretto Lagonegro	12,00	202,00	16.725,00	2011	13,15	220,00	16.724,00	2012
Distretto Matera	33,00	790,00	23.888,00	2011	35,90	860,00	23.956,00	2012
Distretto Montalbano J.	21,00	343,00	15.719,00	2011	23,47	369,00	15.719,00	2012
B - ASP di Potenza	17,00	1.369,00	78.841,00	2011	20,33	1.600,00	78.701,00	2012
B - ASM di Matera	28,00	1.133,00	39.607,00	2011	30,98	1.229,00	39.675,00	2012

2.71 Indicatore C13.2.3 Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'Ecocolordoppler è un esame diagnostico non invasivo che permette la visualizzazione ecografica dei principali vasi sanguigni e lo studio del flusso ematico al loro interno. Il tasso di prestazioni ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso misura l'uso, da parte dei cittadini residenti, di questa tipologia di indagine. Non esiste in letteratura uno standard ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni quale sintomo di potenziale inappropriata prescrizione.



C13.2.3

TASSO DI PRESTAZIONI ECOCOLORDOPPLER PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO

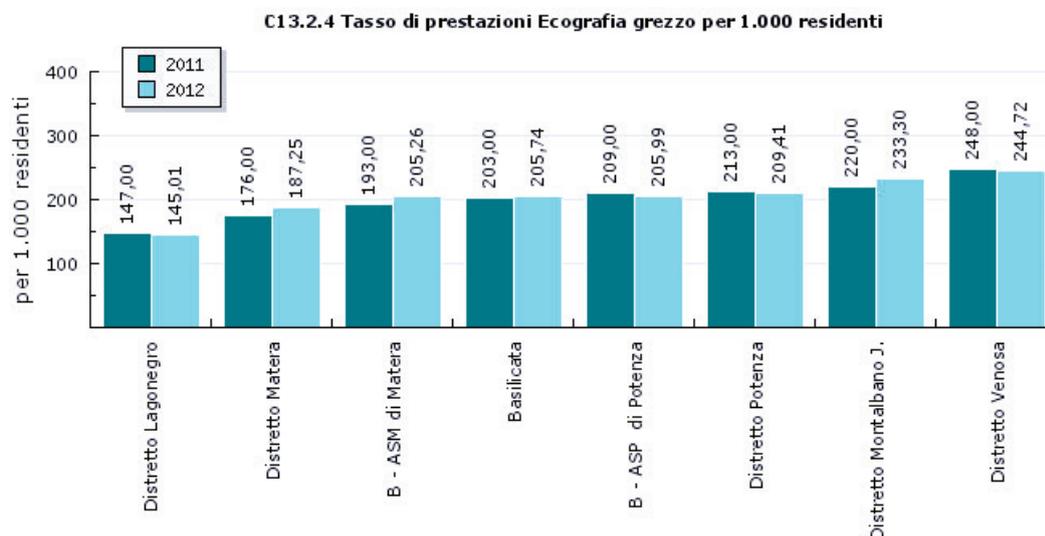
DEFINIZIONE	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler standardizzato per età e sesso
NUMERATORE	Numero accessi Ecocolordoppler per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo Ecografia, raggruppamento Ecocolordoppler. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza

C13.2.3 Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	59,00	36.674,00	587.517,00	2011	65,88	40.081,00	577.562,00	2012
Distretto Venosa	80,00	7.801,00	96.804,00	2011	99,58	9.676,00	95.534,00	2012
Distretto Potenza	59,00	13.295,00	213.335,00	2011	61,98	13.676,00	209.548,00	2012
Distretto Lagonegro	57,00	4.713,00	73.652,00	2011	59,87	4.878,00	72.430,00	2012
Distretto Matera	58,00	7.462,00	123.449,00	2011	59,43	7.507,00	121.800,00	2012
Distretto Montalbano J.	41,00	3.403,00	80.277,00	2011	53,27	4.344,00	78.250,00	2012
B - ASP di Potenza	64,00	25.809,00	383.791,00	2011	70,56	28.230,00	377.512,00	2012
B - ASM di Matera	51,00	10.865,00	203.726,00	2011	56,97	11.851,00	200.050,00	2012

2.72 Indicatore C13.2.4 Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti

L'ecografia è uno strumento diagnostico che consente di vedere gli organi del nostro corpo con l'utilizzo delle onde sonore ad alta frequenza (ultrasuoni non udibili dall'orecchio umano) che attraversano i tessuti. Il tasso di prestazioni ecografia grezzo per 1.000 residenti misura l'uso, da parte dei cittadini residenti, di questa tipologia di indagine.

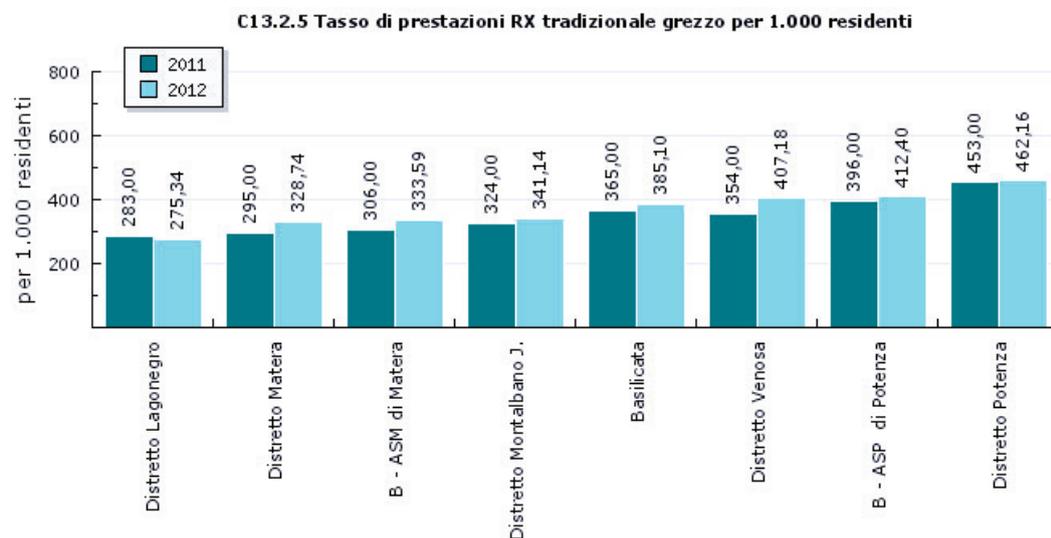


C13.2.4	
TASSO DI PRESTAZIONI ECOGRAFIA GREZZO PER 1.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso grezzo di prestazioni Ecografia per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi Ecografia per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo Ecografia. Sono escluse l'ecografia ostetrico ginecologica e l'ecocolordoppler. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza

C13.2.4 Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	203,00	119.847,00	587.517,00	2011	205,74	118.827,00	577.562,00	2012
Distretto Venosa	248,00	24.030,00	96.804,00	2011	244,72	23.379,00	95.534,00	2012
Distretto Potenza	213,00	45.495,00	213.335,00	2011	209,41	43.882,00	209.548,00	2012
Distretto Lagonegro	147,00	10.831,00	73.652,00	2011	145,01	10.503,00	72.430,00	2012
Distretto Matera	176,00	21.806,00	123.449,00	2011	187,25	22.807,00	121.800,00	2012
Distretto Montalbano J.	220,00	17.685,00	80.277,00	2011	233,30	18.256,00	78.250,00	2012
B - ASP di Potenza	209,00	80.356,00	383.791,00	2011	205,99	77.764,00	377.512,00	2012
B - ASM di Matera	193,00	39.491,00	203.726,00	2011	205,26	41.063,00	200.050,00	2012

2.73 Indicatore C13.2.5 Tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti

La radiografia è una tecnica diagnostica che si basa sull'utilizzo dei raggi X. E' stata la prima tecnica di imaging biomedico e nel corso degli anni ha subito numerosi sviluppi ed evoluzioni, fino ad arrivare alla radiografia computerizzata. Il tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti misura l'uso, da parte dei cittadini residenti, di questa tipologia di indagine.



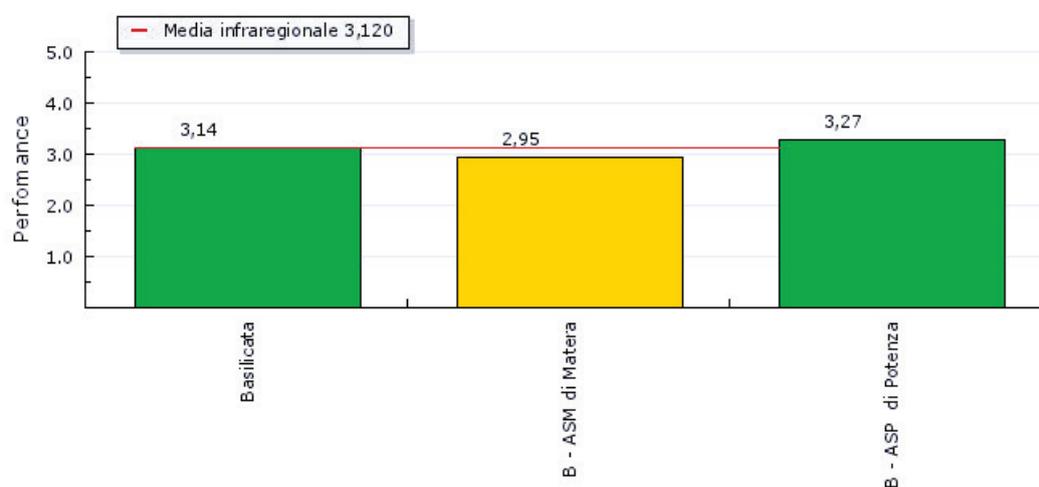
C13.2.5	
TASSO DI PRESTAZIONI RX TRADIZIONALE GREZZO PER 1.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso grezzo di prestazioni Rx grezzo tradizionale per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi Rx tradizionale per azienda di residenza
DENOMINATORE	N. residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo Rx tradizionale. E' esclusa la mammografia. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Flusso SPA
LIVELLO	Azienda di residenza

C13.2.5 Tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	365,00	214.575,00	587.517,00	2011	385,10	222.421,00	577.562,00	2012
Distretto Venosa	354,00	34.340,00	96.804,00	2011	407,18	38.900,00	95.534,00	2012
Distretto Potenza	453,00	96.830,00	213.335,00	2011	462,16	96.844,00	209.548,00	2012
Distretto Lagonegro	283,00	20.894,00	73.652,00	2011	275,34	19.943,00	72.430,00	2012
Distretto Matera	295,00	36.458,00	123.449,00	2011	328,74	40.040,00	121.800,00	2012
Distretto Montalbano J.	324,00	26.053,00	80.277,00	2011	341,14	26.694,00	78.250,00	2012
B - ASP di Potenza	396,00	152.064,00	383.791,00	2011	412,40	155.687,00	377.512,00	2012
B - ASM di Matera	306,00	62.511,00	203.726,00	2011	333,59	66.734,00	200.050,00	2012

2.74 Indicatore C15 Salute mentale

I disturbi relativi alle malattie mentali e alle dipendenze, seppur patologie tra le più sommerse, rappresentano, per gravità e frequenza, importanti problemi di sanità pubblica. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine e anche al consumo di sostanze, renderanno queste patologie sempre più frequenti. A tal fine l'OMS ha posto la diagnosi precoce e l'adeguato trattamento della stessa come obiettivo prioritario. Numerose iniziative, in ambito nazionale e regionale, hanno formulato obiettivi e standard per garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale, che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale (Rapporto Osservasalute, 2012). L'albero è composto da diversi sotto indicatori, di cui solo il primo (C8a.13) è di valutazione, in quanto *proxy* della gestione dei pazienti nell'ambito della salute mentale.

- C15 Salute mentale
 - C8a.13 % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni [di valutazione]
 - C8a.13.1 % ricoveri ripetuti entro 1 anno >18anni patologie psic, corretto per scostamento da tasso osp reg [di osservazione]
 - C8a.13.2 % ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni [di osservazione]
 - C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni [di osservazione]
 - C8a.6 % di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti [di osservazione]
 - C8a.7 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti minorenni [di osservazione]



C15

SALUTE MENTALE

NOTE PER L'ELABORAZIONE

L'indicatore C15 assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore C8a.13

2.75 Indicatore C8a.13 % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni

Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione, è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei centri di salute mentale territoriali (Health at glance 2012, OECD Indicators, Dicembre 2012).

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 14.00 ■

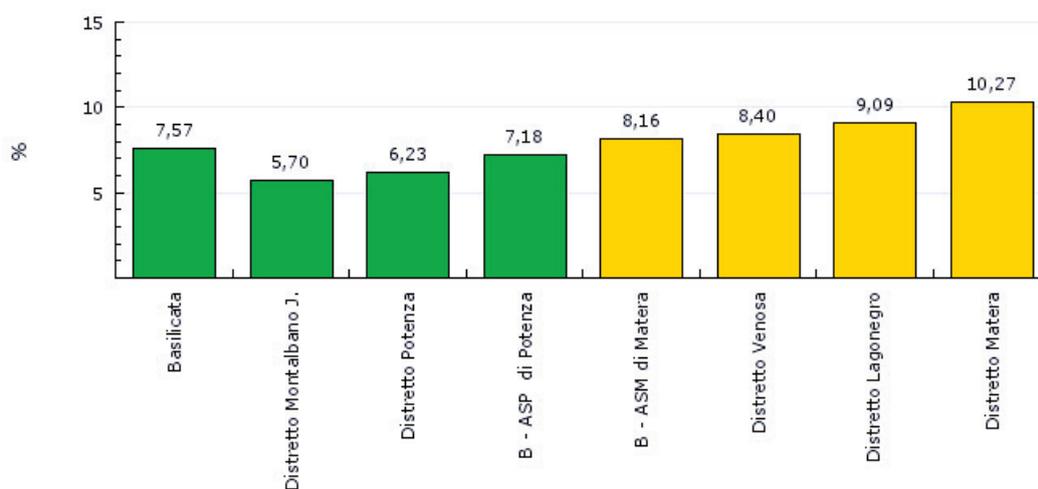
Valutazione scarsa 14.00 - 11.00] ■

Valutazione media 11.00 - 8.00] ■

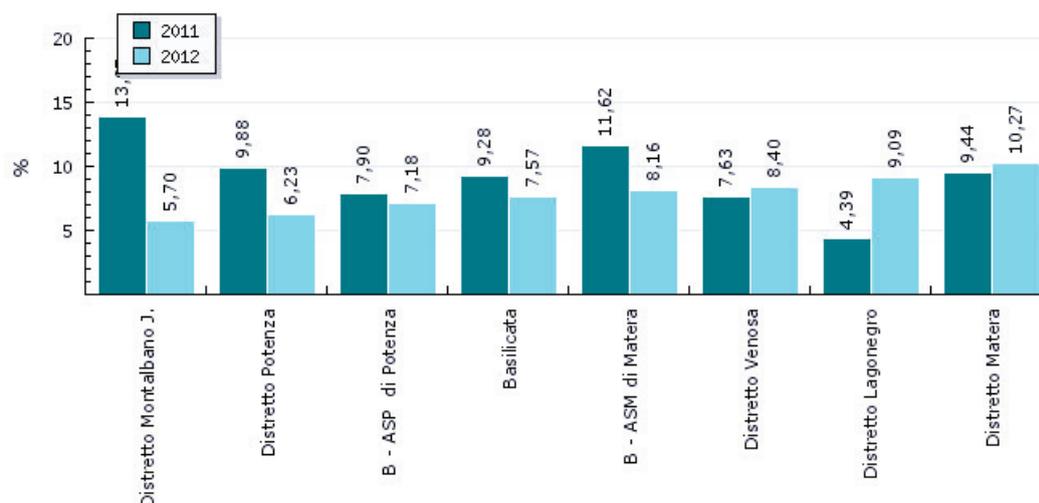
Valutazione buona 8.00 - 5.00] ■

Valutazione ottima < 5.00 ■

C8a.13 - % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni



C8a.13 % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni



C8a.13

% DI RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GIORNI DI PAZIENTI PSICHIATRICI MAGGIORENNI

DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni
NUMERATORE	N. ricoveri ripetuti dei dimessi maggiorenni dal 1 gen al 30 nov entro 30 giorni con uno dei Drg psichiatrici selezionati in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1 gen-31 dic) x 100
DENOMINATORE	N. ricoveri con patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani maggiorenni, con codice fiscale corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Codifiche DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523.</p> <p>I ricoveri con modalità di dimissione: volontaria; trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione (modalità di dimissione 5, 6, 8, 9) non generano ricoveri ripetuti.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con codice fiscale anonimo; - in strutture private non accreditate. <p>Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione entro 30 giorni. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C8a.13 % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni

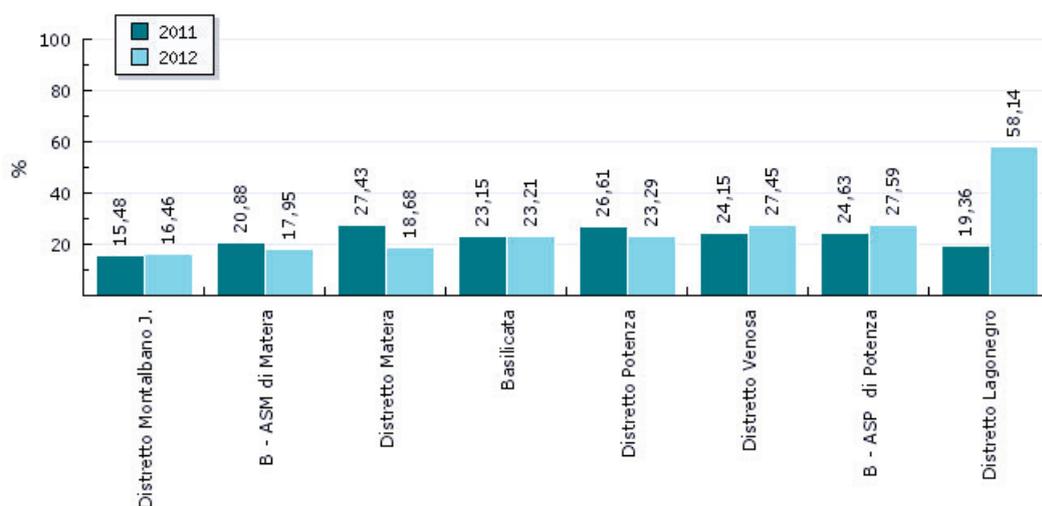
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	9,28	88,00	948,00	2011	7,57	66,00	872,00	2012
Distretto Venosa	6,02	8,00	133,00	2011	8,40	11,00	131,00	2012
Distretto Potenza	9,14	32,00	350,00	2011	6,23	20,00	321,00	2012
Distretto Lagonegro	4,39	5,00	114,00	2011	9,09	7,00	77,00	2012
Distretto Matera	9,44	17,00	180,00	2011	10,27	19,00	185,00	2012
Distretto Montalbano J.	13,87	24,00	173,00	2011	5,70	9,00	158,00	2012
B - ASP di Potenza	7,90	47,00	595,00	2011	7,18	38,00	529,00	2012
B - ASM di Matera	10,51	37,00	352,00	2011	8,16	28,00	343,00	2012

2.76 Indicatore C8a.13.1 % ricoveri ripetuti entro 1anno >18anni patologie psic, corretto per scostamento da tasso osp reg

A seguito del ricovero ospedaliero, è necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione *ad personam* delle opportunità riabilitative e terapeutiche. Una forte integrazione dell'SPDC con il servizio territoriale permette di garantire alla persona, una volta dimessa, il mantenimento di un rapporto di cura con lo stesso medico che l'ha curata durante il ricovero e, contemporaneamente, con gli altri operatori dell'équipe territoriale coinvolta. Un servizio centrato sulla persona garantisce un percorso di cura che potrà permettere al paziente di progredire in maniera evolutiva a seconda dei propri bisogni, contenendo le fasi di riaccutizzazione della patologia.

Per rendere confrontabili aziende con una differente propensione al ricovero psichiatrico, il denominatore è stato corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione regionale.

C8a.13.1 % ricoveri ripetuti entro 1anno > 18anni patologie psic, corretto per scostamento da tasso osp reg

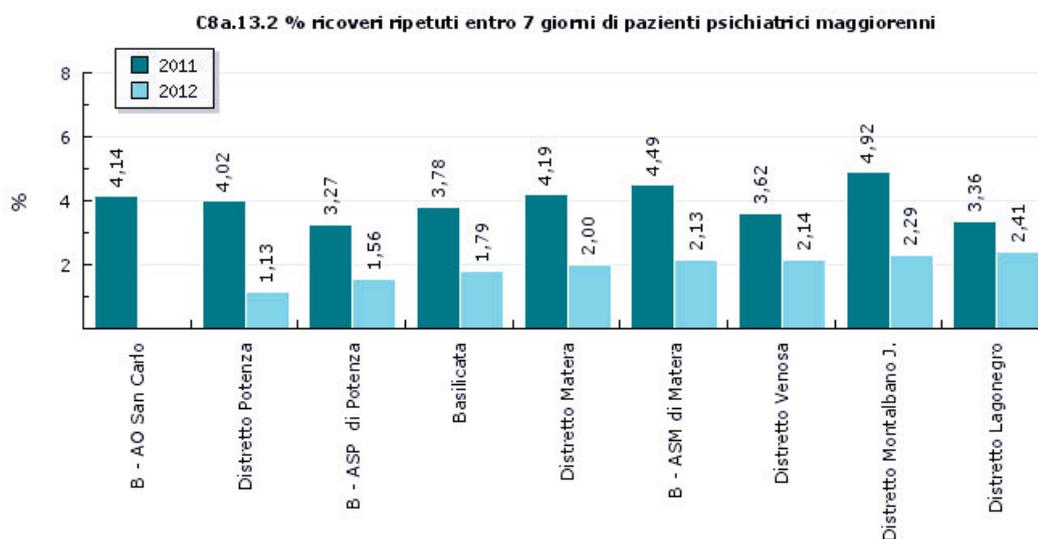


C8a.13.1	
% RICOVERI RIPETUTI ENTRO 1ANNO >18ANNI PATOLOGIE PSIC, CORRETTO PER SCOSTAMENTO DA TASSO OSP REG	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 1 anno di pazienti psichiatrici maggiorenni, corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione regionale
NUMERATORE	N. ricoveri ripetuti di pazienti maggiorenni con uno dei DRG psichiatrici selezionati in una qualunque struttura regionale nel corso dell'anno x 100
DENOMINATORE	N. ricoveri di pazienti maggiorenni con uno dei DRG psichiatrici selezionati corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione regionale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi a residenti in regione. Codifiche DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523</p> <p>I ricoveri con modalità di dimissione: volontaria; trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione non generano ricoveri ripetuti.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in strutture private non accreditate; - con codice fiscale anonimo. <p>Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.</p> <p>Il denominatore è calcolato nel seguente modo: lo scostamento percentuale del tasso di ospedalizzazione di ogni azienda (si veda l'indicatore C8a.5) dal tasso di ospedalizzazione regionale viene moltiplicato per il numero di ricoveri dei pazienti psichiatrici maggiorenni. Per calcolare il denominatore corretto, il valore ottenuto si somma al numero di ricoveri.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	23,15	235,00	1.015,00	2011	23,21	221,00	952,00	2012
Distretto Venosa	24,15	27,00	111,81	2011	27,45	34,00	123,87	2012
Distretto Potenza	26,61	91,00	341,99	2011	23,29	78,00	334,89	2012
Distretto Lagonegro	19,36	25,00	129,14	2011	58,14	19,00	32,68	2012
Distretto Matera	27,43	44,00	160,40	2011	18,68	41,00	219,46	2012
Distretto Montalbano J.	15,48	48,00	310,19	2011	16,46	49,00	297,75	2012
B - ASP di Potenza	24,63	143,00	580,67	2011	27,59	131,00	474,86	2012
B - ASM di Matera	20,88	92,00	440,66	2011	17,95	90,00	501,40	2012

2.77 Indicatore C8a.13.2 % ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni

Il re-ricovero di un paziente che ritorna in ospedale entro 7 giorni dal ricovero precedente, evidenzia problematiche di dimissione precoce e, quindi, la responsabilità di tale ricovero ripetuto è da attribuirsi al soggetto erogatore.



C8a.13.2

% RICOVERI RIPETUTI ENTRO 7 GIORNI DI PAZIENTI PSICHIATRICI MAGGIORENNI

DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ripetuti di pazienti psichiatrici maggiorenni entro 7 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura pubblica e/o convenzionata regionale
NUMERATORE	N. ricoveri ripetuti di pazienti maggiorenni entro 7 giorni con uno dei DRG psichiatrici selezionati in una qualunque struttura regionale x 100
DENOMINATORE	N. ricoveri con patologie psichiatriche maggiorenni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a residenti in regione, con codice fiscale corretto, in regime di ricovero ordinario. Codifiche DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523.</p> <p>I ricoveri con modalità di dimissione: volontaria; trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione non generano ricoveri ripetuti.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri: - con codice fiscale anonimo; - in strutture private non accreditate.</p> <p>Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione entro 7 giorni. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 7 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

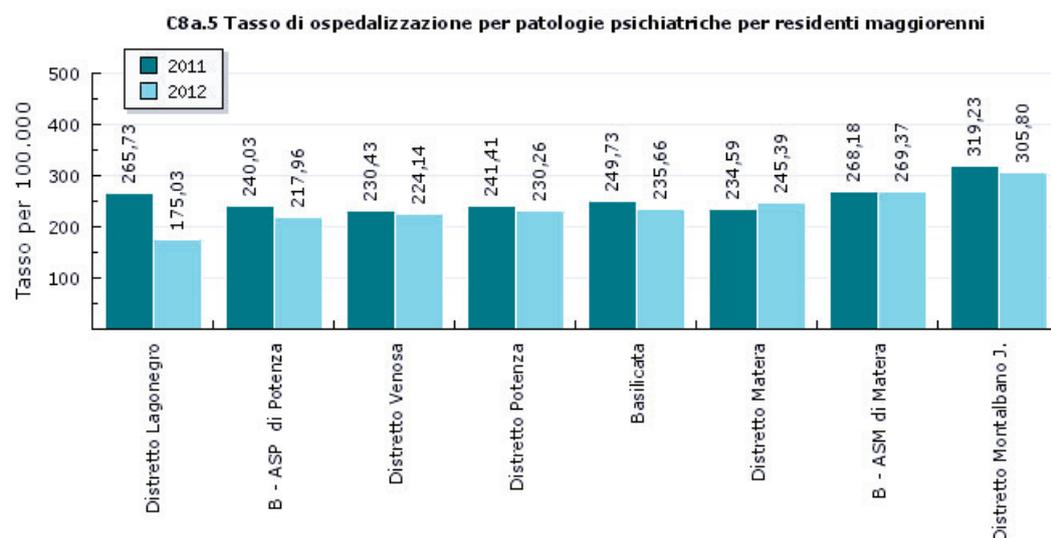
C8a.13.2 % ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	3,78	40,00	1.058,00	2011	1,79	17,00	952,00	2012
Distretto Venosa	2,10	3,00	143,00	2011	2,14	3,00	140,00	2012
Distretto Potenza	1,52	2,00	132,00	2011	1,13	4,00	354,00	2012
Distretto Lagonegro	3,36	4,00	119,00	2011	2,41	2,00	83,00	2012
Distretto Matera	4,19	8,00	191,00	2011	2,00	4,00	200,00	2012
Distretto Montalbano J.	4,79	9,00	188,00	2011	2,29	4,00	175,00	2012
B - AO San Carlo	4,14	12,00	290,00	2011				
B - ASP di Potenza	2,83	11,00	389,00	2011	1,56	9,00	577,00	2012
B - ASM di Matera	4,30	16,00	372,00	2011	2,13	8,00	375,00	2012

2.78 Indicatore C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni

Il tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione di emergenze ed episodi di acuzie della patologia.

L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitata 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.

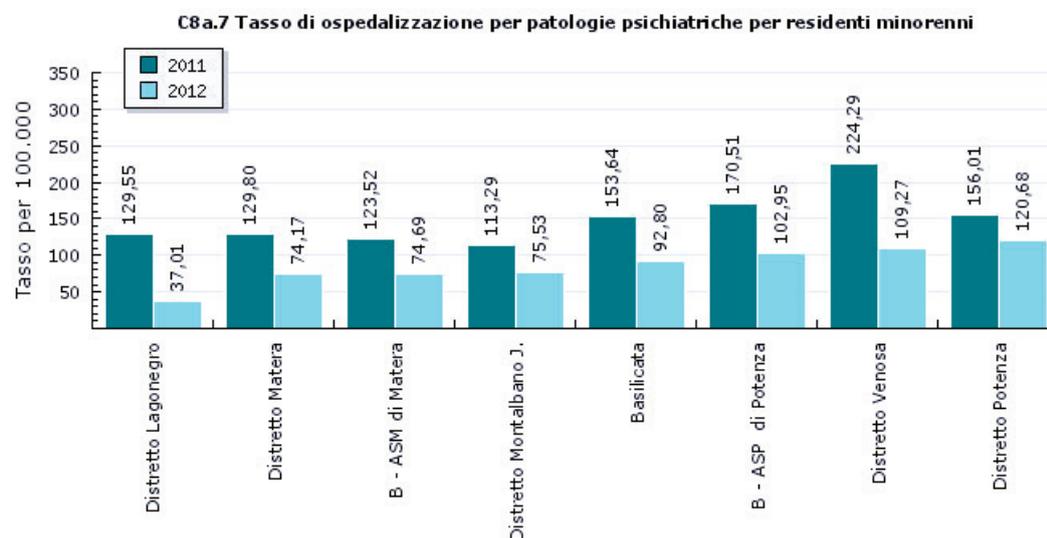


C8a.5	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE PER RESIDENTI MAGGIORENNI	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni
NUMERATORE	N. ricoveri per patologie psichiatriche relativi ai residenti maggiorenni x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione residente maggiorenni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti toscani maggiorenni. Si considerano i ricoveri ordinari con DRG psichiatrici. Codifiche DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523. Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	244,22	1.198,00	490.538,00	2011	235,66	1.156,00	490.538,00	2012
Distretto Venosa	227,91	181,00	79.416,00	2011	224,14	178,00	79.416,00	2012
Distretto Potenza	233,05	418,00	179.362,00	2011	230,26	413,00	179.362,00	2012
Distretto Lagonegro	265,73	167,00	62.845,00	2011	175,03	110,00	62.845,00	2012
Distretto Matera	215,95	220,00	101.878,00	2011	245,39	250,00	101.878,00	2012
Distretto Montalbano J.	313,26	210,00	67.037,00	2011	305,80	205,00	67.037,00	2012
B - ASP di Potenza	238,79	768,00	321.623,00	2011	217,96	701,00	321.623,00	2012
B - ASM di Matera	268,18	453,00	168.915,00	2011	269,37	455,00	168.915,00	2012

2.79 Indicatore C8a.7 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti minorenni

Come il precedente indicatore, il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per minorenni misura indirettamente l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente minorenne psichiatrico.



C8a.7	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE PER RESIDENTI MINORENNI	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni
NUMERATORE	N. ricoveri di minorenni con patologie psichiatriche relativi ai residenti nella Asl x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione minorenne residente
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi ai residenti in regione minorenni. Si considerano i ricoveri ordinari con DRG psichiatrici. Codifiche DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523. Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

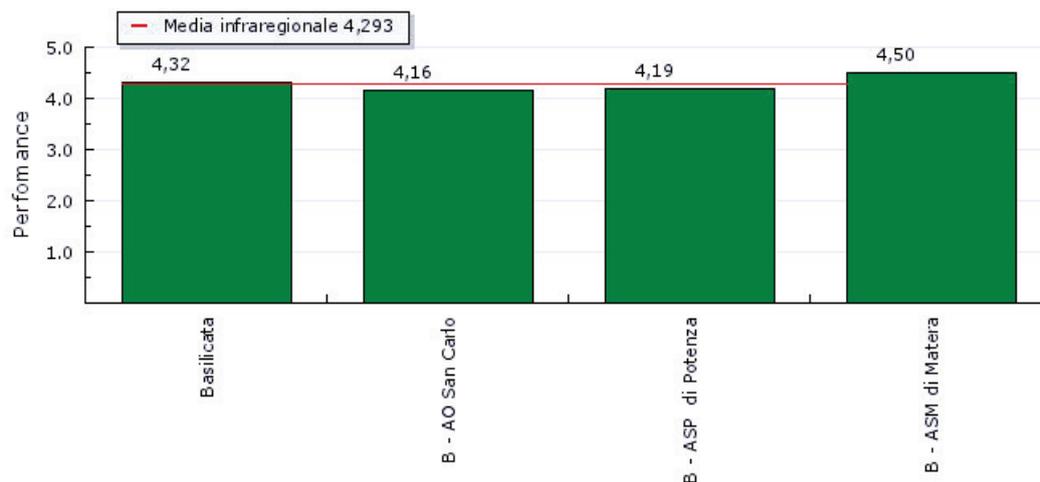
C8a.7 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti minorenni								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	153,64	149,00	96.979,00	2011	92,80	90,00	96.979,00	2012
Distretto Venosa	120,77	21,00	17.388,00	2011	109,27	19,00	17.388,00	2012
Distretto Potenza	156,01	53,00	33.973,00	2011	120,68	41,00	33.973,00	2012
Distretto Lagonegro	129,55	14,00	10.807,00	2011	37,01	4,00	10.807,00	2012
Distretto Matera	129,80	28,00	21.571,00	2011	74,17	16,00	21.571,00	2012
Distretto Montalbano J.	113,29	15,00	13.240,00	2011	75,53	10,00	13.240,00	2012
B - ASP di Potenza	170,51	106,00	62.168,00	2011	102,95	64,00	62.168,00	2012
B - ASM di Matera	74,69	26,00	34.811,00	2011	74,69	26,00	34.811,00	2012

2.80 Indicatore C16 Pronto soccorso

L'indicatore, inserito per la prima volta da quest'anno, permette di monitorare le attività del Pronto Soccorso in termini di capacità di rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza e di far fronte in modo adeguato alle differenti tipologie di casi che si presentano.

L'indicatore, composto da C16.1, C16.2, C16.3 e C16.4, permette di valutare i tempi di attesa dei pazienti, i tempi di permanenza per alcuni codici colore e la capacità di filtro del Pronto Soccorso verso i ricoveri.

- C16 Pronto soccorso
 - C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti [di valutazione]
 - C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora [di valutazione]
 - C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore [di valutazione]
 - C16.4 % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore [di valutazione]



C16

PRONTO SOCCORSO

NOTE PER L'ELABORAZIONE

L'indicatore C16 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: C16.1, C16.2, C16.3 e C16.4.

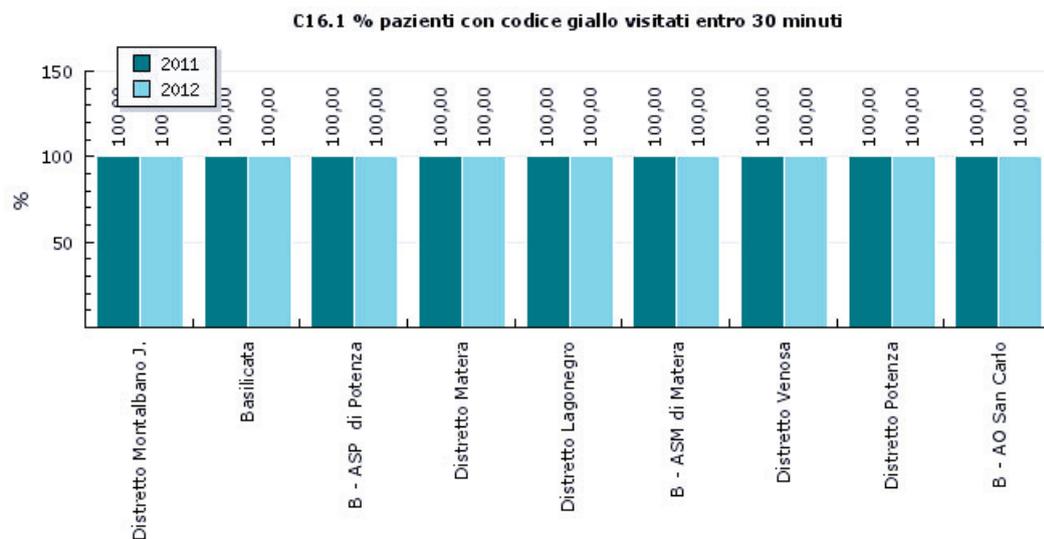
2.81 Indicatore C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice giallo che sono visitati dal medico entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).

Valutazione pessima < 60.00 ■
Valutazione scarsa 60.00 - 70.00 ■
Valutazione media 70.00 - 80.00 ■
Valutazione buona 80.00 - 90.00 ■
Valutazione ottima > 90.00 ■

C16.1 - % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti



**C16.1****% PAZIENTI CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI**

DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice giallo e visitati entro 30 minuti rispetto al totale dei pazienti con codice giallo
NUMERATORE	N. pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100
DENOMINATORE	N. pazienti in PS con codice giallo visitati entro e oltre 30 minuti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita
RIFERIMENTO	Media Interregionale
FONTE	Flusso Pronto Soccorso
LIVELLO	Azienda di erogazione

C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	100,00	24.469,00	24.469,00	2011	100,00	30.783,00	30.783,00	2012
Distretto Venosa	100,00	2.647,00	2.647,00	2011	100,00	3.022,00	3.022,00	2012
Distretto Potenza	100,00	3.391,00	3.391,00	2011	100,00	4.357,00	4.357,00	2012
Distretto Lagonegro	100,00	1.192,00	1.192,00	2011	100,00	2.169,00	2.169,00	2012
Distretto Matera	100,00	5.111,00	5.111,00	2011	100,00	7.127,00	7.127,00	2012
Distretto Montalbano J.	100,00	2.628,00	2.628,00	2011	100,00	2.978,00	2.978,00	2012
B - AO San Carlo	100,00	9.500,00	9.500,00	2011	100,00	11.130,00	11.130,00	2012
B - ASP di Potenza	100,00	7.230,00	7.230,00	2011	100,00	9.548,00	9.548,00	2012
B - ASM di Matera	100,00	7.739,00	7.739,00	2011	100,00	10.105,00	10.105,00	2012

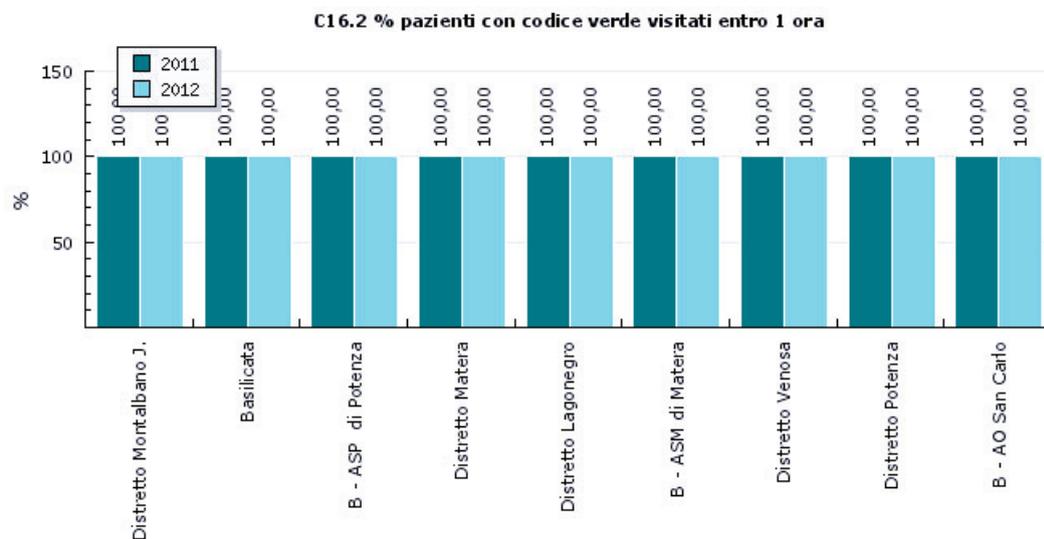
2.82 Indicatore C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde che sono visitati dal medico entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage).

Valutazione pessima < 60.00 ■
Valutazione scarsa 60.00 - 70.00] ■
Valutazione media 70.00 - 80.00] ■
Valutazione buona 80.00 - 90.00] ■
Valutazione ottima > 90.00 ■

C16.2 - % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora



**C16.2****% PAZIENTI CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 1 ORA**

DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde
NUMERATORE	N. pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora x 100
DENOMINATORE	N. pazienti in PS con codice verde visitati entro e oltre 1 ora
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita. Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve
RIFERIMENTO	Media Interregionale
FONTE	Flusso Pronto Soccorso
LIVELLO	Azienda di erogazione

C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora

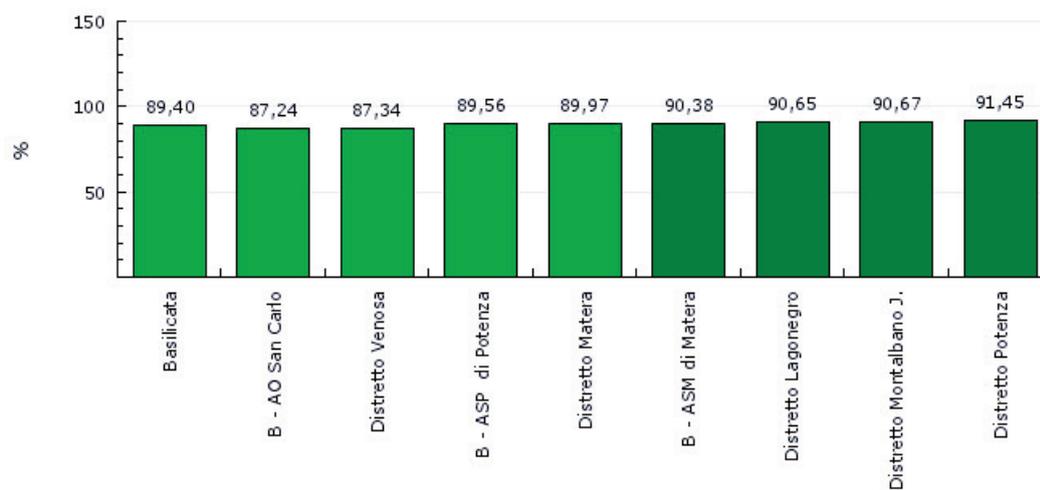
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	100,00	109.307,00	109.307,00	2011	100,00	114.043,00	114.043,00	2012
Distretto Venosa	100,00	18.968,00	18.968,00	2011	100,00	16.368,00	16.368,00	2012
Distretto Potenza	100,00	8.813,00	8.813,00	2011	100,00	9.299,00	9.299,00	2012
Distretto Lagonegro	100,00	11.701,00	11.701,00	2011	100,00	16.057,00	16.057,00	2012
Distretto Matera	100,00	13.025,00	13.025,00	2011	100,00	19.585,00	19.585,00	2012
Distretto Montalbano J.	100,00	28.258,00	28.258,00	2011	100,00	26.784,00	26.784,00	2012
B - AO San Carlo	100,00	28.542,00	28.542,00	2011	100,00	25.950,00	25.950,00	2012
B - ASP di Potenza	100,00	39.482,00	39.482,00	2011	100,00	41.724,00	41.724,00	2012
B - ASM di Matera	100,00	41.283,00	41.283,00	2011	100,00	46.369,00	46.369,00	2012

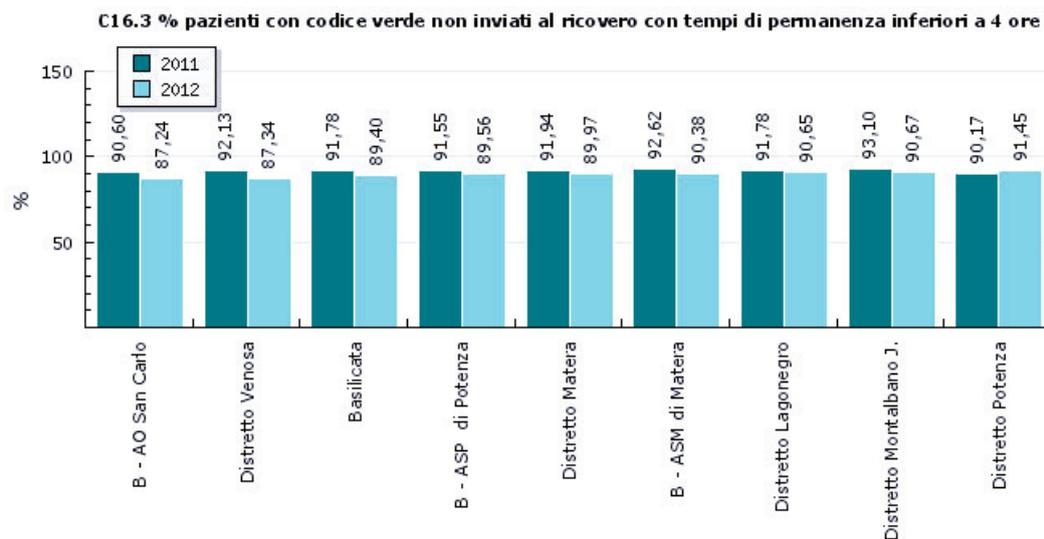
2.83 Indicatore C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore.

Valutazione pessima < 75.00 ■
Valutazione scarsa 75.00 - 80.00] ■
Valutazione media 80.00 - 85.00] ■
Valutazione buona 85.00 - 90.00] ■
Valutazione ottima > 90.00 ■

C16.3 - % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore



**C16.3****% PAZIENTI CON CODICE VERDE NON INVIATI AL RICOVERO CON TEMPI DI PERMANENZA INFERIORI A 4 ORE**

DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore
NUMERATORE	N. pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100
DENOMINATORE	N. totale pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro e oltre 4 ore
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita
RIFERIMENTO	Media Interregionale
FONTE	Flusso Pronto Soccorso
LIVELLO	Azienda di erogazione

C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

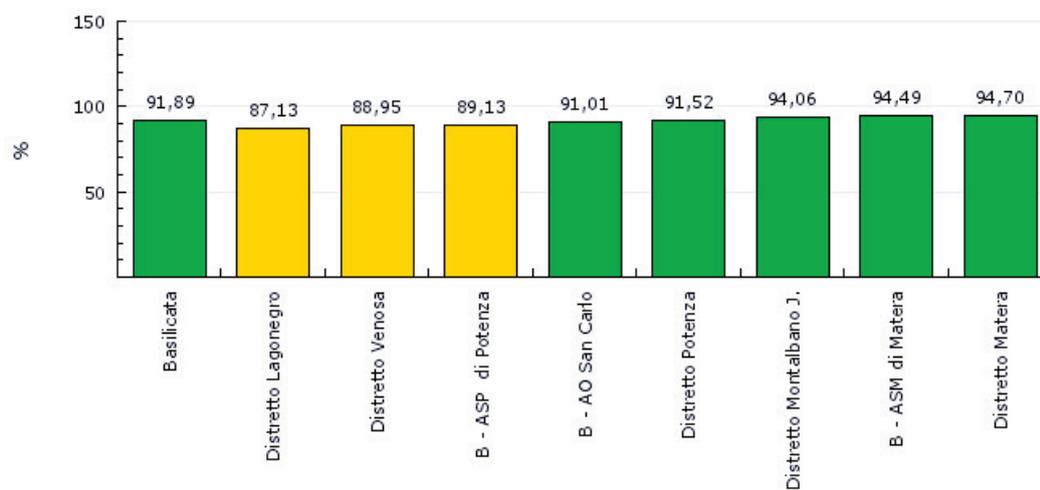
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	91,66	87.694,00	95.673,00	2011	89,40	91.033,00	101.827,00	2012
Distretto Venosa	92,13	14.700,00	15.956,00	2011	87,34	12.932,00	14.806,00	2012
Distretto Potenza	90,09	7.455,00	8.275,00	2011	91,45	8.138,00	8.899,00	2012
Distretto Lagonegro	91,54	9.683,00	10.578,00	2011	90,65	13.483,00	14.874,00	2012
Distretto Matera	91,22	10.396,00	11.396,00	2011	89,97	15.322,00	17.031,00	2012
Distretto Montalbano J.	93,10	23.970,00	25.747,00	2011	90,67	22.206,00	24.492,00	2012
B - AO San Carlo	90,60	21.490,00	23.721,00	2011	87,24	18.952,00	21.725,00	2012
B - ASP di Potenza	91,46	31.838,00	34.809,00	2011	89,56	34.553,00	38.579,00	2012
B - ASM di Matera	92,52	34.366,00	37.143,00	2011	90,38	37.528,00	41.523,00	2012

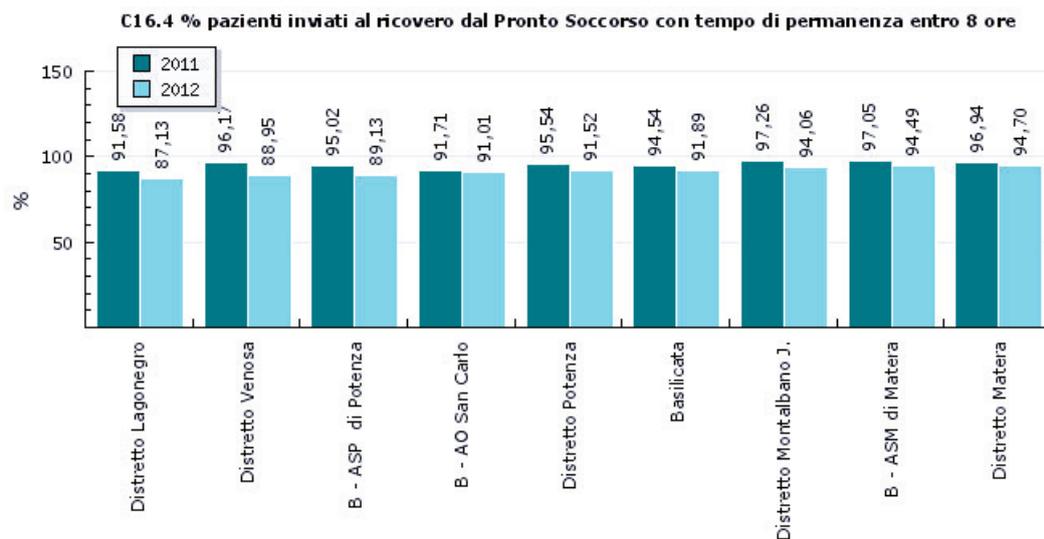
2.84 Indicatore C16.4 % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore

L'indicatore permette di valutare l'efficienza del sistema ospedale nel suo complesso e monitora la percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori alle 8 ore.

Valutazione pessima < 80.00 ■
Valutazione scarsa 80.00 - 85.00 ■
Valutazione media 85.00 - 90.00 ■
Valutazione buona 90.00 - 95.00 ■
Valutazione ottima > 95.00 ■

C16.4 - % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore



**C16.4****% PAZIENTI INVIATI AL RICOVERO DAL PRONTO SOCCORSO CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE**

DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
NUMERATORE	N. pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
DENOMINATORE	N. Totale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro ed oltre le 8 ore
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve
RIFERIMENTO	Media Interregionale
FONTE	Flusso Pronto Soccorso
LIVELLO	Azienda di erogazione

C16.4 % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore

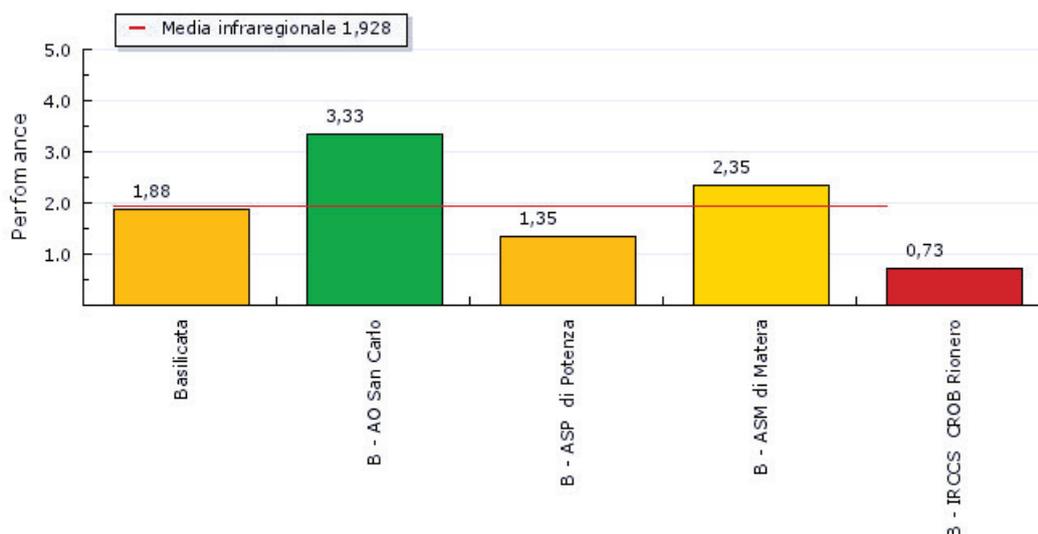
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	94,31	26.984,00	28.613,00	2011	91,89	27.312,00	29.722,00	2012
Distretto Venosa	96,17	4.414,00	4.590,00	2011	88,95	2.794,00	3.141,00	2012
Distretto Potenza	95,54	1.819,00	1.904,00	2011	91,52	1.802,00	1.969,00	2012
Distretto Lagonegro	91,26	1.514,00	1.659,00	2011	87,13	1.814,00	2.082,00	2012
Distretto Matera	96,63	4.982,00	5.156,00	2011	94,70	7.268,00	7.675,00	2012
Distretto Montalbano J.	97,26	3.839,00	3.947,00	2011	94,06	3.547,00	3.771,00	2012
B - AO San Carlo	91,71	10.416,00	11.357,00	2011	91,01	10.087,00	11.084,00	2012
B - ASP di Potenza	95,02	7.747,00	8.153,00	2011	89,13	6.410,00	7.192,00	2012
B - ASM di Matera	96,90	8.821,00	9.103,00	2011	94,49	10.815,00	11.446,00	2012

2.85 Indicatore C17 Volumi erogati

L'obiettivo cardine del Regolamento Balduzzi sui nuovi standard ospedalieri è garantire livelli omogenei di assistenza ospedaliera in tutta Italia, sia in termini di adeguatezza delle strutture che in termini di risorse umane impiegate in rapporto ai pazienti assistiti e al livello di complessità della struttura. Al fine della riorganizzazione della rete ospedaliera è necessario porre l'attenzione sui volumi di attività per specifici processi e sull'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni; a tale scopo il Regolamento identifica per il triennio 2013-2015 alcune soglie minime di volume di attività.

Nello specifico le procedure analizzate in questo indicatore sono: tumore maligno alla mammella (soglia pari a 100 primi interventi annui), colecistectomia laparoscopica (soglia pari a 100 interventi annui), parti (soglia pari a 500 parti annui). A questi si aggiungono anche i volumi per interventi chirurgici per tumore maligno al retto, ponendo come soglia minima 100 interventi annui.

- C17 Volumi erogati
 - C17.1 Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella [di valutazione]
 - C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella [di valutazione]
 - C17.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella [di valutazione]
 - C17.2 Volumi interventi chirurgici per tumore maligno al retto [di valutazione]
 - C17.2.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno al retto [di valutazione]
 - C17.2.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno al retto [di valutazione]
 - C17.3 Volumi interventi chirurgici per colecistectomia laparoscopica [di valutazione]
 - C17.3.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per colecistectomia laparoscopica [di valutazione]
 - C17.3.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per colecistectomia laparoscopica [di valutazione]
 - C17.4 Volumi per parti [di valutazione]
 - C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti [di valutazione]
 - C17.4.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti [di valutazione]

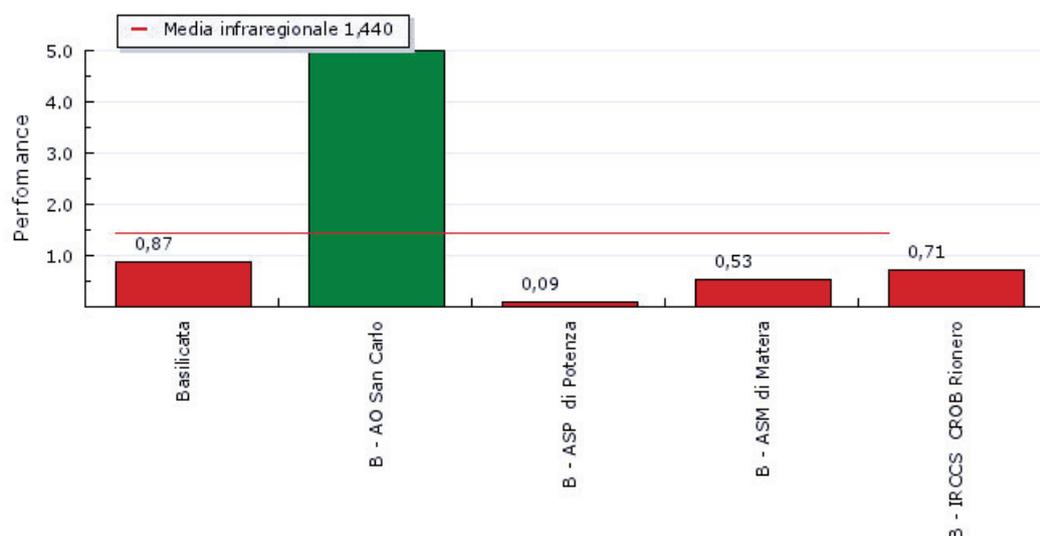


C17	
VOLUMI EROGATI	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi agli indicatori C17.1, C17.2, C17.3, C17.4. Ciascuno di questi è dato dalla media dei punteggi dei sottoindicatori: - percentuale di ricoveri sopra soglia - Indice di dispersione della casistica nei reparti sotto soglia
LIVELLO	Azienda di erogazione

2.86 Indicatore C17.1 Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella

L'indicatore valuta quante strutture rispettano la soglia prevista dal Regolamento Balduzzi per i tumori maligni alla mammella. La valutazione è fatta analizzando due indicatori da leggersi congiuntamente: il primo misura la percentuale dei primi interventi effettuati in reparti sopra soglia; il secondo riguarda solo i reparti con un numero di primi interventi sotto la soglia e analizza quanto il volume erogato è distante dalla soglia stessa, tramite un indice chiamato di dispersione.

Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di singolo reparto.



C17.1	
VOLUMI INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE MALIGNO ALLA MAMMELLA	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti sotto indicatori: <ul style="list-style-type: none"> • C17.1.1: Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella • C17.1.2: Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
RIFERIMENTO	Media interregionale
LIVELLO	Azienda di erogazione

2.87 Indicatore C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella

Si valuta la percentuale di ricoveri effettuati in reparti con un numero di interventi sopra la soglia rispetto al totale dei ricoveri erogati da ciascuna struttura, per interventi chirurgici per tumori maligni alla mammella.

Valutazione pessima < 60.00 ■
Valutazione scarsa 60.00 - 70.00] ■
Valutazione media 70.00 - 80.00] ■
Valutazione buona 80.00 - 90.00] ■
Valutazione ottima > 90.00 ■

C17.1.1 - Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella



C17.1.1	
PERCENTUALE RICOVERI SOPRA SOGLIA PER TUMORE MALIGNO ALLA MAMMELLA	
NUMERATORE	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
DENOMINATORE	N. ricoveri erogati totali
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE). Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174*, 198.81) e intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9- CM 85.22, 85.23, 85.24, 85.25, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.41, 85.42, 85.43, 85.44, 85.45, 85.46, 85.47, 85.48). Per le pazienti che hanno effettuato più di un ricovero per tale tipologia di intervento, si considera solo il primo ricovero. Si selezionano le pazienti transitate (ammesse, trasferite o dimesse) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e Ginecologia e Ostetricia (37); si considera come reparto di intervento il primo di questi. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 100 primi interventi annui per Struttura complessa. Il calcolo è fatto comunque per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di singolo reparto.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	59,87	185,00	309,00	2012				
B - AO San Carlo	100,00	185,00	185,00	2012				
B - ASP di Potenza	0,00	0,00	10,00	2012				
B - ASM di Matera	0,00	0,00	49,00	2012				
B - IRCCS CROB Rionero	0,00	0,00	65,00	2012				

2.88 Indicatore C17.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella

Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore maligno alla mammella è inferiore alla soglia prevista e per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione (dato dalla media quadratica delle distanze dalla soglia dei soli reparti sotto soglia).

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 80.00 ■

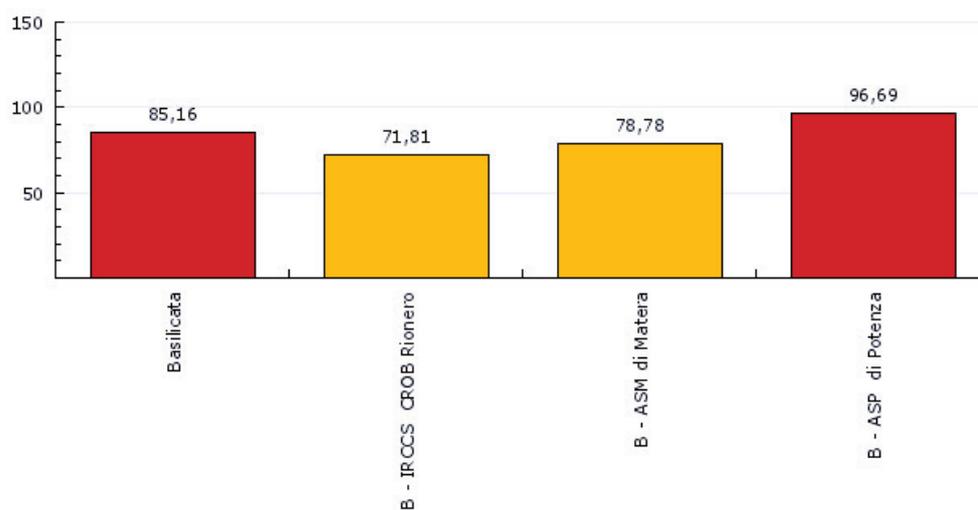
Valutazione scarsa 80.00 - 60.00] ■

Valutazione media 60.00 - 40.00] ■

Valutazione buona 40.00 - 20.00] ■

Valutazione ottima < 20.00 ■

C17.1.2 - Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella



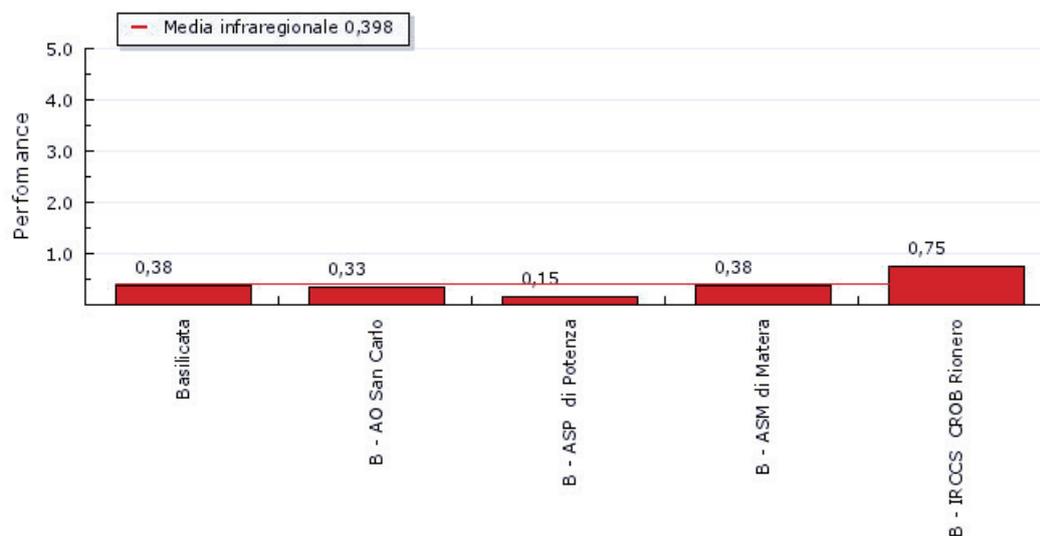
C17.1.2	
INDICE DI DISPERSIONE DALLA CASISTICA IN REPARTI SOTTO SOGLIA PER TUMORE MALIGNO ALLA MAMMELLA	
NUMERATORE	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto
DENOMINATORE	Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE). Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174*, 198.81) e intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9- CM 85.22, 85.23, 85.24, 85.25, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.41, 85.42, 85.43, 85.44, 85.45, 85.46, 85.47, 85.48). Per le pazienti che hanno effettuato più di un ricovero per tale tipologia di intervento, si considera solo il primo ricovero. Si selezionano le pazienti transitate (ammesse, trasferite o dimesse) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e Ginecologia e Ostetricia (37); si considera come reparto di intervento il primo di questi. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 100 primi interventi annui per Struttura complessa. Il calcolo è fatto comunque per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di singolo reparto.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C17.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	85,16	225,32	2,65	2012				
B - ASP di Potenza	96,69	167,46	1,73	2012				
B - ASM di Matera	78,78	111,41	1,41	2012				
B - IRCCS CROB Rionero	71,81	101,55	1,41	2012				

2.89 Indicatore C17.2 Volumi interventi chirurgici per tumore maligno al retto

L'indicatore valuta quante strutture rispettano la soglia prevista per gli interventi per il tumore maligno al retto, pari a 100 interventi annui. La valutazione è fatta analizzando due indicatori da leggersi congiuntamente: il primo misura la percentuale degli interventi effettuati in reparti sopra soglia; il secondo riguarda solo i reparti con un numero di interventi sotto la soglia e analizza quanto il volume erogato è distante dalla soglia stessa, tramite un indice chiamato di dispersione.

Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di singolo reparto.



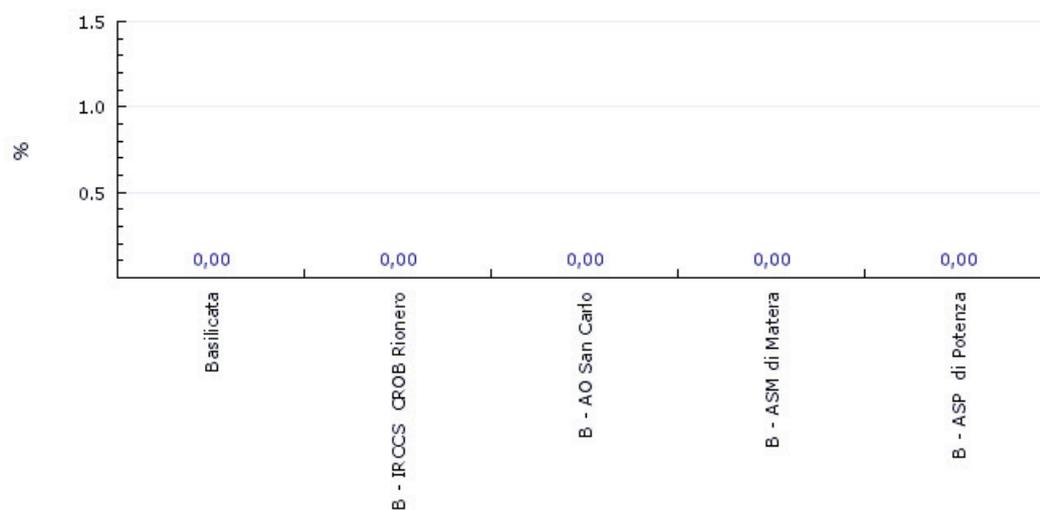
C17.2	
VOLUMI INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE MALIGNO AL RETTO	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti sotto indicatori: <ul style="list-style-type: none"> • C17.2.1: Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno al retto • C17.2.2: Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno al retto
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

2.90 Indicatore C17.2.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno al retto

Si valuta la percentuale di ricoveri effettuati in reparti con un numero di interventi sopra la soglia rispetto al totale dei ricoveri erogati da ciascuna struttura, per interventi chirurgici per tumore maligno al retto.

Valutazione pessima < 60.00 ■
Valutazione scarsa 60.00 - 70.00] ■
Valutazione media 70.00 - 80.00] ■
Valutazione buona 80.00 - 90.00] ■
Valutazione ottima > 90.00 ■

C17.2.1 - Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno al retto



C17.2.1	
PERCENTUALE RICOVERI SOPRA SOGLIA PER TUMORE MALIGNO AL RETTO	
NUMERATORE	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
DENOMINATORE	N. ricoveri erogati totali
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale o secondaria codice ICD9-CM: 154*, 197.5 e con procedura principale o secondaria Codici ICD9-CM di 48.49, 48.5, 48.6*. Sono esclusi i ricoveri con intervento principale o secondario di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM 45.7*, 45.8, 45.9*, 46.03, 46.04, 46.1*). Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi) dai reparti di Chirurgia Generale (09); si considera come reparto di intervento il primo di questi. La soglia minima di volume di attività prevista è pari a 100 interventi annui.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C17.2.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno al retto								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	0,00				0,00	0,00	79,00	2012
B - AO San Carlo	0,00				0,00	0,00	28,00	2012
B - ASP di Potenza	0,00				0,00	0,00	6,00	2012
B - ASM di Matera	0,00				0,00	0,00	15,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	0,00				0,00	0,00	30,00	2012

2.91 Indicatore C17.2.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno al retto

Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di interventi per tumore maligno al retto è inferiore alla soglia prevista e per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione (dato dalla media quadratica delle distanze dalla soglia dei soli reparti sotto soglia).

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 80.00 ■

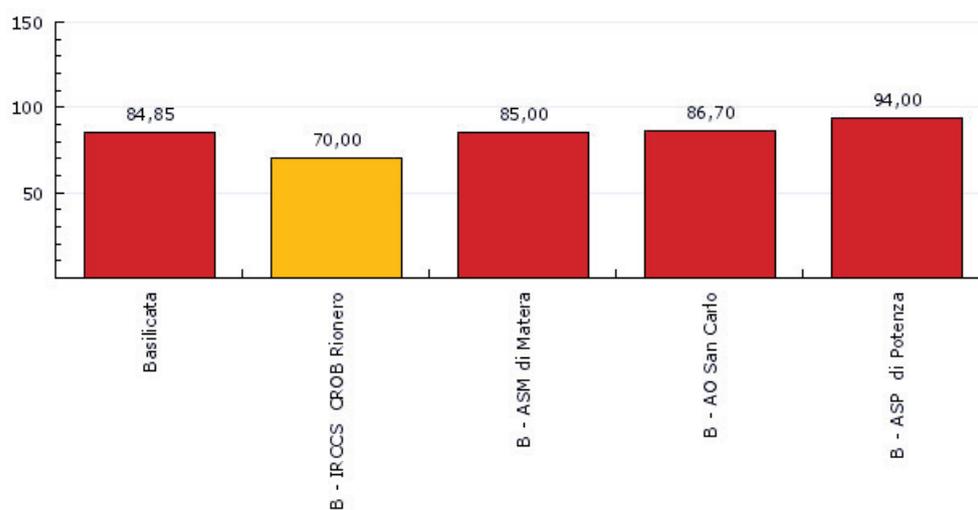
Valutazione scarsa 80.00 - 60.00] ■

Valutazione media 60.00 - 40.00] ■

Valutazione buona 40.00 - 20.00] ■

Valutazione ottima < 20.00 ■

C17.2.2 - Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno al retto



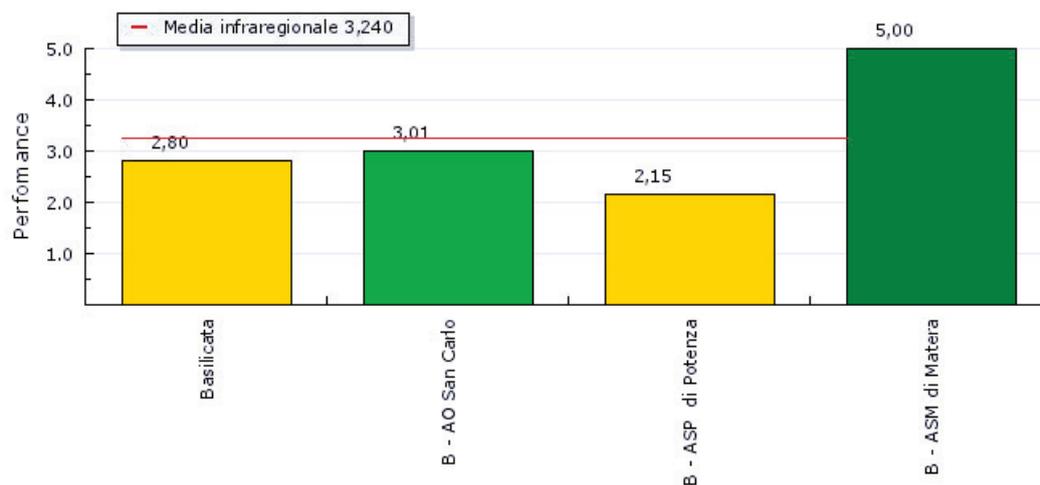
C17.2.2	
INDICE DI DISPERSIONE DALLA CASISTICA IN REPARTI SOTTO SOGLIA PER TUMORE MALIGNO AL RETTO	
NUMERATORE	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto
DENOMINATORE	Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale o secondaria codice ICD9-CM: 154*, 197.5 e con procedura principale o secondaria Codici ICD9-CM di 48.49, 48.5, 48.6*. Sono esclusi i ricoveri con intervento principale o secondario di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM 45.7*, 45.8, 45.9*, 46.03, 46.04, 46.1*). Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi) dai reparti di Chirurgia Generale (09); si considera come reparto di intervento il primo di questi. La soglia minima di volume di attività prevista è pari a 100 interventi annui.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C17.2.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno al retto								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	84,85	189,72	2,24	2012				
B - AO San Carlo	86,70	122,61	1,41	2012				
B - ASP di Potenza	94,00	94,00	1,00	2012				
B - ASM di Matera	85,00	85,00	1,00	2012				
B - IRCCS CROB Rionero	70,00	70,00	1,00	2012				

2.92 Indicatore C17.3 Volumi interventi chirurgici per colecistectomia laparoscopica

L'indicatore valuta quante strutture rispettano la soglia prevista dal Regolamento Balduzzi per gli interventi di colecistectomia laparoscopica. La valutazione è fatta analizzando due indicatori da leggersi congiuntamente: il primo misura la percentuale di interventi di colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti sopra soglia; il secondo riguarda solo i reparti con un numero di interventi di colecistectomia laparoscopica sotto la soglia e analizza quanto il volume erogato è distante dalla soglia stessa, tramite un indice chiamato di dispersione.

Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di singolo reparto.



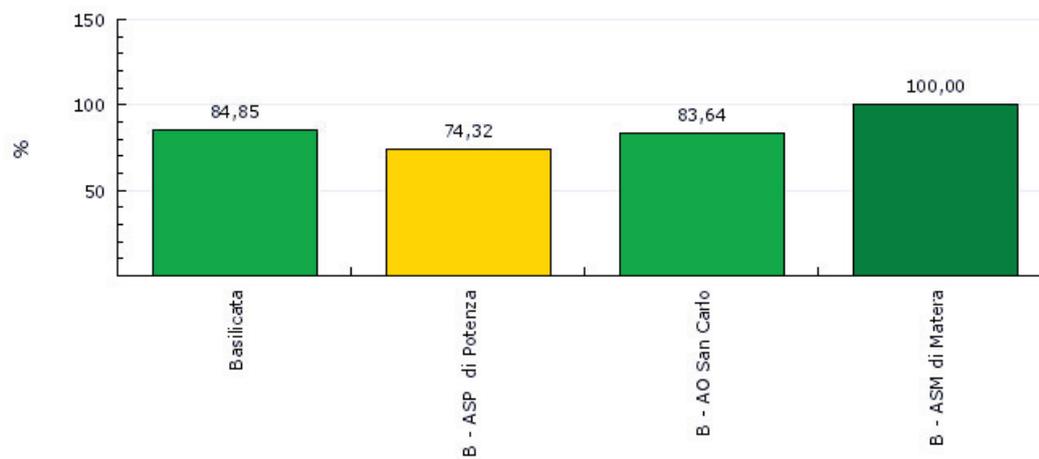
C17.3	
VOLUMI INTERVENTI CHIRURGICI PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti sotto indicatori: <ul style="list-style-type: none"> • C17.3.1: Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici di colecistectomia laparoscopica • C17.3.2: Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici di colecistectomia laparoscopica
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

2.93 Indicatore C17.3.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per colecistectomia laparoscopica

Si valuta la percentuale di ricoveri effettuati in reparti con un numero di interventi sopra la soglia rispetto al totale dei ricoveri erogati da ciascuna struttura, per interventi chirurgici di colecistectomia laparoscopica.

Valutazione pessima < 60.00 ■
Valutazione scarsa 60.00 - 70.00] ■
Valutazione media 70.00 - 80.00] ■
Valutazione buona 80.00 - 90.00] ■
Valutazione ottima > 90.00 ■

C17.3.1 - Percentuale ricoveri sopra soglia per colecistectomia laparoscopica



C17.3.1	
PERCENTUALE RICOVERI SOPRA SOGLIA PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	
NUMERATORE	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
DENOMINATORE	N. ricoveri erogati totali
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari e in day-surgery con procedura principale o secondaria di colecistectomia laparoscopica (codice ICD9-CM 51.23, 51.24). Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e chirurgia pediatrica (11); si considera come reparto di intervento il primo di questi. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 100 interventi annui per struttura complessa. Il calcolo è fatto comunque per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di singolo reparto.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C17.3.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per colecistectomia laparoscopica								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	84,85	829,00	977,00	2012				
B - AO San Carlo	83,64	271,00	324,00	2012				
B - ASP di Potenza	74,32	275,00	370,00	2012				
B - ASM di Matera	100,00	283,00	283,00	2012				

2.94 Indicatore C17.3.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per colecistectomia laparoscopica

Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di interventi di colecistectomia laparoscopica è inferiore alla soglia prevista e per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione (dato dalla media quadratica delle distanze dalla soglia dei soli reparti sotto soglia).

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 80.00 ■

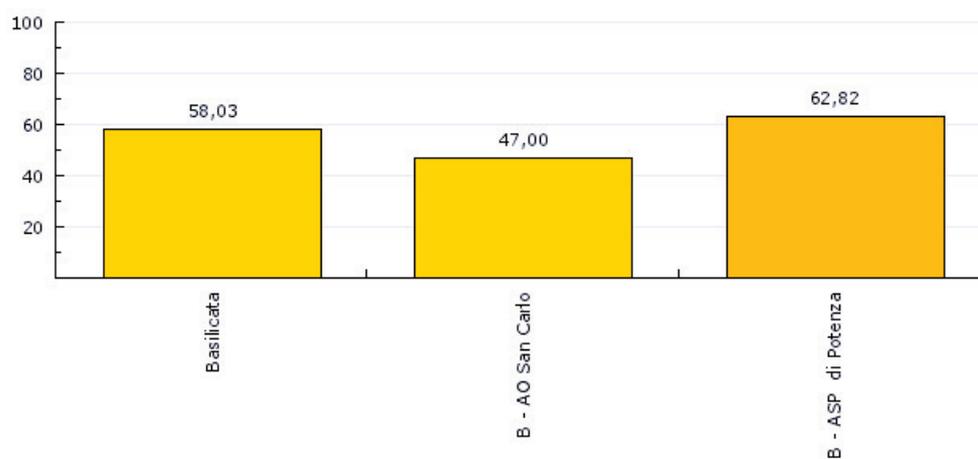
Valutazione scarsa 80.00 - 60.00] ■

Valutazione media 60.00 - 40.00] ■

Valutazione buona 40.00 - 20.00] ■

Valutazione ottima < 20.00 ■

C17.3.2 - Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per colecistectomia laparoscopica

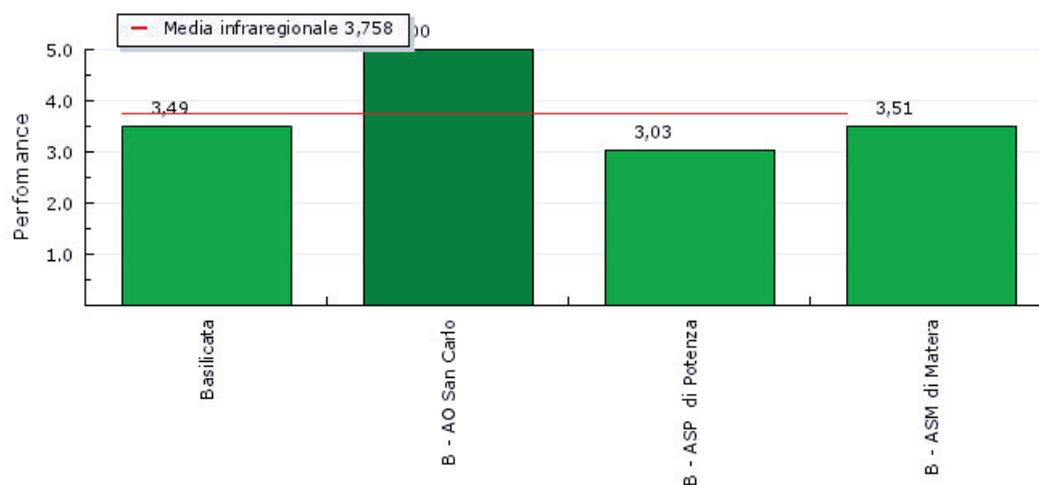


C17.3.2	
INDICE DI DISPERSIONE DALLA CASISTICA IN REPARTI SOTTO SOGLIA PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	
NUMERATORE	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto
DENOMINATORE	Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari e in day-surgery con procedura principale o secondaria di colecistectomia laparoscopica (codice ICD9-CM 51.23, 51.24).</p> <p>Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e chirurgia pediatrica (11); si considera come reparto di intervento il primo di questi.</p> <p>La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 100 interventi annui per struttura complessa. Il calcolo è fatto comunque per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di singolo reparto.annui.</p>
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C17.3.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per colecistectomia laparoscopica								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata					58,03	100,51	1,73	2012
B - AO San Carlo					47,00	47,00	1,00	2012
B - ASP di Potenza					62,82	88,84	1,41	2012

2.95 Indicatore C17.4 Volumi per parti

L'indicatore valuta quanti punti nascita rispettano la soglia prevista dal Regolamento Balduzzi per interventi di parti. La valutazione è fatta analizzando due indicatori da leggersi congiuntamente: il primo misura la percentuale di parti effettuati in punti nascita sopra soglia; il secondo riguarda solo i punti nascita con un numero di parti sotto la soglia e analizza quanto il volume erogato è distante dalla soglia stessa, tramite un indice chiamato di dispersione. Il calcolo è fatto per punto nascita.



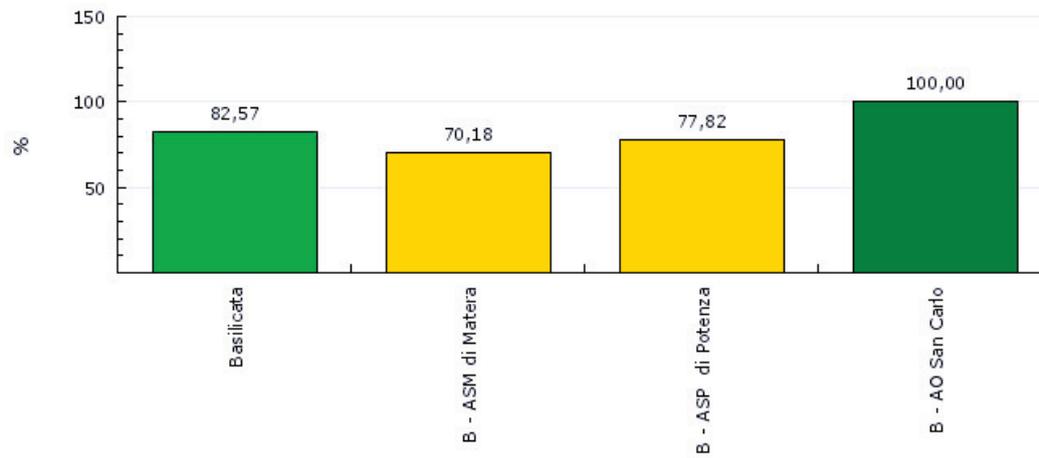
C17.4	
VOLUMI PER PARTI	
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti sotto indicatori: <ul style="list-style-type: none"> • C17.4.1: Percentuale ricoveri sopra soglia per parti • C17.4.2: Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per parti
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

2.96 Indicatore C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti

Si valuta la percentuale di parti effettuati in punti nascita sopra la soglia rispetto al totale dei parti erogati da ciascun punto nascita.

Valutazione pessima < 60.00 ■
Valutazione scarsa 60.00 - 70.00] ■
Valutazione media 70.00 - 80.00] ■
Valutazione buona 80.00 - 90.00] ■
Valutazione ottima > 90.00 ■

C17.4.1 - Percentuale ricoveri sopra soglia per parti



C17.4.1	
PERCENTUALE RICOVERI SOPRA SOGLIA PER PARTI	
NUMERATORE	N. parti in stabilimenti sopra soglia
DENOMINATORE	N. parti totali
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE). Si considerano i ricoveri con: - DRG 370-375, - o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.x, 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, - o codici di procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6x, 73.8x, 73.9x, 74.0x, 74.1x, 74.2x, 74.4x Si considerano gli stabilimenti con punti nascita. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 500 parti annui.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C17.4.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per parti								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata					82,57	3.653,00	4.424,00	2012
B - AO San Carlo					100,00	1.461,00	1.461,00	2012
B - ASP di Potenza					77,82	1.147,00	1.474,00	2012
B - ASM di Matera					70,18	1.045,00	1.489,00	2012

2.97 Indicatore C17.4.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti

Si prendono in considerazione solo i punti nascita nei quali il numero di parti è inferiore alla soglia prevista e per questi si valuta quanto il volume erogato si discosta dalla soglia utilizzando un indice di dispersione (dato dalla media quadratica delle distanze dalla soglia dei soli reparti sotto soglia).

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 400.00 ■

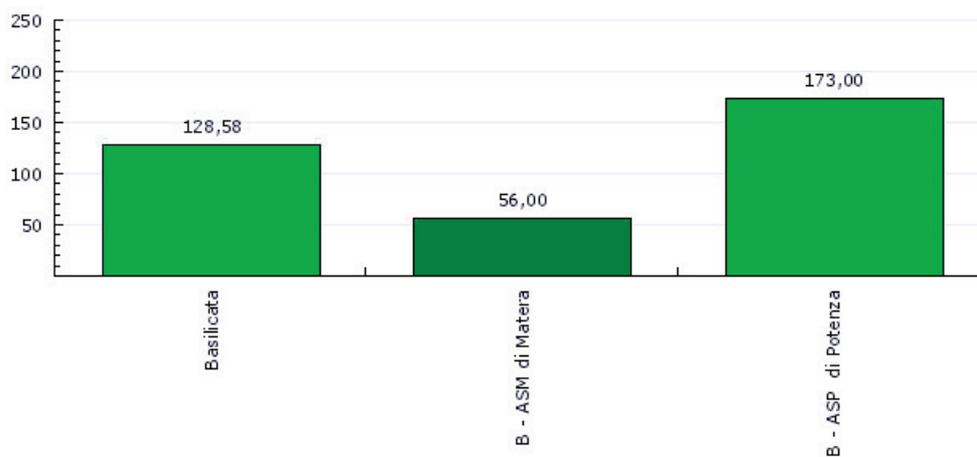
Valutazione scarsa 400.00 - 300.00] ■

Valutazione media 300.00 - 200.00] ■

Valutazione buona 200.00 - 100.00] ■

Valutazione ottima < 100.00 ■

C17.4.2 - Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti

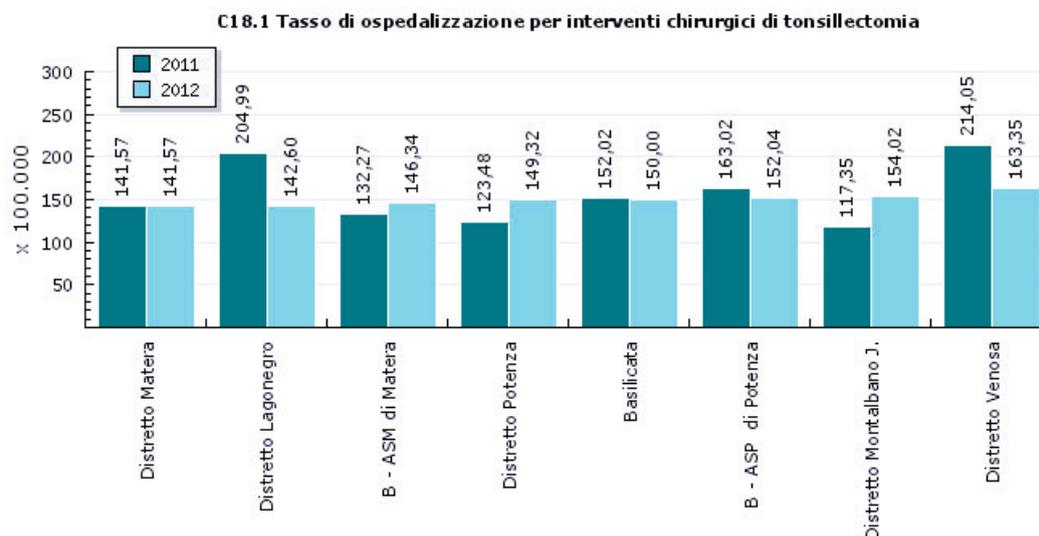


C17.4.2	
INDICE DI DISPERSIONE DALLA CASISTICA IN STABILIMENTI SOTTO SOGLIA PER PARTI	
NUMERATORE	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto
DENOMINATORE	Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE). Si considerano i ricoveri con: - DRG 370-375, - o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.x, 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, - o codici di procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6x, 73.8x, 73.9x, 74.0x, 74.1x, 74.2x, 74.4x Si considerano gli stabilimenti con punti nascita. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 500 parti annui.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

C17.4.2 Indice di dispersione dalla casistica in stabilimenti sotto soglia per parti								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	128,58	181,84	1,41	2012				
B - ASP di Potenza	173,00	173,00	1,00	2012				
B - ASM di Matera	56,00	56,00	1,00	2012				

2.99 Indicatore C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di tonsillectomia

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici programmati di tonsillectomia, in pazienti con età minore o uguale a 18 anni.

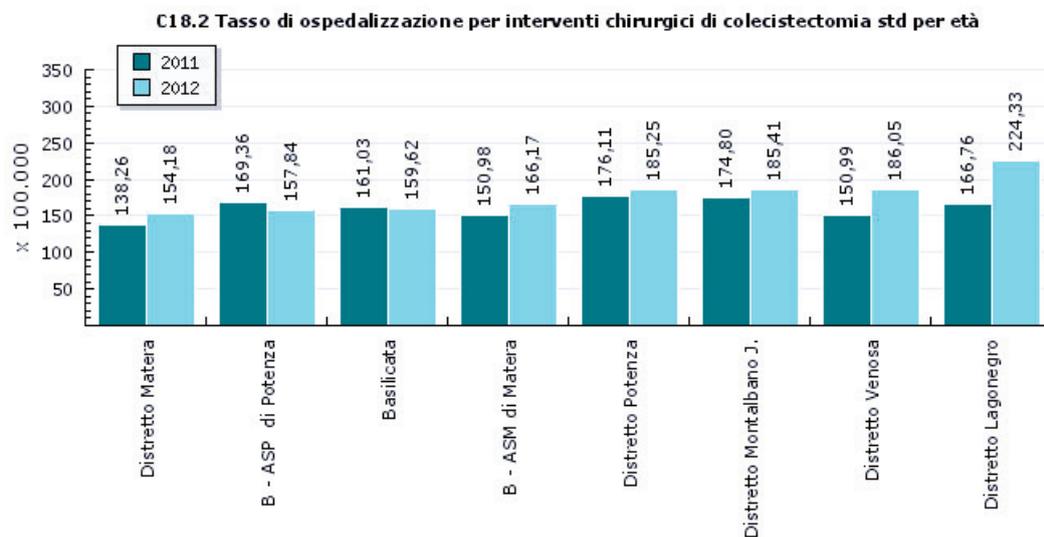


C18.1	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI CHIRURGICI DI TONSILLECTOMIA	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di tonsillectomia, per 100.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di tonsillectomia relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti con età compresa tra 0 e 18 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri dei residenti Toscani, ovunque erogati, extra regione inclusi. Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione, • ordinari programmati con o senza preospedalizzazione o day hospital, • erogati da strutture pubbliche e private accreditate, • di età compresa tra 0 e 18 anni, • con codici ICD9-CM di intervento principale o secondario di tonsillectomia senza e con adenoidectomia: 28.2 e 28.3 <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dimessi con MDC 14 o 15 (parto), • con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondaria di tumore della testa e del collo (ICD-9-CM 140.xx - 149.9, 171.0, 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 190-194.9, 196.0, 230.0, 231.8, 232.0, 232.1, 232.2, 232.3, 232.4, 237.0, 237.1, 237.6, 237.9, 239.6) oncologico testa collo, • con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondaria di traumatismo o avvelenamento (ICD 9 CM da 800* a 999*).
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di tonsillectomia								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	152,02	151,00	99.331,00	2011	150,00	149,00	99.331,00	2012
Distretto Venosa	214,05	38,00	17.753,00	2011	163,35	29,00	17.753,00	2012
Distretto Potenza	123,48	43,00	34.825,00	2011	149,32	52,00	34.825,00	2012
Distretto Lagonegro	204,99	23,00	11.220,00	2011	142,60	16,00	11.220,00	2012
Distretto Matera	141,57	31,00	21.898,00	2011	141,57	31,00	21.898,00	2012
Distretto Montalbano J.	117,35	16,00	13.635,00	2011	154,02	21,00	13.635,00	2012
B - ASP di Potenza	163,02	104,00	63.798,00	2011	152,04	97,00	63.798,00	2012
B - ASM di Matera	132,27	47,00	35.533,00	2011	146,34	52,00	35.533,00	2012

2.100 Indicatore C18.2 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di colecistectomia std per età

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per interventi chirurgici programmati di colecistectomia.



C18.2

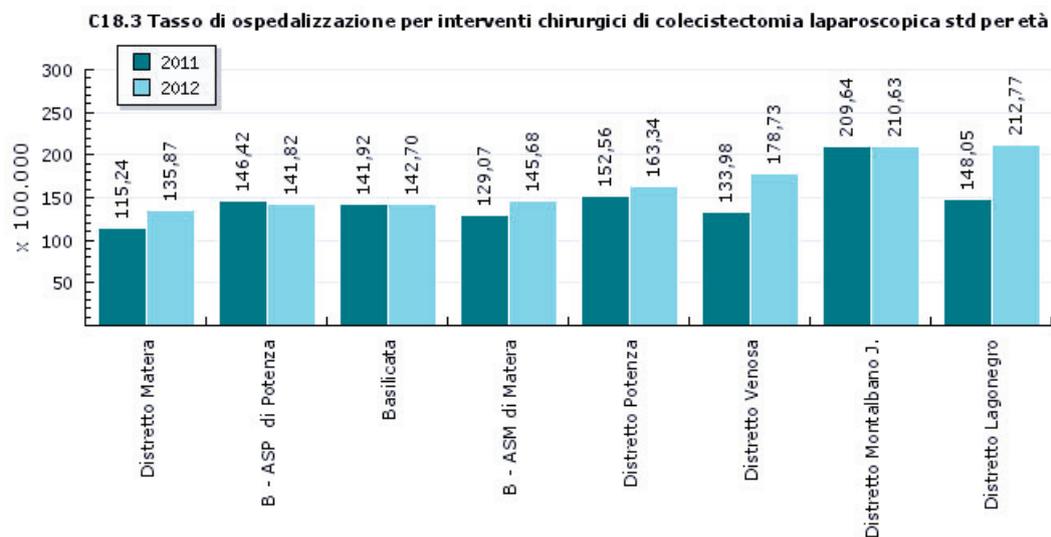
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI CHIRURGICI DI COLECISTECTOMIA STD PER ETÀ

DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di colecistectomia, per 100.000 residenti standardizzato per età
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di colecistectomia relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione • ordinari programmati con o senza preospedalizzazione o day hospital, • erogati da strutture pubbliche e private accreditate, • con codice ICD9-CM di procedure principale o secondarie di colecistectomia: 51.21, 51.22, 51.23, 51.24 <p>La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.</p>
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	161,03	869,00	587.517,00	2011	159,62	862,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	150,99	140,00	96.804,00	2011	186,05	90,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	176,11	342,00	213.335,00	2011	185,25	342,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	166,76	113,00	73.652,00	2011	224,33	125,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	138,26	145,00	123.449,00	2011	154,18	166,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	174,80	129,00	80.277,00	2011	185,41	139,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	169,36	595,00	383.791,00	2011	157,84	557,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	150,98	274,00	203.726,00	2011	166,17	305,00	203.726,00	2012

2.101 Indicatore C18.3 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di colecistectomia laparoscopica std per età

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per interventi chirurgici programmati di colecistectomia laparoscopica.



C18.3

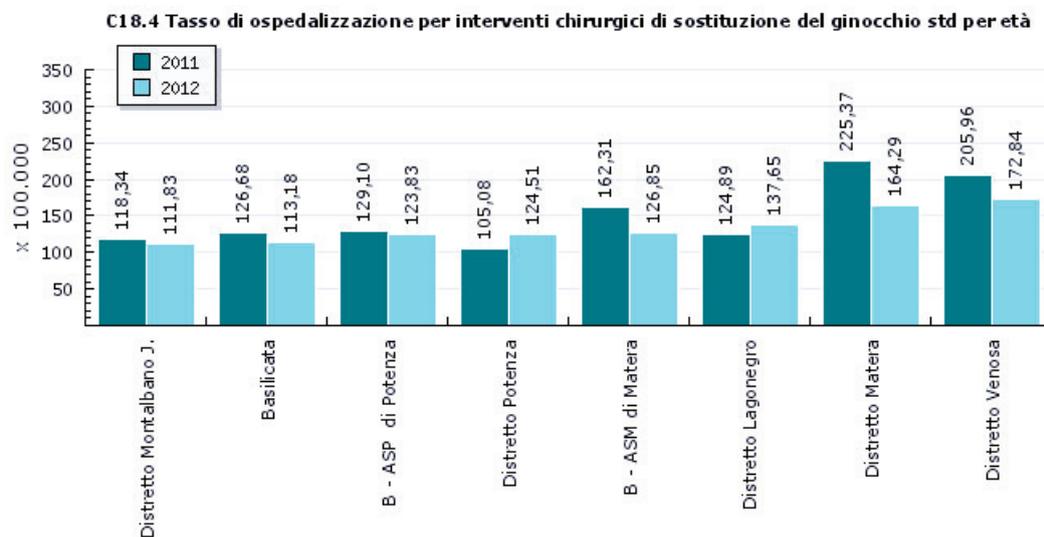
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI CHIRURGICI DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA STD PER ETÀ

DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di colecistectomia laparoscopica, per 100.000 residenti standardizzato per età
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di colecistectomia laparoscopica relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione • ordinari programmati con o senza preospedalizzazione o day hospital, • erogati da strutture pubbliche e private accreditate, • con codici ICD9-CM di procedure principale o secondarie: 51.23, 51.24 <p>La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.</p>
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	141,92	770,00	587.517,00	2011	142,70	776,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	133,98	123,00	96.804,00	2011	178,73	77,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	152,56	300,00	213.335,00	2011	163,34	304,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	148,05	103,00	73.652,00	2011	212,77	117,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	115,24	127,00	123.449,00	2011	135,87	153,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	209,64	117,00	80.277,00	2011	210,63	125,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	146,42	526,00	383.791,00	2011	141,82	498,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	129,07	244,00	203.726,00	2011	145,68	278,00	203.726,00	2012

2.102 Indicatore C18.4 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di sostituzione del ginocchio std per età

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per interventi chirurgici programmati di sostituzione del ginocchio.



C18.4

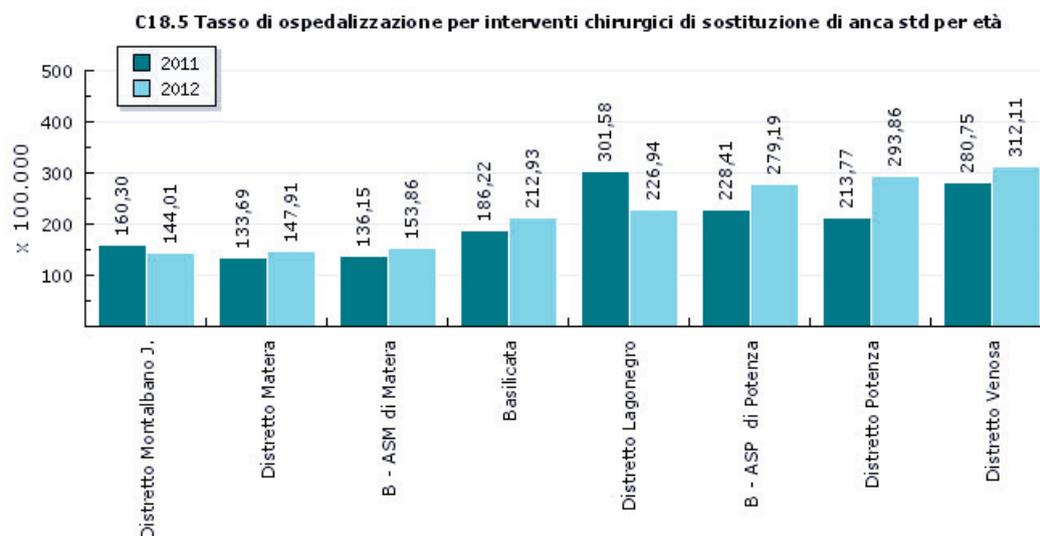
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI CHIRURGICI DI SOSTITUZIONE DEL GINOCCHIO STD PER ETÀ

DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di sostituzione del ginocchio, per 100.000 residenti standardizzato per età
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di sostituzione del ginocchio relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione • ordinari programmati con o senza preospedalizzazione o day hospital, • erogati da strutture pubbliche e private accreditate, • con codici ICD9-CM di procedure chirurgiche principale o secondarie di sostituzione del ginocchio: 81.54. <p>Sono esclusi i ricoveri con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondarie di traumatismo (da 800* a 959*).</p> <p>La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.</p>
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C18.4 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di sostituzione del ginocchio std per età								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	126,68	456,00	587.517,00	2011	113,18	468,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	205,96	98,00	96.804,00	2011	172,84	102,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	105,08	147,00	213.335,00	2011	124,51	173,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	124,89	75,00	73.652,00	2011	137,65	62,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	225,37	81,00	123.449,00	2011	164,29	80,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	118,34	55,00	80.277,00	2011	111,83	51,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	129,10	320,00	383.791,00	2011	123,83	337,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	162,31	136,00	203.726,00	2011	126,85	131,00	203.726,00	2012

2.103 Indicatore C18.5 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di sostituzione di anca std per età

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per interventi chirurgici programmati di sostituzione dell'anca, in pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni.

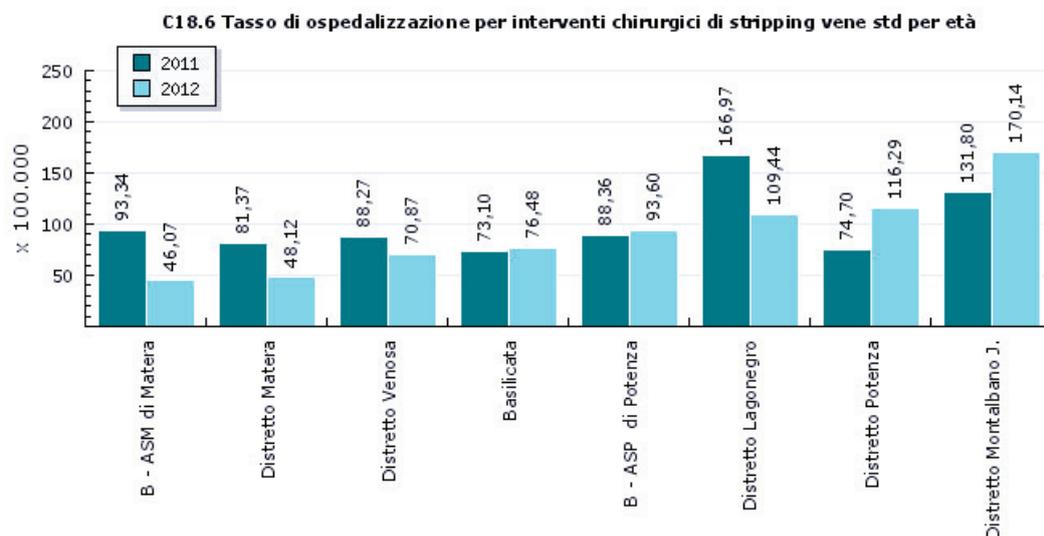


C18.5	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI CHIRURGICI DI SOSTITUZIONE DI ANCA STD PER ETÀ	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di sostituzione dell'anca, per 100.000 residenti standardizzato per età
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di sostituzione dell'anca relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti con età maggiore o uguale a 65 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione • ordinari programmati con o senza preospedalizzazione o day hospital, • erogati da strutture pubbliche e private accreditate, • di età maggiore o uguale a 65 anni; • con codici di procedure chirurgiche principale o secondarie ICD9-CM: 81.51. <p>Sono esclusi i ricoveri con codici di diagnosi principale o secondarie ICD9-CM: 820.0*, 820.1*, 820.2*, 820.3*, 820.8*, 820.9*, 821.0*, 821.1*, 821.2*, 821.3*, 996.4*</p> <p>La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.</p>
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C18.5 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di sostituzione di anca std per età								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	186,22	210,00	118.448,00	2011	212,93	244,00	118.448,00	2012
Distretto Venosa	280,75	41,00	18.833,00	2011	312,11	49,00	18.833,00	2012
Distretto Potenza	213,77	83,00	43.283,00	2011	293,86	109,00	43.283,00	2012
Distretto Lagonegro	301,58	31,00	16.725,00	2011	226,94	30,00	16.725,00	2012
Distretto Matera	133,69	33,00	23.888,00	2011	147,91	34,00	23.888,00	2012
Distretto Montalbano J.	160,30	22,00	15.719,00	2011	144,01	22,00	15.719,00	2012
B - ASP di Potenza	228,41	155,00	78.841,00	2011	279,19	188,00	78.841,00	2012
B - ASM di Matera	136,15	55,00	39.607,00	2011	153,86	56,00	39.607,00	2012

2.104 Indicatore C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di stripping vene std per età

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per interventi chirurgici programmati di stripping vene.



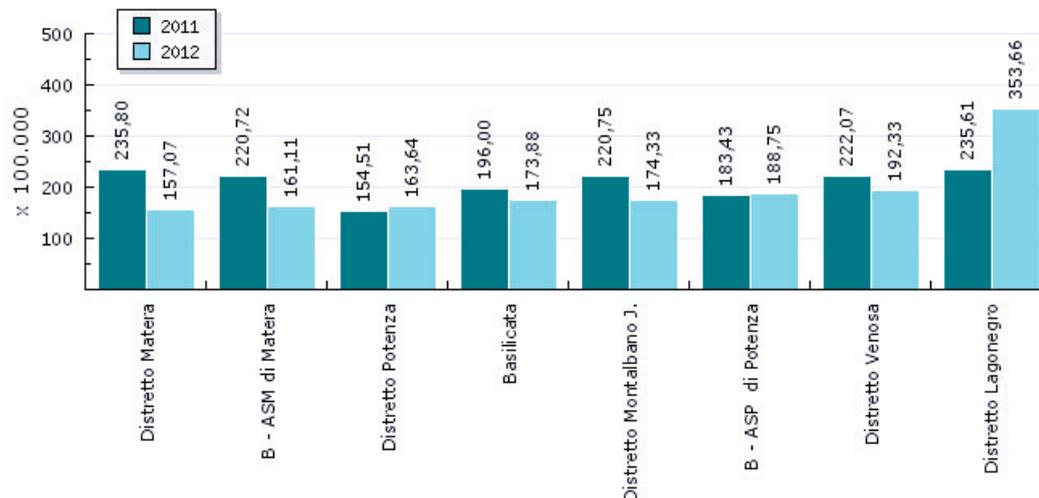
C18.6	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI CHIRURGICI DI STRIPPING VENE STD PER ETÀ	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di stripping vene, relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione • ordinari programmati con o senza preospedalizzazione o day hospital, • erogati da strutture pubbliche e private accreditate, • con codici ICD9-CM di procedure principale o secondari di legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore: 38.59 <p>La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C18.6 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di stripping vene std per età								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	73,10	370,00	587.517,00	2011	76,48	347,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	88,27	51,00	96.804,00	2011	70,87	50,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	74,70	131,00	213.335,00	2011	116,29	148,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	166,97	92,00	73.652,00	2011	109,44	69,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	81,37	45,00	123.449,00	2011	48,12	41,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	131,80	51,00	80.277,00	2011	170,14	39,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	88,36	274,00	383.791,00	2011	93,60	267,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	93,34	96,00	203.726,00	2011	46,07	80,00	203.726,00	2012

2.105 Indicatore C18.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) std per età

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per interventi chirurgici programmati di angioplastica coronarica percutanea (PTCA).

C18.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) std per età



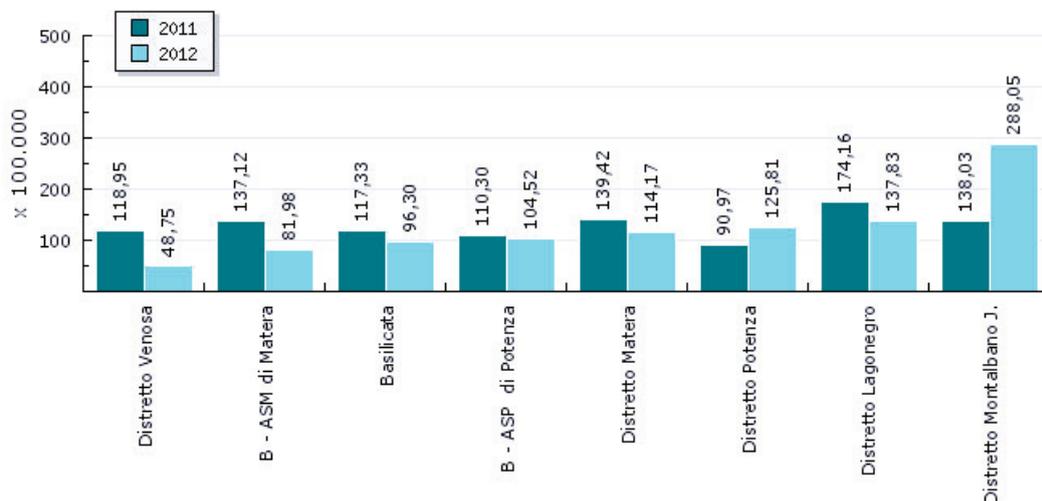
C18.7	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI CHIRURGICI DI ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA (PTCA) STD PER ETÀ	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di angioplastica coronarica percutanea (PTCA), per 100.000 residenti standardizzato per età
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione • ordinari programmati con o senza preospedalizzazione o day hospital, • erogati da strutture pubbliche e private accreditate, • con codici ICD9-CM di procedure chirurgiche principale o secondarie: 36.06, 36.07, 00.66 <p>La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.</p>
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	196,00	741,00	587.517,00	2011	173,88	721,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	222,07	129,00	96.804,00	2011	192,33	129,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	154,51	195,00	213.335,00	2011	163,64	205,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	235,61	128,00	73.652,00	2011	353,66	121,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	235,80	182,00	123.449,00	2011	157,07	145,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	220,75	107,00	80.277,00	2011	174,33	121,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	183,43	452,00	383.791,00	2011	188,75	455,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	220,72	289,00	203.726,00	2011	161,11	266,00	203.726,00	2012

2.106 Indicatore C18.8 Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata std per età'

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per interventi chirurgici programmati di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata, in pazienti di sesso maschile.

C18.8 Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata std per età'

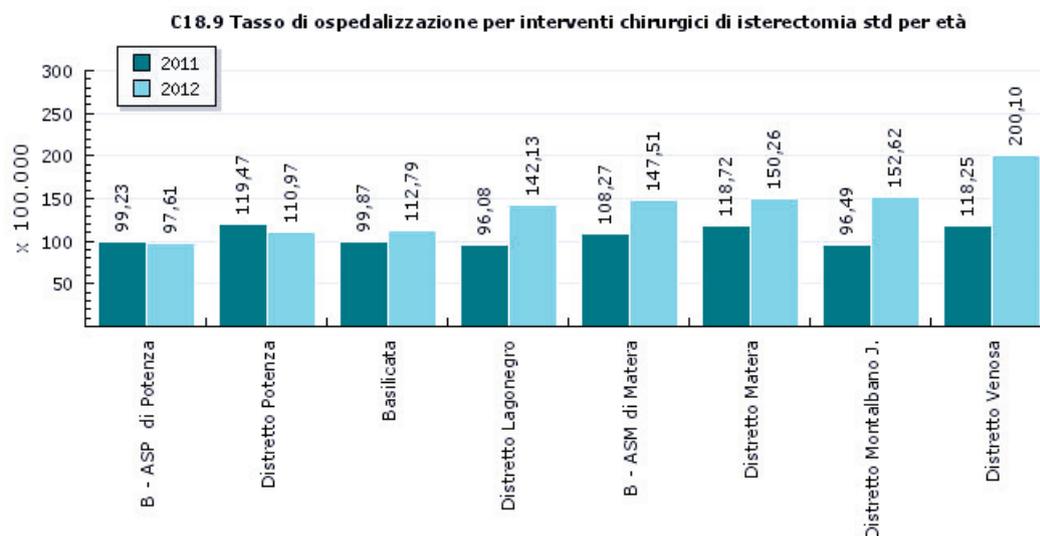


c18.8	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE PER IPERPLASIA BENIGNA DELLA PROSTATA STD PER ETÀ'	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata, per 100.000 residenti standardizzato per età
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata, relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti uomini
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione • ordinari programmati con o senza preospedalizzazione o day hospital, • erogati da strutture pubbliche e private accreditate, • con l'intervento principale o secondari :codici ICD-9-CM 60.2, 60.21, 60.29, 60.96, 60.97 & Diagnosi principale o secondarie: codici ICD-9-CM 600*, 601*, 602.0, 602.1, 602.2, 788.2*, 788.4*. <p>La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.</p>
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	117,33	203,00	587.517,00	2011	96,30	196,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	118,95	26,00	96.804,00	2011	48,75	20,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	90,97	80,00	213.335,00	2011	125,81	78,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	174,16	17,00	73.652,00	2011	137,83	15,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	139,42	59,00	123.449,00	2011	114,17	54,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	138,03	21,00	80.277,00	2011	288,05	29,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	110,30	123,00	383.791,00	2011	104,52	113,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	137,12	80,00	203.726,00	2011	81,98	83,00	203.726,00	2012

2.107 Indicatore C18.9 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di isterectomia std per età

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per interventi chirurgici programmati di isterectomia, in pazienti di sesso femminile.



C18.9	
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI CHIRURGICI DI ISTERECTOMIA STD PER ETÀ	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di isterectomia, per 100.000 residenti standardizzato per età
NUMERATORE	Numero di ricoveri per interventi di isterectomia, relativi ai residenti x 100.000
DENOMINATORE	Numero residenti donne
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione • ordinari programmati con o senza preospedalizzazione o day hospital, • erogati da strutture pubbliche e private accreditate, • di sesso femminile, • con codici ICD9-CM di Intervento principale o secondari: 68.3*, 68.4*, 68.5*, 68.6*, 68.7*, 68.9 <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dimessi con MDC 14 (parto), • con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondarie: 179, 180.*, 181, 182.*, 183.*, 184.*, 869.*, 2331, 2332, 2333, 2360, 2361, 2362, 2363, 8674, 8675, 8676, 8677, 8678, 8679, 86800, 86803, 86804, 86809, 86810, 86813, 86814, 86819, 8796, 8797, 8679, 8798, 8799, 9060, 9081, 9082, 9391, 9474, 23330, 23331, 23332, 23339. <p>La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.</p>
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

C18.9 Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di isterectomia std per età								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	99,87	395,00	587.517,00	2011	112,79	402,00	587.517,00	2012
Distretto Venosa	118,25	62,00	96.804,00	2011	200,10	95,00	96.804,00	2012
Distretto Potenza	119,47	143,00	213.335,00	2011	110,97	133,00	213.335,00	2012
Distretto Lagonegro	96,08	40,00	73.652,00	2011	142,13	46,00	73.652,00	2012
Distretto Matera	118,72	97,00	123.449,00	2011	150,26	83,00	123.449,00	2012
Distretto Montalbano J.	96,49	53,00	80.277,00	2011	152,62	45,00	80.277,00	2012
B - ASP di Potenza	99,23	245,00	383.791,00	2011	97,61	274,00	383.791,00	2012
B - ASM di Matera	108,27	150,00	203.726,00	2011	147,51	128,00	203.726,00	2012

2.108 Indicatore C19 Programma Nazionale Esiti

Il Ministero della salute ha affidato ad AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali) la realizzazione del Programma Nazionale Esiti (PNE) che ha l'obiettivo di introdurre la valutazione sistematica degli esiti come valutazione comparativa della qualità delle prestazioni sanitarie tra le diverse strutture pubbliche e private accreditate con il SSN ed aree territoriali di residenza.

Il quadro dei risultati dell'assistenza considera alcune variabili rilevate attraverso il Sistema informativo ospedaliero (SIO) che raccoglie le informazioni di tutti i ricoveri ospedalieri (in acuzie e post-acuzie) registrati in Italia, attraverso la scheda di dimissioni ospedaliere (SDO). L'accertamento dello stato in vita entro 30 giorni viene effettuato sulla base del SIO (sia nel ricovero indice sia in eventuali ricoveri successivi del paziente) e sulla base dell'anagrafe tributaria.

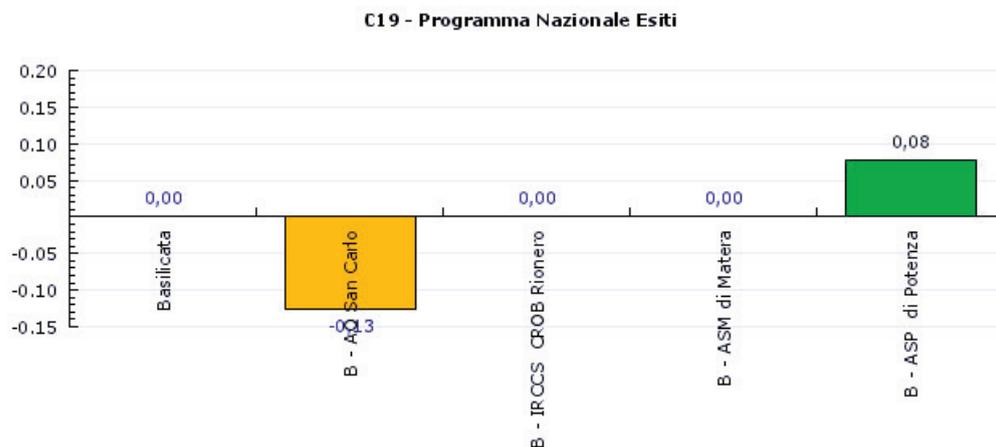
Le variabili rilevate sono: mortalità e riammissioni a breve termine dopo interventi e procedure chirurgiche.

Il valore degli indicatori si riferisce al rischio 'aggiustato', che tiene quindi conto delle possibili disomogeneità esistenti nelle popolazioni dovute a caratteristiche come l'età, genere, gravità della patologia in studio, ecc.

Partendo da una selezione di indicatori del PNE per l'anno 2011, l'indicatore di sintesi degli esiti proposto nel sistema di valutazione della performance è ottenuto come somma pesata della percentuale di indicatori significativamente peggiori e della percentuale di indicatori significativamente migliori rispetto alla media nazionale, utilizzando come pesi rispettivamente -1 e 1. I singoli indicatori presenti nel PNE sono calcolati a livello di stabilimento.

I dati del programma PNE sono accessibili nel sito dedicato Programma Valutazione Esiti (PNE).

Valutazione pessima < -0.17 ■
 Valutazione scarsa -0.17 - -0.01] ■
 Valutazione media -0.01 - 0.01] ■
 Valutazione buona 0.01 - 0.10] ■
 Valutazione ottima > 0.10 ■



C19	
PROGRAMMA NAZIONALE ESITI	
NUMERATORE	Somma pesata di una selezione degli indicatori PNE
DENOMINATORE	Somma del numero di indicatori PNE selezionati
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Gli indicatori del PNE 2011 considerati sono: bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni; intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni; riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni; scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero; rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni; ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero; ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni; colecistectomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni; tumore maligno del polmone: mortalità a 30 giorni dall'intervento; mortalità a 30 giorni dall'intervento per tumore gastrico maligno; mortalità a 30 giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon; mortalità a 30 giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del retto; intervento isolato per tumore maligno del retto: proporzione di interventi in laparoscopia.</p> <p>Per ogni Azienda il numeratore è dato dalla somma pesata degli indicatori che risultano essere significativamente peggiori, significativamente migliori della media nazionale o non significativamente diversi dalla media nazionale, utilizzando come pesi rispettivamente -1 e 1 e 0. I singoli indicatori presenti nel PNE sono calcolati e a livello di stabilimento.</p>
FONTE	Programma Nazionale Valutazione Esiti, anno 2011
LIVELLO	Azienda di erogazione

C19 Programma Nazionale Esiti								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata					0,00	0,00	31,00	2011
B - AO San Carlo					-0,13	-1,00	8,00	2011
B - ASP di Potenza					0,08	1,00	13,00	2011
B - ASM di Matera					0,00	0,00	8,00	2011
B - IRCCS CROB Rionero					0,00	0,00	2,00	2011

2.109 Indicatore D9 Abbandoni da Pronto Soccorso

L'indicatore è stato inserito nel sistema a partire da quest'anno per fornire indicazioni sull'attivazione di una "sorveglianza" da parte degli operatori del Pronto Soccorso e sulla realizzazione di opportune procedure di formalizzazione per la rinuncia alla prestazione affinché gli allontanamenti spontanei dei pazienti non superino una determinata soglia rispetto agli accessi in Pronto Soccorso.

L'indicatore monitora il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage), senza darne preavviso al personale.

Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.

- D9 Abbandoni da Pronto Soccorso

Fasce di valutazione

Valutazione pessima > 5.00 ■

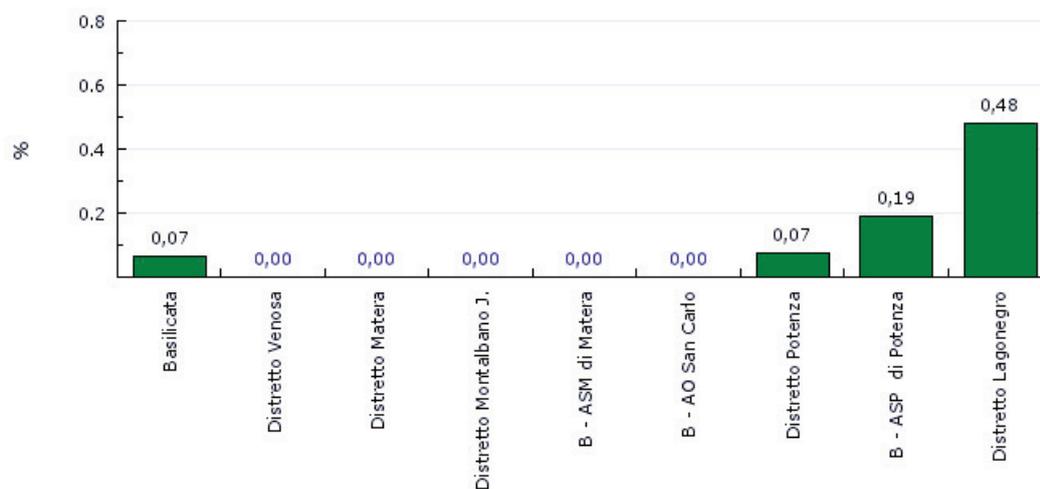
Valutazione scarsa 5.00 - 3.75] ■

Valutazione media 3.75 - 2.50] ■

Valutazione buona 2.50 - 1.25] ■

Valutazione ottima < 1.25 ■

D9 - Abbandoni da Pronto Soccorso



D9	
ABBANDONI DA PRONTO SOCCORSO	
DEFINIZIONE	Percentuale di accessi che si concludono con un allontanamento spontaneo del paziente dal Pronto Soccorso dopo il triage senza informare il personale
NUMERATORE	N. abbandoni x 100
DENOMINATORE	N. accessi al PS
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano "abbandoni" i pazienti che lasciano il Pronto Soccorso spontaneamente dopo aver effettuato il triage, sia prima della visita medica sia dopo la visita. Sono escluse le dimissioni volontarie.
RIFERIMENTO	Media Interregionale
FONTE	Flusso Pronto Soccorso
LIVELLO	Azienda di erogazione

D9 Abbandoni da Pronto Soccorso								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	0,07	118,00	169.593,00	2011	0,07	105,00	162.076,00	2012
Distretto Venosa	0,00	0,00	23.287,00	2011	0,00	0,00	20.469,00	2012
Distretto Potenza	0,00	0,00	14.930,00	2011	0,07	11,00	14.905,00	2012
Distretto Lagonegro	0,60	118,00	19.801,00	2011	0,48	94,00	19.586,00	2012
Distretto Matera	0,00	0,00	33.097,00	2011	0,00	0,00	31.355,00	2012
Distretto Montalbano J.	0,00	0,00	32.318,00	2011	0,00	0,00	30.912,00	2012
B - AO San Carlo	0,00	0,00	46.160,00	2011	0,00	0,00	44.849,00	2012
B - ASP di Potenza	0,59	81,00	13.809,00	2011	0,19	105,00	54.960,00	2012
B - ASM di Matera	0,00	0,00	65.415,00	2011	0,00	0,00	62.267,00	2012

2.110 Indicatore D18 Percentuale dimissioni volontarie

L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura; le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici.

Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri toscani [Murante A.M. et al.] è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa.

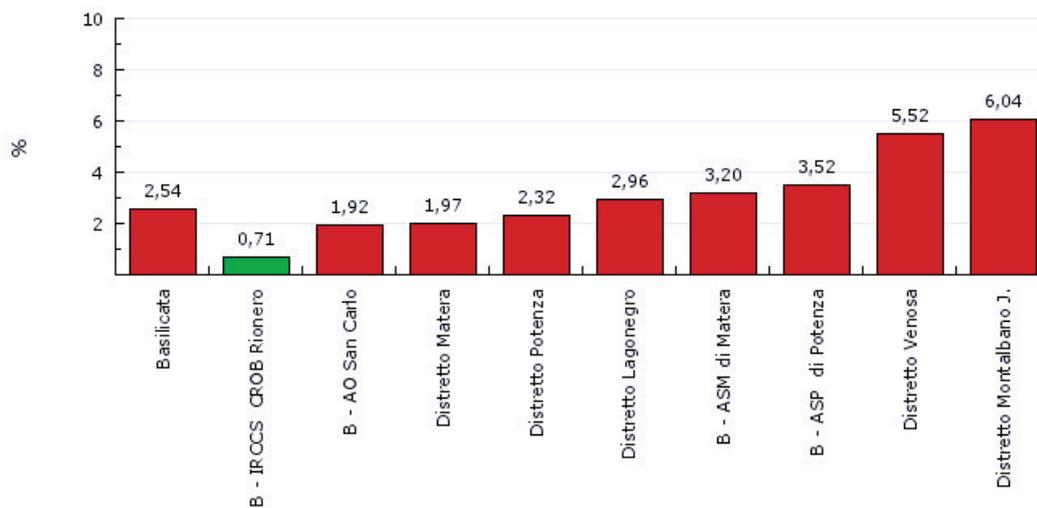
Sulla base anche di quest'ultima evidenza, nel 2010 è stato introdotto nel sistema di valutazione l'indicatore D18 che monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. È stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.

- D18 Percentuale dimissioni volontarie

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 1.50	■
Valutazione scarsa	1.50 - 1.20]	■
Valutazione media	1.20 - 0.90]	■
Valutazione buona	0.90 - 0.60]	■
Valutazione ottima	< 0.60	■

D18 - Percentuale dimissioni volontarie



D18	
PERCENTUALE DIMISSIONI VOLONTARIE	
DEFINIZIONE	Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero
NUMERATORE	Numero di dimissioni volontarie x 100
DENOMINATORE	Numero di ricoveri
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considera volontaria una dimissione avvenuta con modalità di dimissione volontaria. Si esclude l'interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486):</p> <p>Codici ICD9-CM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi principale: 635.xx Aborto indotto legalmente • Diagnosi secondarie: V617 altra gravidanza indesiderata e/o V5883 trattamento per monitoraggio di farmaci terapeutici • In tutte le procedure: 99.24 Iniezione di altri ormoni (prima ed eventuale seconda somministrazione per os).
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema informativo regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

D18 Percentuale dimissioni volontarie								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	2,29	2.222,00	96.927,00	2011	2,54	2.152,00	84.608,00	2012
Distretto Venosa	4,95	515,00	10.403,00	2011	5,52	334,00	6.053,00	2012
Distretto Potenza	1,83	125,00	6.826,00	2011	2,32	142,00	6.132,00	2012
Distretto Lagonegro	2,56	252,00	9.864,00	2011	2,96	246,00	8.303,00	2012
Distretto Matera	1,77	292,00	16.545,00	2011	1,97	288,00	14.622,00	2012
Distretto Montalbano J.	4,71	319,00	6.779,00	2011	6,04	384,00	6.360,00	2012
B - AO San Carlo	1,68	688,00	40.998,00	2011	1,92	717,00	37.344,00	2012
B - ASP di Potenza	3,29	892,00	27.093,00	2011	3,52	722,00	20.488,00	2012
B - ASM di Matera	2,62	611,00	23.324,00	2011	3,20	672,00	20.982,00	2012
B - IRCCS CROB Rionero	0,56	31,00	5.512,00	2011	0,71	41,00	5.794,00	2012

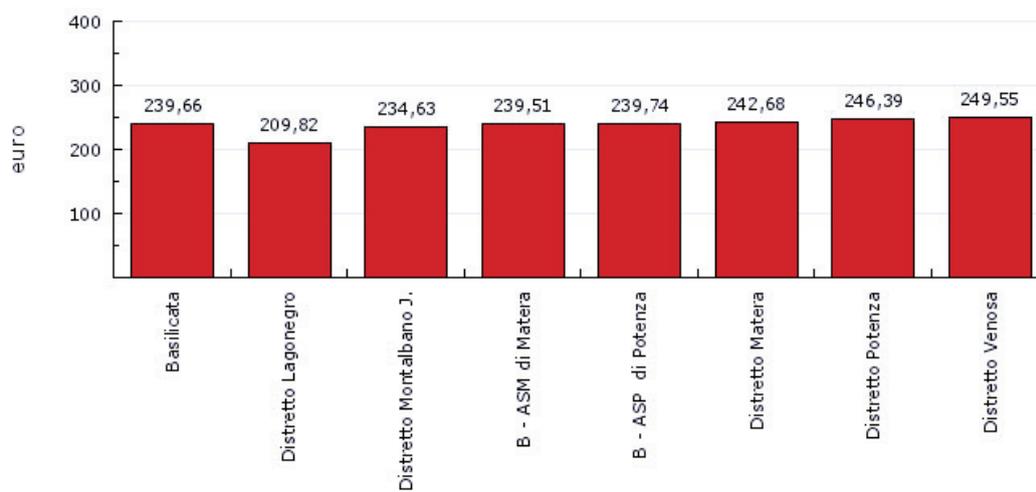
2.121 Indicatore F10 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite

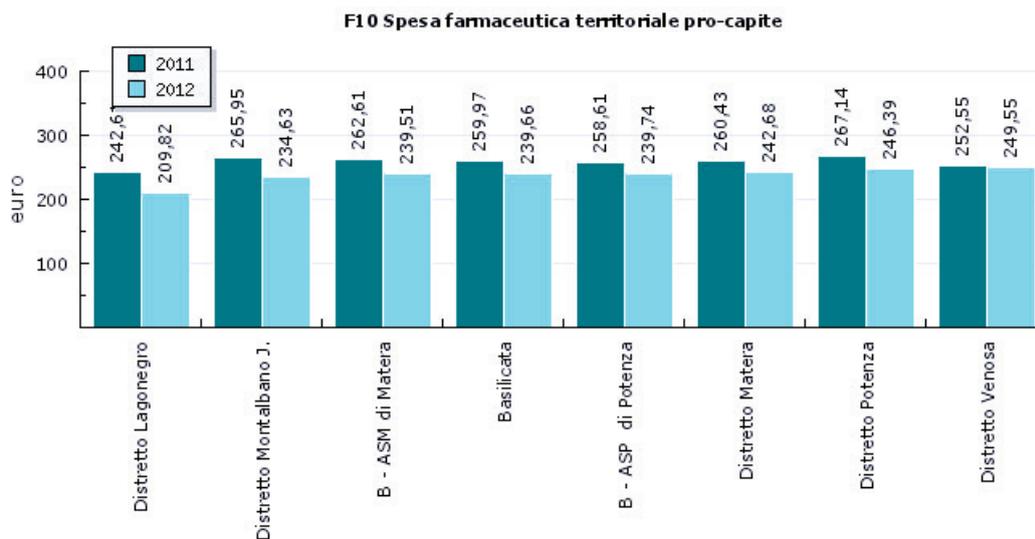
L'indicatore è finalizzato al monitoraggio del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica. Rileva la spesa farmaceutica pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale o provinciale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto.

Fasce di valutazione

Valutazione pessima	> 200.00	■
Valutazione scarsa	200.00 - 196.00]	■
Valutazione media	196.00 - 192.00]	■
Valutazione buona	192.00 - 188.00]	■
Valutazione ottima	< 188.00	■

F10 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite





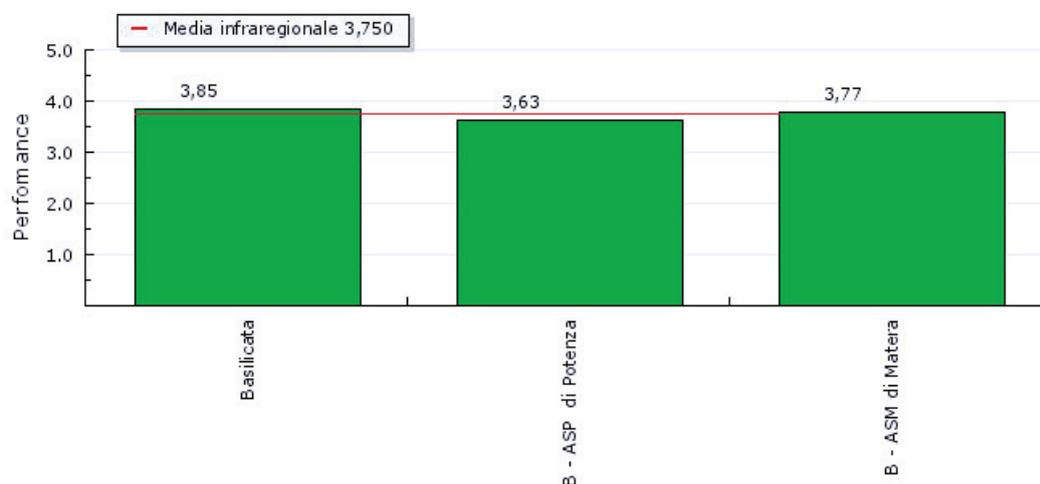
F10																																							
SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PRO-CAPITE																																							
DEFINIZIONE	Spesa farmaceutica pro-capite per farmaci erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto																																						
NUMERATORE	Spesa netta per la farmaceutica convenzionata + spesa per distribuzione diretta																																						
DENOMINATORE	Popolazione residente al 1° Gennaio, pesata																																						
NOTE PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore è calcolato per azienda di residenza e si riferisce alla spesa relativa ai residenti. E' inclusa la mobilità intraregionale. E' esclusa la mobilità extraregionale. Per la distribuzione diretta si fa riferimento ai farmaci di classe A e di classe C. Non sono considerati i fattori di coagulazione (ATC4 B02BD), l'albumina (ATC5 B05AA01) e l'immunoglobulina per uso endovenoso (ATC5 J06BA02), farmaci che curano patologie non uniformi sul territorio e che generano spese ingenti per paziente trattato. Sono compresi i farmaci ex Osp2 riclassificati in fascia A secondo determina AIFA del 2 novembre 2010. Per effettuare la pesatura della popolazione, sono stati utilizzati i seguenti pesi:																																						
	<table border="1" style="font-size: small;"> <thead> <tr> <th>Fasce età</th> <th>0 - 4</th> <th>5 - 9</th> <th>10 - 14</th> <th>15 - 19</th> <th>20 - 24</th> <th>25 - 29</th> <th>30 - 34</th> <th>35 - 39</th> <th>40 - 44</th> <th>45 - 49</th> <th>50 - 54</th> <th>55 - 59</th> <th>60 - 64</th> <th>65 - 69</th> <th>70 - 74</th> <th>75 - 79</th> <th>80 - 84</th> <th>Oltre 84</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pesi</td> <td>0,230</td> <td>0,227</td> <td>0,192</td> <td>0,192</td> <td>0,228</td> <td>0,308</td> <td>0,359</td> <td>0,468</td> <td>0,555</td> <td>0,642</td> <td>0,837</td> <td>1,190</td> <td>1,470</td> <td>1,960</td> <td>2,345</td> <td>2,657</td> <td>3,075</td> <td>2,423</td> </tr> </tbody> </table>	Fasce età	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	Oltre 84	Pesi	0,230	0,227	0,192	0,192	0,228	0,308	0,359	0,468	0,555	0,642	0,837	1,190	1,470	1,960	2,345	2,657	3,075	2,423
Fasce età	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	Oltre 84																					
Pesi	0,230	0,227	0,192	0,192	0,228	0,308	0,359	0,468	0,555	0,642	0,837	1,190	1,470	1,960	2,345	2,657	3,075	2,423																					
RIFERIMENTO	Media interregionale																																						
Fonte	Flussi Farmaceutica																																						
LIVELLO	Azienda di residenza																																						

F10 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	259,97	144.128.403,25	554.403,14	2011	239,66	131.979.387,92	550.699,13	2012
Distretto Venosa	252,55	22.494.426,82	89.070,04	2011	249,55	22.164.900,70	88.821,08	2012
Distretto Potenza	267,14	54.132.007,29	202.633,95	2011	246,39	49.506.845,20	200.925,25	2012
Distretto Lagonegro	242,61	18.026.229,15	74.301,84	2011	209,82	15.490.767,62	73.829,87	2012
Distretto Matera	260,43	29.654.071,14	113.866,01	2011	242,68	27.514.710,11	113.380,11	2012
Distretto Montalbano J.	265,95	19.821.668,85	74.531,29	2011	234,63	17.302.164,29	73.742,83	2012
B - ASP di Potenza	258,61	94.652.663,26	366.005,83	2011	239,74	87.162.513,52	363.576,19	2012
B - ASM di Matera	262,61	49.475.739,99	188.397,31	2011	239,51	44.816.874,40	187.122,94	2012

2.111 Indicatore F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica

L'indicatore monitora alcune categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. La selezione delle categorie farmacologiche oggetto di valutazione e la determinazione degli obiettivi specifici sono state aggiornate negli anni. L'indicatore monitora, in particolare, l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto - che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale - perché spesso i farmaci più nuovi e ancora coperti da brevetto non portano effettivi benefici terapeutici, a fronte di un prezzo più elevato. L'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in farmaci realmente innovativi.

- F12a Efficienza prescrittiva farmaceutica
 - F12a.1 % di Inibitori di pompa protonica (IPP - Antiacidi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
 - F12a.2 % di Statine (Ipolepizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
 - F12a.3 % di ACE inibitori (Antipertensivi) non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
 - F12a.5 % di SSRI (Antidepressivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
 - F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
 - F12a.7 % di ACE inibitori (Antipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
 - F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]
 - F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non) [di valutazione]
 - F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [di valutazione]



F12a

EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

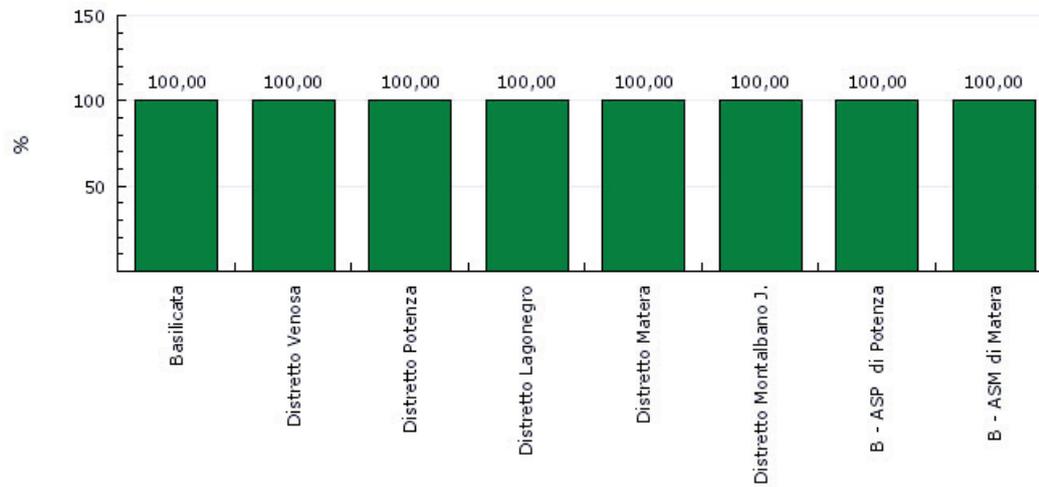
NOTE PER L'ELABORAZIONE

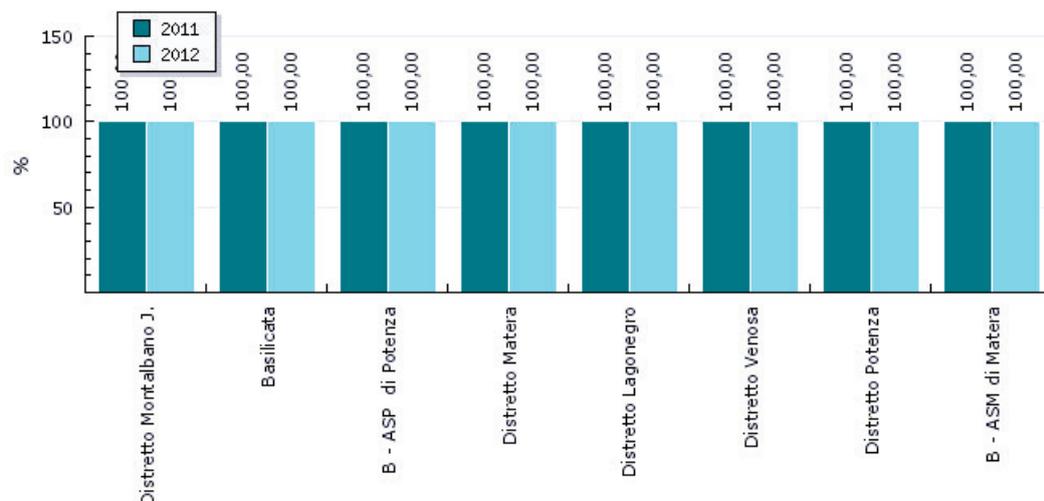
L'indicatore F12a assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: F12a.1, F12a.2, F12a.3, F12a.5, F12a.6, F12a.7, F12a.9, F12.11a, F12a.14.

2.112 Indicatore F12a.1 % di Inibitori di pompa protonica (IPP - Antiacidi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Valutazione pessima < 75.00 ■
Valutazione scarsa 75.00 - 79.00] ■
Valutazione media 79.00 - 83.00] ■
Valutazione buona 83.00 - 87.00] ■
Valutazione ottima > 87.00 ■

F12a.1 - % di Inibitori di pompa protonica (IPP - Antiacidi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



F12a.1 % di Inibitori di pompa protonica (IPP - Antiacidi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza**F12a.1****% DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (IPP - ANTIACIDI) A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA**

DEFINIZIONE	Percentuale di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP, antiacidi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di IPP non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di IPP complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci inibitori di pompa protonica appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) A02BC.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

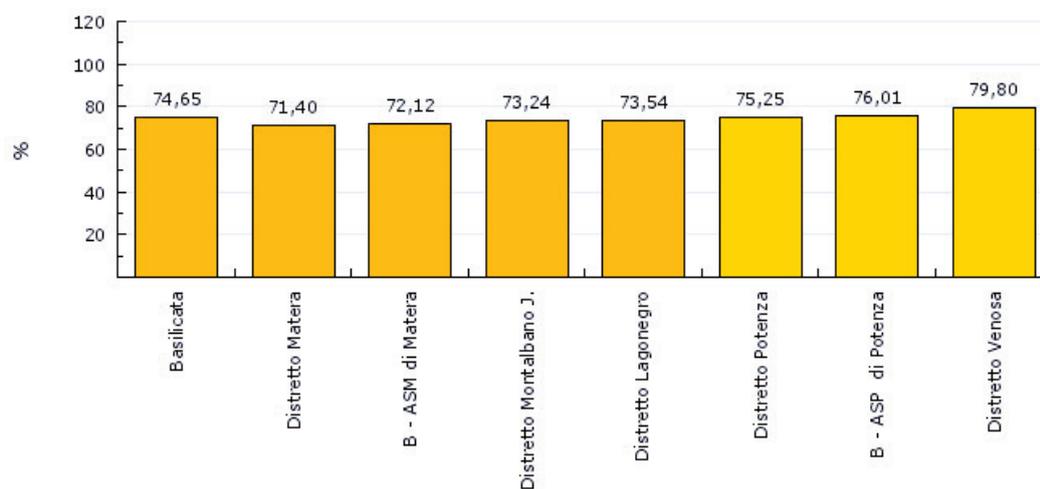
F12a.1 % di Inibitori di pompa protonica (IPP - Antiacidi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

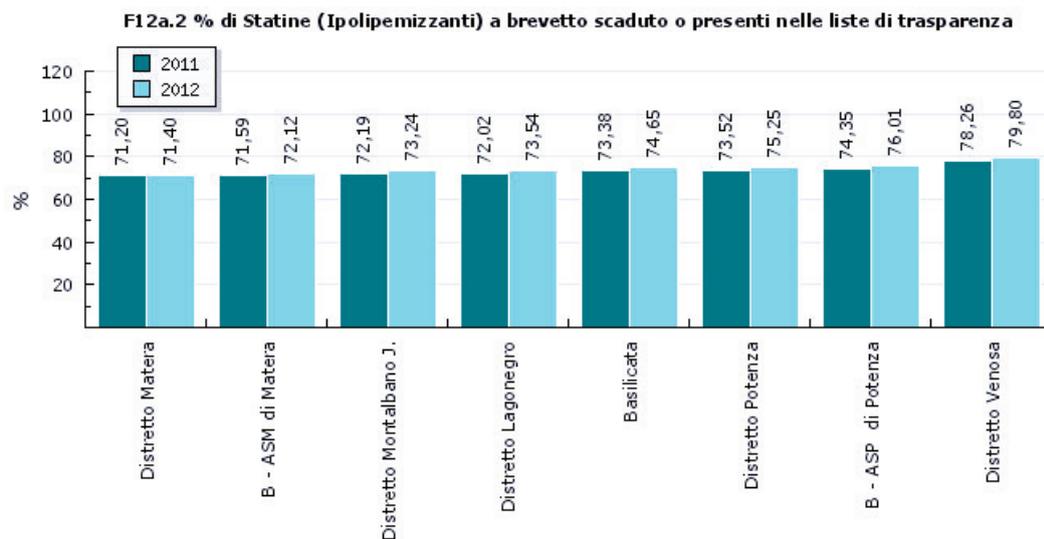
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	100,00	17.413.041,00	17.413.041,00	2011	100,00	17.485.407,00	17.485.407,00	2012
Distretto Venosa	100,00	2.532.852,00	2.532.852,00	2011	100,00	2.605.484,00	2.605.484,00	2012
Distretto Potenza	100,00	6.477.422,00	6.477.422,00	2011	100,00	6.312.684,00	6.312.684,00	2012
Distretto Lagonegro	100,00	2.187.553,00	2.187.553,00	2011	100,00	2.164.092,00	2.164.092,00	2012
Distretto Matera	100,00	3.668.350,00	3.668.350,00	2011	100,00	3.939.315,00	3.939.315,00	2012
Distretto Montalbano J.	100,00	2.546.864,00	2.546.864,00	2011	100,00	2.463.832,00	2.463.832,00	2012
B - ASP di Potenza	100,00	11.197.827,00	11.197.827,00	2011	100,00	11.082.260,00	11.082.260,00	2012
B - ASM di Matera	100,00	6.215.214,00	6.215.214,00	2011	100,00	6.403.147,00	6.403.147,00	2012

2.113 Indicatore F12a.2 % di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Valutazione pessima < 70.00 ■
Valutazione scarsa 70.00 - 75.00] ■
Valutazione media 75.00 - 80.00] ■
Valutazione buona 80.00 - 85.00] ■
Valutazione ottima > 85.00 ■

F12a.2 - % di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



**F12a.2****% DI STATINE (IPOLIPEMIZZANTI) A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA**

DEFINIZIONE	Percentuale di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di statine complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

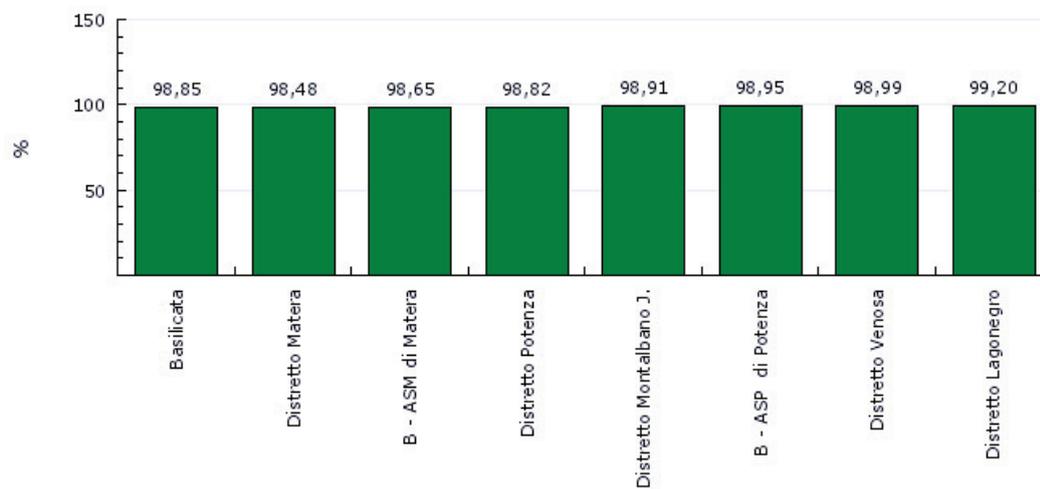
F12a.2 % di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

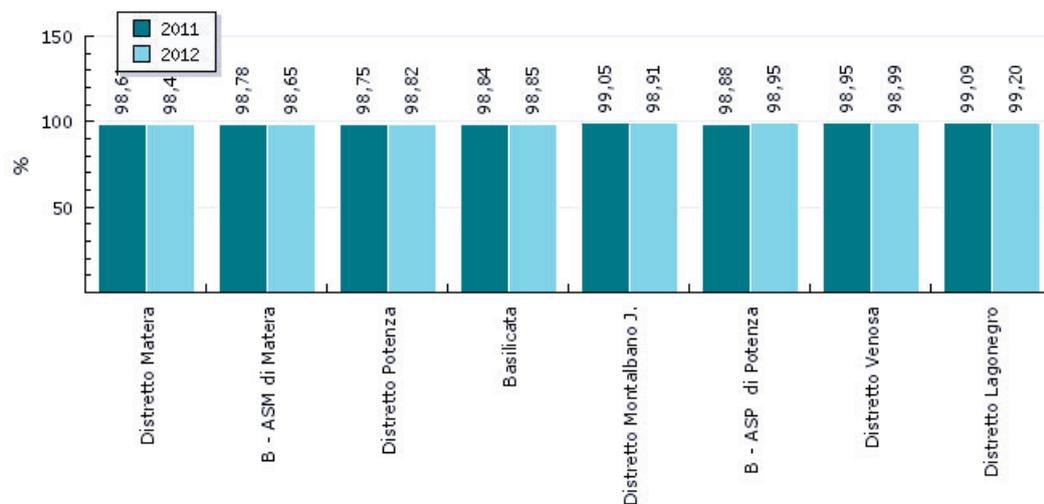
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	73,38	8.335.300,00	11.359.094,00	2011	74,65	8.827.308,00	11.824.832,00	2012
Distretto Venosa	78,26	1.349.918,00	1.724.910,00	2011	79,80	1.455.654,00	1.824.114,00	2012
Distretto Potenza	73,52	3.140.862,00	4.272.186,00	2011	75,25	3.336.874,00	4.434.344,00	2012
Distretto Lagonegro	72,02	998.632,00	1.386.604,00	2011	73,54	1.051.042,00	1.429.256,00	2012
Distretto Matera	71,20	1.722.212,00	2.418.768,00	2011	71,40	1.788.778,00	2.505.440,00	2012
Distretto Montalbano J.	72,19	1.123.676,00	1.556.626,00	2011	73,24	1.194.960,00	1.631.678,00	2012
B - ASP di Potenza	74,35	5.489.412,00	7.383.700,00	2011	76,01	5.843.570,00	7.687.714,00	2012
B - ASM di Matera	71,59	2.845.888,00	3.975.394,00	2011	72,12	2.983.738,00	4.137.118,00	2012

2.114 Indicatore F12a.3 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Valutazione pessima < 87.50 ■
Valutazione scarsa 87.50 - 90.00] ■
Valutazione media 90.00 - 92.50] ■
Valutazione buona 92.50 - 95.00] ■
Valutazione ottima > 95.00 ■

F12a.3 - % di ACE inibitori (Antiipertensivi) non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



F12a.3 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza**F12a.3****% DI ACE INIBITORI (ANTIIPERTENSIVI) NON ASSOCIATI A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA**

DEFINIZIONE	Percentuale di ACE inibitori non associati (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di ACE inibitori non associati non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di ACE inibitori non associati complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Gli ACE inibitori non associati appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C09AA.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

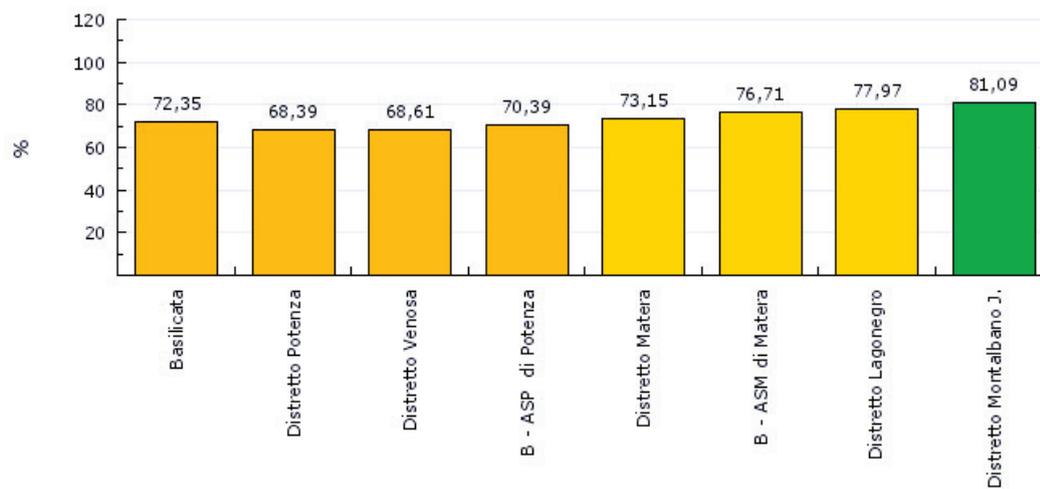
F12a.3 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

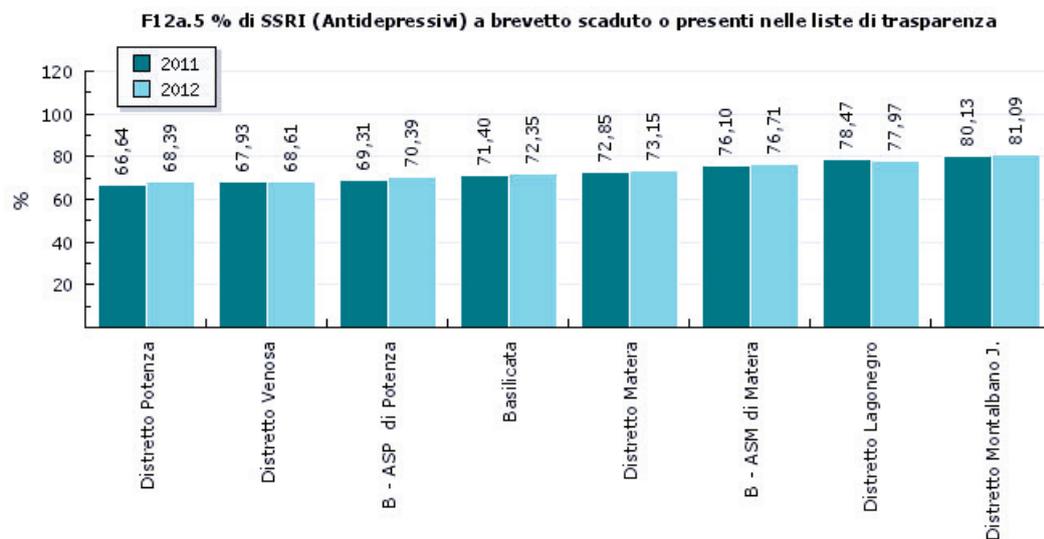
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	98,84	9.115.336,00	9.221.918,00	2011	98,85	8.713.584,00	8.814.916,00	2012
Distretto Venosa	98,95	1.417.024,00	1.432.004,00	2011	98,99	1.370.896,00	1.384.868,00	2012
Distretto Potenza	98,75	3.201.706,00	3.242.236,00	2011	98,82	3.067.378,00	3.103.932,00	2012
Distretto Lagonegro	99,09	1.461.148,00	1.474.574,00	2011	99,20	1.380.210,00	1.391.298,00	2012
Distretto Matera	98,61	1.862.906,00	1.889.254,00	2011	98,48	1.780.506,00	1.807.918,00	2012
Distretto Montalbano J.	99,05	1.172.552,00	1.183.850,00	2011	98,91	1.114.594,00	1.126.900,00	2012
B - ASP di Potenza	98,88	6.079.878,00	6.148.814,00	2011	98,95	5.818.484,00	5.880.098,00	2012
B - ASM di Matera	98,78	3.035.458,00	3.073.104,00	2011	98,65	2.895.100,00	2.934.818,00	2012

2.115 Indicatore F12a.5 % di SSRI (Antidepressivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Valutazione pessima < 67.00 ■
Valutazione scarsa 67.00 - 73.00 ■
Valutazione media 73.00 - 79.00 ■
Valutazione buona 79.00 - 85.00 ■
Valutazione ottima > 85.00 ■

F12a.5 - % di SSRI (Antidepressivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



**F12a.5****% DI SSRI (ANTIDEPRESSIVI) A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA**

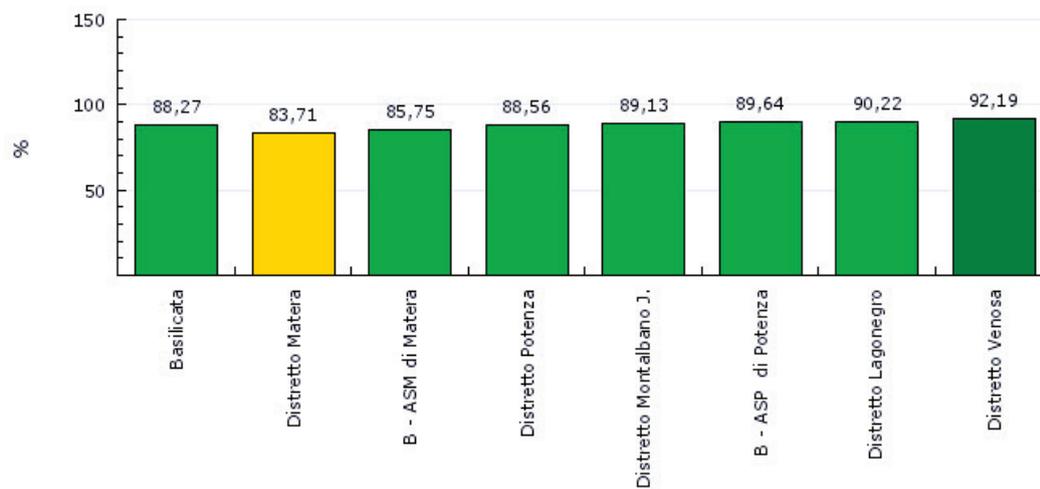
DEFINIZIONE	Percentuale di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (antidepressivi, SSRI) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di SSRI non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di SSRI complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

F12a.5 % di SSRI (Antidepressivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza								
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	71,40	2.658.047,00	3.722.942,00	2011	72,35	2.635.736,00	3.642.907,00	2012
Distretto Venosa	67,93	411.926,00	606.445,00	2011	68,61	407.304,00	593.661,00	2012
Distretto Potenza	66,64	970.916,00	1.456.870,00	2011	68,39	962.346,00	1.407.084,00	2012
Distretto Lagonegro	78,47	405.440,00	516.701,00	2011	77,97	396.549,00	508.590,00	2012
Distretto Matera	72,85	460.413,00	632.041,00	2011	73,15	457.363,00	625.282,00	2012
Distretto Montalbano J.	80,13	409.352,00	510.885,00	2011	81,09	412.174,00	508.290,00	2012
B - ASP di Potenza	69,31	1.788.282,00	2.580.016,00	2011	70,39	1.766.199,00	2.509.335,00	2012
B - ASM di Matera	76,10	869.765,00	1.142.926,00	2011	76,71	869.537,00	1.133.572,00	2012

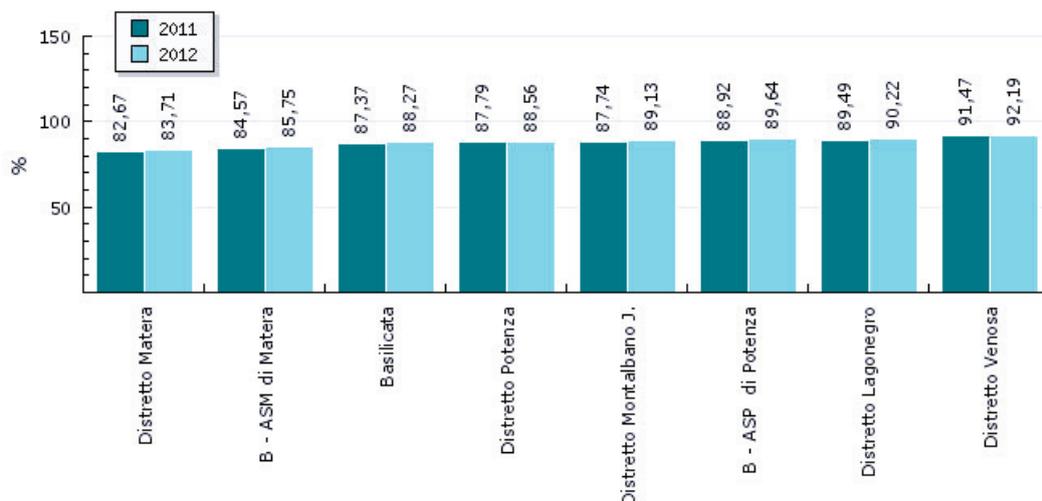
2.116 Indicatore F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Valutazione pessima < 73.00 ■
Valutazione scarsa 73.00 - 79.00 ■
Valutazione media 79.00 - 85.00 ■
Valutazione buona 85.00 - 91.00 ■
Valutazione ottima > 91.00 ■

F12a.6 - % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



F12a.6

% DI DERIVATI DIIDROPIRIDINICI (ANTIIPERTENSIVI) A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA

DEFINIZIONE	Percentuale di derivati diidropiridinici (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di derivati diidropiridinici complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I derivati diidropiridinici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C08CA.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

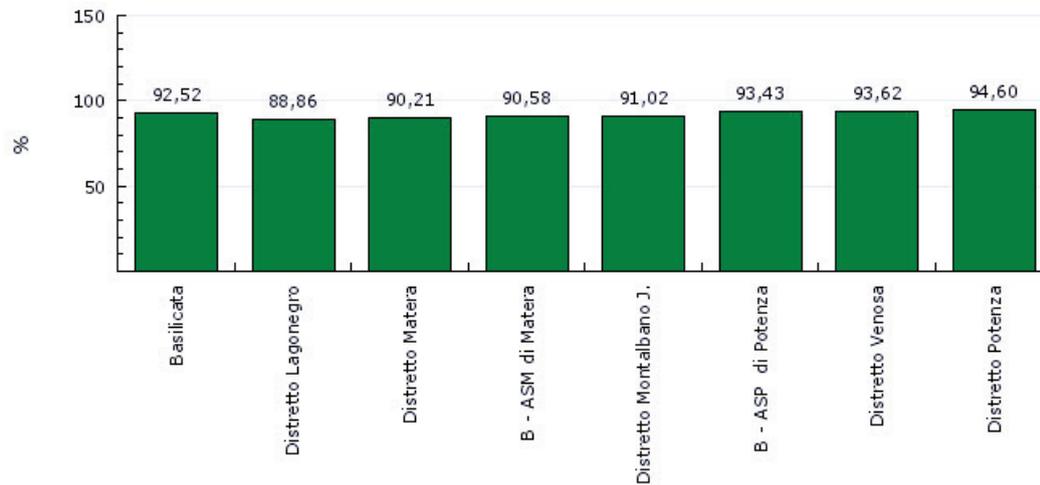
F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	87,37	6.914.355,00	7.913.761,00	2011	88,27	6.443.142,00	7.299.323,00	2012
Distretto Venosa	91,47	980.176,00	1.071.634,00	2011	92,19	893.053,00	968.765,00	2012
Distretto Potenza	87,79	2.608.187,00	2.970.925,00	2011	88,56	2.470.504,00	2.789.746,00	2012
Distretto Lagonegro	89,49	949.792,00	1.061.344,00	2011	90,22	872.949,00	967.558,00	2012
Distretto Matera	82,67	1.453.334,00	1.758.074,00	2011	83,71	1.343.051,00	1.604.389,00	2012
Distretto Montalbano J.	87,74	922.866,00	1.051.784,00	2011	89,13	863.585,00	968.865,00	2012
B - ASP di Potenza	88,92	4.538.155,00	5.103.903,00	2011	89,64	4.236.506,00	4.726.069,00	2012
B - ASM di Matera	84,57	2.376.200,00	2.809.858,00	2011	85,75	2.206.636,00	2.573.254,00	2012

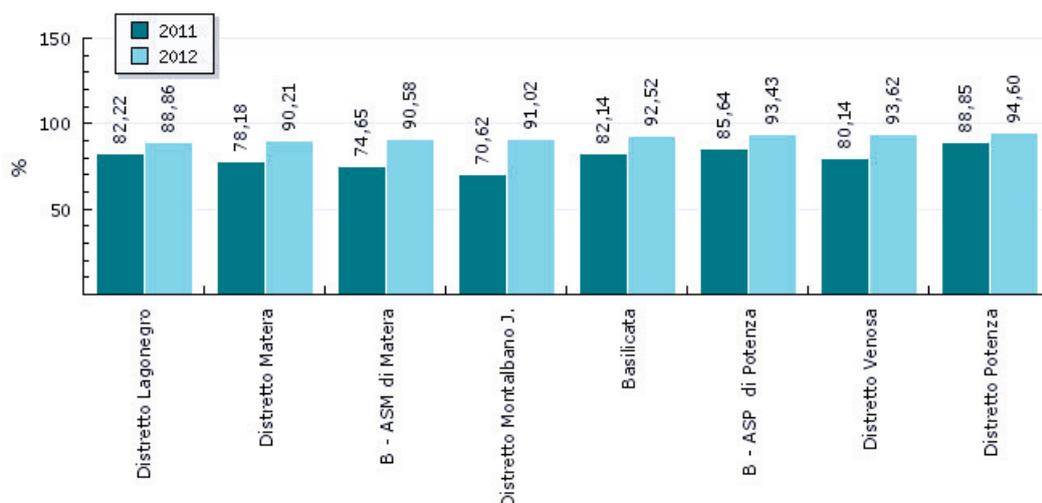
2.117 Indicatore F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Valutazione pessima < 76.00 ■
Valutazione scarsa 76.00 - 80.00] ■
Valutazione media 80.00 - 84.00] ■
Valutazione buona 84.00 - 88.00] ■
Valutazione ottima > 88.00 ■

F12a.7 - % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



F12a.7

% DI ACE INIBITORI (ANTIIPERTENSIVI) ASSOCIATI A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA

DEFINIZIONE	Percentuale di ACE inibitori associati (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di ACE inibitori associati complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Gli ACE inibitori associati appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C09BA.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

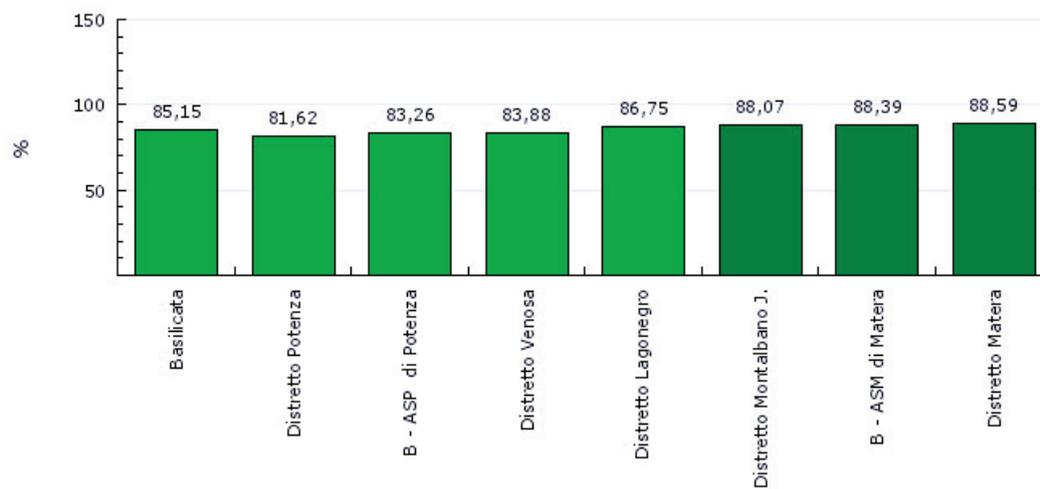
F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

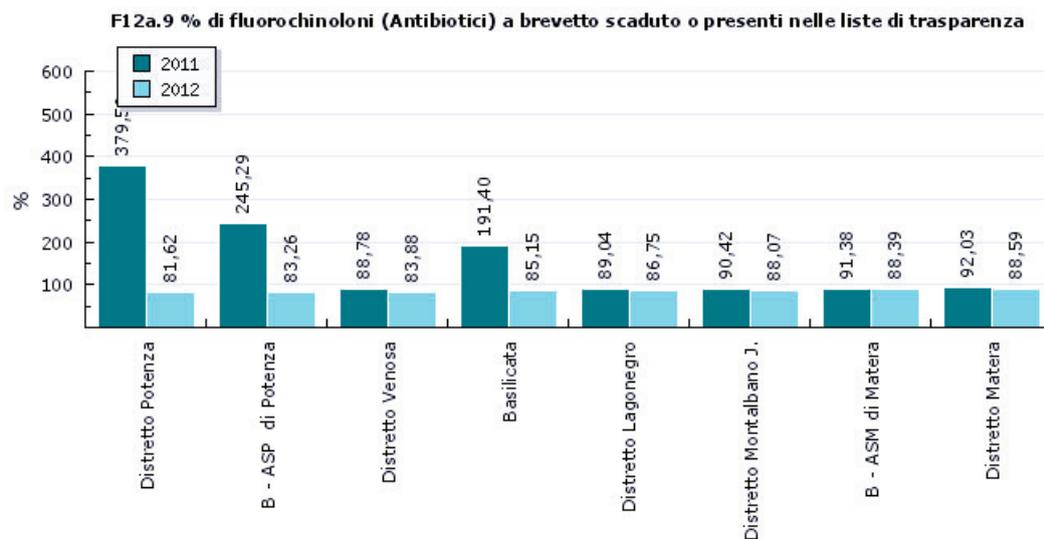
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	82,14	5.421.426,00	6.599.912,00	2011	92,52	5.827.366,00	6.298.200,00	2012
Distretto Venosa	80,14	877.120,00	1.094.484,00	2011	93,62	963.258,00	1.028.876,00	2012
Distretto Potenza	88,85	2.366.062,00	2.662.890,00	2011	94,60	2.429.182,00	2.567.838,00	2012
Distretto Lagonegro	82,22	610.686,00	742.748,00	2011	88,86	627.352,00	705.976,00	2012
Distretto Matera	78,18	875.872,00	1.120.376,00	2011	90,21	971.518,00	1.076.966,00	2012
Distretto Montalbano J.	70,62	691.686,00	979.414,00	2011	91,02	836.056,00	918.544,00	2012
B - ASP di Potenza	85,64	3.853.868,00	4.500.122,00	2011	93,43	4.019.792,00	4.302.690,00	2012
B - ASM di Matera	74,65	1.567.558,00	2.099.790,00	2011	90,58	1.807.574,00	1.995.510,00	2012

2.118 Indicatore F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Valutazione pessima < 67.00 ■
Valutazione scarsa 67.00 - 74.00 ■
Valutazione media 74.00 - 81.00 ■
Valutazione buona 81.00 - 88.00 ■
Valutazione ottima > 88.00 ■

F12a.9 - % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza





F12a.9

% DI FLUOROCHINOLONI (ANTIBIOTICI) A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA

DEFINIZIONE	Percentuale di fluorochinoloni non coperti da brevetto erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. dosi giornaliere x 1000 abitanti di fluorochinoloni non coperti da brevetto, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	Totale dosi giornaliere x 1000 abitanti di fluorochinoloni erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I fluorochinoloni appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica - terapeutica - chimica) J01MA.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

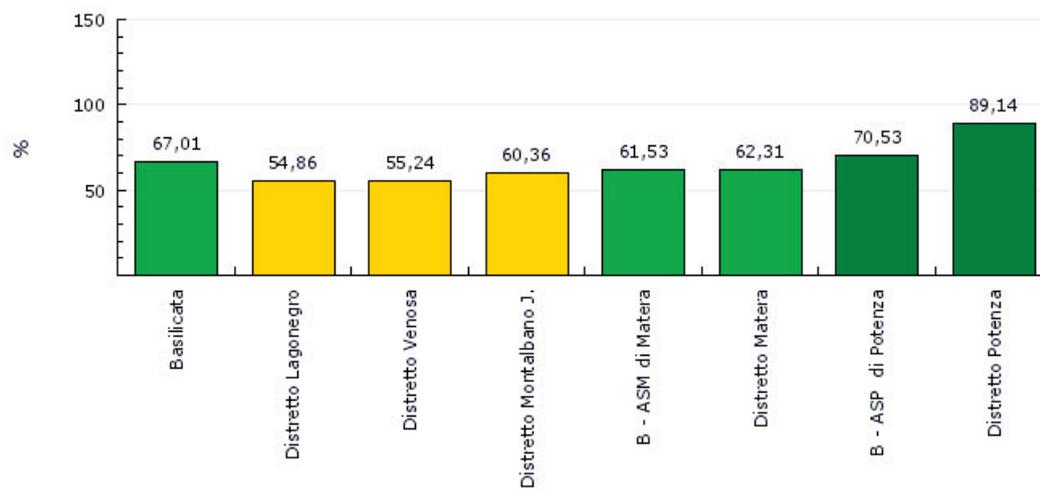
F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	191,40	2.022.083,00	1.056.465,00	2011	85,15	626.358,00	735.583,00	2012
Distretto Venosa	88,78	159.416,00	179.557,00	2011	83,88	105.692,00	126.003,00	2012
Distretto Potenza	379,59	1.402.133,00	369.383,00	2011	81,62	200.275,50	245.368,50	2012
Distretto Lagonegro	89,04	122.527,00	137.615,00	2011	86,75	80.578,50	92.884,50	2012
Distretto Matera	92,03	202.997,00	220.587,00	2011	88,59	143.949,00	162.482,00	2012
Distretto Montalbano J.	90,42	135.010,00	149.323,00	2011	88,07	95.863,00	108.845,00	2012
B - ASP di Potenza	245,29	1.684.076,00	686.555,00	2011	83,26	386.546,00	464.256,00	2012
B - ASM di Matera	91,38	338.007,00	369.910,00	2011	88,39	239.812,00	271.327,00	2012

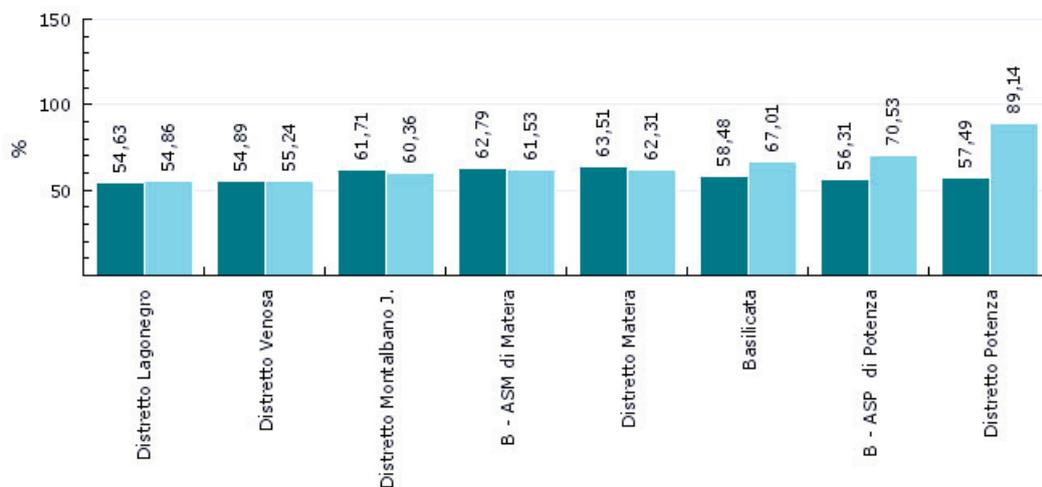
2.119 Indicatore F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)

Valutazione pessima < 43.00 ■
Valutazione scarsa 43.00 - 52.00] ■
Valutazione media 52.00 - 61.00] ■
Valutazione buona 61.00 - 70.00] ■
Valutazione ottima > 70.00 ■

F12.11a - Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)



F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)



F12.11a

INCIDENZA DEI FARMACI A BREVETTO SCADUTO SUI SARTANI (ASSOCIATI E NON)

DEFINIZIONE	Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sugli antagonisti del recettore per l'angiotensina II (sartani, associati e non)
NUMERATORE	N. unità posologiche di farmaci antagonisti del recettore per l'angiotensina II a brevetto scaduto x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di farmaci antagonisti del recettore per l'angiotensina II (sartani, associati e non) complessivamente erogate
NOTE PER L'ELABORAZIONE	I sartani appartengono alle classi ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) C09D (sartani associati) e C09C (sartani non associati). I farmaci a brevetto scaduto includono il Losartan (C09CA01), il Candesartan (C09CA06), il Valsartan (C09DA03), l'Irbesartan (C09CA04). Note per l'elaborazione: al numeratore vengono selezionati gli ATC V livello che hanno nella colonna scaduto/non scaduto valore "s", al denominatore la somma di tutto ("s" e "n") oppure tutto ciò che al 4° livello ATC è codificato con C09C e C09D.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Flussi farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

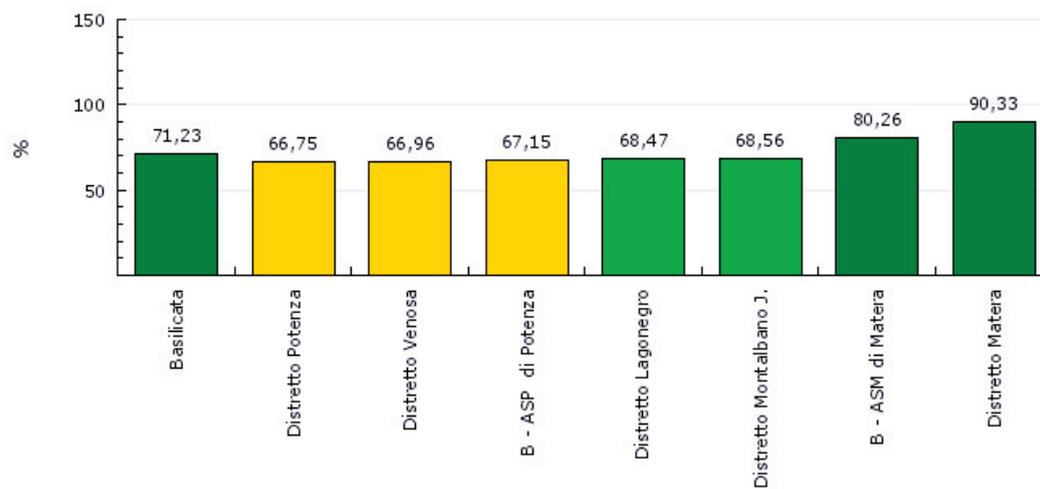
F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)

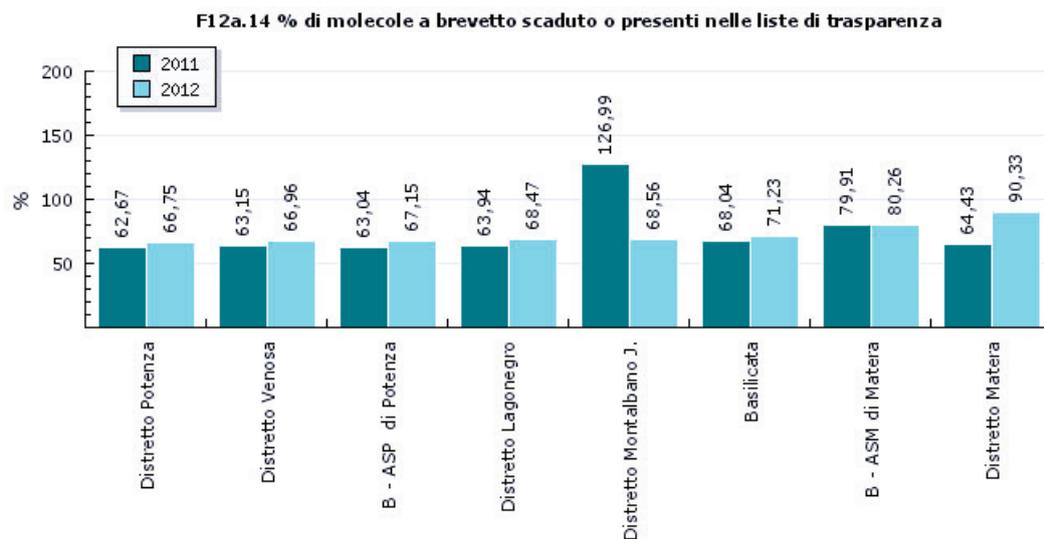
Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	58,48	11.139.726,00	19.048.130,00	2011	67,01	10.836.047,00	16.171.521,00	2012
Distretto Venosa	54,89	1.587.225,00	2.891.549,00	2011	55,24	1.580.484,00	2.861.406,00	2012
Distretto Potenza	57,49	4.135.337,00	7.193.049,00	2011	89,14	3.981.861,00	4.466.889,00	2012
Distretto Lagonegro	54,63	1.410.904,00	2.582.872,00	2011	54,86	1.377.552,00	2.511.244,00	2012
Distretto Matera	63,51	2.430.783,00	3.827.591,00	2011	62,31	2.369.072,00	3.802.140,00	2012
Distretto Montalbano J.	61,71	1.575.477,00	2.553.069,00	2011	60,36	1.527.078,00	2.529.842,00	2012
B - ASP di Potenza	56,31	7.133.466,00	12.667.470,00	2011	70,53	6.939.897,00	9.839.539,00	2012
B - ASM di Matera	62,79	4.006.260,00	6.380.660,00	2011	61,53	3.896.150,00	6.331.982,00	2012

2.120 Indicatore F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Valutazione pessima < 64.50 ■
Valutazione scarsa 64.50 - 66.00] ■
Valutazione media 66.00 - 67.50] ■
Valutazione buona 67.50 - 69.00] ■
Valutazione ottima > 69.00 ■

F12a.14 - % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



**F12a.14****% DI MOLECOLE A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA**

DEFINIZIONE	Percentuale di molecole non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. Confezioni di molecole non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza erogate x 100
DENOMINATORE	N. Confezioni complessivamente erogate
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Azienda	Anno bersaglio 2011				Anno bersaglio 2012			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Basilicata	68,04	6.946.910,00	10.210.520,00	2011	71,23	7.175.049,00	10.073.521,00	2012
Distretto Venosa	63,15	1.109.314,00	1.756.561,00	2011	66,96	1.147.035,00	1.713.065,00	2012
Distretto Potenza	62,67	2.500.686,00	3.990.056,00	2011	66,75	2.563.539,00	3.840.350,00	2012
Distretto Lagonegro	63,94	920.676,00	1.440.006,00	2011	68,47	948.270,00	1.385.014,00	2012
Distretto Matera	64,43	1.466.442,00	2.275.947,00	2011	90,33	1.521.758,00	1.684.678,00	2012
Distretto Montalbano J.	126,99	949.792,00	747.950,00	2011	68,56	994.447,00	1.450.414,00	2012
B - ASP di Potenza	63,04	4.530.676,00	7.186.623,00	2011	67,15	4.658.844,00	6.938.429,00	2012
B - ASM di Matera	79,91	2.416.234,00	3.023.897,00	2011	80,26	2.516.205,00	3.135.092,00	2012

PARTE II

**Il servizio di Pronto Soccorso
l'esperienza dei pazienti lucani**

Introduzione

Da tempo numerosi studi (Donabedian, 1992; Yarnold et al., 1992; Hansagi et al., 1992) evidenziano che la soddisfazione del paziente può essere considerata, unitamente alla descrizione dell'esperienza vissuta, un ottimo punto di riferimento ai fini della valutazione della qualità del servizio erogato (Trout et al., 2000). Capire se gli utenti sono soddisfatti è importante anche sotto il profilo clinico, in quanto, i pazienti soddisfatti sono più inclini ad aderire ai trattamenti (Bjorvell et al., 1991; Hostutler et al., 1999) e ad assumere un ruolo attivo nel loro percorso di cura (Donabedian, 1988).

La soddisfazione dei pazienti è peraltro ormai uno degli elementi chiave dei sistemi di valutazione della performance delle aziende sanitarie, soprattutto nei Paesi anglosassoni: in questo modo, infatti, è possibile monitorare la propria capacità di rispondere a bisogni ed aspettative dei pazienti, che, sempre più spesso, chiedono di essere informati e coinvolti nel loro processo di cura.

In Italia, la misurazione e valutazione della qualità percepita da parte dei cittadini per l'assistenza ricevuta è parte integrante del sistema di valutazione della performance (Nutri, 2008) che il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, sin dal 2004, ha sviluppato e successivamente implementato in tutte le Aziende sanitarie della regione Toscana e, dal 2008 nelle altre Regioni aderenti al network.

Il sistema si compone di sei dimensioni (la valutazione dei livelli di salute della popolazione; la valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale; la valutazione socio sanitaria; la valutazione esterna, in cui si collocano gli indicatori relativi alla valutazione da parte dei cittadini circa la qualità dell'assistenza ricevuta; la valutazione interna ed, infine, la valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria) idonee a rappresentare in maniera sintetica gli aspetti caratterizzanti la performance di un sistema sanitario. In questo modo il sistema di valutazione, oltre a monitorare le Aziende sanitarie, fornisce loro elementi di feedback rispetto alle azioni intraprese, consentendone quindi il controllo e la revisione.

Gli indicatori relativi alla valutazione esterna sono alimentati dai risultati delle indagini di soddisfazione che il Laboratorio MeS conduce tra i cittadini che hanno usufruito dei servizi sanitari: l'elevata articolazione dei questionari, che approfondiscono molteplici aspetti delle modalità di erogazione dei servizi, consente di coglierne i punti di forza, da considerare best practices, ed i punti di debolezza, che richiedono invece un'azione di miglioramento. Tra le indagini effettuate sistematicamente vi è quella relativa alla rilevazione della soddisfazione ed esperienza degli utenti del servizio di Pronto Soccorso (Seghieri et al., 2009; Marcacci et al., 2010), i cui risultati alimentano l'indicatore D8a "Valutazione degli utenti del PS sulla qualità dell'assistenza ricevuta".

Questa indagine è stata realizzata annualmente dal 2005 in Toscana, nel 2010 anche in Umbria e Liguria.

Nel 2012 la Regione Basilicata ha chiesto che venisse effettuata anche presso le Aziende Sanitarie lucane, con l'obiettivo di rilevare l'esperienza ed il grado di soddisfazione di un campione di utenti del servizio di Pronto soccorso.

La metodologia

Il campione

Nella definizione del campione è stata utilizzata come popolazione di riferimento il totale degli utenti maggiorenni che si sono recati in uno dei Pronto Soccorso lucani nel 2011.

Il campione è stato quindi estratto in modo casuale dalla lista dei pazienti che si sono recati presso un Pronto Soccorso lucano nel periodo ottobre-novembre 2012.

Il campione è stato definito in modo da essere rappresentativo per i singoli Pronto Soccorso (significatività del 95 % e stima dell'errore del 7 %, 5 % per AOR San Carlo) e al suo interno stratificato, in base alla composizione per codice colore (sui codici è stata effettuata l'aggregazione tra Azzurro e Bianco e tra Rosso e Giallo) della popolazione di riferimento.

Il campione complessivo regionale richiesto è pari a 1.349 pazienti.

Il questionario

I pazienti hanno risposto ad un questionario sviluppato, sulla base della letteratura esistente (Trout, 2000; Boudreaux et al., 2003; Boudreaux et al., 2004; Seghieri et al., 2009; Marcacci et al., 2010), dai ricercatori del Laboratorio Management e Sanità (MES) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e condiviso con la Regione Basilicata, le Direzioni Aziendali ed i professionisti lucani.

Il questionario è stato costruito con l'intento di raccogliere informazioni sull'esperienza degli utenti del servizio di Pronto Soccorso ed è composto da domande di tipo reporting e di tipo rating, dove le prime mirano a rilevare l'esperienza dei cittadini e le seconde la valutazione del servizio.

In questo modo è possibile conoscere quali aspetti hanno provocato i maggiori livelli di insoddisfazione e comprendere cosa sia effettivamente accaduto al paziente, consentendo così alle Aziende di intervenire efficacemente.

Le 56 domande sono state raggruppate in 10 sezioni:

- Accesso (12)
- Accettazione (triage) (4)
- Attesa (3)
- Comfort e pulizia (3)
- Assistenza e comunicazione (7)
- Rapporto medico-paziente (5)
- Rapporto infermiere-paziente (5)
- Dimissioni (7)
- Giudizio complessivo (5)
- Caratteristiche socio - demografiche del paziente (5)

La rilevazione

I pazienti del campione hanno ricevuto a casa un questionario cartaceo da compilare e restituire utilizzando una busta preaffrancata allegata. In alternativa, il paziente campionato ha potuto scegliere di compilare il questionario con metodologia CAWI (Computer Assisted Web Interviewing), ossia compilando il questionario su web, accedendo ad una piattaforma on-line (www.indagineps.sssup.it/basilicata) realizzata dal Laboratorio Management e Sanità, oppure di essere intervistato telefonicamente (metodologia CATI - Computer Assisted Telephone Interviewing) da ricercatori del Laboratorio stesso, appositamente formati.

Le interviste concluse a cui si fa riferimento in questo report ammontano a 1.327, a fronte di 8.000 pazienti invitati a partecipare (lista campionaria sovrastimata per ottenere un numero di risposte pari al campione richiesto). Per alcuni Pronto Soccorso non è stato possibile raggiungere la quota campionaria prevista, mentre per altri è stata superata.

Note sull'elaborazione

Per poter rappresentare correttamente con i risultati raccolti l'esperienza dell'intera popolazione di riferimento (pazienti dei Pronto Soccorsi lucani nel periodo oggetto di indagine), per ciascun strato del campione è stato costruito un peso campionario.

Il metodo di stima campionaria si basa infatti sul principio che le unità appartenenti al campione rappresentino anche le unità della popolazione che non sono incluse in esso. Perché ciò avvenga si attribuisce alle unità rispondenti un peso campionario che indica il numero di unità della popolazione rappresentate. Il peso campionario è calcolato a partire dal peso diretto (reciproco della probabilità di inclusione delle unità nel campione), che a sua volta è stato moltiplicato per un fattore di correzione per mancata risposta (inverso del tasso di risposta), necessario per far sì che le unità rispondenti rappresentino anche quelle non rispondenti.

I risultati presentati nel report, quindi, illustrano i dati relativi all'intera popolazione, ovvero al totale degli accessi al Pronto Soccorso nel periodo di svolgimento dell'indagine. La tabella che segue specifica per ciascun Pronto Soccorso: la numerosità campionaria definita in fase di progettazione, il numero di unità rispondenti ed il peso campionario assegnato a ciascuna di esse.

Le elaborazioni delle risposte al questionario, presentate nelle pagine successive, sono state effettuate al netto delle risposte "non so/non ricordo".

Interviste concluse e pesi campionari

Azienda / PS	Codice colore	Totale accessi	Campione	Interviste concluse	Pesi finali
PS di Lagonegro	Bianco/Azzurro	134	15	8	16,7500
PS di Lagonegro	Verde	1269	141	107	11,8598
PS di Lagonegro	Giallo/Rosso	329	37	26	12,6538
Totale PS di Lagonegro		1732	193	141	12,2837
PS di Melfi	Bianco/Azzurro	96	9	6	16,0000
PS di Melfi	Verde	1586	146	161	9,8509
PS di Melfi	Giallo/Rosso	422	39	36	11,7222
Totale Ps di Melfi		2104	194	203	10,3645
PS di Villa d'Agri	Bianco/Azzurro	76	9	15	5,0667
PS di Villa d'Agri	Verde	935	114	129	7,2481
PS di Villa d'Agri	Giallo/Rosso	566	69	80	7,0750
Totale Ps di Villa d'Agri		1577	192	224	7,0402
Totale ASP - Potenza		5413	579	568	9,5299
PS di Matera	Bianco/Azzurro	340	17	24	14,1667
PS di Matera	Verde	2382	120	146	16,3151
PS di Matera	Giallo/Rosso	1118	57	82	13,6341
Totale PS di Matera		3840	194	252	15,2381
PS di Policoro	Bianco/Azzurro	128	8	8	16,0000
PS di Policoro	Verde	2467	157	151	16,3377
PS di Policoro	Giallo/Rosso	467	30	23	20,3043
Totale PS di Policoro		3062	195	182	16,8242
Totale ASM - Matera		6902	389	434	15,9032
PS San Carlo - Potenza	Bianco/Azzurro	957	63	42	22,7857
PS San Carlo - Potenza	Verde	3210	212	179	17,9330
PS San Carlo - Potenza	Giallo/Rosso	1597	106	104	15,3558
Totale PS San Carlo		5764	381	325	17,7354
Totale AOR - San Carlo		5764	381	325	17,7354
Totale Reg. Basilicata		18079	1349	1327	13,6240

I risultati

I pazienti si dichiarano prevalentemente in buone condizioni, ma il 15 % (25 % tra coloro che hanno nessun titolo di studio o licenza elementare, un dato che è anche connesso all'età dei pazienti) ritiene che il proprio stato di salute sia cattivo o pessimo. Il 41 % circa dei pazienti non era mai stato in Pronto Soccorso nei 12 mesi precedenti, ma il 13 % vi si è recato tre o più volte.

Il 53 % dei pazienti si reca al Pronto Soccorso senza prima rivolgersi al medico di famiglia. Tra coloro che lo consultano preventivamente (60 % tra coloro che hanno nessun titolo di studio o licenza elementare, 28 % dei laureati), il 13 % ha deciso di recarsi comunque al Pronto Soccorso, mentre il 34 % è stato consigliato in tal senso dal medico stesso.

Il motivo prevalente per cui i pazienti decidono di non consultare il medico di famiglia prima di recarsi al Pronto Soccorso è l'effettiva urgenza del caso (57 %), seguito dall'irreperibilità del medico (12 %).

Il 35 % dei pazienti dichiara di non conoscere il codice colore che gli è stato assegnato (41 % tra coloro che hanno nessun titolo di studio o licenza elementare). I pazienti con titolo di studio più basso giungono in condizioni più gravi al Pronto Soccorso: il 31 % tra essi, infatti, riceve il codice giallo o rosso, a fronte di un dato regionale del 25 %.

Confrontando il codice colore assegnato al triage e quello dichiarato dal paziente, solo il

46.5 % tra i bianchi/azzurri, il 47 % tra i verdi ed il 53 % tra i giallo/rossi riportano correttamente il codice assegnatogli.

Il 40 % circa dei pazienti dichiara di soffrire di una malattia cronica (62 % circa tra coloro con titolo di studio più basso, connesso anche ad un'età più avanzata) e, tra questi, il 53 % si è recato al Pronto Soccorso per un problema connesso alla patologia (56 % tra i pazienti meno istruiti).

La valutazione del personale del triage è positiva: il 73 % dà una valutazione ottima o buona alla cortesia, il 71,5 % alla sua capacità di comprendere la gravità del problema di salute. Effettuato il triage, l'attesa per la visita del medico è inferiore ad un'ora nell'82 % dei casi. L'8 % dichiara però di aver atteso oltre due ore.

La comunicazione dell'attesa, un accorgimento che consentirebbe ai pazienti di gestire meglio l'ansia, avviene solo nel 31 % dei casi.

La valutazione circa il tempo atteso è una dimensione critica: meno della metà dei pazienti (46 %) dà una valutazione ottima o buona, mentre gli insoddisfatti ammontano al 23 %. La valutazione circa le strutture evidenzia una valutazione positiva per il comfort della sala d'attesa (60 % dei giudizi sono ottimo o buono), la sua pulizia (71 % ottimo o buono) e la pulizia del bagno (60 %). Non mancano però i giudizi negativi, con particolare riferimento alla pulizia dei bagni (14 % di pazienti insoddisfatti).

I pazienti ritengono inoltre che il personale del Pronto Soccorso non abbia fatto quanto possibile per controllare il dolore: solo il 27 % dei pazienti dà una valutazione ottima o buona, e il 30 % è ampiamente insoddisfatto.

Anche la comunicazione con il personale evidenzia qualche criticità.

Solo il 65 % dei pazienti dichiara di essere stato informato adeguatamente sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti: il 22 % dichiara di non aver ricevuto alcuna informazione. Tra coloro che sono stati informati, il 65 % dichiara di aver ricevuto informazioni coerenti dal personale del Pronto Soccorso, ma il 17 % dichiara che le informazioni ricevute sono sempre state discordanti.

Il 70 % dei pazienti dichiara inoltre che il personale è sempre stato disponibile ad aiutare, che i colloqui si sono svolti nel rispetto della privacy (78 %), ma solo il 50 % ritiene di essersi sentito coinvolto nelle decisioni relative alle cure ed il 53 % dichiara che il personale non si è presentato con nome e qualifica.

La valutazione del personale medico è buona: i pazienti giudicano positivamente l'umanizzazione della relazione (78 %, ma il 13 % si dichiara insoddisfatto), la chiarezza delle informazioni (67 % di giudizi ottimi o buoni), la sua cortesia (72 % ottimo o buono) e dichiarano di aver avuto fiducia in esso (71 %). È un po' più critica la valutazione circa la capacità del personale medico nell'aiutare il paziente a superare ansie e preoccupazioni, che è valutata in maniera pienamente soddisfacente dal 48 % dei pazienti, con il 12 % di insoddisfatti.

La valutazione del personale infermieristico è positiva: i pazienti danno una valutazione positiva all'umanizzazione della relazione (76 %, ma 11 % sono insoddisfatti), un giudizio ottimo o buono alla chiarezza delle informazioni (56 %), alla sua cortesia (69 %) e dichiarano di aver avuto fiducia in esso (66 %). Analogamente ai medici, si rivela un po' più critica la valutazione circa la capacità del personale infermieristico nell'aiutare l'utente a superare le preoccupazioni, che è giudicata completamente positiva dal 42 % dei pazienti e in maniera negativa dal 14 %.

Le dimissioni sono gestite in maniera da consentire al paziente di tenere sotto controllo il proprio stato di salute: il 76 % dei pazienti dichiara infatti di avere ricevuto informazioni relativamente al comportamento da tenere a casa e l'80 % l'indicazione del professioni-

sta/struttura a cui rivolgersi in caso di bisogno. Non mancano però le criticità: nel primo caso il 7 % dei pazienti dichiara di non aver ricevuto informazioni, nel secondo il 20 %. Le dimissioni avvengono rapidamente (83 % dei pazienti sono stati dimessi entro un'ora dalla comunicazione), ma il 6 % dichiara di aver atteso oltre due ore ed il 10 % di aver trascorso l'attesa in corridoio.

Oltre il 65 % dei pazienti dà una valutazione ottima o buona alla qualità dell'assistenza ricevuta (l'8 % si dichiara invece insoddisfatto) ed al lavoro di squadra (8 % di insoddisfatti), e solo il 3,3 % dei pazienti non tornerebbe a farsi curare presso lo stesso Pronto Soccorso.

Riferimenti bibliografici

Boudreaux E.D., D'Autremont S., Wood K., Jones G.N. (2004), "Predictors of Emergency Department Patient Satisfaction: Stability Over 17 Months", *Academy of Emergency Medicine*, 11: 51-58.

Boudreaux E.D., O'Hea E.L. (2003), "Patient Satisfaction In the Emergency Department: a Review of the Literature and Implications For Practice", *Journal of Emergency Medicine*, 26: 13-26.

Björvell H., Stieg J. (1991), "Patients' Perceptions of the Health Care Received in an Emergency Department", *Annals of emergency medicine*, 20, 7: 734-738.

Donabedian A. (1988), "The Quality of Care. How Can It Be Assessed?", *Journal of the American Medical Association*, 260: 1743-1748.

Donabedian, A. (1992), "Quality Assurance in Health Care: Consumers' Role", *Quality in Health Care* 1: 247-251.

Hansagi H., Carlsson B., Brismar B. (1992), "The Urgency of Care Need and Patient Satisfaction At a Hospital Emergency Department", *Health Care Management Review*, 17: 71-75.

Hostutler J. J., Taft S. H., Snyder C. (1999), "Patient Needs in the Emergency Department: Nurses' and Patients' Perceptions", *Journal of nursing administration*, 29, 1: 43-50.

Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74.

Nuti S. (a cura di) (2008), "La valutazione della performance in sanità", *Il Mulino*, Bologna.

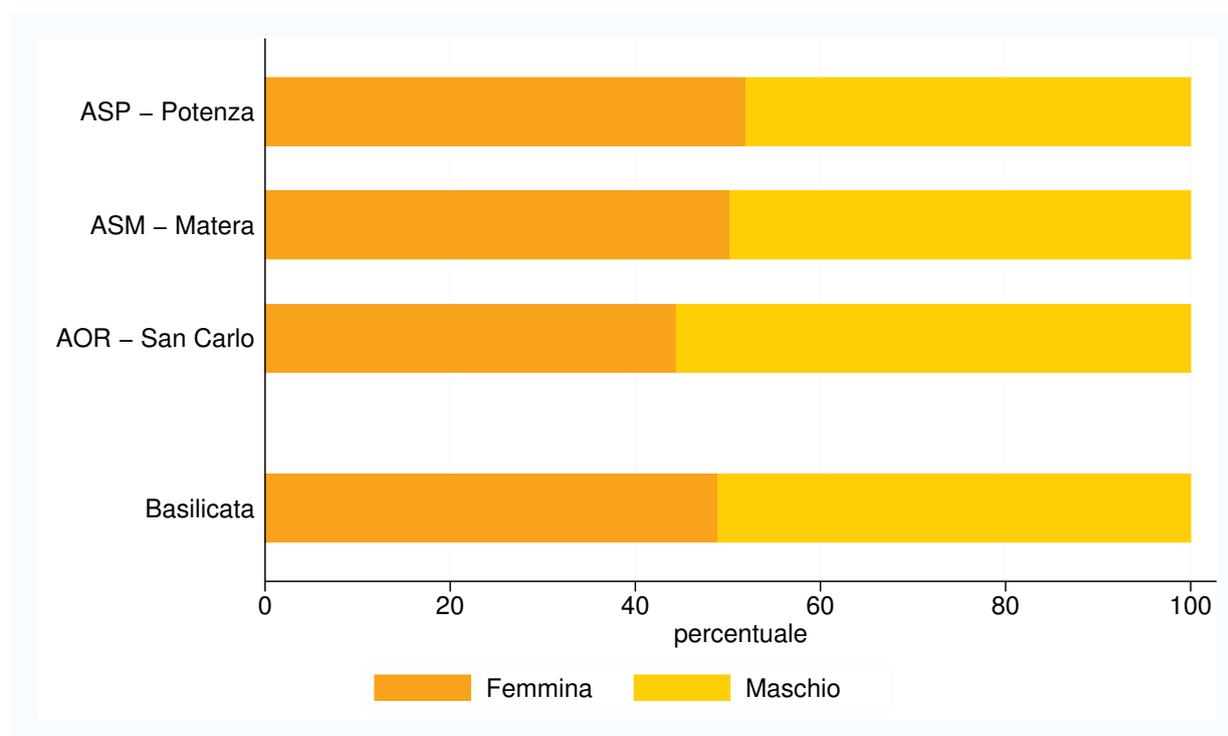
Seghieri C., Sandoval G., Brown A., Nuti S. (2009), "Where to focus efforts to improve overall ratings of care and willingness to return: the case of Tuscan emergency departments", *Academic Emergency Medicine*, 16, 2:136-144.

Trout A., Magnusson A. R., Hedges J. R. (2000), "Patient Satisfaction Investigations and the Emergency Department: What Does the Literature Say?", *Academic Emergency Medicine*, 7,6: 695-709.

Yarnold P. R., Michelson E. A., Thompson D. A. et al. (1998), "Predicting Patient satisfaction: a study of two emergency departments", *J Behav Med.*, 21:545-563.

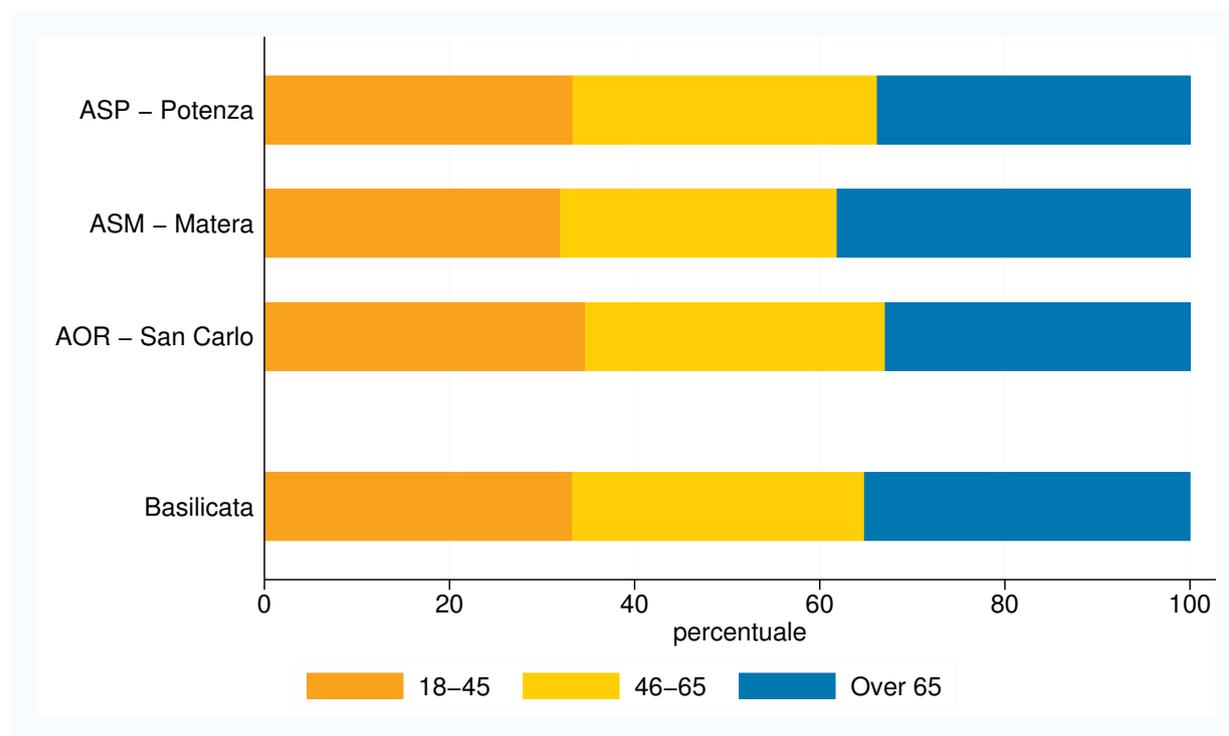
Caratteristiche socio demografiche e stato di salute

Sesso del rispondente:



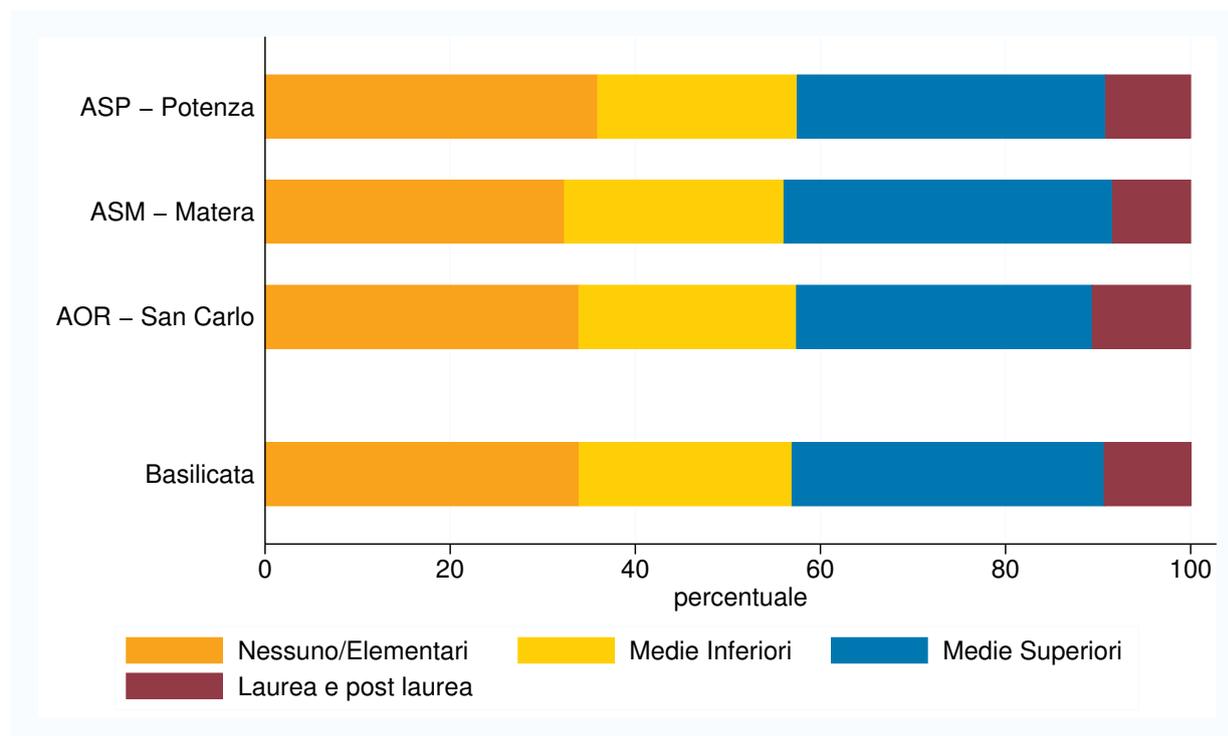
Azienda	Femmina		Maschio		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	2812	52.0	2601	48.0	5413	100.0
ASM - Matera	3390	50.2	3357	49.8	6747	100.0
AOR - San Carlo	2538	44.4	3175	55.6	5713	100.0
Reg. Basilicata	8741	48.9	9132	51.1	17873	100.0

Fascia d'età del rispondente:



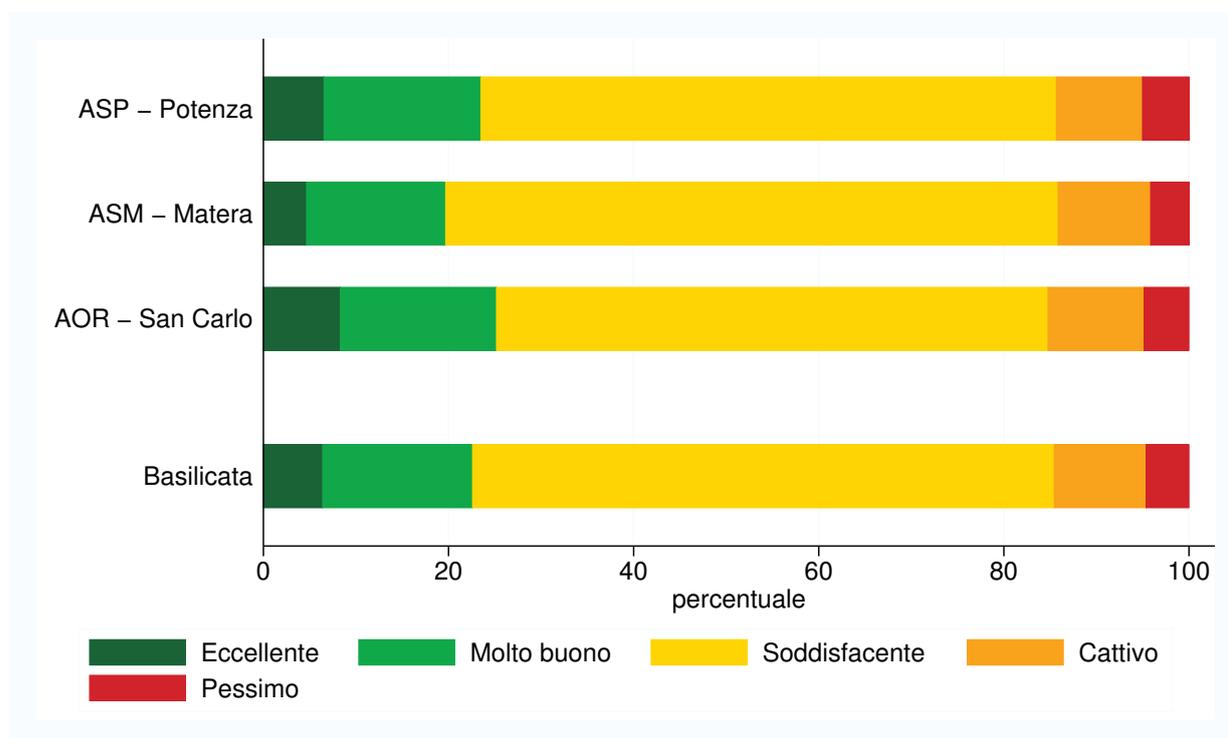
Azienda	18-45		46-65		Over 65		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1805	33.3	1780	32.9	1829	33.8	5413	100.0
ASM - Matera	2209	32.0	2062	29.9	2631	38.1	6902	100.0
AOR - San Carlo	2001	34.7	1865	32.4	1897	32.9	5764	100.0
Reg. Basilicata	6015	33.3	5707	31.6	6357	35.2	18079	100.0

Titolo di studio del rispondente:



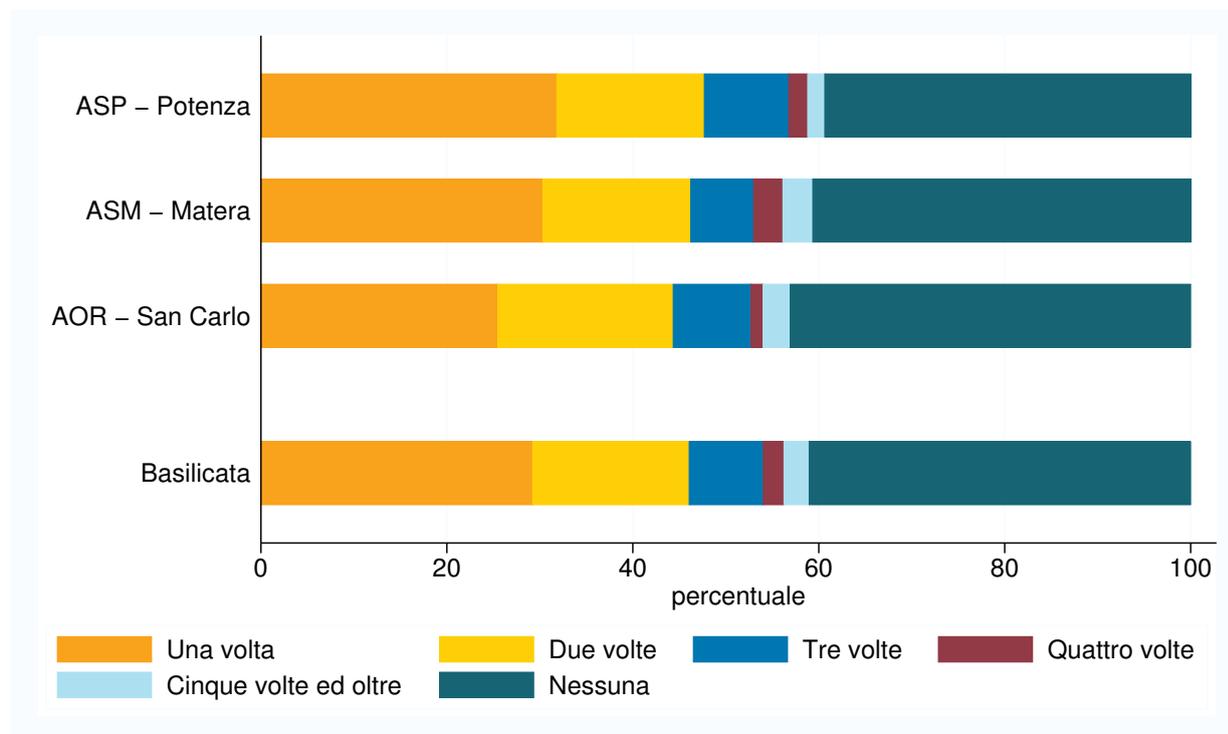
Azienda	Nessuno Elementari		Medie Inferiori		Medie Superiori		Laurea post laurea		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1945	35.9	1169	21.6	1804	33.3	495	9.1	5413	100.0
ASM - Matera	2188	32.3	1605	23.7	2403	35.5	569	8.4	6765	100.0
AOR - San Carlo	1948	33.9	1351	23.5	1836	32.0	611	10.6	5746	100.0
Reg. Basilicata	6081	33.9	4124	23.0	6043	33.7	1675	9.3	17924	100.0

Come considera il suo stato di salute in questo momento?



Azienda	Eccellen- te		Molto buono		Soddisfa- cente		Cattivo		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	331	6.5	858	17.0	3144	62.2	470	9.3	254	5.0	5058	100.0
ASM - Matera	297	4.7	960	15.0	4225	66.2	638	10.0	265	4.1	6385	100.0
AOR - San Carlo	449	8.3	911	16.9	3220	59.6	563	10.4	261	4.8	5404	100.0
Reg. Basilicata	1077	6.4	2729	16.2	10589	62.9	1671	9.9	780	4.6	16846	100.0

Quante volte si è recato al Pronto Soccorso (qualsiasi Pronto Soccorso) negli ultimi 12 mesi escluso l'accesso in oggetto?



Azienda	Una volta		Due volte		Tre volte		Quattro volte		Cinque volte ed oltre		Nessuna		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1680	31.8	837	15.9	480	9.1	107	2.0	97	1.8	2077	39.4	5278	100.0
ASM - Matera	2074	30.3	1088	15.9	462	6.8	215	3.1	220	3.2	2780	40.6	6839	100.0
AOR - San Carlo	1449	25.5	1071	18.8	476	8.4	74	1.3	166	2.9	2447	43.1	5682	100.0
Reg. Basilicata	5203	29.2	2996	16.8	1418	8.0	396	2.2	482	2.7	7303	41.0	17799	100.0

Equità

Numerosi studi (Wilkinson 1992; Hahn et al., 1996; Nuti e Barsanti, 2010; Barsanti, 2010) hanno evidenziato che caratteristiche socio economiche della popolazione possono influenzare l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari, determinando variabilità ed ampie disuguaglianze, non giustificabili dal punto di vista dei bisogni di salute.

In particolare, diverse ricerche hanno dimostrato la rilevanza del livello di istruzione (Rosenstock 1966; Nuti et al., 2006), considerato anche come possibile proxy del reddito, rispetto alle condizioni di salute, l'utilizzazione dei servizi di prevenzione e diagnostici, all'ospedalizzazione ed alla mortalità. Questo legame è comprensibile considerando che un livello di istruzione elevato favorisce un'attenzione maggiore ai fattori di rischio ed ai sintomi di eventuali patologie e, in caso di malattia, una maggiore conoscenza e quindi accesso alle diverse alternative e possibilità di cura (Miolo Vitali, Nuti, 2004).

Questa sezione del rapporto, quindi, analizza la distribuzione delle risposte ad alcune domande in base al titolo di studio dei rispondenti: in questo modo è possibile evidenziare possibili differenze tra i pazienti nell'uso del servizio, su cui la scolarizzazione può avere un impatto determinante.

Un primo tema oggetto di approfondimento riguarda le modalità di accesso, ossia il codice colore con cui il paziente è stato accettato in Pronto Soccorso, il ricorso preventivo al medico di famiglia.

In ambedue i casi un diverso livello di istruzione non dovrebbe comportare differenze, sia per quanto riguarda la gravità con cui si accede al servizio, sia per quanto riguarda la modalità di accesso.

Viene inoltre approfondita la relazione tra livello di istruzione e malattia cronica, nonché la distribuzione degli accessi al Pronto Soccorso conseguenti alla presenza di malattia cronica per i diversi gradi di scolarizzazione. Anche in questo caso, un sistema equo non dovrebbe evidenziare differenze in funzione del titolo di studio del paziente.

Anche la relazione medico (o infermiere)- paziente è oggetto di approfondimento attraverso la lente dell'equità: in particolare, viene verificato se il titolo di studio produce degli effetti sulle informazioni ricevute dal paziente e sulla loro chiarezza.

Infine vengono illustrate la relazione tra titolo di studio e fiducia nei medici e titolo di studio e valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta, nonché l'impatto della scolarizzazione sul livello di salute percepito.

Riferimenti bibliografici

Barsanti S. (2010), "La valutazione della capacità di perseguire le strategie regionali", in: Nuti S. (a cura di), *Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana - Report 2009*. Edizioni ETS, Pisa

Hahn R. A., Eaker E. D., Barker N. D., Teutsch S. M., Sosniak W. A. e Krieger N. (1996), "Poverty and Death in the United States", *International Journal of Health Services*, 26:67390.

Miolo Vitali P. e Nuti S. (a cura di) (2004), *Sperimentazione dell'Activity Based Management nella sanità pubblica: l'esperienza dell'Azienda USL 3 di Pistoia*, Franco Angeli Editore, Milano.

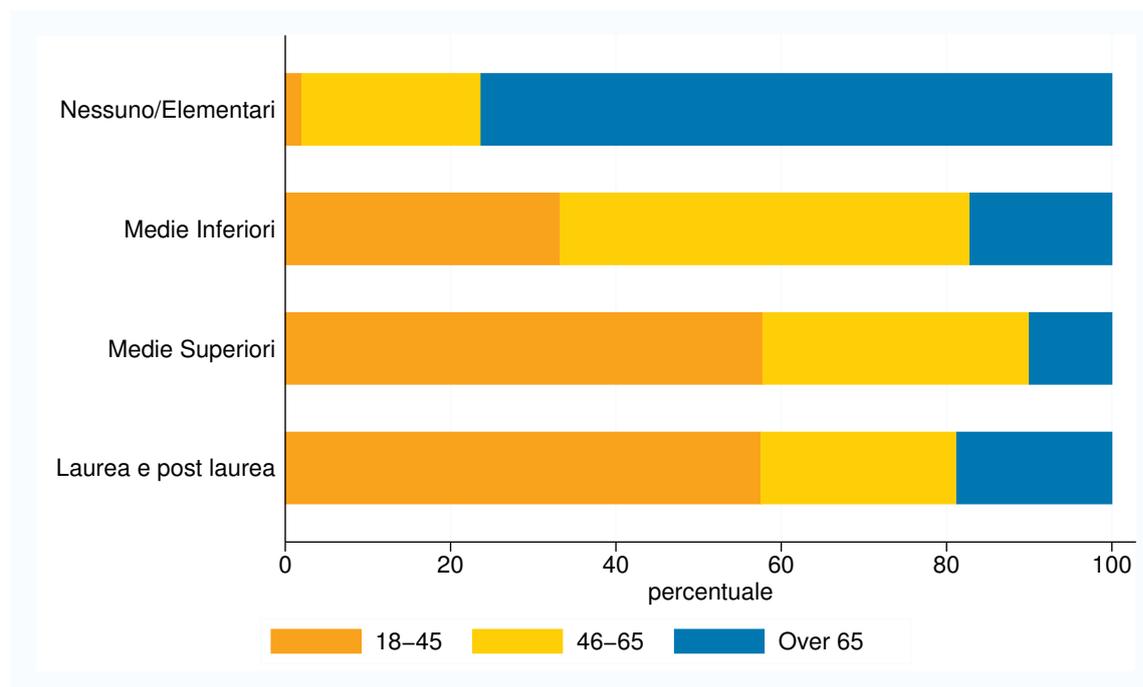
Nuti S., Bonini A., Murante A.M., Vainieri M. (2009), "Performance Assessment in the Maternity Pathway in Tuscany Region", *Health Services Management Research*, 22:115-121.

Nuti S., Barsanti S. (2010), "Cronicità e spesa sanitaria", in: Frey M., Meneguzzo M., Fiorani G. (a cura di), *La sanità come volano dello sviluppo*, Edizioni ETS, Pisa.

Rosenstock I. M. (2005), "Why People Use Health Services", *Milbank Quarterly*, 83:1-32, ristampa di Rosenstock I. M. (1966), *The Milbank Mem Fund Q* 44:94-124.

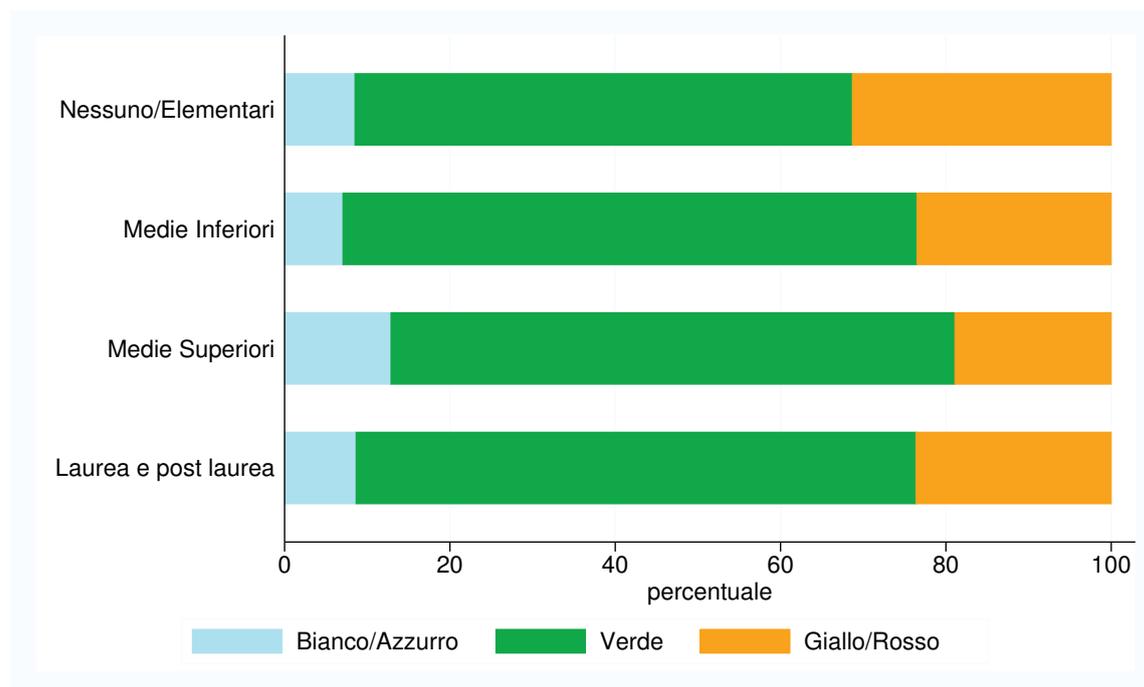
Wilkinson R.G. (1992), "Income Distribution and Life Expectancy", *British Medical Journal*, 304:1658.

Distribuzione titolo di studio per fascia di età dei pazienti



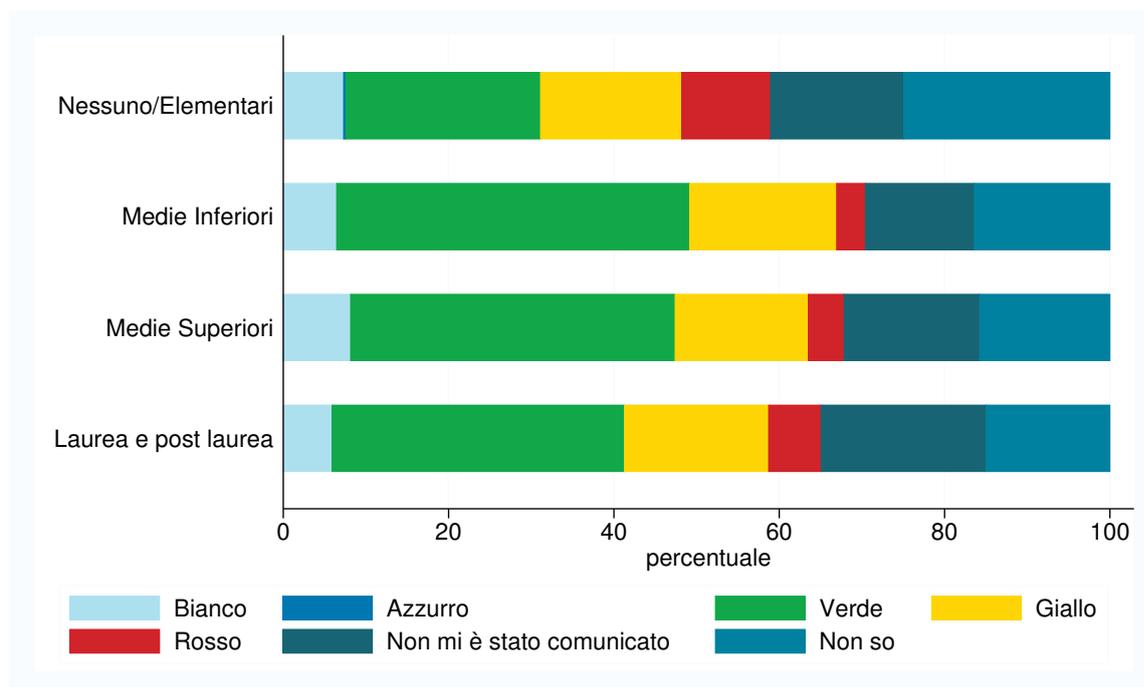
Titolo di studio	18-45		46-65		Over 65		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	123	2.0	1317	21.7	4641	76.3	6081	100.0
Medie Inferiori	1371	33.3	2045	49.6	708	17.2	4124	100.0
Medie Superiori	3492	57.8	1948	32.2	603	10.0	6043	100.0
Laurea e post laurea	964	57.6	397	23.7	314	18.8	1675	100.0
Reg. Basilicata	5951	33.2	5707	31.8	6266	35.0	17924	100.0

Distribuzione titolo di studio e codice colore assegnato al triage



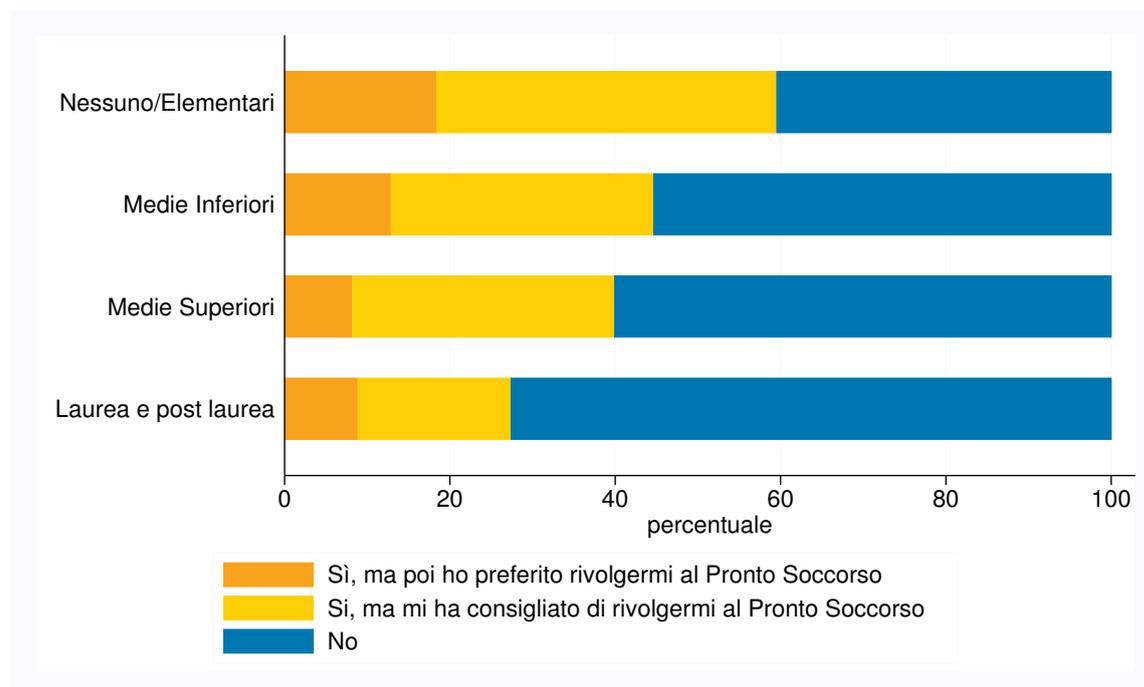
Titolo di studio	Bianco/azzurro		Verde		Giallo/rosso		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	518	8.5	3659	60.2	1904	31.3	6081	100.0
Medie Inferiori	291	7.1	2865	69.5	968	23.5	4124	100.0
Medie Superiori	778	12.9	4123	68.2	1143	18.9	6043	100.0
Laurea e post laurea	145	8.6	1135	67.8	395	23.6	1675	100.0
Reg. Basilicata	1731	9.7	11782	65.7	4411	24.6	17924	100.0

Qual era il codice colore che le è stato assegnato?



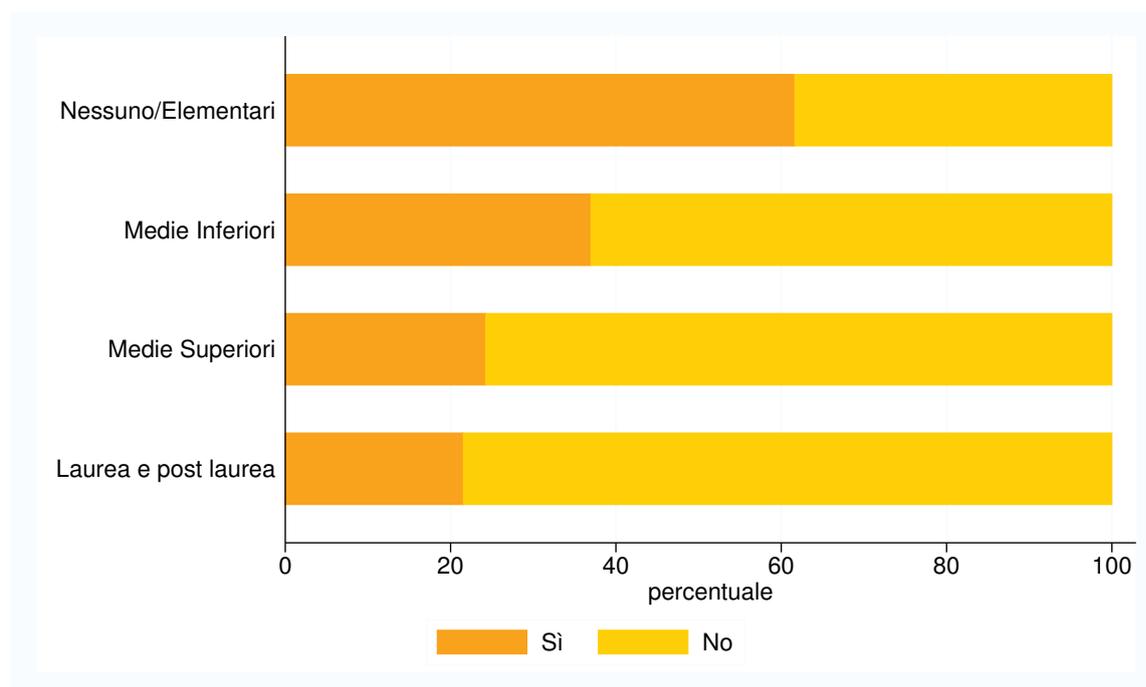
Titolo di studio	Bianco		Azzurro		Verde		Giallo		Rosso		Non mi è stato comunicato		Non so		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	423	7.3	16	0.3	1363	23.5	989	17.1	622	10.7	935	16.1	1443	24.9	5791	100.0
Medie Inferiori	255	6.5	0	0.0	1689	42.7	703	17.8	138	3.5	521	13.2	649	16.4	3955	100.0
Medie Superiori	475	8.1	0	0.0	2288	39.3	939	16.1	252	4.3	957	16.4	917	15.7	5829	100.0
Laurea e post laurea	93	5.9	0	0.0	559	35.4	275	17.4	100	6.4	315	20.0	236	15.0	1579	100.0
Reg. Basilicata	1246	7.3	16	0.1	5899	34.4	2906	16.9	1113	6.5	2728	15.9	3245	18.9	17155	100.0

Prima di recarsi al Pronto Soccorso si è rivolto al Suo medico di famiglia?



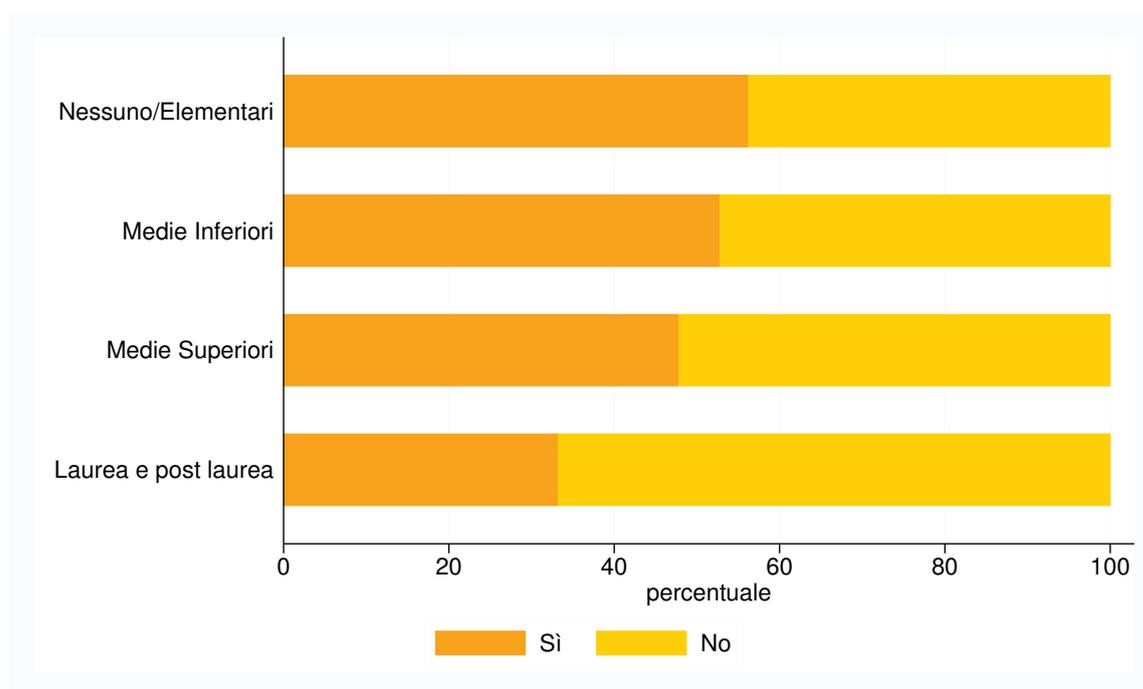
Titolo di studio	Sì, ma poi ho preferito rivolgermi al Pronto Soccorso		Sì, ma mi ha consigliato di rivolgermi al Pronto Soccorso		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	1063	18.4	2373	41.1	2335	40.5	5772	100.0
Medie Inferiori	509	12.9	1255	31.8	2187	55.3	3952	100.0
Medie Superiori	479	8.2	1855	31.7	3513	60.1	5847	100.0
Laurea e post laurea	141	8.9	296	18.5	1158	72.6	1595	100.0
Reg. Basilicata	2194	12.8	5779	33.7	9194	53.6	17166	100.0

Soffre di una malattia cronica?



Titolo di studio	Sì		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	3431	61.6	2135	38.4	5567	100.0
Medie Inferiori	1390	37.0	2368	63.0	3758	100.0
Medie Superiori	1389	24.2	4342	75.8	5731	100.0
Laurea e post laurea	360	21.6	1309	78.4	1668	100.0
Reg. Basilicata	6570	39.3	10154	60.7	16724	100.0

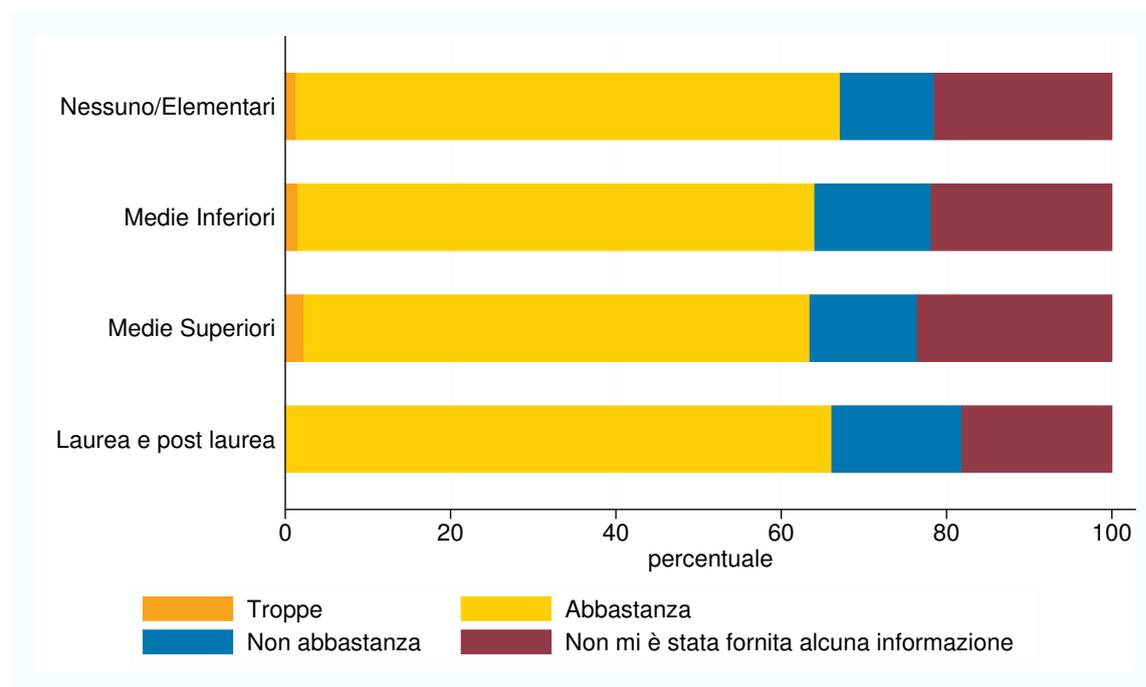
È stato in Pronto Soccorso per un problema collegato alla malattia cronica di cui soffre?



Titolo di studio	Si		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	1882	56.2	1464	43.8	3347	100.0
Medie Inferiori	727	52.8	650	47.2	1376	100.0
Medie Superiori	642	47.8	701	52.2	1343	100.0
Laurea e post laurea	119	33.2	240	66.8	360	100.0
Reg. Basilicata	3371	52.5	3055	47.5	6425	100.0

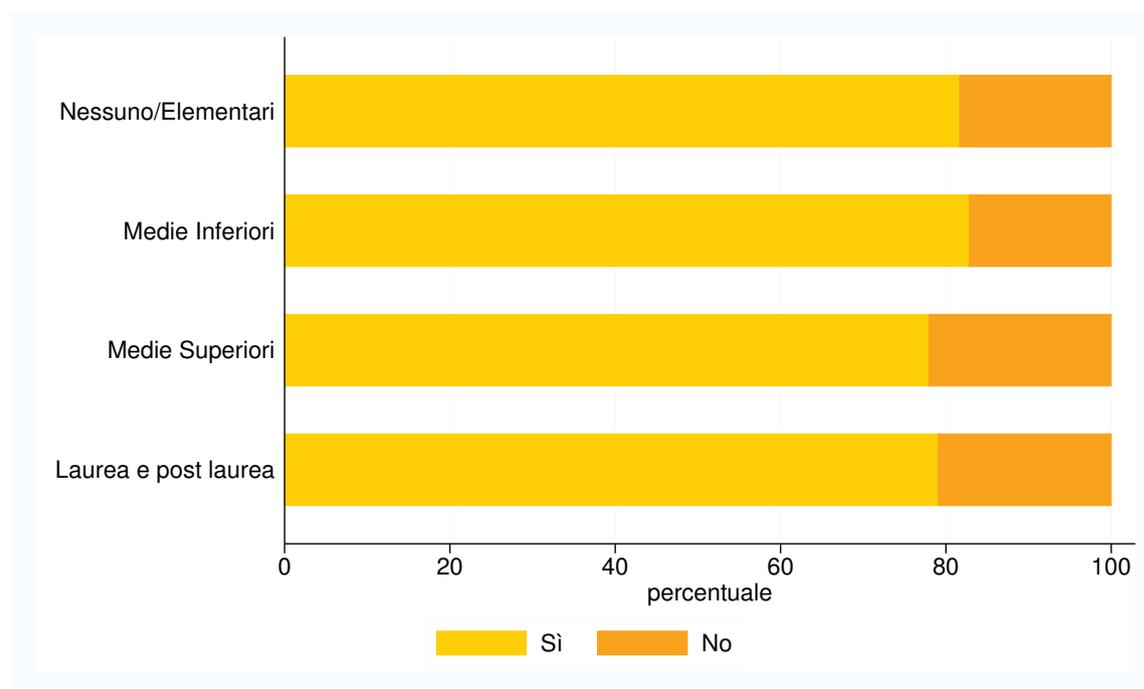
Note: Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di soffrire di una malattia cronica

Durante la sua permanenza in Pronto Soccorso ha ricevuto informazioni sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti da fare (in Pronto Soccorso)?



Titolo di studio	Troppe		Abbastanza		Non abbastanza		Non mi è stata fornita alcuna informazione		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	71	1.3	3597	65.8	621	11.4	1174	21.5	5463	100.0
Medie Inferiori	59	1.6	2338	62.5	527	14.1	817	21.8	3741	100.0
Medie Superiori	131	2.3	3505	61.2	745	13.0	1348	23.5	5729	100.0
Laurea e post laurea	0	0.0	1076	66.1	256	15.7	295	18.2	1627	100.0
Reg. Basilicata	261	1.6	10516	63.5	2149	13.0	3635	21.9	16560	100.0

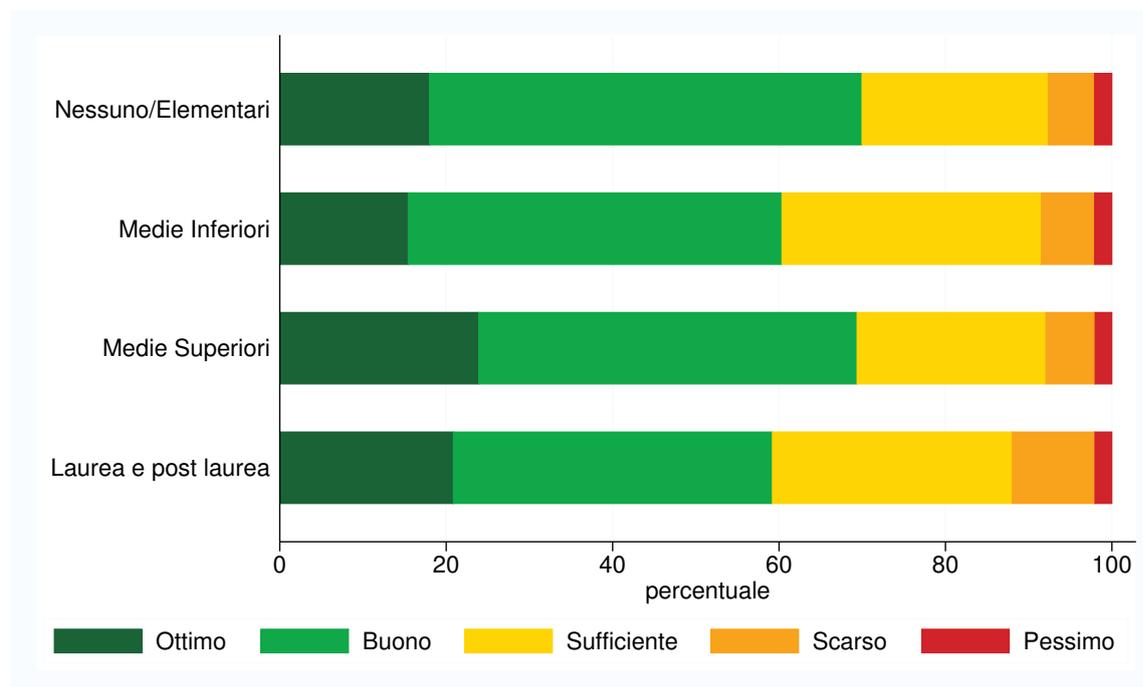
Le è stato comunicato a chi rivolgersi in caso di bisogno una volta lasciato il Pronto Soccorso?



Titolo di studio	Sì		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	2403	81.7	540	18.3	2943	100.0
Medie Inferiori	1915	82.8	397	17.2	2313	100.0
Medie Superiori	2736	78.0	773	22.0	3510	100.0
Laurea e post laurea	677	79.1	179	20.9	856	100.0
Reg. Basilicata	7731	80.4	1890	19.6	9621	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di essere tornati a casa. Sono escluse le risposte di coloro che dichiarano che le informazioni non erano necessarie

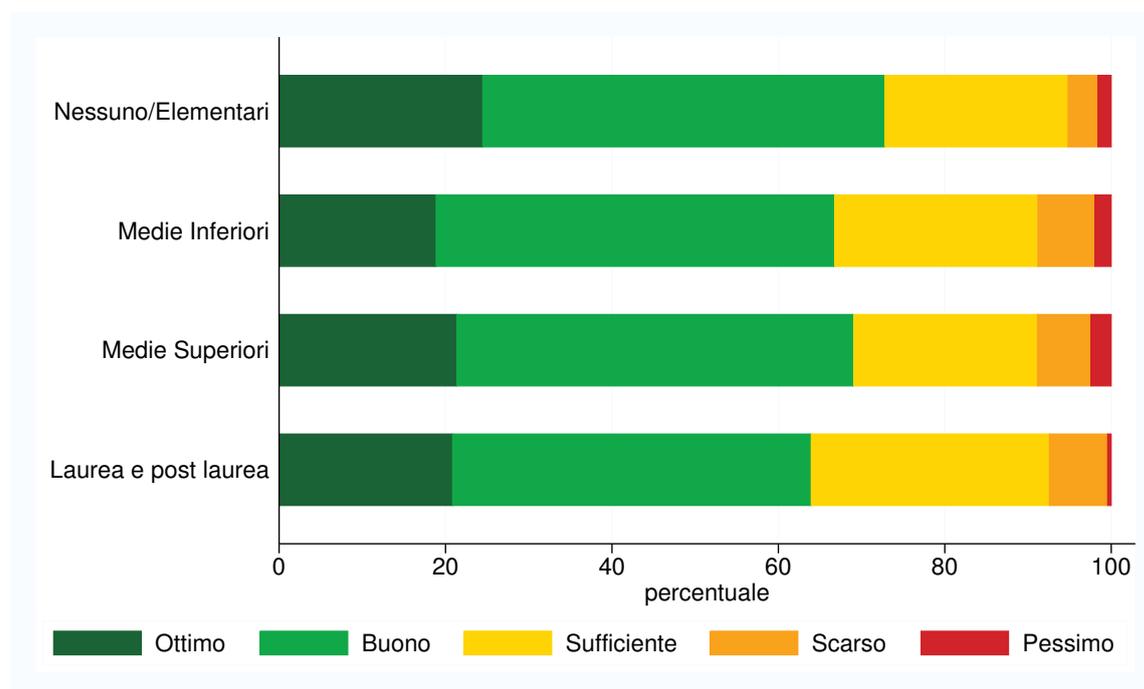
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla chiarezza delle informazioni fornite dai medici?



Titolo di studio	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	1051	18.0	3027	51.9	1304	22.4	324	5.6	122	2.1	5829	100.0
Medie Inferiori	603	15.4	1753	44.9	1217	31.2	250	6.4	82	2.1	3904	100.0
Medie Superiori	1347	23.9	2562	45.5	1279	22.7	333	5.9	114	2.0	5634	100.0
Laurea e post laurea	334	20.9	614	38.3	462	28.8	159	9.9	33	2.0	1602	100.0
Reg. Basilicata	3335	19.7	7956	46.9	4262	25.1	1066	6.3	351	2.1	16969	100.0

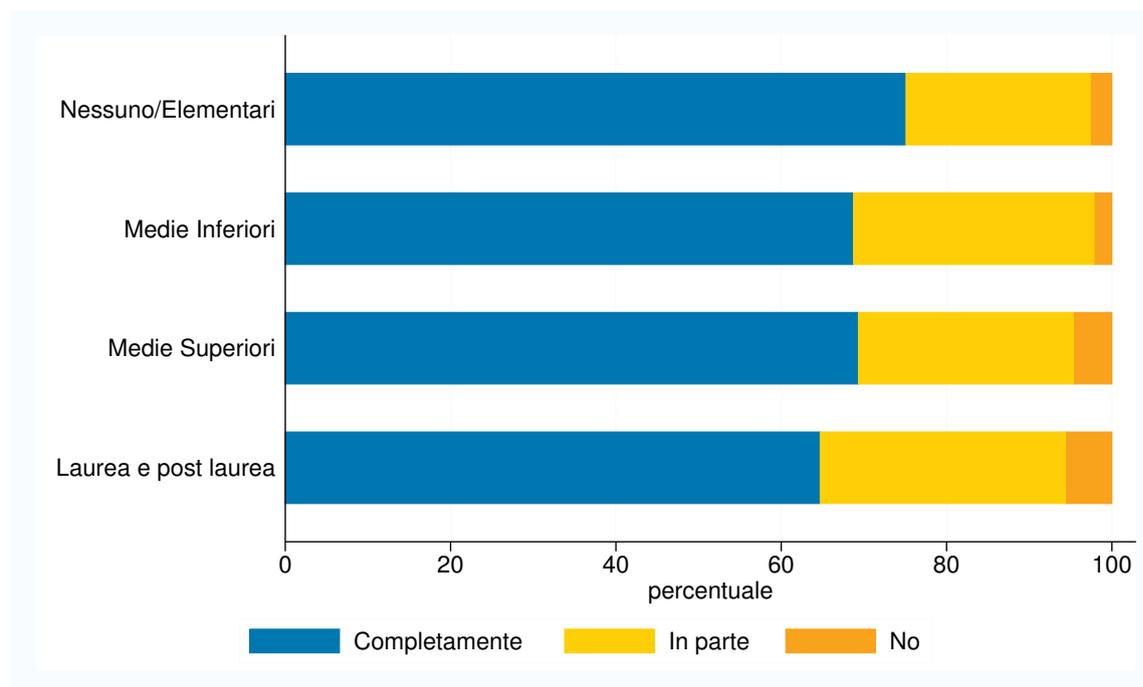
Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver ricevuto informazioni

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?



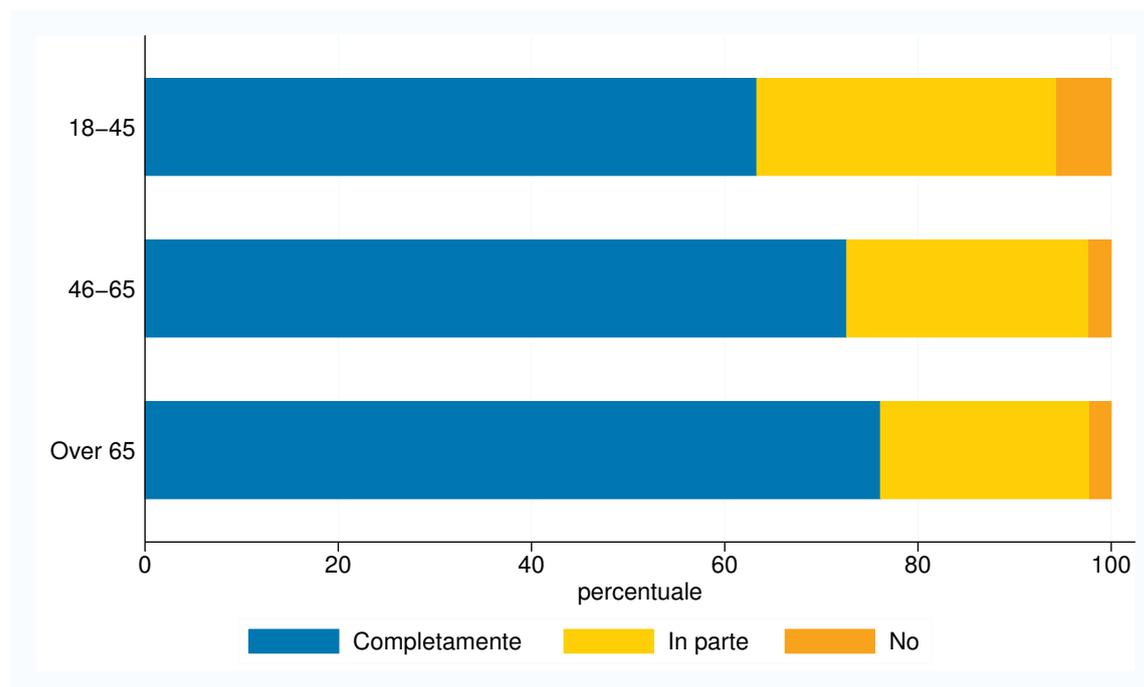
Titolo di studio	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	1451	24.5	2865	48.3	1303	22.0	215	3.6	93	1.6	5927	100.0
Medie Inferiori	765	18.9	1945	47.9	990	24.4	279	6.9	79	1.9	4059	100.0
Medie Superiori	1253	21.4	2798	47.7	1296	22.1	378	6.4	142	2.4	5866	100.0
Laurea e post laurea	347	20.8	717	43.1	476	28.6	116	7.0	7	0.4	1664	100.0
Reg. Basilicata	3815	21.8	8325	47.5	4065	23.2	988	5.6	322	1.8	17515	100.0

Distribuzione per titolo di studio: ha avuto fiducia nel personale che l'ha assistita?



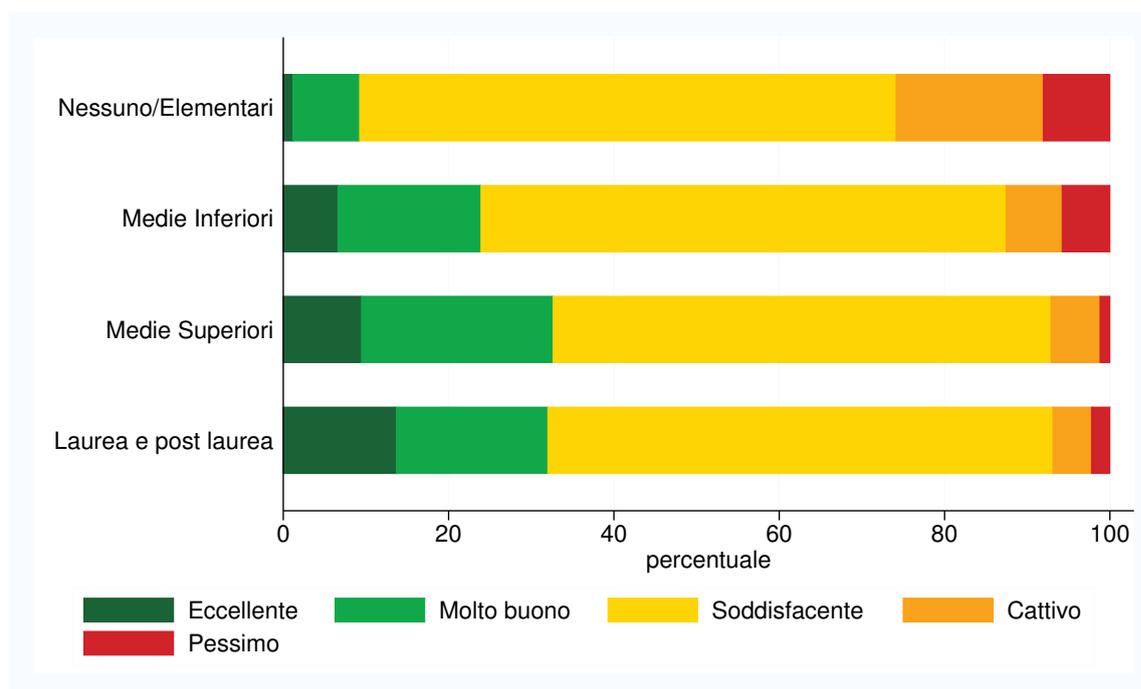
Titolo di studio	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	4419	75.1	1320	22.4	147	2.5	5885	100.0
Medie Inferiori	2769	68.7	1177	29.2	83	2.1	4029	100.0
Medie Superiori	4083	69.3	1539	26.1	267	4.5	5889	100.0
Laurea e post laurea	1039	64.7	479	29.8	88	5.5	1606	100.0
Reg. Basilicata	12310	70.7	4515	25.9	584	3.4	17409	100.0

Distribuzione per età: ha avuto fiducia nel personale medico che l'ha assistita?



Età	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18-45	3731	63.3	1829	31.0	332	5.6	5892	100.0
46-65	4027	72.6	1389	25.0	129	2.3	5545	100.0
Over 65	4664	76.1	1327	21.7	136	2.2	6127	100.0
Reg. Basilicata	12422	70.7	4545	25.9	597	3.4	17564	100.0

Come considera il suo stato di salute in questo momento?



Titolo di studio	Eccellen- te		Molto buono		Soddisfa- cente		Cattivo		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nessuno/Elementari	66	1.2	451	8.1	3634	64.9	997	17.8	452	8.1	5600	100.0
Medie Inferiori	257	6.6	674	17.3	2475	63.5	264	6.8	225	5.8	3896	100.0
Medie Superiori	534	9.5	1310	23.2	3401	60.2	335	5.9	68	1.2	5647	100.0
Laurea e post laurea	220	13.7	294	18.3	981	61.1	75	4.7	36	2.2	1606	100.0
Reg. Basilicata	1077	6.4	2729	16.3	10491	62.6	1671	10.0	780	4.7	16748	100.0

Accesso

Questa sezione analizza diversi aspetti relativi alle modalità con cui il paziente ha avuto accesso al Pronto Soccorso.

In primo luogo viene verificato se il paziente, prima di recarsi al Pronto Soccorso, si è rivolto al medico di famiglia (domanda: "Prima di recarsi al Pronto Soccorso si è rivolto al suo medico di famiglia?"), la figura che, soprattutto per i problemi di salute di minore entità, dovrebbe costituire il punto di riferimento (Murante et al., 2010).

Nel caso in cui il paziente abbia deciso di recarsi direttamente al Pronto Soccorso, il questionario (domanda: "Per quale motivo prevalente ha escluso di rivolgersi al suo medico di famiglia?") rileva le motivazioni di questa scelta, al fine di comprendere se, alla base di questa decisione, vi sia un'esigenza oggettiva o una percezione di inadeguatezza del medico di famiglia a trattare il caso.

Il questionario rileva quindi (domanda: "Quale era il codice colore che le è stato assegnato al triage (accettazione)?") quale codice colore il paziente dichiara gli sia stato assegnato, in modo da consentirne il confronto con il codice effettivamente attribuitogli in fase di triage ("Conoscenza del codice colore"): la mancata conoscenza o una percezione erranea del codice, non consentendo di comprendere le priorità assegnate e le motivazioni relative ai tempi di attesa (Seghieri et al., 2009; Marcacci et al., 2010), differenti in base al livello di gravità e urgenza, sono infatti aspetti che possono contribuire ad incrementare l'insoddisfazione del paziente e la sua ansia.

Tra gli altri profili relativi all'accesso, viene rilevato se l'uso del servizio sia dovuto alla presenza di una malattia cronica (domanda: "È stato in Pronto Soccorso per un problema collegato alla malattia cronica di cui soffre?"), patologia che dovrebbe essere curata in altri setting assistenziali (Berg et al., 2005), il cui trattamento in Pronto Soccorso può essere viceversa indice di debolezza del territorio nel gestire la malattia.

Questa sezione si chiude quindi approfondendo le modalità con cui il paziente è giunto in Pronto Soccorso.

In particolare, qualora vi sia arrivato utilizzando un mezzo attivato tramite il 118, ne viene richiesta la valutazione in termini di tempestività del servizio ("Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla tempestività del servizio del 118?"), di competenza ("Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla competenza del personale del servizio del 118?") e gentilezza del personale ("Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla gentilezza del personale del servizio del 118?").

Tali valutazioni avvengono con punteggio da 1 (giudizio pessimo) a 5 (giudizio ottimo).

Riferimenti bibliografici

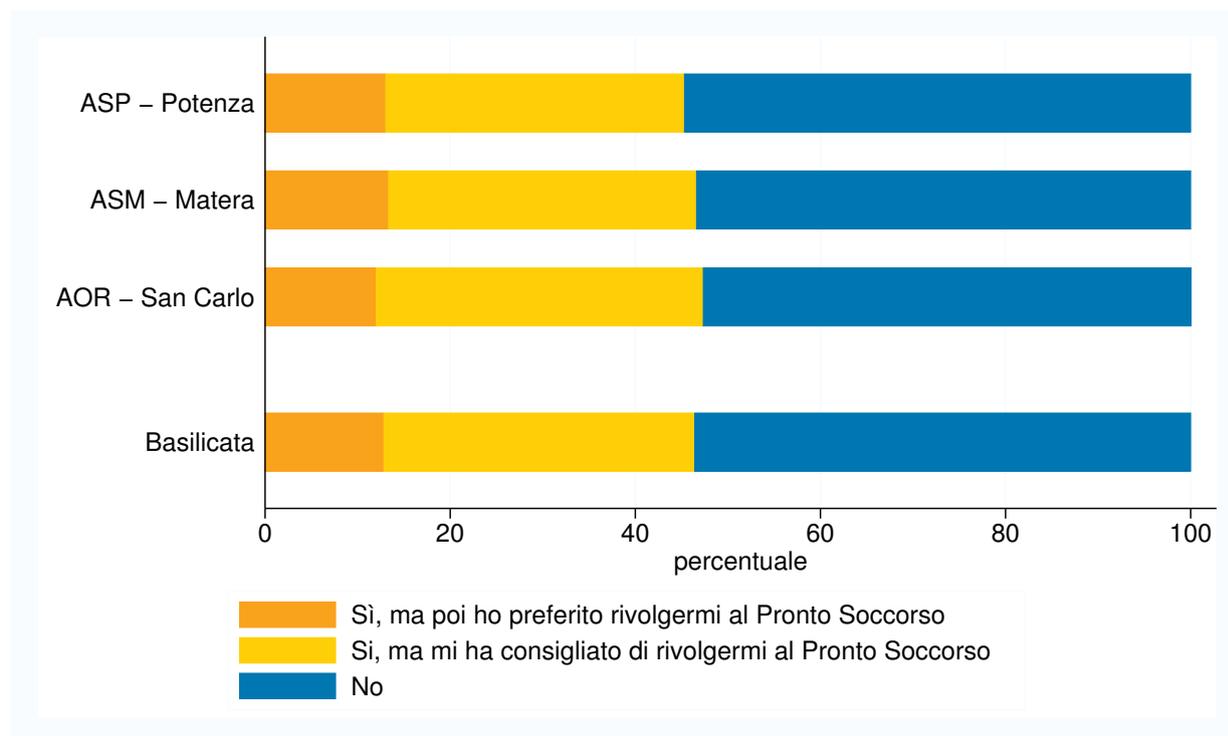
Berg M, Meijerink Y, Gras M, Goossensen A, Schellekens W, Haeck J, Kalle-waard M, Herre Kingma H (2005) Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. *Health Policy* 75:59-73.

Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74.

Murante A.M., Panero C., Nuti S. (2010), "L'esperienza dei cittadini del servizio di medicina generale: come la comunicazione influenza la relazione medico - paziente. Quattro regioni a confronto", VIII Congresso Nazionale CARD, 16-18 Settembre, Padova.

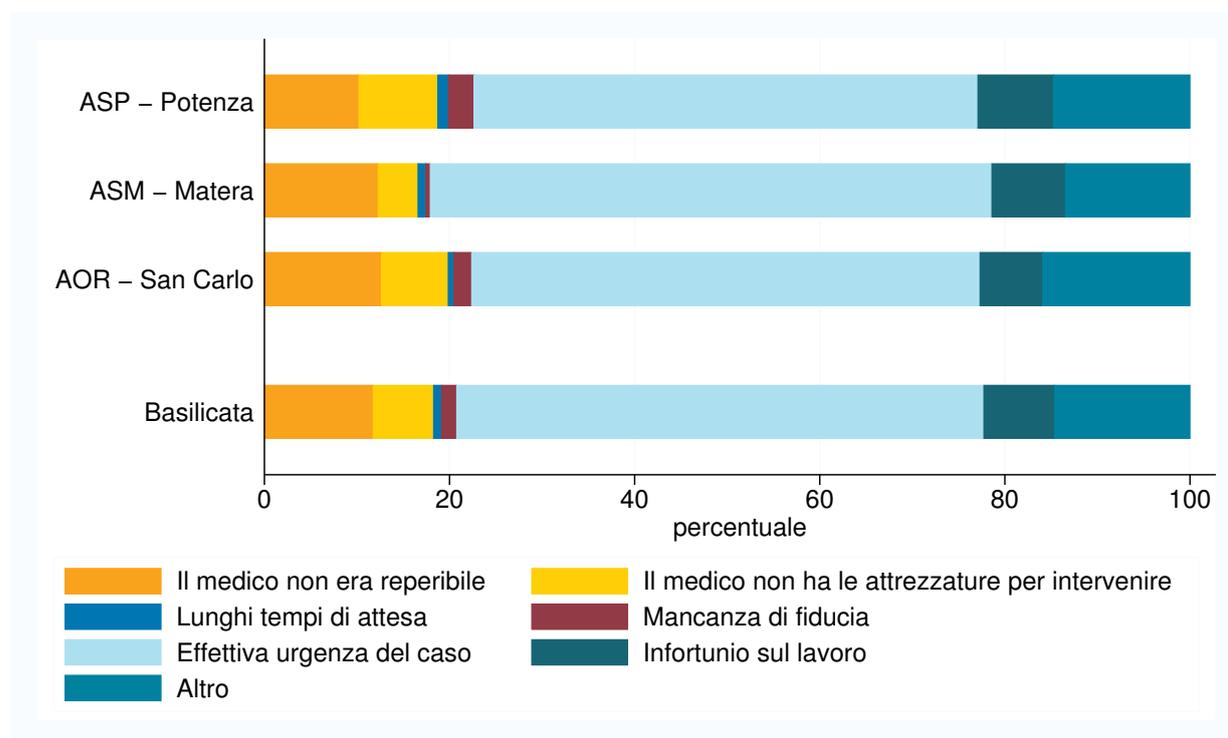
Seghieri C., Sandoval G., Brown A., Nuti S. (2009), "Where to focus efforts to improve overall ratings of care and willingness to return: the case of Tuscan emergency departments", *Academic Emergency Medicine*, 16, 2:136-144.

Prima di recarsi al Pronto Soccorso si è rivolto al suo medico di famiglia?



Azienda	Si, ma poi ho preferito rivolgermi al Pronto Soccorso		Si, ma mi ha consigliato di rivolgermi al Pronto Soccorso		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	682	13.0	1689	32.3	2862	54.7	5234	100.0
ASM - Matera	882	13.3	2198	33.3	3527	53.4	6607	100.0
AOR - San Carlo	659	12.0	1935	35.3	2886	52.7	5481	100.0
Reg. Basilicata	2224	12.8	5823	33.6	9276	53.5	17322	100.0

Per quale motivo prevalente ha escluso di rivolgersi al suo medico di famiglia?

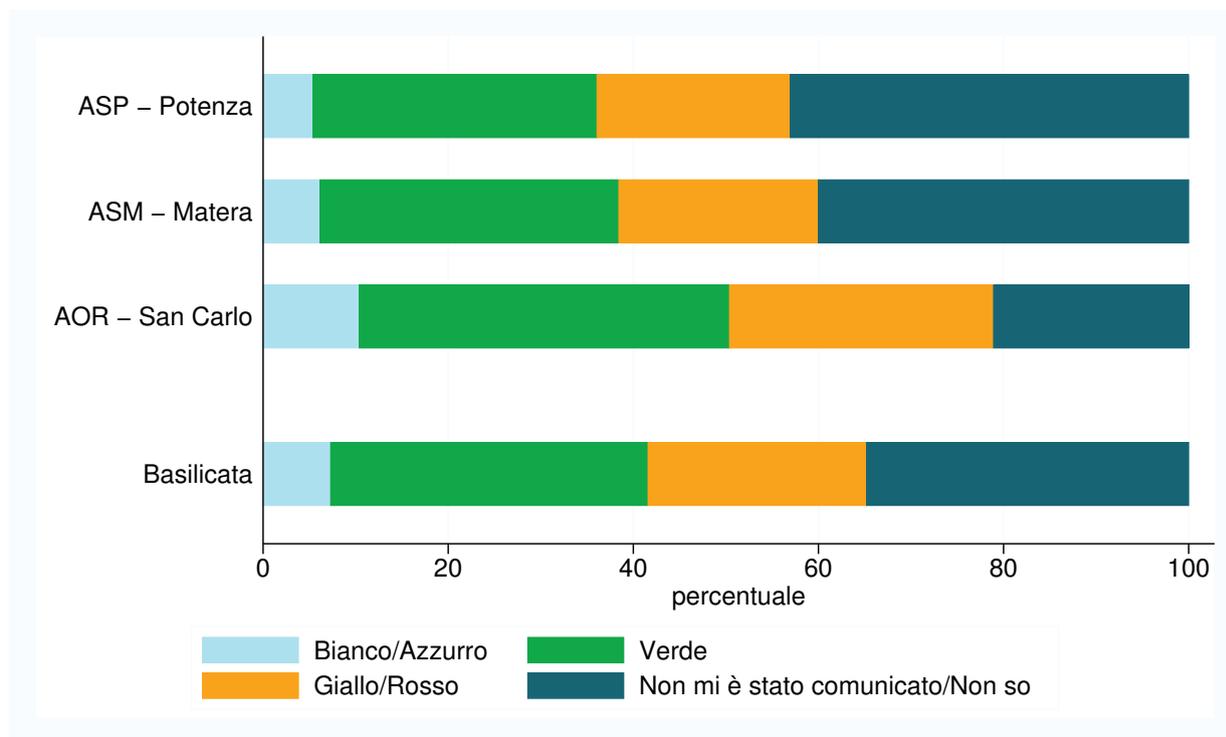


Azienda	R.1		R.2		R.3		R.4		R.5		R.6		R.7		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	288	10.2	241	8.6	32	1.1	79	2.8	1536	54.4	231	8.2	416	14.7	2822	100.0
ASM - Matera	428	12.3	150	4.3	30	0.9	16	0.5	2112	60.7	277	7.9	469	13.5	3481	100.0
AOR - San Carlo	358	12.6	204	7.2	18	0.6	54	1.9	1554	54.9	192	6.8	450	15.9	2830	100.0
Reg. Basilicata	1074	11.8	595	6.5	80	0.9	149	1.6	5202	57.0	699	7.7	1335	14.6	9133	100.0

Note: R.1: Il medico non era reperibile - R.2: Il medico non ha le attrezzature per intervenire - R.3: Lunghi tempi di attesa - R.4: Mancanza di fiducia - R.5: Effettiva urgenza del caso - R.6: Infortunio sul lavoro - R.7: Altro.

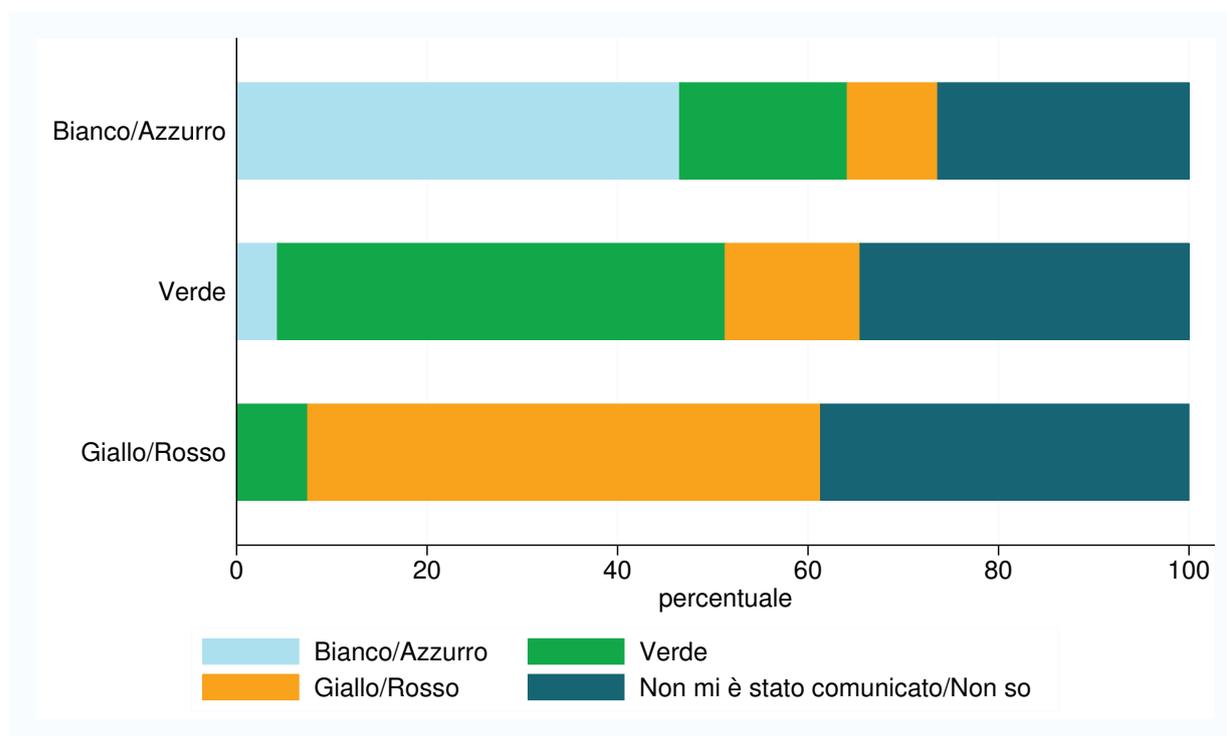
Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di non essersi rivolti al medico di famiglia

Quale era il codice colore che le è stato assegnato al triage (accettazione)?



Azienda	Bianco/ azzurro		Verde		Giallo/ rosso		Non mi é stato comunicato/ non so		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	278	5.4	1580	30.7	1076	20.9	2215	43.0	5149	100.0
ASM - Matera	404	6.2	2117	32.3	1414	21.6	2624	40.0	6560	100.0
AOR - San Carlo	581	10.4	2234	40.0	1594	28.5	1178	21.1	5588	100.0
Reg. Basilicata	1263	7.3	5932	34.3	4085	23.6	6017	34.8	17297	100.0

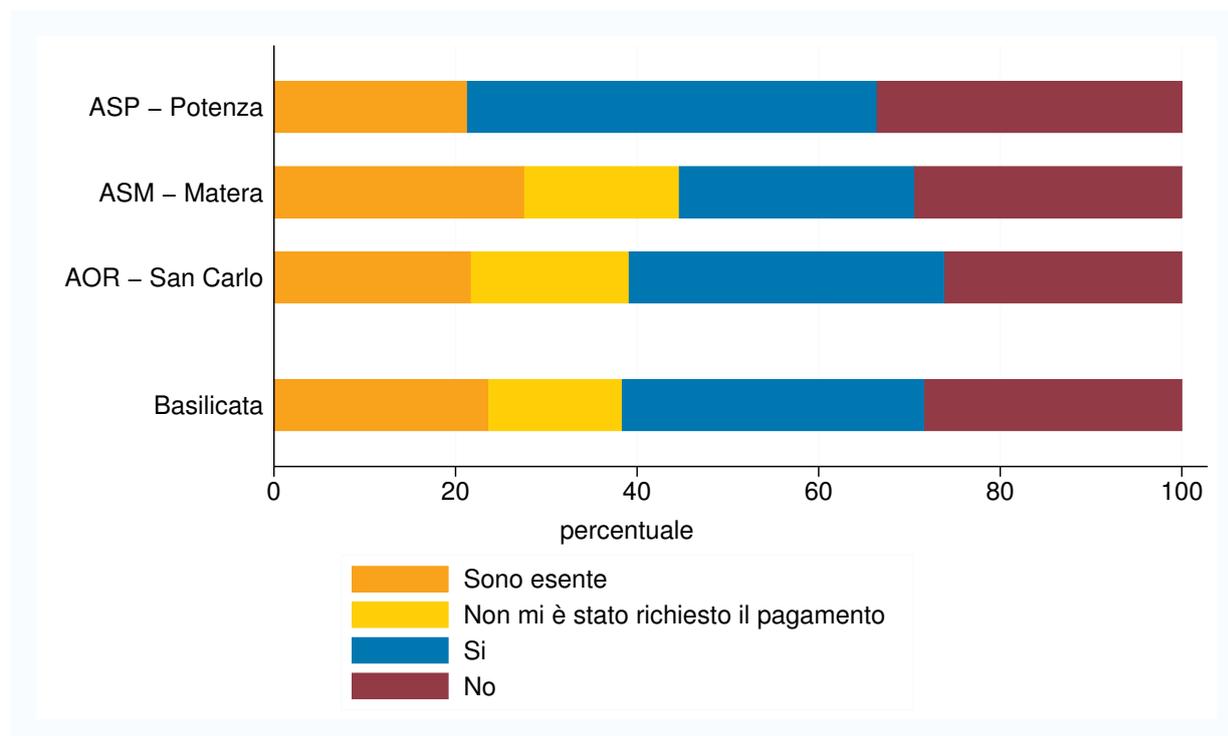
Conoscenza del codice colore



	Bianco/ azzurro		Verde		Giallo/ rosso		Non mi é stato comunicato/ non so		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bianco/Azzurro	771	46.5	292	17.6	157	9.5	437	26.4	1657	100.0
Verde	485	4.3	5325	47.0	1602	14.1	3911	34.5	11324	100.0
Giallo/Rosso	7	0.2	315	7.3	2325	53.9	1669	38.7	4316	100.0
Reg. Basilicata	1263	7.3	5932	34.3	4085	23.6	6017	34.8	17297	100.0

Note: la tabella mostra il confronto tra il codice assegnato al triage (riga) e quello dichiarato dall'utente (colonna)

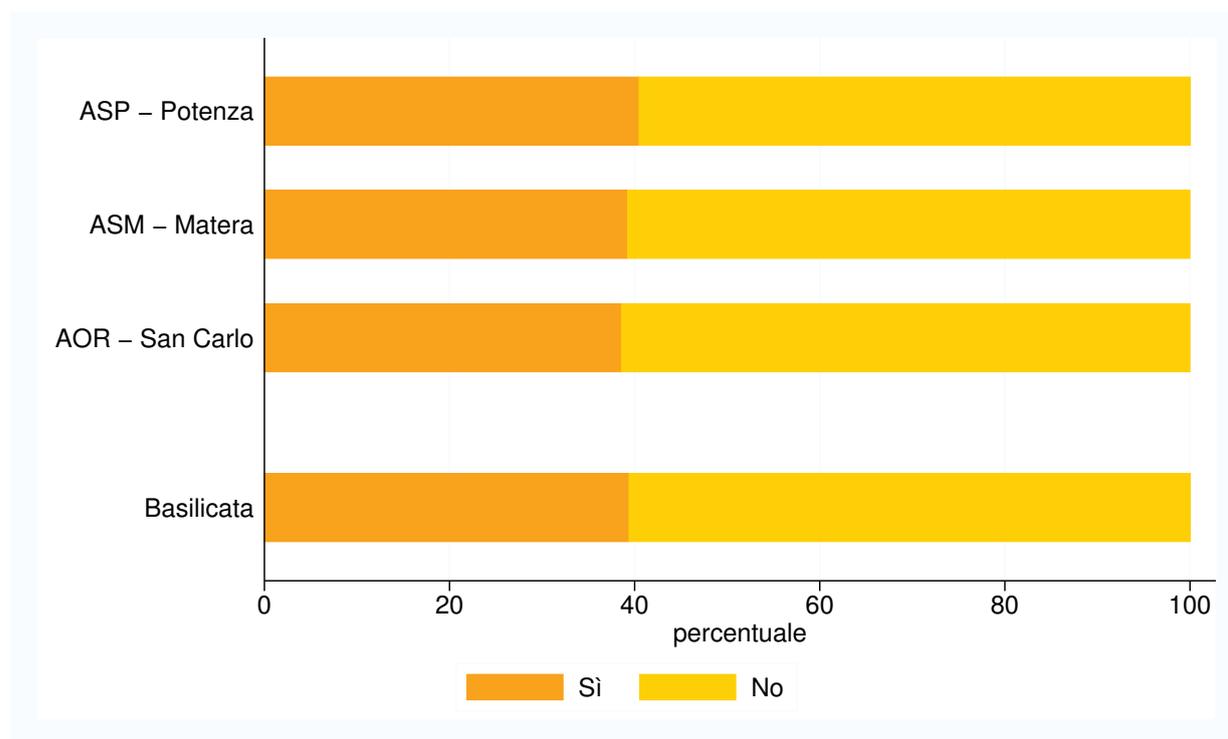
Ha pagato il ticket per l'assistenza ricevuta in Pronto Soccorso?



Azienda	Sono esente		Non mi è stato richiesto il pagamento		Si		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	32	21.3	0	0.0	68	45.1	50	33.6	150	100.0
ASM - Matera	95	27.6	59	17.0	89	25.9	101	29.4	343	100.0
AOR - San Carlo	114	21.7	91	17.4	182	34.8	137	26.1	524	100.0
Reg. Basilicata	241	23.7	150	14.7	339	33.3	288	28.3	1017	100.0

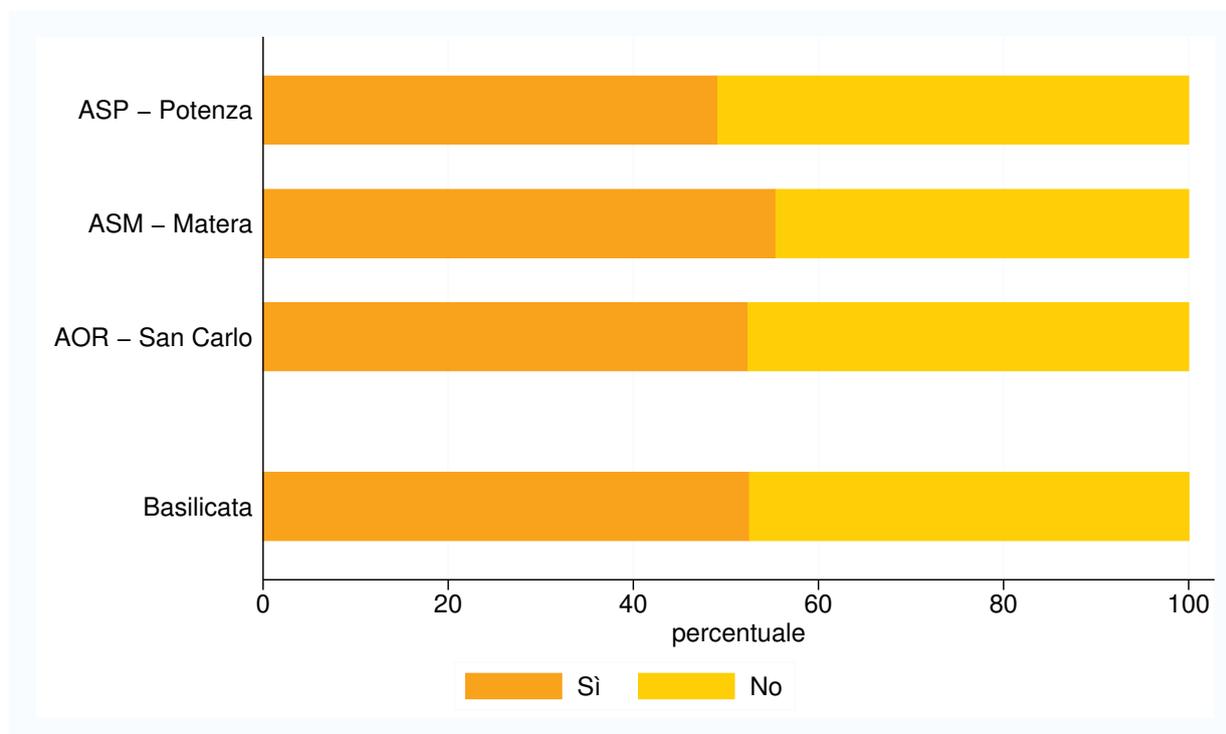
Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti a cui è stato attribuito dal PS il codice bianco o azzurro

Soffre di una malattia cronica?



Azienda	Si		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	2030	40.5	2986	59.5	5016	100.0
ASM - Matera	2563	39.2	3970	60.8	6533	100.0
AOR - San Carlo	2051	38.6	3265	61.4	5317	100.0
Reg. Basilicata	6645	39.4	10221	60.6	16866	100.0

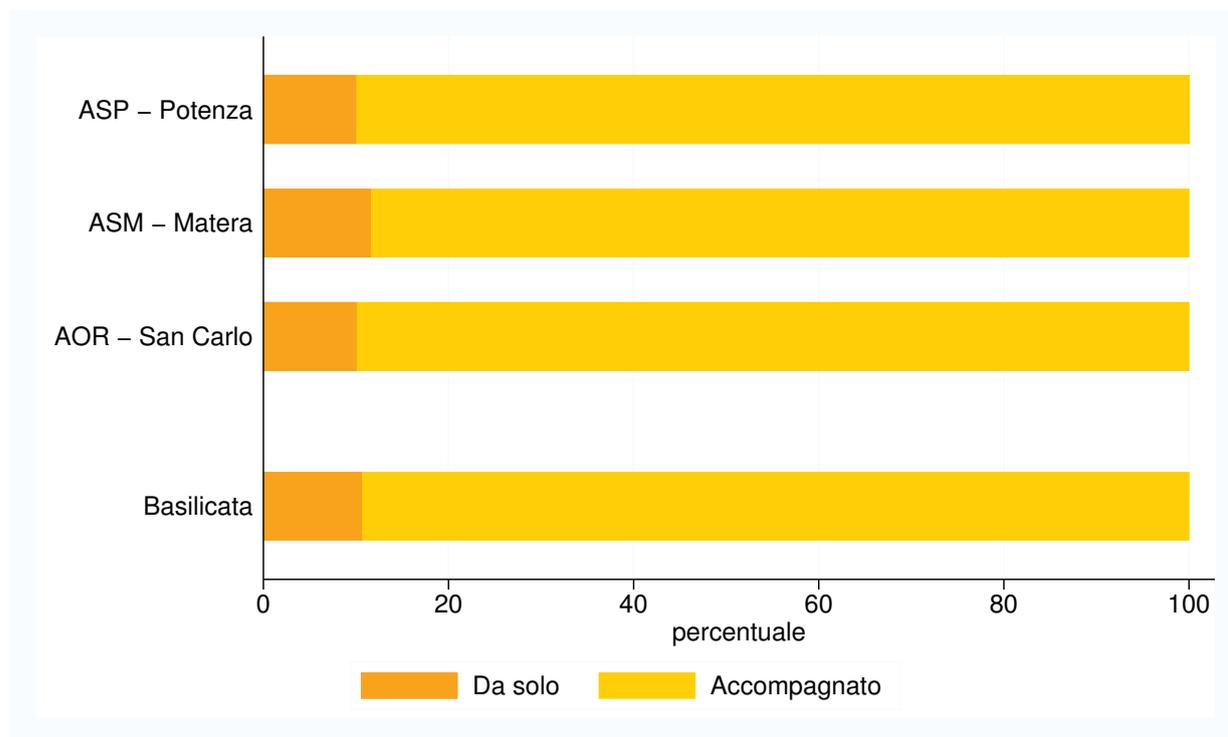
È stato in Pronto Soccorso per un problema collegato alla malattia cronica di cui soffre?



Azienda	Sì		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	986	49.1	1020	50.9	2006	100.0
ASM - Matera	1388	55.4	1118	44.6	2506	100.0
AOR - San Carlo	1042	52.4	946	47.6	1988	100.0
Reg. Basilicata	3416	52.5	3085	47.5	6500	100.0

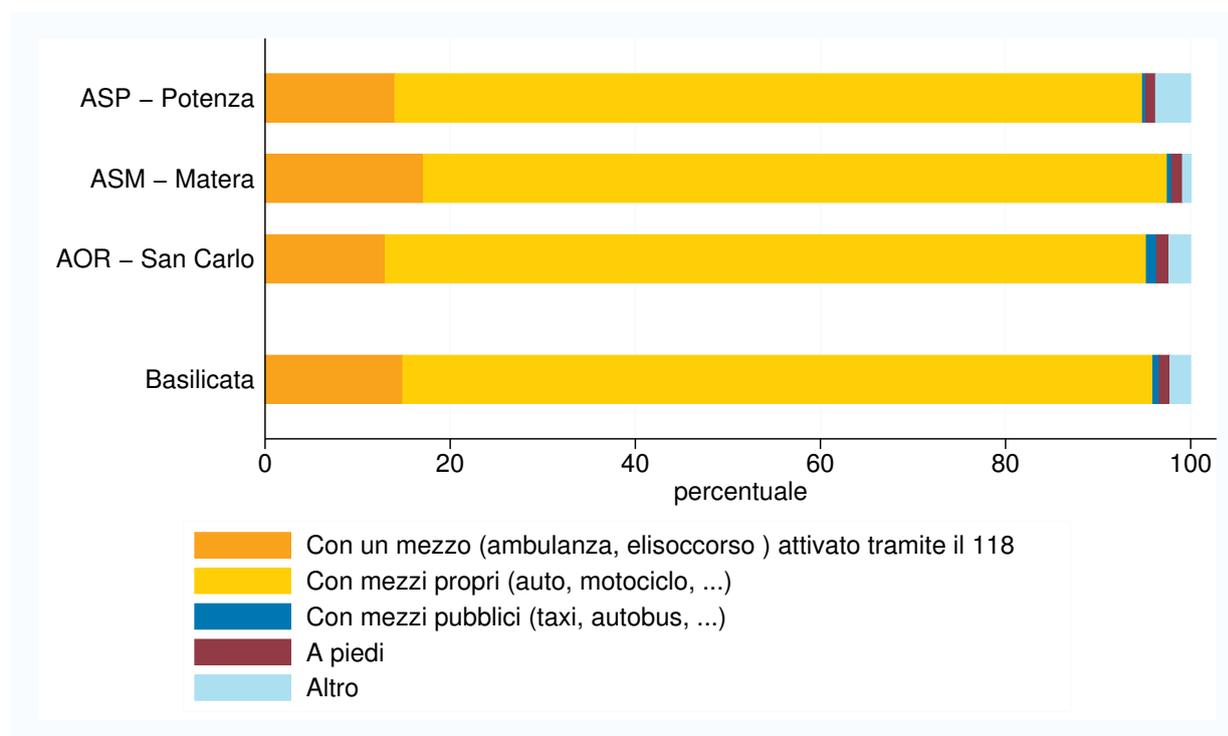
Note: Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di soffrire di una malattia cronica

In Pronto Soccorso è arrivato da solo o accompagnato da parenti/amici?



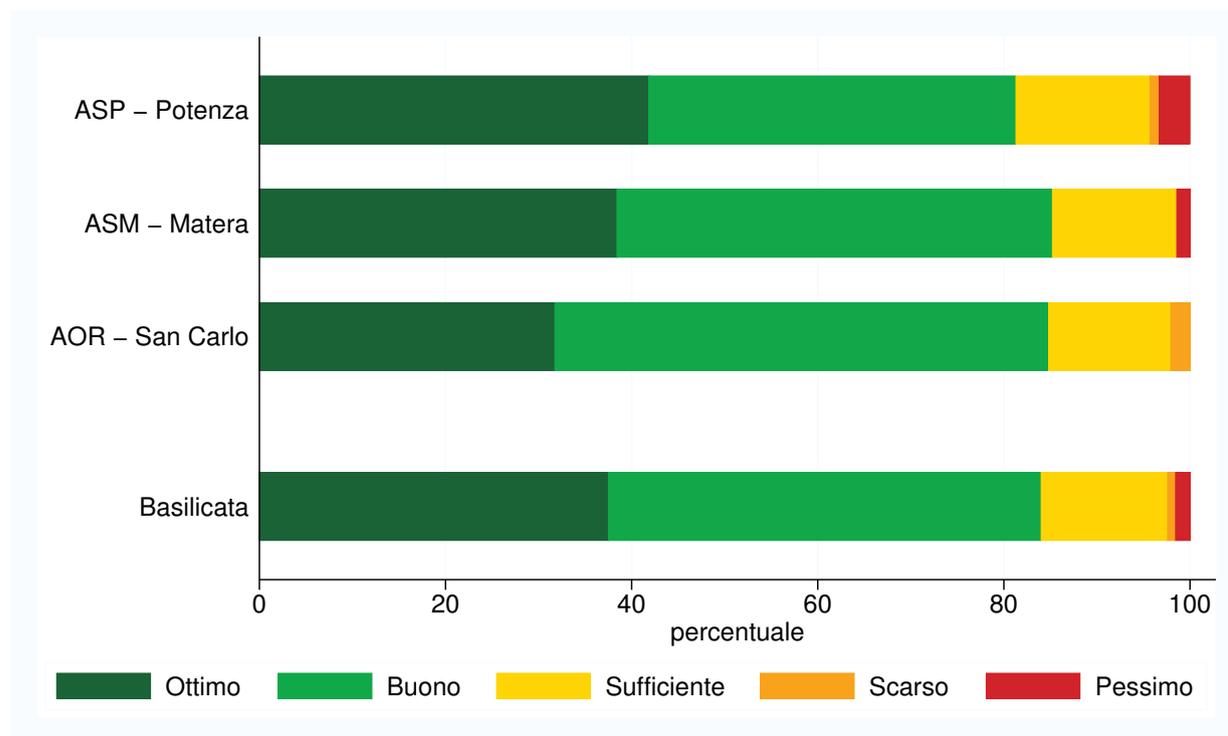
Azienda	Da solo		Accompagnato		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	539	10.1	4805	89.9	5344	100.0
ASM - Matera	796	11.7	6016	88.3	6812	100.0
AOR - San Carlo	579	10.1	5136	89.9	5715	100.0
Reg. Basilicata	1914	10.7	15958	89.3	17872	100.0

Com'è arrivato/a in Pronto Soccorso?



Azienda	Con un mezzo (ambulanza, elisoccorso) attivato tramite il 118		Con mezzi propri (auto, motociclo)		Con mezzi pubblici (taxi, autobus)		A piedi		Altro		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	742	14.0	4280	80.8	20	0.4	55	1.0	201	3.8	5298	100.0
ASM - Matera	1165	17.1	5469	80.4	33	0.5	79	1.2	60	0.9	6805	100.0
AOR - San Carlo	742	13.0	4681	82.2	64	1.1	77	1.3	133	2.3	5695	100.0
Reg. Basilicata	2648	14.9	14430	81.1	116	0.7	211	1.2	393	2.2	17799	100.0

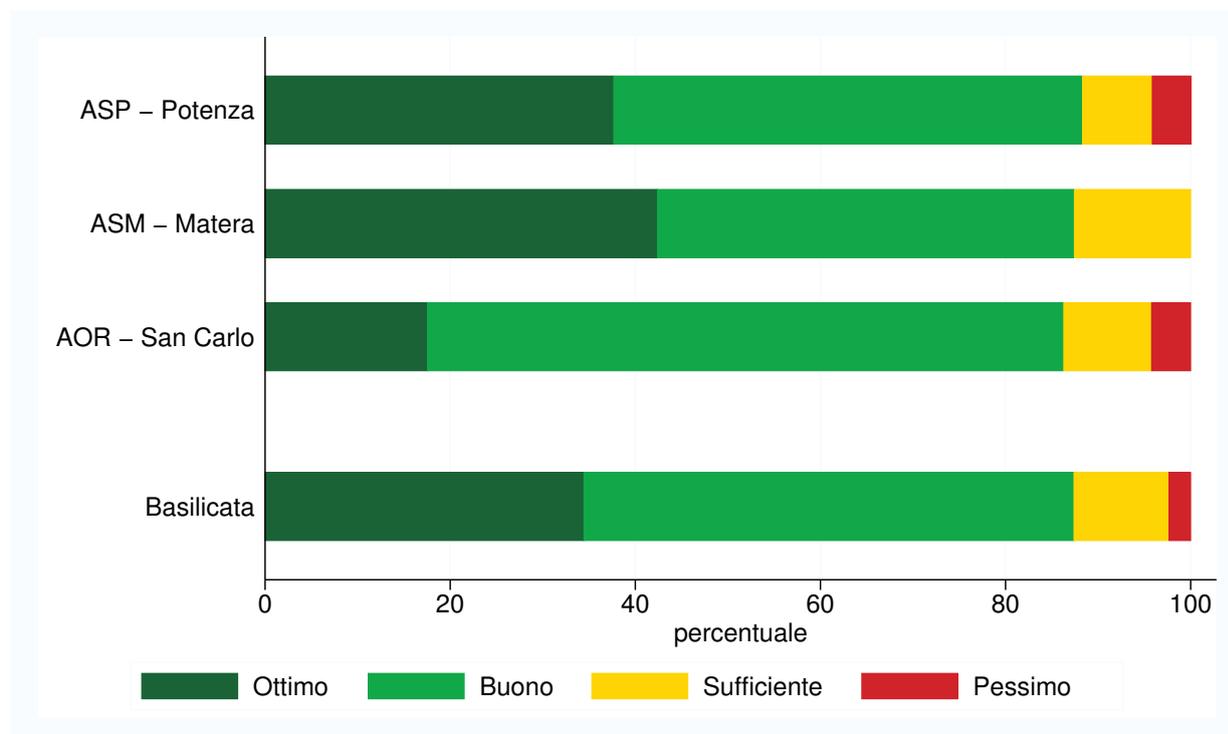
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla tempestività del servizio del 118?



Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	308	41.9	290	39.4	106	14.4	7	1.0	24	3.3	735	100.0
ASM - Matera	442	38.4	539	46.8	154	13.4	0	0.0	16	1.4	1151	100.0
AOR - San Carlo	235	31.8	394	53.1	97	13.1	15	2.1	0	0.0	742	100.0
Reg. Basilicata	985	37.5	1222	46.5	357	13.6	23	0.9	41	1.5	2627	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di essere giunti al Pronto Soccorso con un mezzo attivato tramite il 118

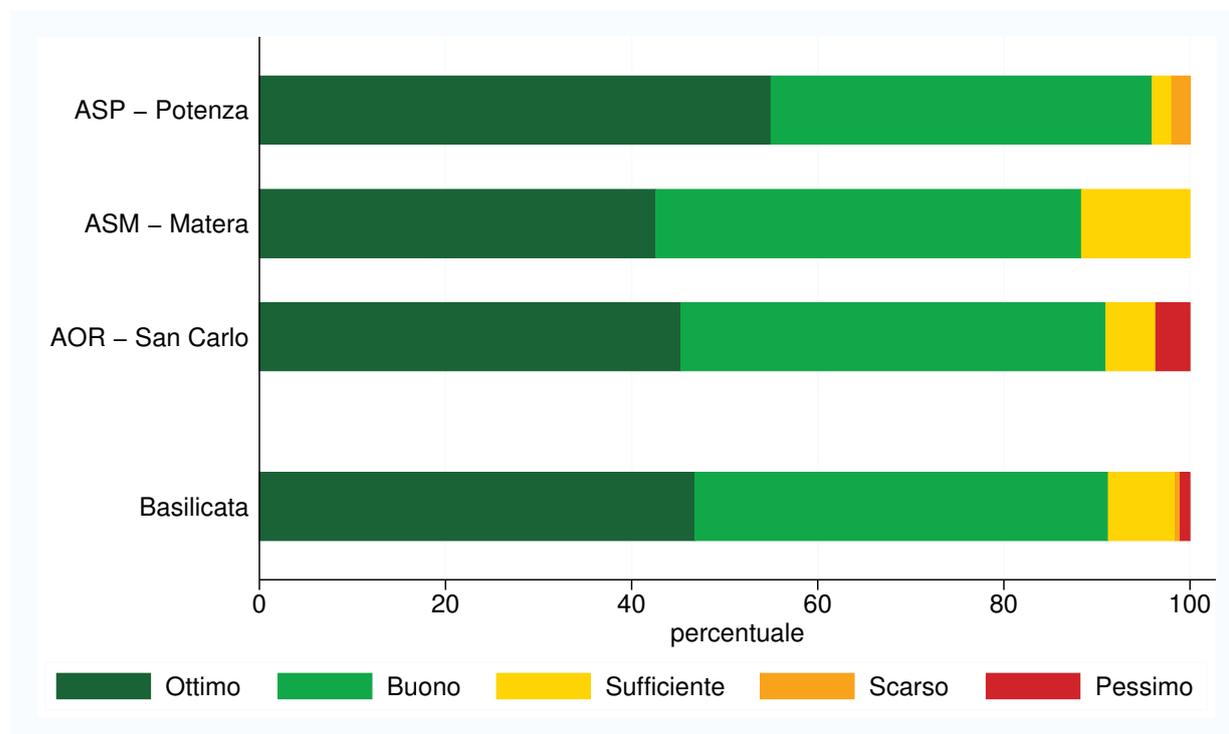
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla competenza del personale del servizio del 118?



Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	222	37.7	299	50.7	44	7.5	0	0.0	25	4.2	591	100.0
ASM - Matera	385	42.4	409	45.1	114	12.6	0	0.0	0	0.0	909	100.0
AOR - San Carlo	95	17.6	371	68.7	51	9.5	0	0.0	23	4.2	540	100.0
Reg. Basilicata	702	34.4	1080	52.9	210	10.3	0	0.0	47	2.3	2039	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di essere giunti al Pronto Soccorso con un mezzo attivato tramite il 118

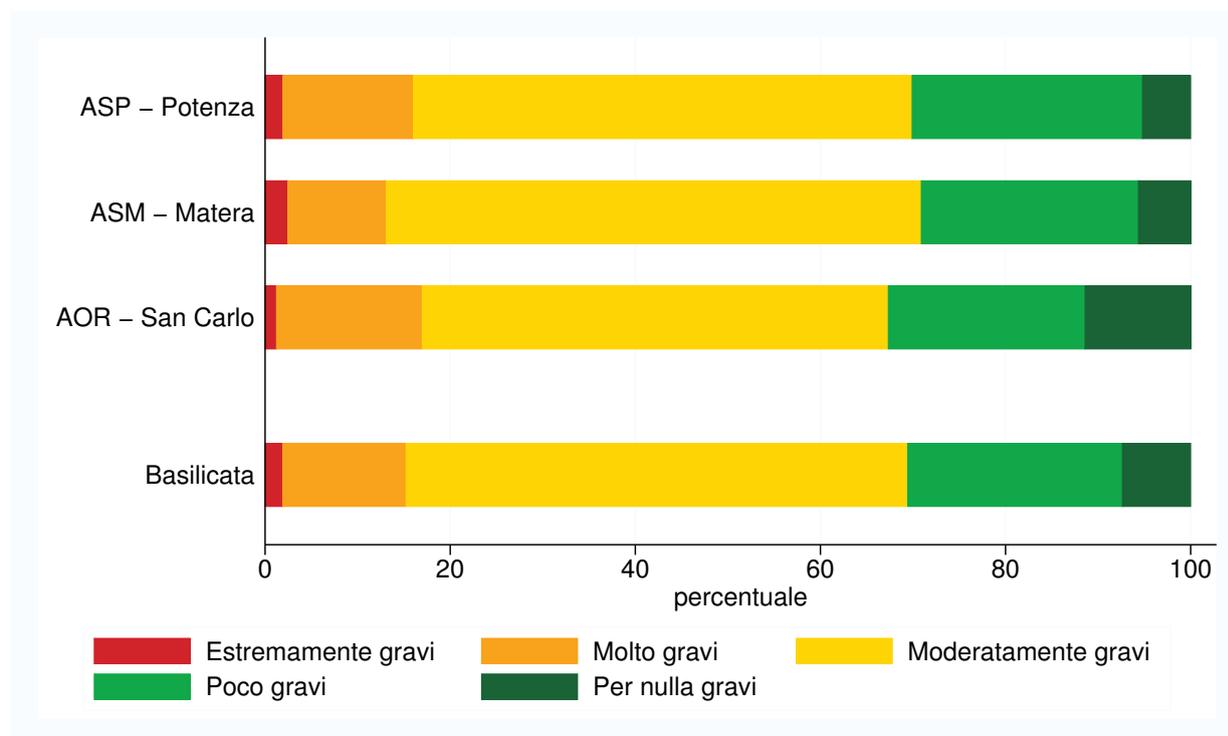
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla gentilezza del personale del servizio del 118?



Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	334	55.0	249	41.0	13	2.1	12	2.0	0	0.0	607	100.0
ASM - Matera	403	42.6	432	45.7	110	11.7	0	0.0	0	0.0	945	100.0
AOR - San Carlo	282	45.3	284	45.7	33	5.4	0	0.0	23	3.7	622	100.0
Reg. Basilicata	1018	46.8	965	44.4	156	7.2	12	0.5	23	1.0	2174	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di essere giunti al Pronto Soccorso con un mezzo attivato tramite il 118

Secondo lei le sue condizioni di salute all'arrivo in Pronto Soccorso erano (si richiede la percezione del paziente al momento dell'arrivo in Pronto Soccorso):



Azienda	Estrema- mente gravi		Molto gravi		Moderata- mente gravi		Poco gravi		Per nulla gravi		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	91	1.9	672	14.1	2565	53.9	1185	24.9	248	5.2	4761	100.0
ASM - Matera	151	2.5	656	10.7	3548	57.8	1441	23.5	347	5.7	6142	100.0
AOR - San Carlo	64	1.2	819	15.7	2618	50.4	1105	21.2	594	11.4	5200	100.0
Reg. Basilicata	306	1.9	2146	13.3	8731	54.2	3731	23.2	1189	7.4	16103	100.0

Accettazione

Il triage costituisce un momento di fondamentale importanza nel percorso di cura intrapreso dal paziente che accede al Pronto Soccorso. La valutazione compiuta in fase di triage determina infatti le priorità assistenziali delle persone che si presentano e, conseguentemente, l'ordine di accesso alla visita medica.

In questa sezione vengono analizzati alcuni aspetti relativi alla fase di triage, ed in particolare il rapporto con il personale.

Al paziente viene richiesto di valutare, con punteggio da 1 (giudizio pessimo) a 5 (giudizio ottimo), la cortesia del personale (domanda: "Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale al triage (accettazione)?"): il triage costituisce il primo punto di contatto del Pronto Soccorso e la sua gentilezza è importante per l'instaurarsi di una relazione positiva con il paziente (Raper et al., 1999; Taylor e Bengner, 2004), spesso in ansia per le sue condizioni di salute.

Sempre con punteggio da 1 a 5 viene valutata anche la capacità, da parte del personale del triage, di comprendere la gravità del bisogno ("Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla capacità del personale al triage (accettazione) di comprendere la gravità del suo problema di salute?") un aspetto che, date le caratteristiche del servizio, è di fondamentale importanza (Bursch et al., 1993; Chan e Chau, 2005).

Le risposte a queste domande alimentano, rispettivamente, gli indicatori D8a.4.2 ("Cortesia al triage") e D8a.4.3 ("Fiducia nel triage").

Il questionario approfondisce quindi come sia organizzata l'accoglienza dopo il triage, rilevando in particolare quale figura professionale l'abbia effettuata, se in maniera organizzata o casuale (domanda: "Secondo lei chi l'ha accolta dopo la fase di accettazione, mentre aspettava di essere visitato dal medico, era..?").

Riferimenti bibliografici

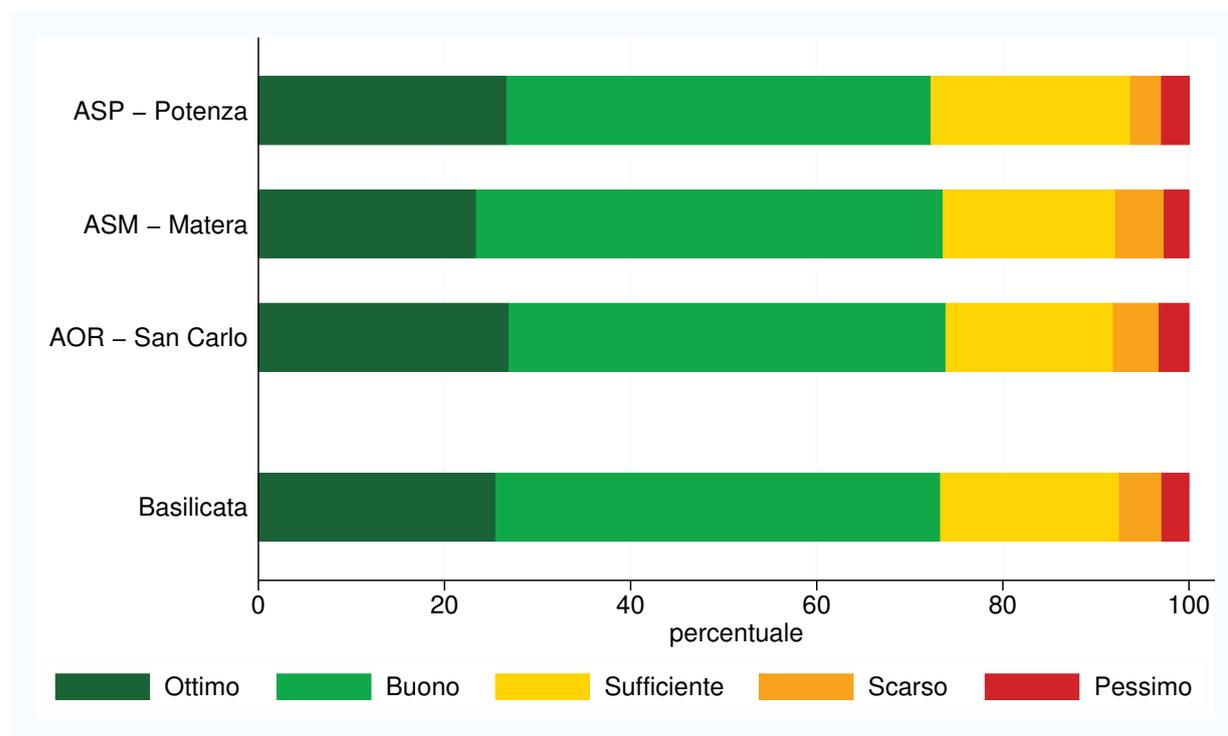
Bursch B., Beezy J., Shaw R. (1993), "Emergency Department Satisfaction: What Matters Most?", *Annals of Emergency Medicine*, 22: 586-591.

Chan J.N.H e Chau J. (2005), "Patient Satisfaction With Triage Nursing Care in Hong Kong", *Journal of Advanced Nursing*, 50, 5: 498-507.

Raper J., Davis B.A., Scott L. (1999), "Patient Satisfaction with Emergency Department Nursing Care: a Multicenter Study", *Journal of Nursing Care Quality*, 13, 6: 11-24.

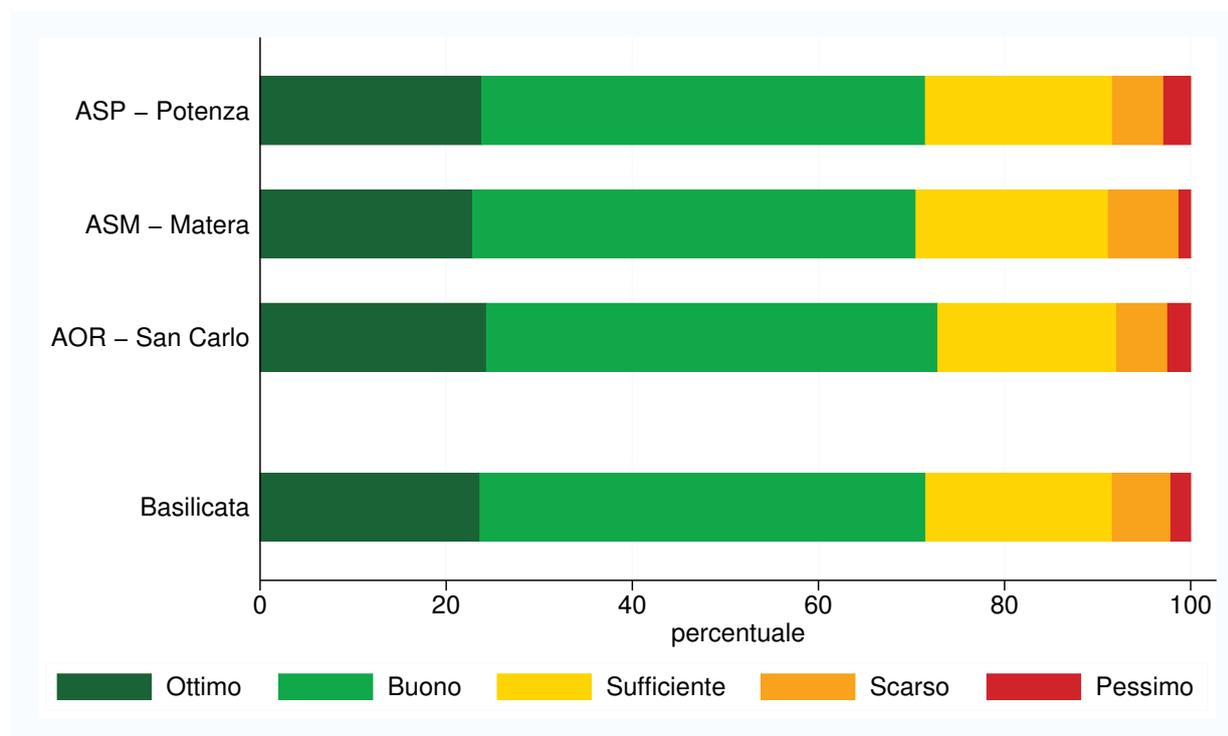
Taylor C., Bengner J.R. (2004), "Patient Satisfaction in Emergency Medicine", *Emergency Medicine Journal*, 4, 21: 528-532.

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale al triage (accettazione)?



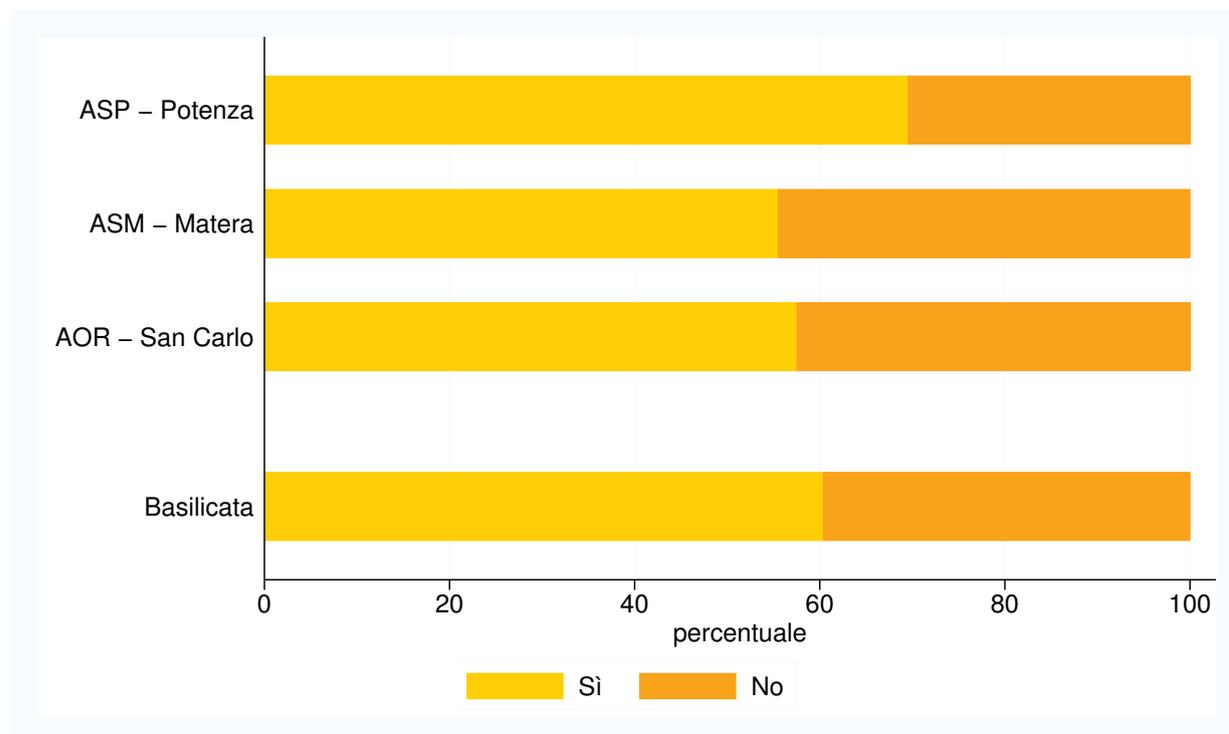
Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1405	26.7	2400	45.6	1129	21.4	175	3.3	155	2.9	5264	100.0
ASM - Matera	1603	23.4	3431	50.2	1267	18.5	357	5.2	181	2.7	6839	100.0
AOR - San Carlo	1523	26.9	2655	47.0	1017	18.0	279	4.9	181	3.2	5654	100.0
Reg. Basilicata	4531	25.5	8486	47.8	3413	19.2	811	4.6	517	2.9	17758	100.0

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla capacità del personale al triage (accettazione) di comprendere la gravità del suo problema di salute?



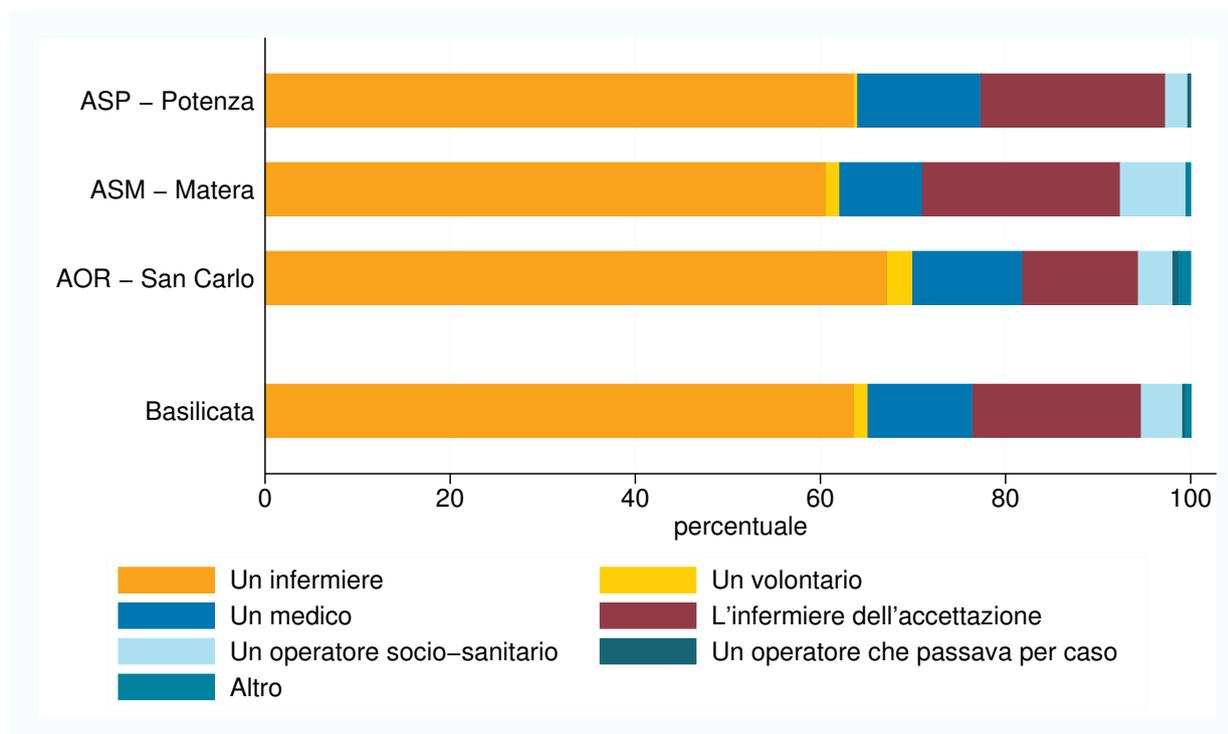
Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1268	23.8	2536	47.7	1071	20.1	292	5.5	154	2.9	5320	100.0
ASM - Matera	1505	22.8	3141	47.6	1363	20.7	502	7.6	81	1.2	6591	100.0
AOR - San Carlo	1382	24.3	2753	48.5	1091	19.2	311	5.5	140	2.5	5677	100.0
Reg. Basilicata	4155	23.6	8430	47.9	3525	20.0	1104	6.3	374	2.1	17589	100.0

Dopo il triage (accettazione), lei è stato accolto da qualcuno mentre aspettava di essere visitato dal medico?



Azienda	Sì		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	3446	69.6	1508	30.4	4954	100.0
ASM - Matera	3487	55.5	2790	44.5	6277	100.0
AOR - San Carlo	3002	57.5	2217	42.5	5219	100.0
Reg. Basilicata	9935	60.4	6515	39.6	16450	100.0

Secondo lei chi l'ha accolta dopo la fase di accettazione, mentre aspettava di essere visitato dal medico, era:



Azienda	R.1		R.2		R.3		R.4		R.5		R.6		R.7		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	2043	63.7	12	0.4	428	13.3	640	19.9	77	2.4	10	0.3	0	0.0	3210	100.0
ASM - Matera	2001	60.7	47	1.4	295	9.0	705	21.4	234	7.1	0	0.0	16	0.5	3298	100.0
AOR - San Carlo	1889	67.3	77	2.7	332	11.8	351	12.5	105	3.7	18	0.6	36	1.3	2808	100.0
Reg. Basilicata	5933	63.7	135	1.5	1056	11.3	1695	18.2	416	4.5	28	0.3	52	0.6	9316	100.0

Note: R.1: Un infermiere - R.2: Un volontario - R.3: Un medico - R.4: Una hostess - R.5: Personale amministrativo - R.6: Un operatore che passava per caso - R.7: Altro. Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di essere stati accolti dopo la fase di accettazione

Attesa

Questa sezione del rapporto si propone di indagare quale sia la percezione dei pazienti relativamente ai tempi di attesa dopo il triage.

L'afflusso di numerosi pazienti rischia di comportare, soprattutto per i codici a bassa priorità, tempi di attesa lunghi e, conseguentemente, la decisione di lasciare il Pronto Soccorso prima della visita medica (Hoot e Aronsky, 2008) ed elevati livelli di insoddisfazione. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto di lunghi tempi di attesa sulla soddisfazione dei pazienti (Sitzia et Wood, 1997) e l'importanza di gestire questa dimensione in maniera adeguata, comunicandone la durata prevista ai pazienti (Thompson et al., 1996).

Al paziente vengono perciò richieste due indicazioni rispetto all'esperienza vissuta: il tempo atteso prima di essere sottoposto a visita medica (domanda: "Dopo il triage (accettazione) quanto tempo ha atteso prima di essere visitato/a dal medico?"), e se sia stato informato dal personale circa la durata dell'attesa stessa ("Durante il periodo di attesa il personale del Pronto Soccorso le ha comunicato quanto avrebbe dovuto attendere prima di essere visitato?"), un aspetto importante per consentire all'utente di gestire l'ansia ed incrementarne la soddisfazione (Mowen et al., 1993).

Infine viene richiesta una valutazione sul tempo atteso (domanda: "Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato/a dal medico?"), con un punteggio che varia da 1 (giudizio pessimo) a 5 (giudizio ottimo).

Le risposte a quest'ultima domanda alimentano l'indicatore D8a.4.1, "Tempi di attesa".

Riferimenti bibliografici

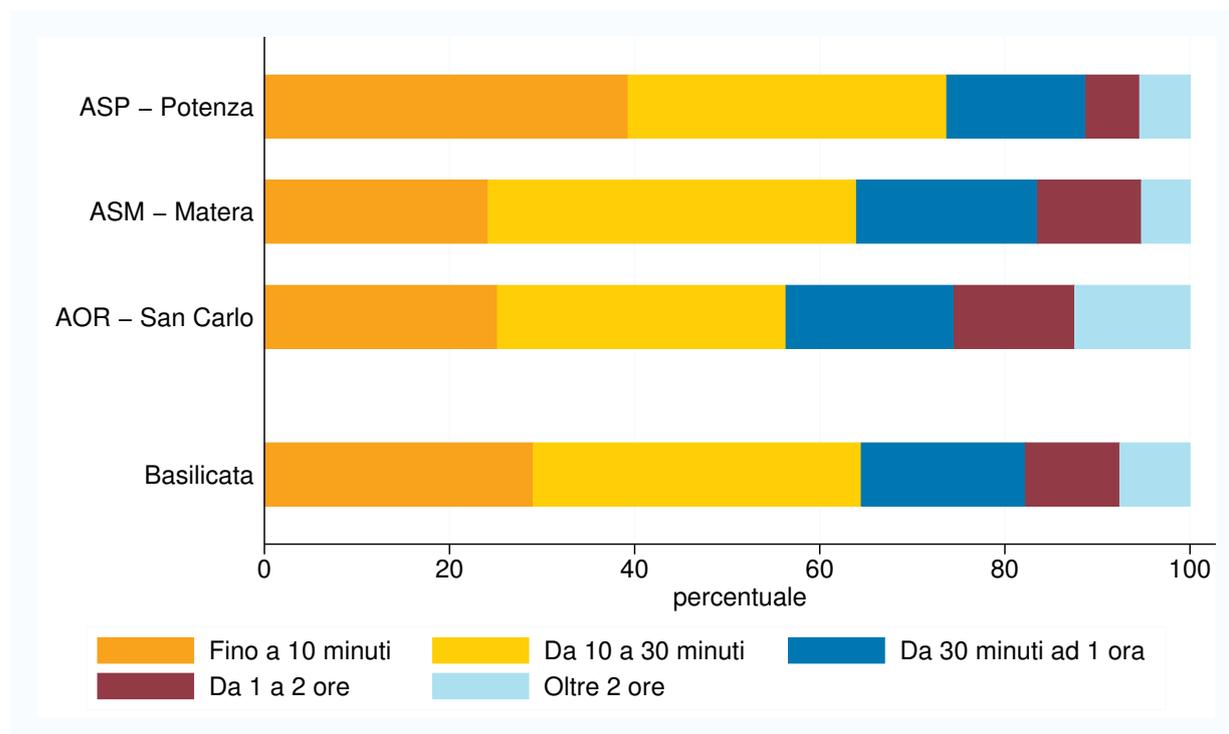
Hoot N.R., Aronsky D. (2008), "Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions", *Annals of Emergency Medicine*, 52, 2: 126-137.

Mowen J.C., Licata J.W., McPhail J. (1993), "Waiting in the Emergency Room: How to Improve Patient Satisfaction", *Journal of Health Care Marketing*, 13, 2: 26-33.

Sitzia J., Wood N. (1997), "Patient Satisfaction: a Review of Issues and Concepts", *Social, Science and Medicine*, 45, 12: 1829-1843.

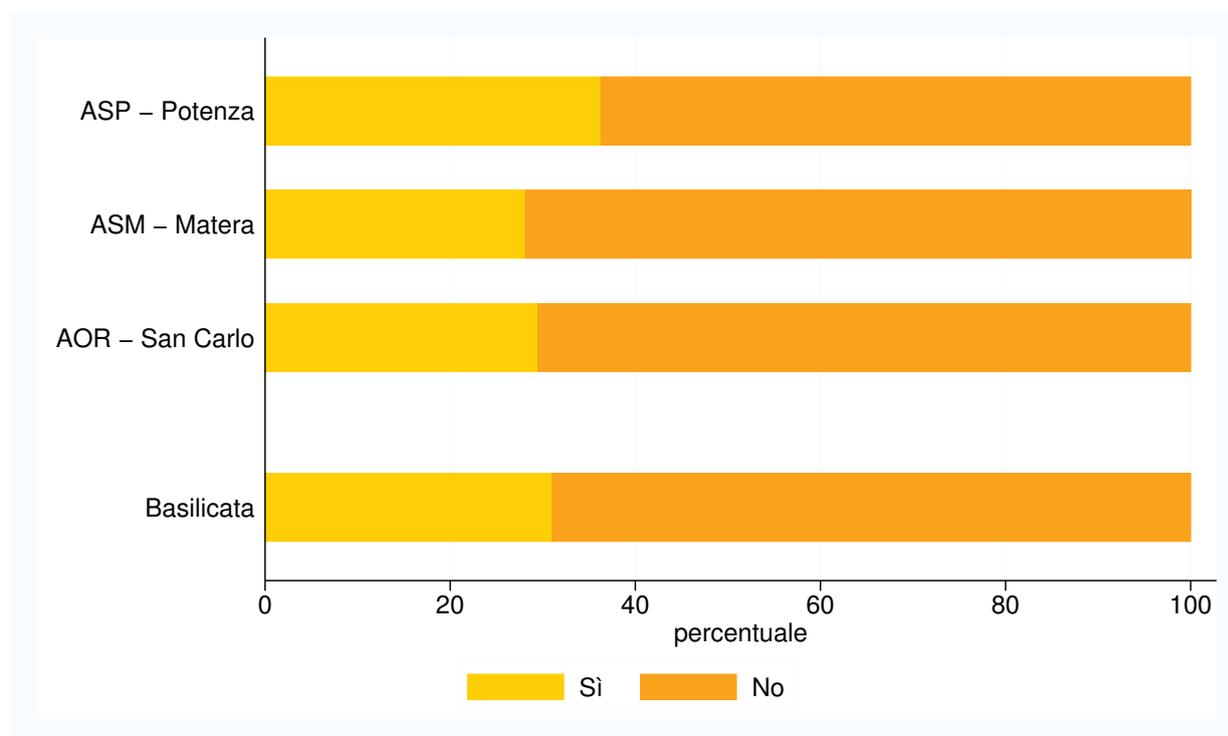
Thompson D.A., Yarnold P.R., Adams S.L. Spacone A.B. (1996), "How Accurate Are Waiting Time perceptions of Patients in the Emergency Department?", *Annals of Emergency Medicine*, 28, 6: 652-656.

Dopo il triage (accettazione) quanto tempo ha atteso prima di essere visitato/a dal medico?



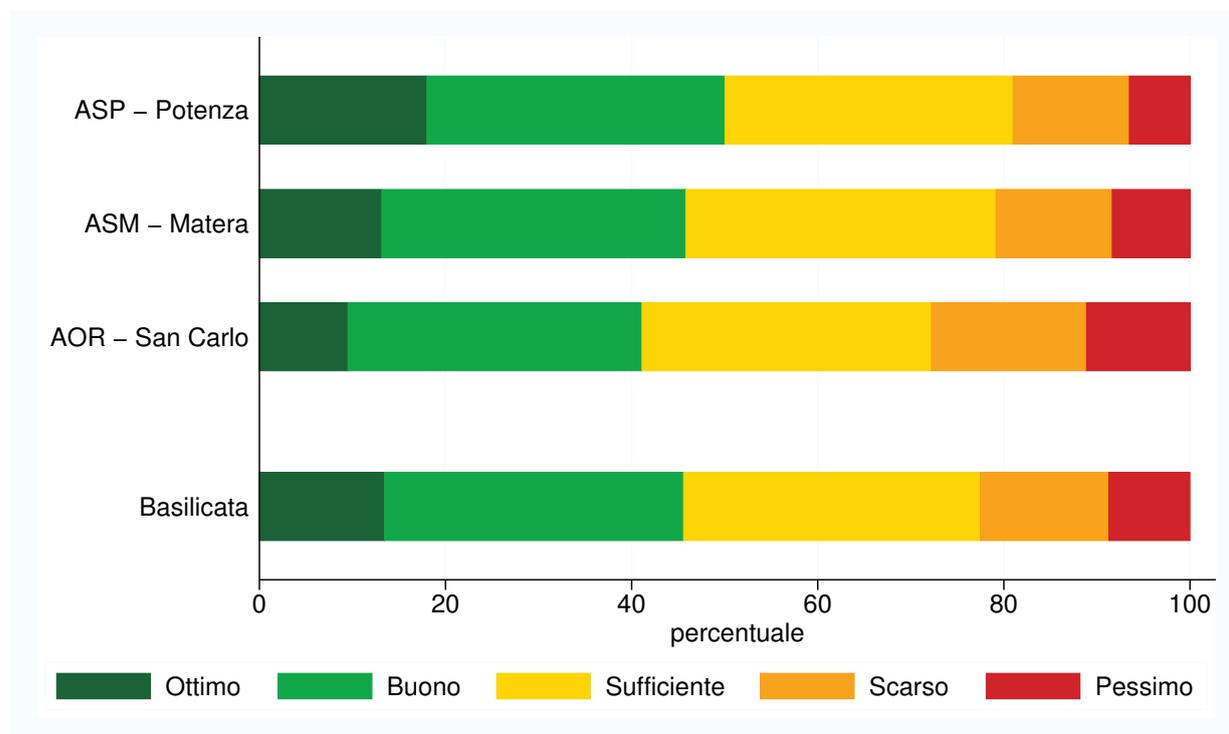
Azienda	Fino a 10 minuti		Da 10 a 30 minuti		Da 30 minuti ad 1 ora		Da 1 a 2 ore		Oltre 2 ore		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	2040	39.3	1787	34.4	779	15.0	303	5.8	282	5.4	5191	100.0
ASM - Matera	1594	24.2	2624	39.8	1289	19.6	740	11.2	346	5.2	6594	100.0
AOR - San Carlo	1381	25.2	1710	31.2	997	18.2	716	13.0	682	12.4	5485	100.0
Reg. Basilicata	5015	29.0	6122	35.4	3065	17.7	1759	10.2	1309	7.6	17270	100.0

Durante il periodo di attesa il personale del Pronto Soccorso le ha comunicato quanto avrebbe dovuto attendere prima di essere visitato?



Azienda	Si		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1782	36.3	3129	63.7	4911	100.0
ASM - Matera	1752	28.1	4480	71.9	6232	100.0
AOR - San Carlo	1557	29.5	3718	70.5	5275	100.0
Reg. Basilicata	5091	31.0	11327	69.0	16419	100.0

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato/a dal medico?



Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	931	18.0	1658	32.0	1602	31.0	647	12.5	337	6.5	5175	100.0
ASM - Matera	870	13.1	2165	32.7	2207	33.3	826	12.5	553	8.4	6622	100.0
AOR - San Carlo	527	9.5	1748	31.6	1721	31.1	922	16.7	615	11.1	5534	100.0
Reg. Basilicata	2329	13.4	5571	32.1	5529	31.9	2395	13.8	1506	8.7	17331	100.0

Comfort e pulizia

I livelli di comfort e pulizia degli ambienti in cui i pazienti trascorrono l'attesa sono uno degli elementi sui quali essi fondano la percezione della qualità del servizio erogato (Hutton e Richardson, 1995; Thomas et al., 1995): un ambiente sporco, poco confortevole, viene immediatamente rilevato dai pazienti e contribuisce alla formazione delle opinioni rispetto alle prestazioni ricevute.

Le domande di questa sezione, che prevedono risposte con giudizi da 1 (pessimo) a 5 (ottimo), rilevano le valutazioni degli utenti rispetto al comfort ("Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sul comfort della sala d'attesa?") ed alla pulizia della sala d'attesa ("Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla pulizia della sala d'attesa?"). Le risposte a queste domande alimentano, rispettivamente, gli indicatori D8a.5.1 ("Comfort sala di attesa"), D8a.5.2 ("Pulizia sala di attesa").

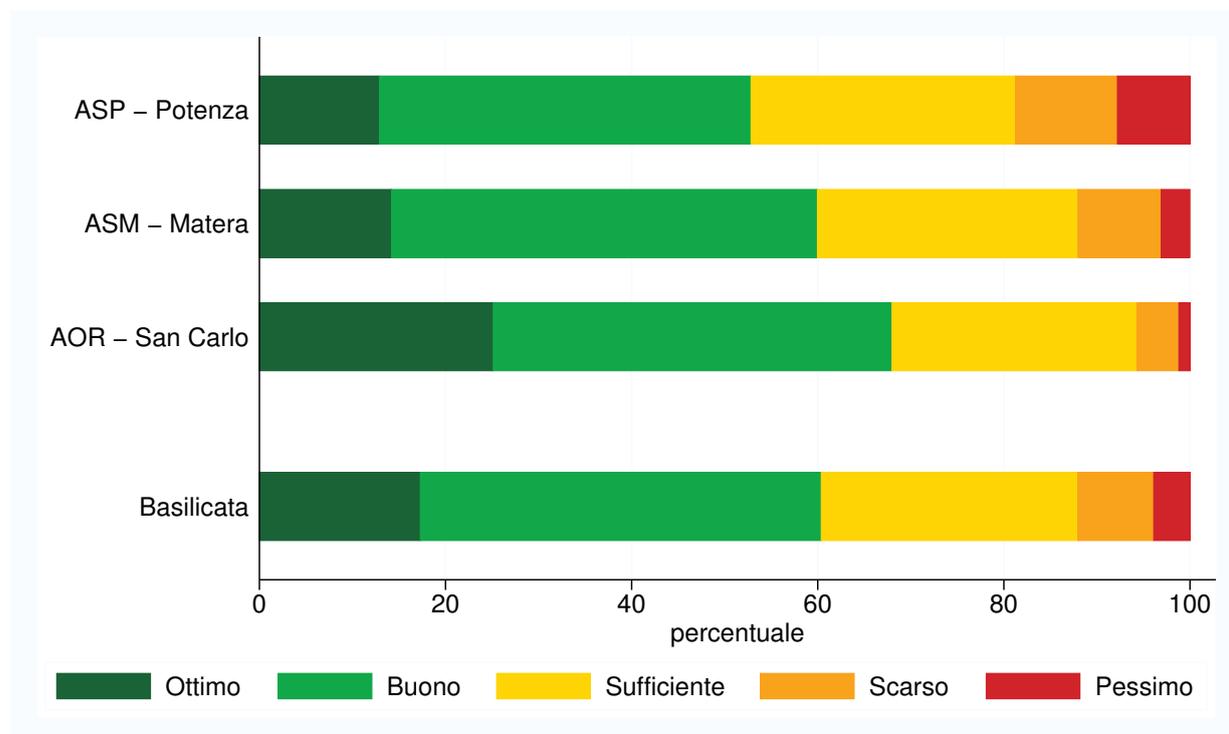
Anche la pulizia dei bagni è oggetto di valutazione ("Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla pulizia dei bagni del Pronto Soccorso?"), e la distribuzione delle risposte costituisce la base dell'indicatore D8a.5.3 ("Pulizia bagni").

Riferimenti bibliografici

Hutton J.D., Richardson L.D. (1995), "The Role of the Facility and Physical Environment on Consumer Attitudes, Satisfaction, Quality Assessments and Behaviors", *Health Care Management Review*, Spring, 20, 2: 48-61.

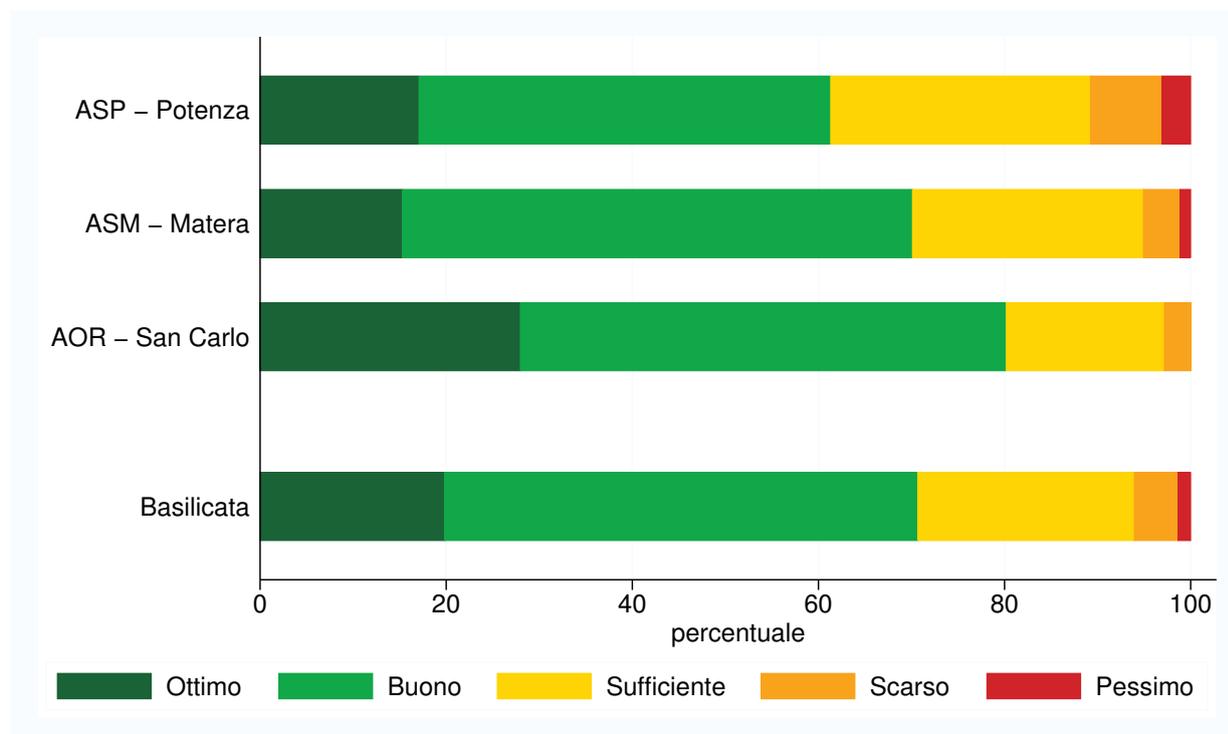
Thomas L.H., MacMillan J., McColl E., Priest J., Hale C., Bond S. (1995), "Obtaining Patients' View of Nursing Care to Inform the Development of a Patient Satisfaction Scale", *International Journal of Quality in Health Care*, 7, 2: 153-163.

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sul comfort della sala di attesa del Pronto Soccorso?



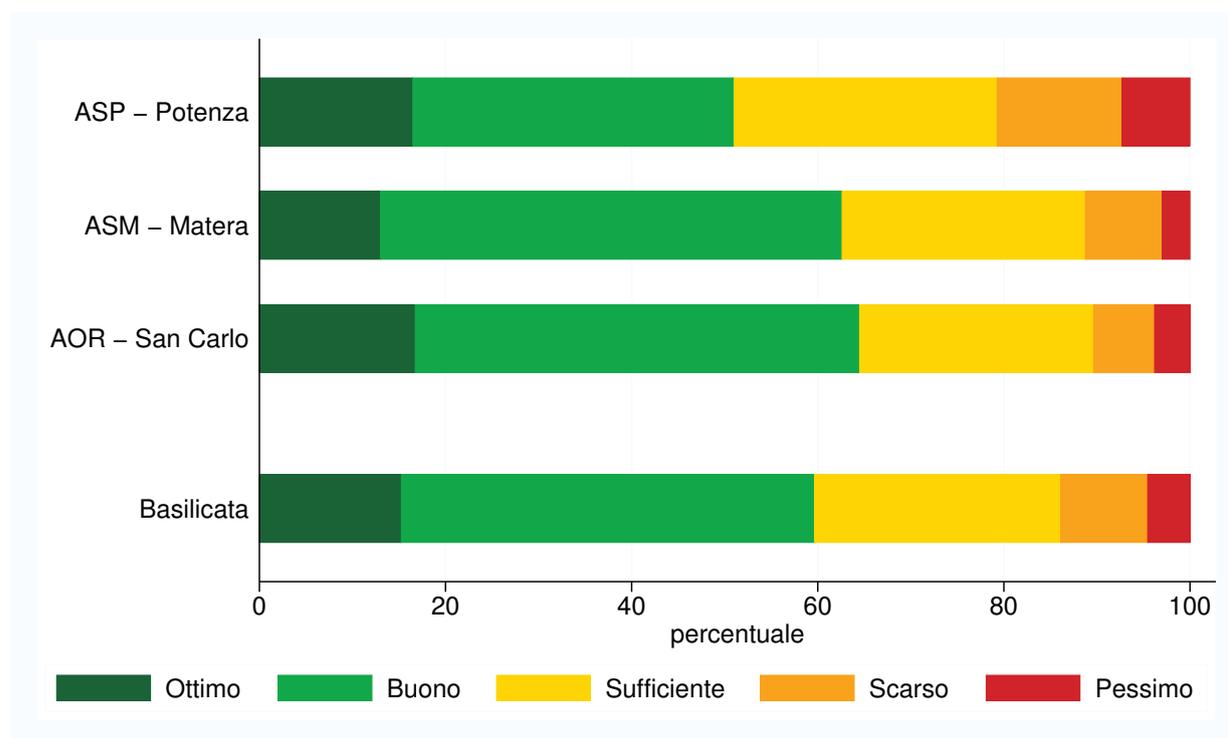
Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	674	12.9	2087	39.9	1487	28.4	571	10.9	408	7.8	5226	100.0
ASM - Matera	949	14.2	3058	45.8	1871	28.0	598	9.0	207	3.1	6684	100.0
AOR - San Carlo	1397	25.1	2384	42.9	1465	26.3	250	4.5	67	1.2	5562	100.0
Reg. Basilicata	3020	17.3	7529	43.1	4823	27.6	1419	8.1	681	3.9	17473	100.0

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla pulizia della sala di attesa del Pronto Soccorso?



Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	885	17.1	2294	44.2	1447	27.9	400	7.7	159	3.1	5185	100.0
ASM - Matera	1035	15.3	3702	54.8	1677	24.8	267	4.0	76	1.1	6758	100.0
AOR - San Carlo	1558	28.0	2911	52.2	945	17.0	158	2.8	0	0.0	5572	100.0
Reg. Basilicata	3479	19.9	8907	50.9	4070	23.2	825	4.7	235	1.3	17515	100.0

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla pulizia dei bagni del Pronto Soccorso?



Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	621	16.5	1300	34.5	1065	28.3	506	13.4	274	7.3	3766	100.0
ASM - Matera	609	13.0	2322	49.6	1224	26.1	388	8.3	139	3.0	4682	100.0
AOR - San Carlo	652	16.7	1860	47.8	979	25.1	255	6.6	148	3.8	3894	100.0
Reg. Basilicata	1882	15.2	5482	44.4	3268	26.5	1149	9.3	561	4.5	12341	100.0

Note: Sono state escluse le risposte degli utenti che affermano di non aver utilizzato il bagno

Assistenza e Comunicazione

Questa sezione del rapporto approfondisce diverse dimensioni relative all'assistenza offerta ai pazienti ed alla comunicazione con essi.

Tra gli aspetti analizzati vi è la gestione del dolore: la maggior parte dei pazienti, infatti, si reca al Pronto Soccorso per ricevere sollievo ad una condizione dolorosa, che rischia di non trovare una tempestiva ed adeguata risposta (Rupp e Delaney, 2004), anche in considerazione dell'affollamento che può caratterizzare questo servizio (Pines e Hollander, 2008).

Questo aspetto viene analizzato attraverso la domanda "Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per controllare/attenuare il dolore?", cui i pazienti possono rispondere con una valutazione compresa tra 1 (pessimo) e 5 (ottimo).

Le risposte a questa domanda alimentano l'indicatore D8a.3.6, "Gestione del dolore".

In questa sezione del rapporto viene affrontato anche il tema della comunicazione, di cui vengono approfondite diverse dimensioni.

In primo luogo viene rilevata la percezione dei pazienti circa la quantità di informazioni ricevute nel Pronto Soccorso (domanda: "Durante la sua permanenza in Pronto Soccorso ha ricevuto informazioni sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti da fare (in Pronto Soccorso)?"): sia non riceverle, sia riceverne troppe, può infatti creare difficoltà e disorientamento.

In secondo luogo vengono approfonditi due aspetti relativi alla qualità del processo di erogazione delle informazioni, ossia la loro coerenza complessiva, con riferimento alle condizioni di salute e ai trattamenti da affrontare (domanda: "Il personale del Pronto Soccorso che l'ha seguita le ha dato informazioni discordanti sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti da fare?"), ed il grado di riservatezza con cui sono stati condotti i colloqui con il personale (domanda "Lei ritiene che i colloqui sul suo stato di salute con il personale sanitario si siano svolti nel rispetto della riservatezza?").

Viene quindi rilevato se, in caso di bisogno, il personale si è dimostrato disponibile ad aiutare il paziente, un aspetto che alcuni studi hanno descritto come uno dei principali problemi riportati dai pazienti e fortemente correlato con la soddisfazione per il servizio (Sun et al., 2000).

L'indicatore D8a.3.4 ("Disponibilità del personale"), è costruito sulla base della distribuzione delle risposte alla domanda "In caso di bisogno ha trovato personale disponibile ad aiutarla?", articolate su una scala a 3 punte (da "No, mai", valutazione ampiamente negativa a "Si, sempre", giudizio ampiamente positivo).

Infine viene rilevato il grado di coinvolgimento nelle decisioni relative alle cure: il paziente dovrebbe essere considerato come un attore attivo e responsabile ed è pertanto di fondamentale importanza il suo grado di coinvolgimento nelle decisioni relative alle cure, anche perchè osservi le terapie che gli vengono proposte (Mahler e Kulik, 1990).

Le risposte alla domanda "Si è sentito coinvolto nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?" alimentano il sottoindicatore D8a3.3 ("Coinvolgimento").

Anche le risposte a questa domanda sono articolate su una scala a 3 punte, con una valutazione che varia da "No, mai", ampiamente negativa, a "Si, sempre", ampiamente positiva.

Riferimenti bibliografici

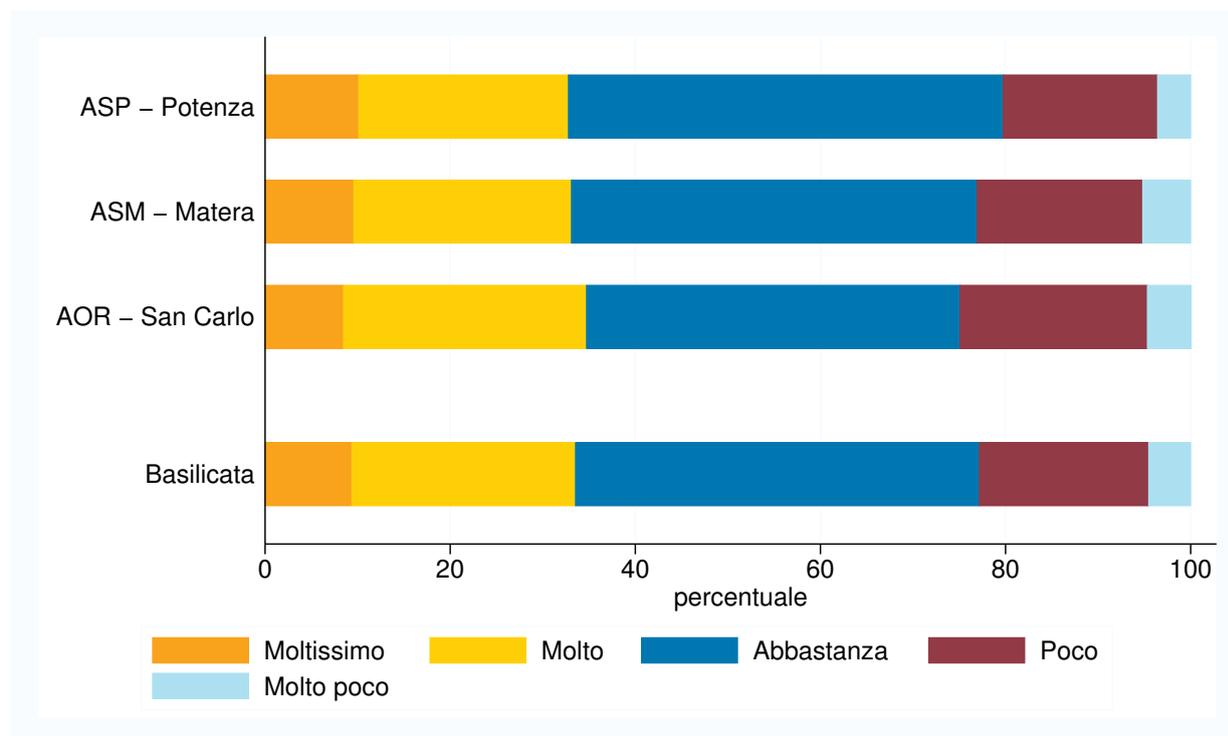
Mahler H.I., Kulik J.A. (1990), "Preferences for Health Care Involvement, Perceived Control and Surgical Recovery: A Prospective Study", *Social Science Medicine*, 34: 748-751.

Pines J.M., Hollander J.E. (2008), "Emergency Department Crowding is Associated with Poor Care for Patients with Severe Pain", *Annals of Emergency Medicine*, 51, 1: 1-5.

Rupp T., Delaney K. A. (2004), "Inadequate Analgesia in Emergency Medicine", *Annals of Emergency Medicine*, 43, 4: 494-503.

Sun B.C., Adams J., Orav E.J. Rucker D.W. (2000), "Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return with Emergency Care", *Annals of Emergency Medicine*, 35, 5: 426-434.

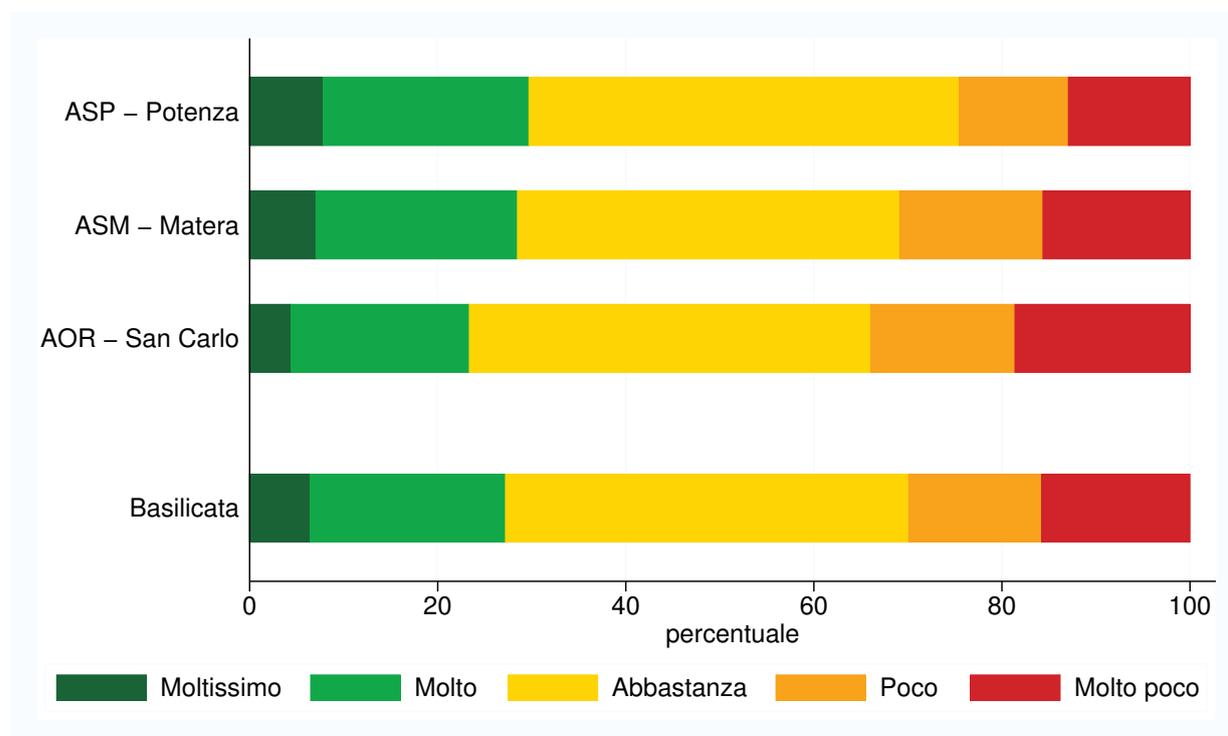
Durante la sua permanenza in Pronto Soccorso quanto dolore provava?



Azienda	Moltissimo		Molto		Abbastanza		Poco		Molto poco		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	441	10.1	988	22.7	2048	47.0	726	16.7	156	3.6	4359	100.0
ASM - Matera	515	9.6	1264	23.5	2357	43.8	961	17.9	279	5.2	5377	100.0
AOR - San Carlo	406	8.5	1258	26.3	1935	40.4	970	20.2	224	4.7	4793	100.0
Reg. Basilicata	1362	9.4	3510	24.2	6340	43.6	2658	18.3	659	4.5	14529	100.0

Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver provato dolore

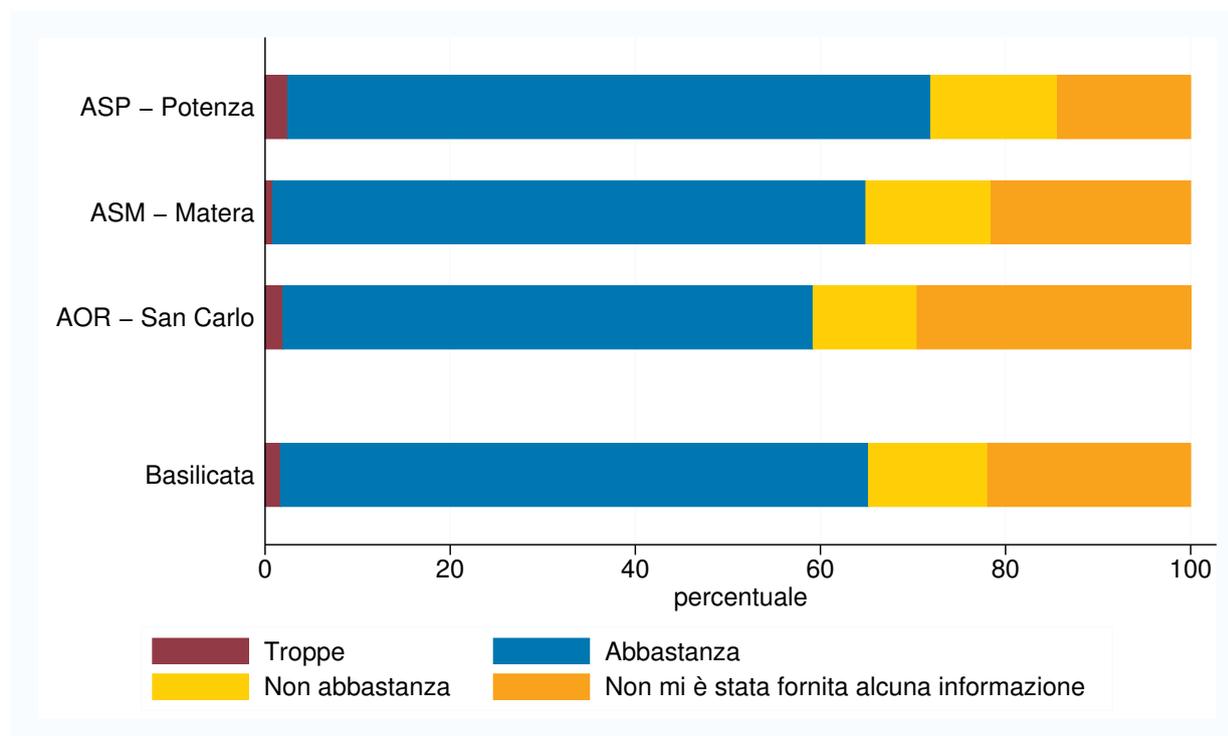
Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per controllare/attenuare il dolore (p.es.: chiedendo periodicamente quali fossero le sue condizioni, o somministrando analgesici, o applicandole del ghiaccio ...)?



Azienda	Moltissimo		Molto		Abbastanza		Poco		Molto poco		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	313	7.8	876	21.9	1831	45.8	465	11.6	518	12.9	4002	100.0
ASM - Matera	340	7.1	1032	21.4	1958	40.7	734	15.2	753	15.6	4816	100.0
AOR - San Carlo	184	4.4	793	19.0	1787	42.7	642	15.3	779	18.6	4186	100.0
Reg. Basilicata	837	6.4	2701	20.8	5576	42.9	1840	14.1	2050	15.8	13004	100.0

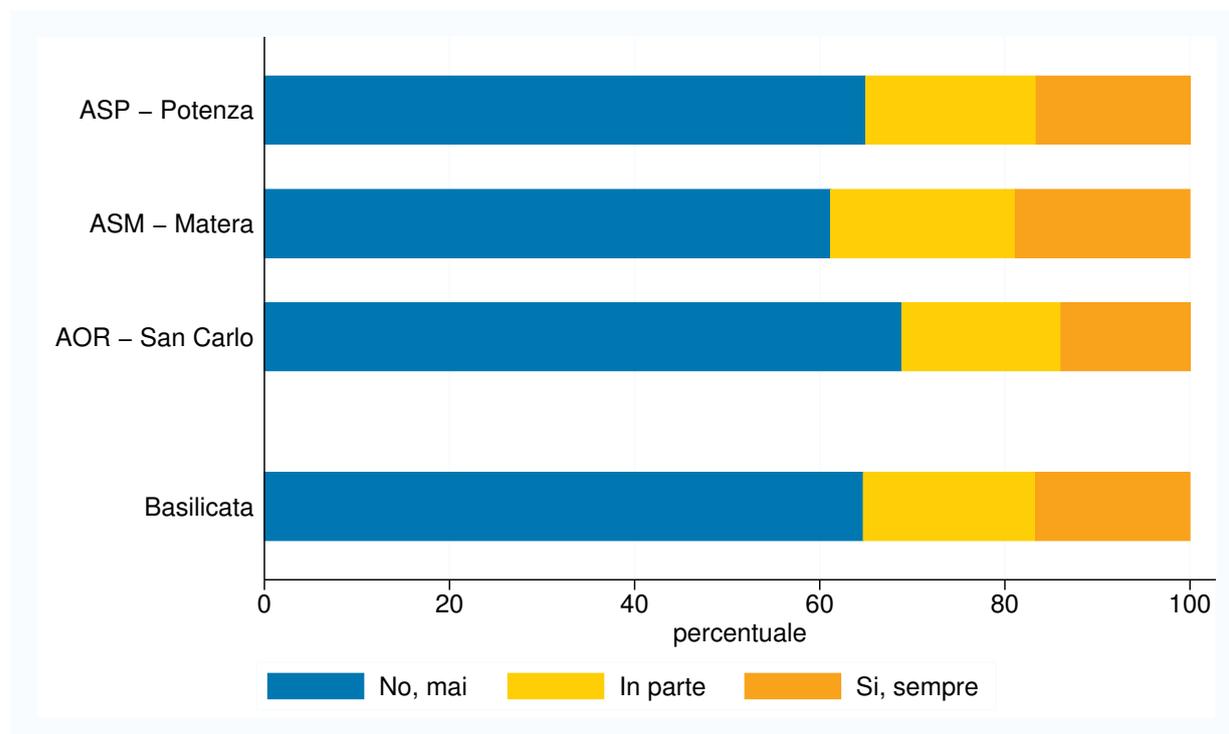
Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di provare dolore. Sono escluse le risposte di coloro ai quali è stato spiegato che non era opportuno attenuare il dolore prima della visita

Durante la sua permanenza in Pronto Soccorso ha ricevuto informazioni sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti da fare (in Pronto Soccorso)?



Azienda	Troppe		Abbastanza		Non abbastanza		Non mi è stata fornita alcuna informazione		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	123	2.4	3502	69.5	691	13.7	724	14.4	5041	100.0
ASM - Matera	53	0.8	4089	64.1	863	13.5	1376	21.6	6381	100.0
AOR - San Carlo	102	1.9	3032	57.3	595	11.2	1565	29.6	5294	100.0
Reg. Basilicata	279	1.7	10623	63.6	2149	12.9	3665	21.9	16716	100.0

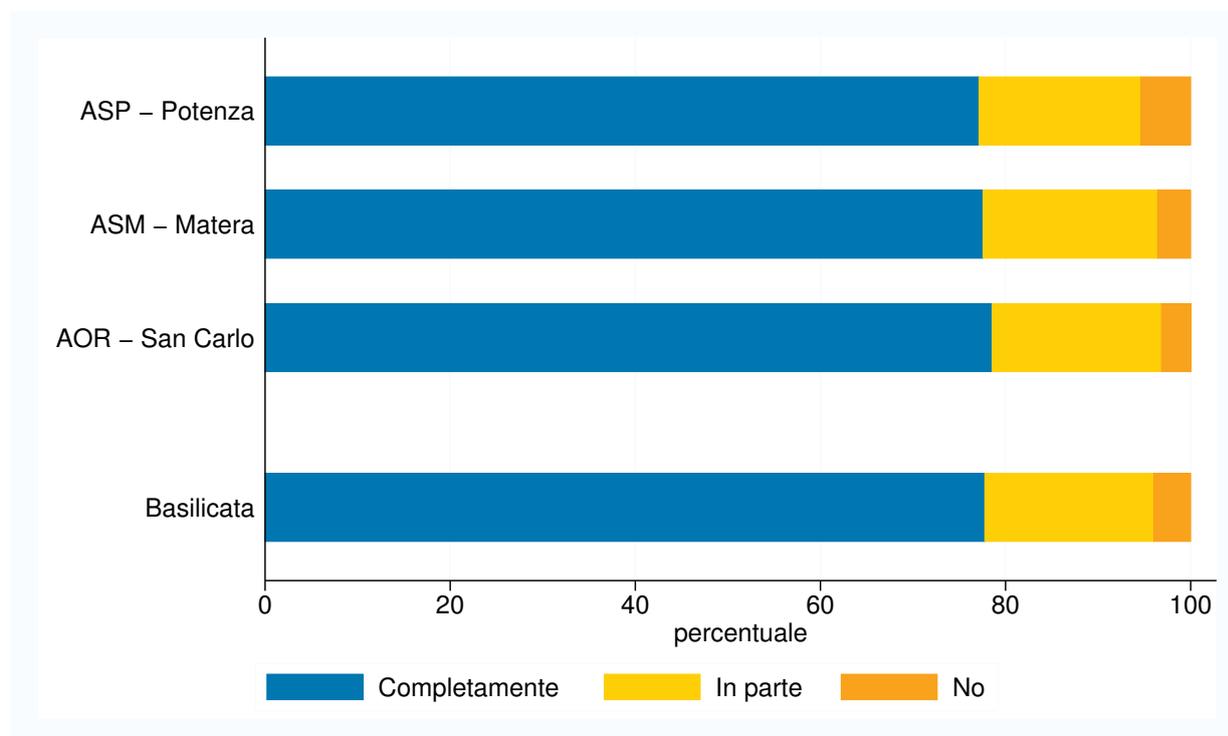
Il personale del Pronto Soccorso che l'ha seguita le ha dato informazioni discordanti sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti da fare?



Azienda	No, mai		In parte		Si, sempre		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	2597	65.0	736	18.4	664	16.6	3998	100.0
ASM - Matera	2753	61.2	896	19.9	849	18.9	4499	100.0
AOR - San Carlo	2427	68.9	606	17.2	491	13.9	3524	100.0
Reg. Basilicata	7778	64.7	2238	18.6	2005	16.7	12021	100.0

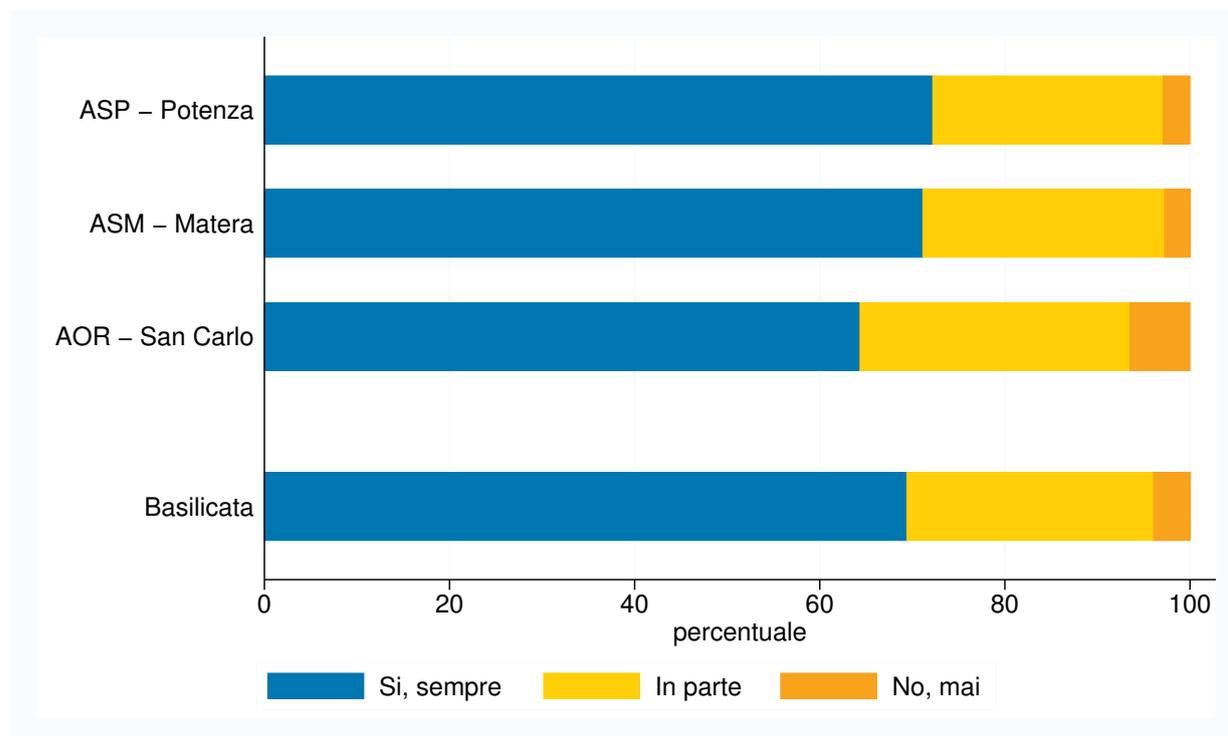
Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di aver ricevuto informazioni

Lei ritiene che i colloqui sul suo stato di salute con il personale sanitario si siano svolti nel rispetto della riservatezza?



Azienda	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	3627	77.1	821	17.5	254	5.4	4702	100.0
ASM - Matera	4746	77.6	1154	18.9	218	3.6	6118	100.0
AOR - San Carlo	3890	78.6	905	18.3	156	3.1	4951	100.0
Reg. Basilicata	12263	77.8	2880	18.3	628	4.0	15771	100.0

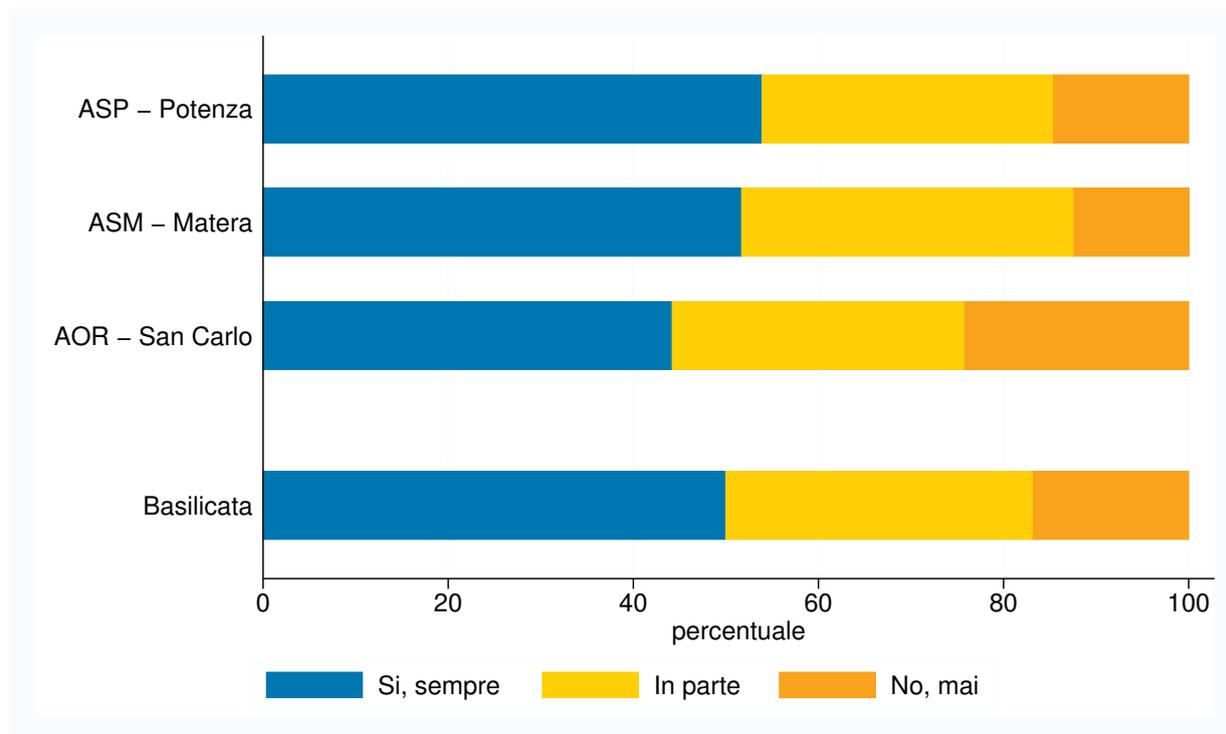
In caso di bisogno ha trovato personale disponibile ad aiutarla?



Azienda	Si, sempre		In parte		No, mai		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	3206	72.2	1105	24.9	129	2.9	4440	100.0
ASM - Matera	3745	71.1	1375	26.1	144	2.7	5264	100.0
AOR - San Carlo	2711	64.3	1230	29.2	273	6.5	4213	100.0
Reg. Basilicata	9662	69.4	3710	26.7	546	3.9	13917	100.0

Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver avuto bisogno di aiuto

Si è sentito coinvolto nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?



Azienda	Si, sempre		In parte		No, mai		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	2660	53.9	1553	31.5	720	14.6	4932	100.0
ASM - Matera	3157	51.7	2193	35.9	756	12.4	6106	100.0
AOR - San Carlo	2264	44.2	1619	31.6	1239	24.2	5123	100.0
Reg. Basilicata	8081	50.0	5365	33.2	2715	16.8	16161	100.0

Rapporto medico-paziente

Da tempo diversi studi (Hjortdahl e Laerum, 1992; Williams et al., 1998) evidenziano come la relazione medico-paziente costituisca un elemento chiave nella soddisfazione di quest'ultimo relativamente alla qualità del servizio ricevuto e, per alcuni aspetti, quali la chiarezza delle informazioni, sia anche fondamentale per una riuscita positiva del percorso di cura.

L'indagine approfondisce questa relazione sotto diverse prospettive.

In primo luogo viene verificato il grado di umanizzazione, ossia se il paziente abbia mai avuto la sensazione di non essere considerato una persona. Un aspetto importante dei percorsi di cura, infatti, è costituito dall'individuazione nel paziente di una persona, autonoma ed unica, da trattare con empatia e con cui condividere le decisioni (Howard et al., 1977).

Questo aspetto è rilevato dalla domanda "Durante il contatto con il personale medico del Pronto Soccorso ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona?", su cui il paziente si può esprimere attraverso una valutazione che varia tra "Sì, sempre" (giudizio pessimo) a "No, mai" (giudizio ottimo).

Le risposte a quest'ultima domanda alimentano l'indicatore D8a.3.1, "Umanizzazione".

L'indagine approfondisce quindi il tema della chiarezza delle informazioni fornite dai medici al paziente. La comunicazione costituisce infatti una componente rilevante dell'assistenza al paziente (Teutsch, 2003) ed è di fondamentale importanza perchè il paziente possa prendere parte attivamente al proprio percorso di cura, con effetti positivi sull'outcome (Trummer et al., 2006) e sulla soddisfazione complessiva (Williams et al., 1998).

Più nel dettaglio, al paziente viene chiesto di rispondere alla domanda "Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla chiarezza delle informazioni fornite dai medici?", con un punteggio che varia da 1 (giudizio pessimo) a 5 (giudizio ottimo).

La distribuzione delle risposte a questa domanda alimentano l'indicatore D8a.1.2, "Chiarezza delle informazioni dei medici".

Vengono quindi approfonditi gli aspetti relativi alla cortesia del personale medico (domanda: "Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale medico?"), propedeutica ai fini dell'instaurarsi di una relazione medico-paziente positiva; ed alla fiducia riposta in esso da parte del paziente (domanda: "Ha avuto fiducia nel personale medico che l'ha assistito?"): si tratta di componenti rilevanti ai fini della soddisfazione complessiva del paziente (Williams et al., 1998).

Questi elementi vengono valutati dal paziente con un punteggio che, nel primo caso, varia da 1 (giudizio pessimo) a 5 (giudizio ottimo); nel secondo da "Completamente" (positivo) a "No" (negativo).

Le risposte a queste domande alimentano, rispettivamente, l'indicatore D8a.1.3, "Cortesia dei medici", e D8a.1.5, "Fiducia nei medici".

La sezione si chiude quindi con una domanda relativa al contributo offerto dal personale medico al paziente nel superare ansie e preoccupazioni (domanda "Il personale medico l'ha aiutata a superare le ansie e le preoccupazioni sulle sue condizioni di salute?"), un tratto rilevante perchè i pazienti possano vivere più serenamente il proprio percorso di cura.

Riferimenti bibliografici

Hjortdahl P., Laerum E. (1992), "Continuità of Care in General Practice: Effect on Patient Satisfaction", *British Medical Journal*, 304: 1287-1290.

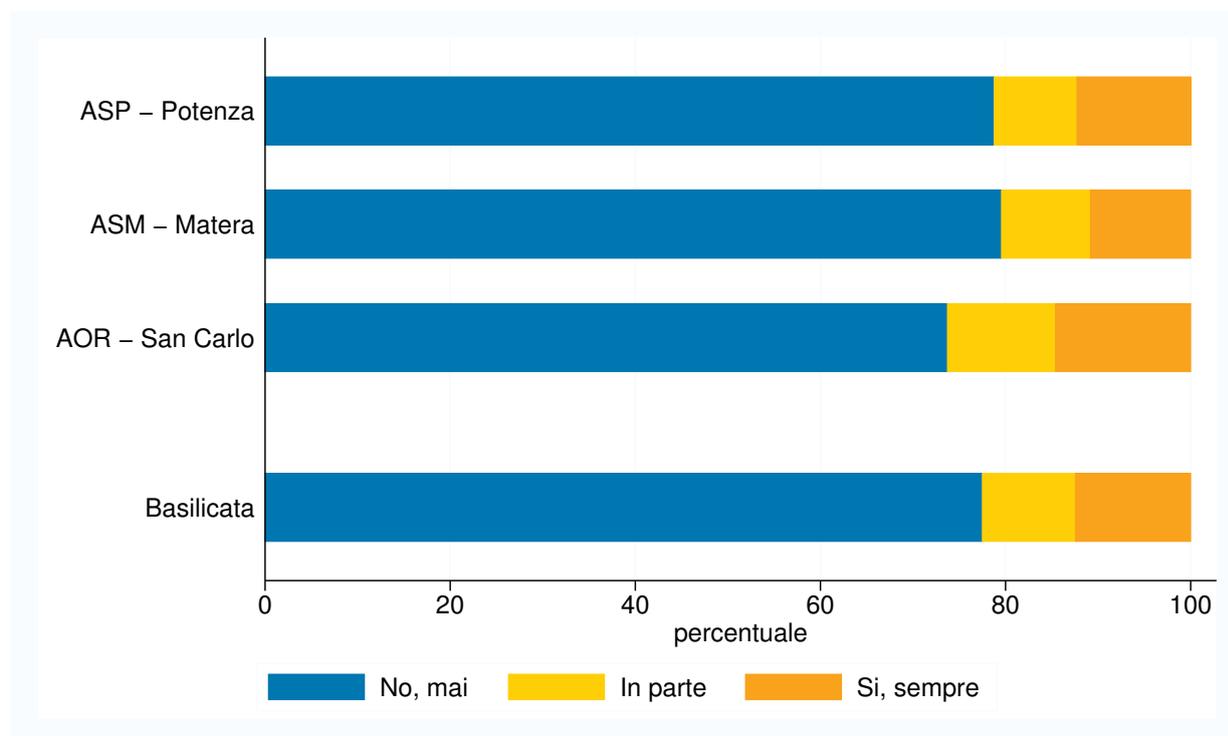
Howard J., Davis F., Pope C. Ruzek S. (1977), "Humanizing Health Care: the Implications of Technology, Centralization and Self-Care", *Medical Care*, XV, 5: 11-26.

Teutsch C. (2003), "Patient-Doctor Communication", *The Medical Clinics of North America*, 87,5: 1115-1145.

Trummer U.F., Mueller U.O., Nowak P., Stidl T., Pelikan J.M. (2006), "Doea Physician-Patient Communication That Aims at Empowering Patients Improve Clinical Outcome?", *Patient Education and Counseling*, 61, 2: 299-306.

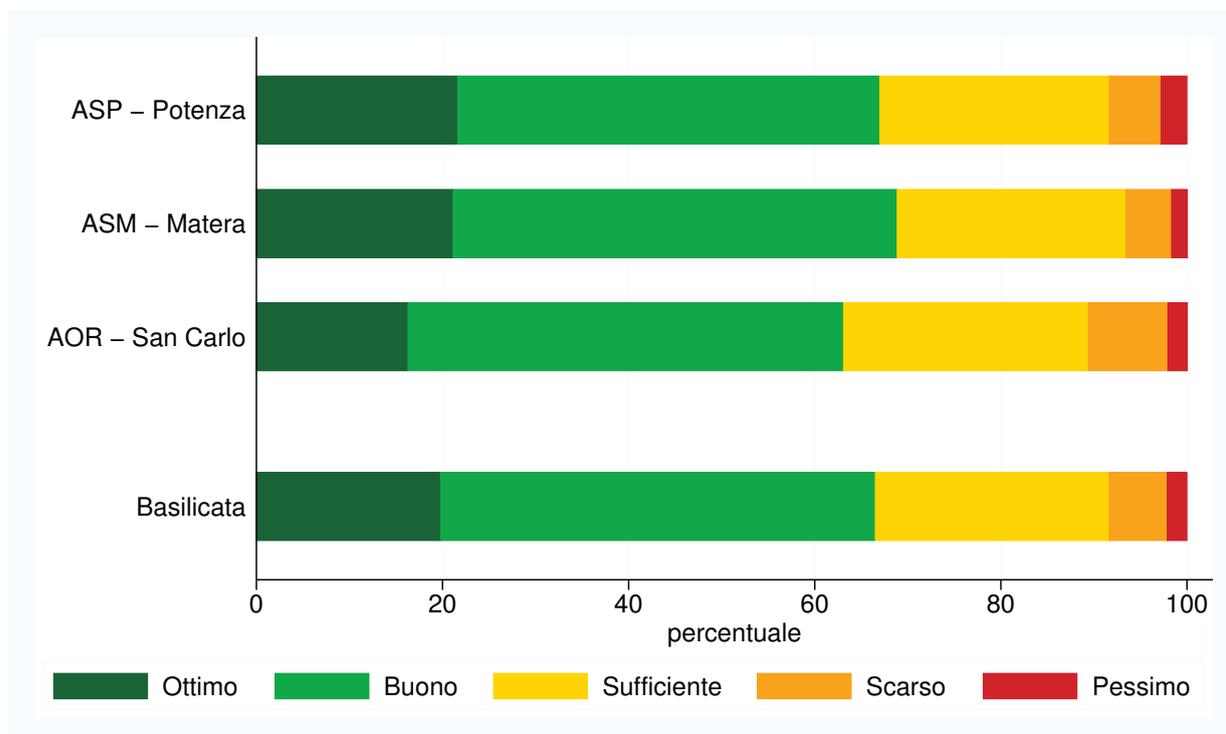
Williams S., Weinman J., Dale J. (1998), "Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: a Review", *Family Practice*, 15: 480-492.

Durante il contatto con il personale medico del Pronto Soccorso ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona?



Azienda	No, mai		In parte		Si, sempre		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	4100	78.8	466	8.9	639	12.3	5204	100.0
ASM - Matera	5303	79.6	641	9.6	722	10.8	6666	100.0
AOR - San Carlo	4004	73.7	634	11.7	794	14.6	5431	100.0
Reg. Basilicata	13407	77.5	1740	10.1	2154	12.5	17301	100.0

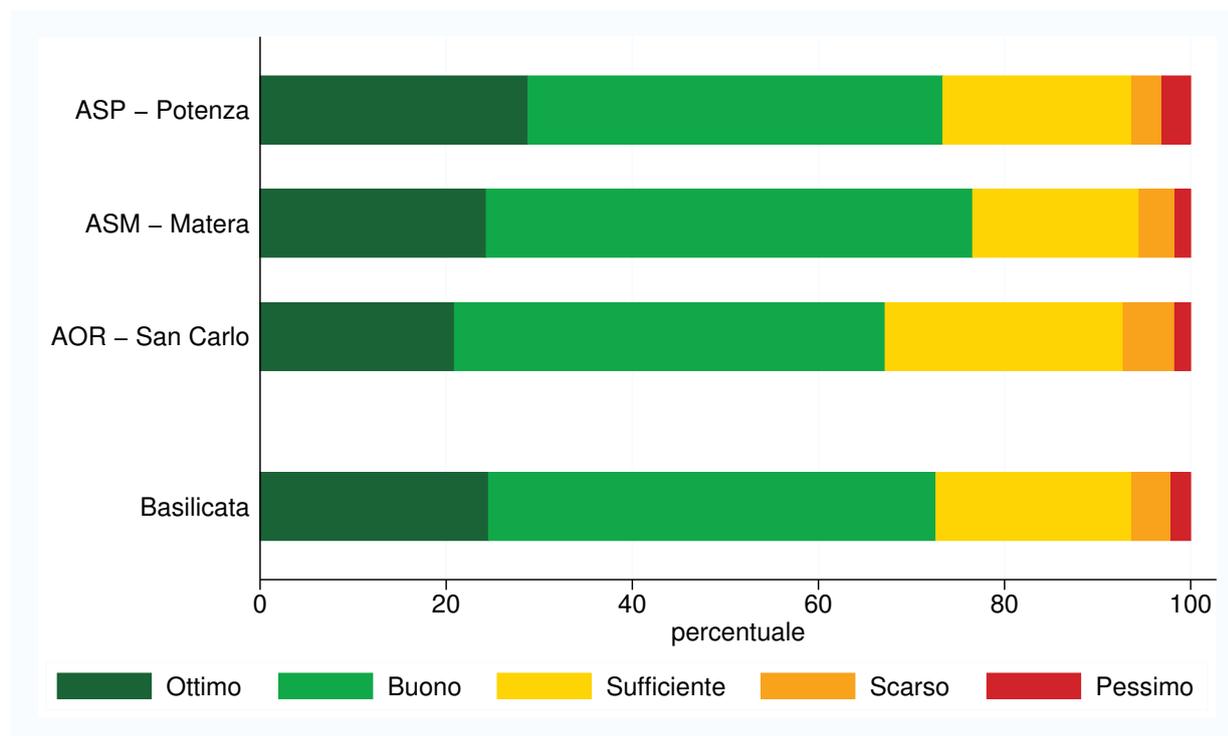
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla chiarezza delle informazioni fornite dai medici?



Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1114	21.6	2337	45.4	1271	24.7	285	5.5	144	2.8	5152	100.0
ASM - Matera	1407	21.1	3175	47.7	1636	24.6	326	4.9	111	1.7	6654	100.0
AOR - San Carlo	866	16.3	2490	46.8	1399	26.3	455	8.5	110	2.1	5319	100.0
Reg. Basilicata	3387	19.8	8002	46.7	4305	25.1	1066	6.2	364	2.1	17124	100.0

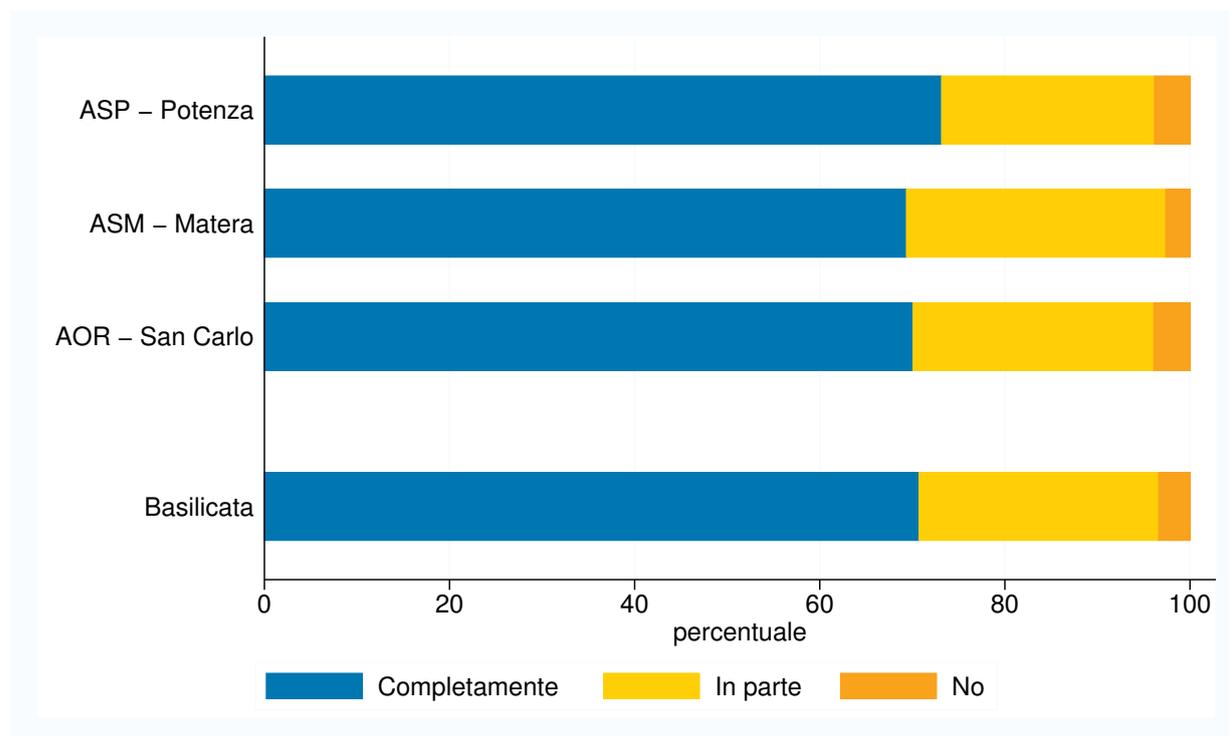
Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver ricevuto informazioni

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale medico?



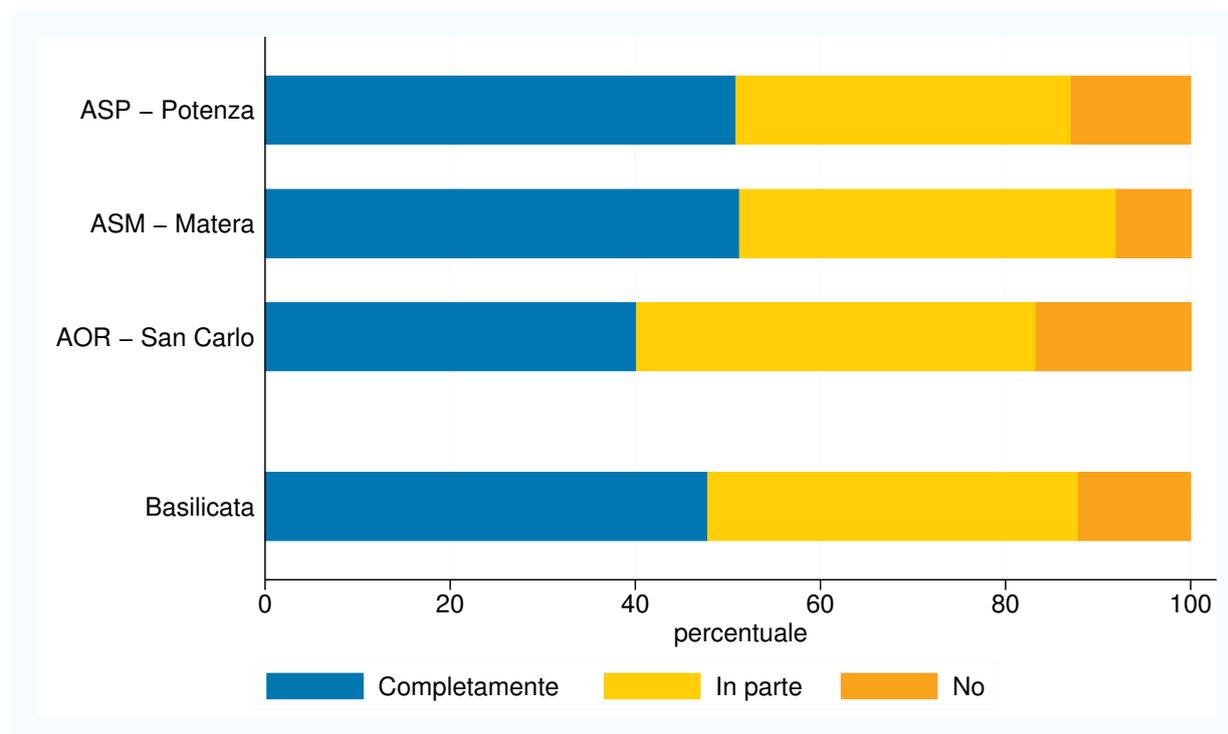
Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1526	28.8	2365	44.6	1076	20.3	172	3.2	163	3.1	5303	100.0
ASM - Matera	1654	24.3	3559	52.3	1217	17.9	265	3.9	113	1.7	6808	100.0
AOR - San Carlo	1182	20.9	2620	46.3	1447	25.6	313	5.5	97	1.7	5659	100.0
Reg. Basilicata	4362	24.5	8544	48.1	3741	21.0	750	4.2	374	2.1	17770	100.0

Ha avuto fiducia nel personale medico che l'ha assistita?



Azienda	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	3844	73.2	1209	23.0	202	3.8	5254	100.0
ASM - Matera	4647	69.4	1877	28.0	176	2.6	6699	100.0
AOR - San Carlo	3931	70.1	1459	26.0	219	3.9	5610	100.0
Reg. Basilicata	12422	70.7	4545	25.9	597	3.4	17564	100.0

Il personale medico l'ha aiutata a superare le ansie e le preoccupazioni sulle sue condizioni di salute?



Azienda	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	2206	50.9	1571	36.2	559	12.9	4337	100.0
ASM - Matera	2911	51.3	2311	40.7	457	8.0	5679	100.0
AOR - San Carlo	1703	40.1	1831	43.2	710	16.7	4244	100.0
Reg. Basilicata	6820	47.8	5714	40.1	1726	12.1	14260	100.0

Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver provato ansia

Rapporto infermiere-paziente

Diversi studi evidenziano l'importanza della relazione infermiere-paziente nella soddisfazione di quest'ultimo relativamente alla qualità del servizio ricevuto (Williams, 1997; Sitzia e Wood, 1997), rilevanza dovuta anche alla continuità della presenza della figura infermieristica nei percorsi di cura.

L'indagine condotta approfondisce diversi aspetti di questa relazione.

In primo luogo viene verificato il grado di umanizzazione, ossia se il paziente abbia mai avuto la sensazione di non essere considerato una persona. Il paziente giudica in maniera positiva l'essere trattato come un individuo con una specifica identità e ricevere attenzione ed assistenza in maniera personale (Johansson, 2002): i pazienti hanno infatti gli stessi bisogni di base, ma hanno anche esigenze specifiche, che variano da individuo ad individuo e a seconda della fase della vita.

Questo aspetto viene approfondito attraverso la domanda: "Durante il contatto con il personale infermieristico del Pronto Soccorso ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona?". A tal proposito viene richiesto di esprimere una valutazione, con una valutazione che varia da "Sì, sempre" (giudizio pessimo) a "No, mai" (giudizio ottimo). Le risposte a questa domanda alimentano l'indicatore D8a.3.2, "Umanizzazione degli infermieri".

L'indagine approfondisce quindi il tema della chiarezza delle informazioni fornite dagli infermieri al paziente, un aspetto di fondamentale importanza perchè quest'ultimo possa prendere parte attivamente al proprio percorso di cura. I pazienti ritengono importante ricevere informazioni adeguate, espresse in un linguaggio chiaro e comprensibile (Miller Bader, 1988; Johansson et al., 2002).

Più nel dettaglio, al paziente viene chiesto di rispondere alla domanda "Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla chiarezza delle informazioni fornite dagli infermieri?", con un punteggio che varia da 1 (giudizio pessimo) a 5 (giudizio ottimo).

Le risposte a questa domanda alimentano l'indicatore D8a.2.2, "Chiarezza delle informazioni del personale infermieristico".

Vengono quindi approfonditi gli aspetti relativi alla cortesia del personale infermieristico (domanda: "Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale infermieristico?"), fondamentale per sviluppare una relazione positiva, ed alla fiducia riposta in esso da parte del paziente (domanda: "Ha avuto fiducia nel personale infermieristico che l'ha assistito?").

Queste caratteristiche vengono valutate dal paziente nel primo caso con un punteggio da 1 (giudizio pessimo) a 5 (giudizio ottimo); nel secondo con una valutazione che varia tra "Completamente" (positivo) a "No" (negativo).

Le risposte a queste domande alimentano, rispettivamente, l'indicatore D8a.2.3, "Cortesia del personale infermieristico" e D8a.2.4, "Fiducia nel personale infermieristico".

La sezione si chiude quindi con una domanda relativa al contributo offerto dal personale infermieristico al paziente nel superare ansie e preoccupazioni, un tratto rilevante perchè i pazienti possano vivere più serenamente il proprio percorso di cura.

Riferimenti bibliografici

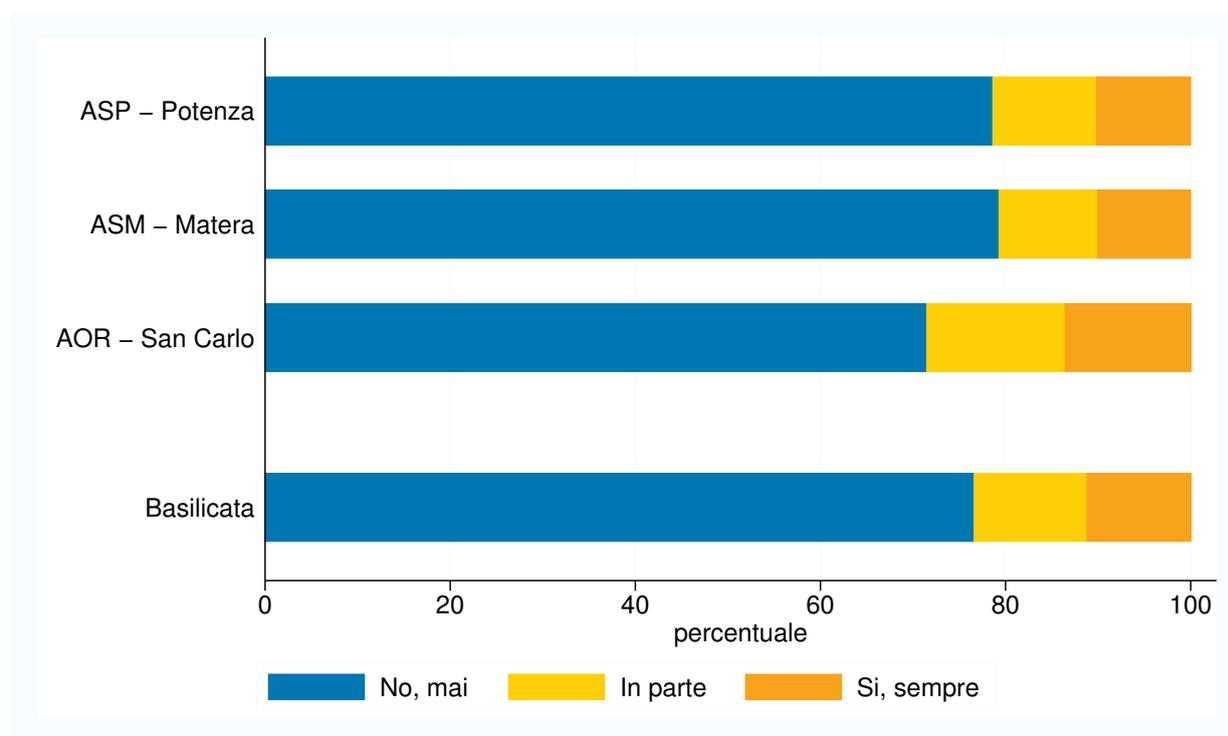
Johansson P., Oleni M., Fridlund B. (2002), "Patient Satisfaction with Nursing Care in the Context of Health Care: a Literature Study", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 4: 337-344.

Miller-Bader M.M. (1988), "Nursing Care Behaviours that Predict Patient Satisfaction", *Journal of Quality Nursing Assurance*, 2: 11-17.

Sitzia J., Wood N. (1997), "Patient Satisfaction: a Review of Issues and Concepts", *Social, Science and Medicine*, 45, 12: 1829-1843.

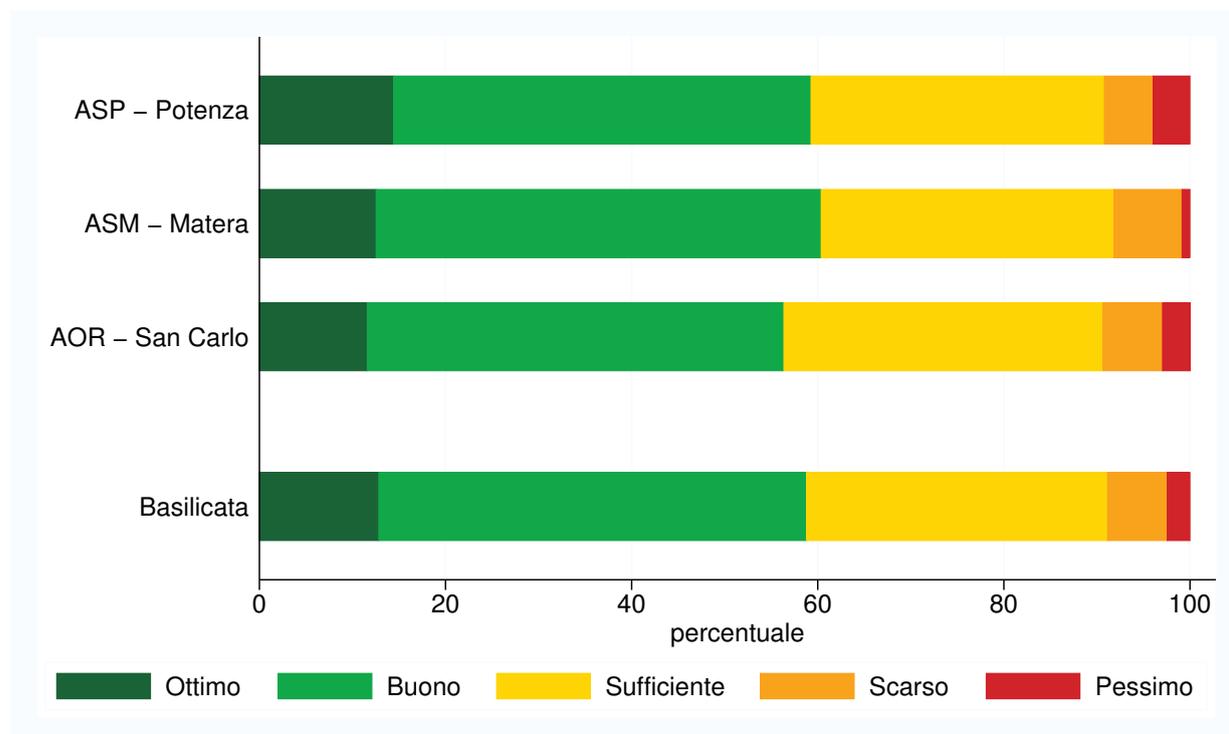
Williams S.A. (1997), " The Relationship of Patients' Perception of Holistic Nurse Caring to Satisfaction With Nursing Care", *Journal of Nursing Care Quality*, 11: 15-29.

Durante il contatto con il personale infermieristico del Pronto Soccorso ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona?



Azienda	No, mai		In parte		Si, sempre		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	4063	78.6	580	11.2	525	10.2	5168	100.0
ASM - Matera	5287	79.3	711	10.7	671	10.1	6669	100.0
AOR - San Carlo	3924	71.5	821	14.9	745	13.6	5490	100.0
Reg. Basilicata	13274	76.6	2111	12.2	1942	11.2	17327	100.0

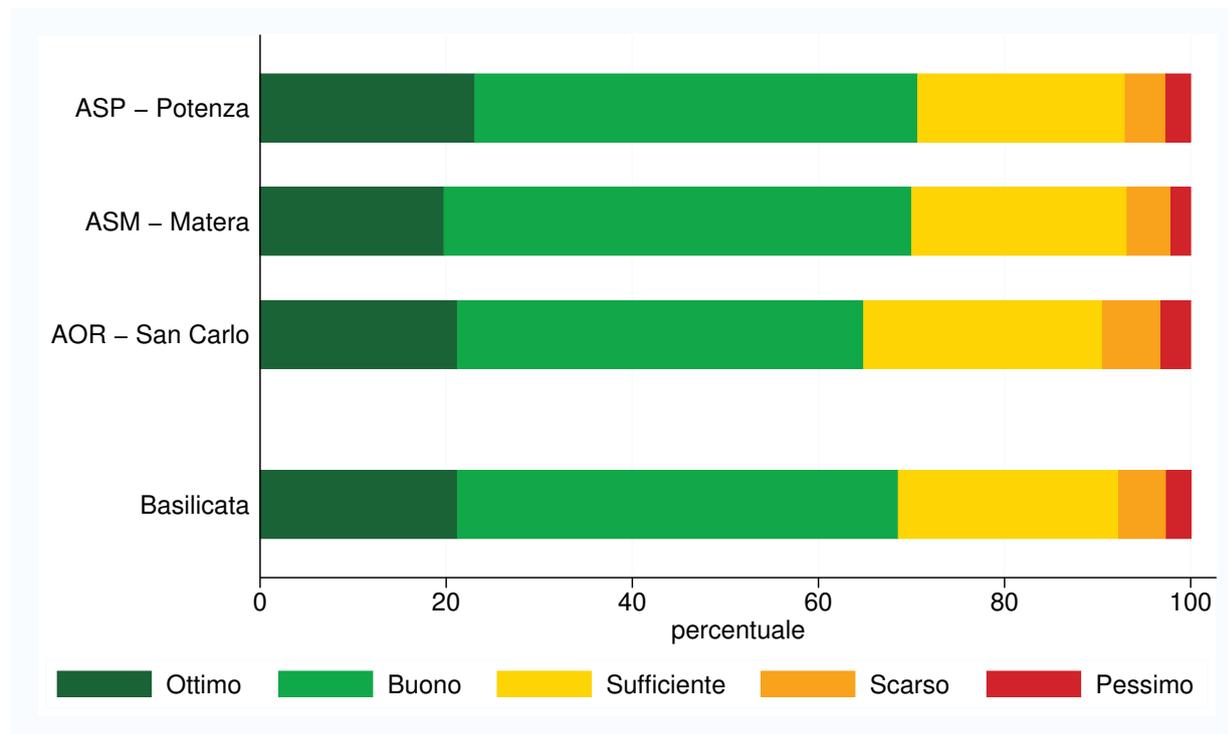
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla chiarezza delle informazioni fornite dagli infermieri?



Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	653	14.4	2027	44.8	1425	31.5	237	5.2	179	4.0	4521	100.0
ASM - Matera	721	12.5	2752	47.8	1810	31.5	422	7.3	49	0.9	5753	100.0
AOR - San Carlo	529	11.6	2043	44.8	1564	34.3	292	6.4	135	3.0	4563	100.0
Reg. Basilicata	1903	12.8	6822	46.0	4799	32.3	951	6.4	363	2.4	14837	100.0

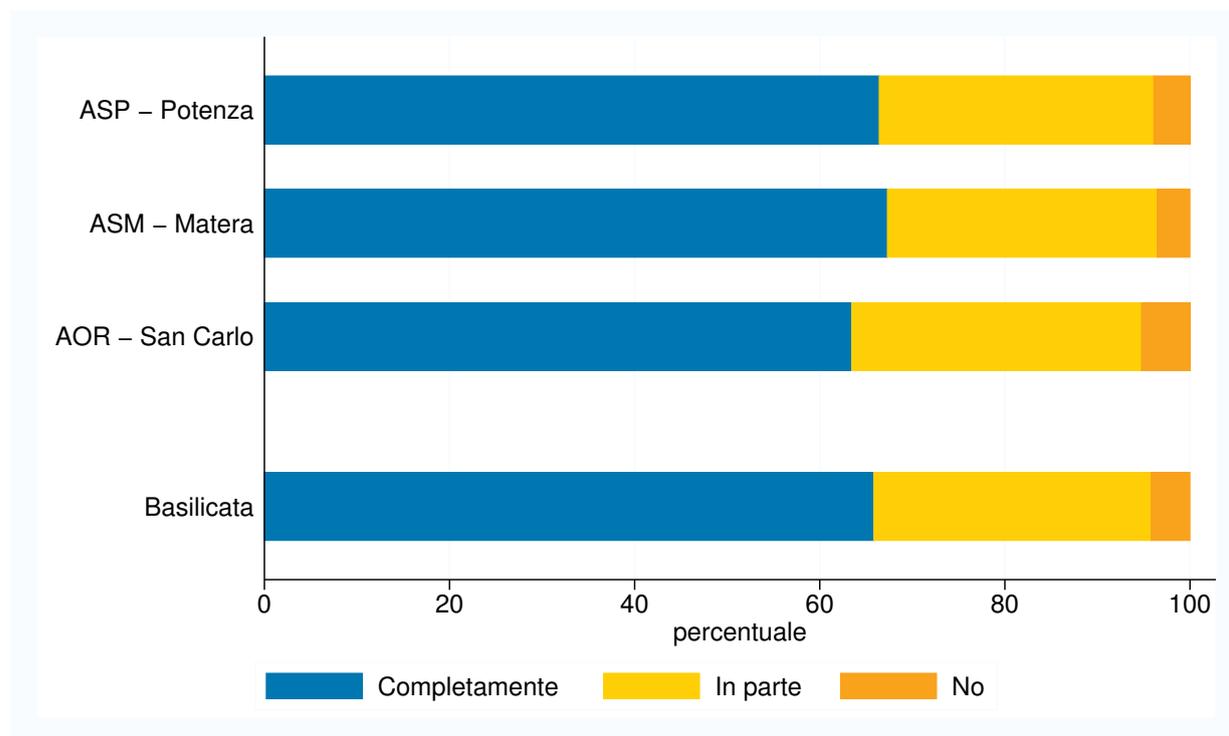
Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver ricevuto informazioni

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale infermieristico?



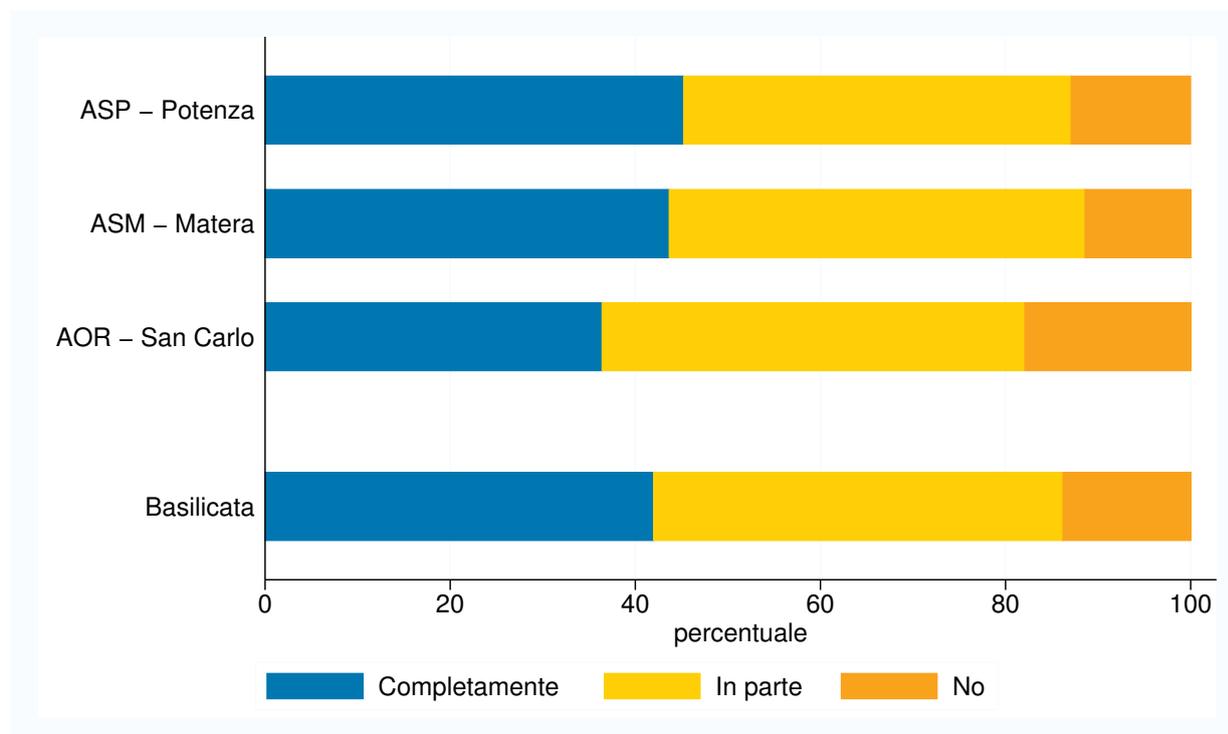
Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1207	23.1	2490	47.6	1166	22.3	228	4.4	139	2.7	5231	100.0
ASM - Matera	1330	19.8	3385	50.3	1556	23.1	318	4.7	142	2.1	6732	100.0
AOR - San Carlo	1180	21.2	2429	43.6	1430	25.7	350	6.3	176	3.2	5564	100.0
Reg. Basilicata	3717	21.2	8304	47.4	4152	23.7	896	5.1	458	2.6	17527	100.0

Ha avuto fiducia nel personale infermieristico che l'ha assistita?



Azienda	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	3457	66.4	1544	29.7	204	3.9	5204	100.0
ASM - Matera	4500	67.3	1949	29.1	237	3.5	6686	100.0
AOR - San Carlo	3429	63.5	1689	31.3	283	5.2	5401	100.0
Reg. Basilicata	11385	65.8	5182	30.0	724	4.2	17291	100.0

Il personale infermieristico l'ha aiutata a superare le ansie e le preoccupazioni sulle sue condizioni di salute?



Azienda	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1872	45.2	1734	41.9	535	12.9	4141	100.0
ASM - Matera	2362	43.7	2431	44.9	618	11.4	5411	100.0
AOR - San Carlo	1468	36.4	1843	45.7	723	17.9	4034	100.0
Reg. Basilicata	5703	42.0	6008	44.2	1875	13.8	13587	100.0

Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver provato ansia

Dimissioni

Con le dimissioni dal Pronto Soccorso il paziente prosegue il suo percorso di cura, ritornando a casa o presso un'altra struttura. In ogni caso è fondamentale che gli vengano forniti gli strumenti per garantire la continuità dell'assistenza e la gestione delle sue condizioni di salute (Henderson e Zernike, 2001), aspetti approfonditi all'interno di questa sezione.

Più nel dettaglio, oltre a verificare se al paziente sia stato indicato a chi rivolgersi in caso di bisogno (domanda: "Le è stato comunicato a chi rivolgersi in caso di bisogno una volta lasciato il Pronto Soccorso?"), viene verificato se al momento delle dimissioni gli sono state fornite tutte le informazioni necessarie, ad esempio rispetto ai farmaci da utilizzare, o alle eventuali visite di controllo (domanda: "Prima dell'uscita dal Pronto Soccorso le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione, etc.)?").

Si tratta di nozioni fondamentali per un corretto proseguimento del percorso di cura (Leino-Kilpi et al., 1993), la cui scarsità può viceversa comportare risultati di outcome negativi con conseguente possibilità di ri-ricovero (Mamon et al., 1992).

Le risposte a questa domanda, articolate su una scala a 3 punte (da "Sì, completamente", giudizio ampiamente positivo, a "No", negativo), alimentano l'indicatore D8a.3.5, "Informazioni alle dimissioni".

La sezione prosegue quindi con la descrizione dell'esperienza vissuta dal paziente alle dimissioni, osservando quanto tempo questi abbia dovuto attendere per il disbrigo delle pratiche burocratiche (domanda: "Dal momento in cui le hanno comunicato che poteva essere dimesso o che doveva essere ricoverato, quanto tempo ha atteso prima che fossero concluse le pratiche per poter uscire o, in caso di ricovero, prima di accedere al reparto?") e dove abbia trascorso l'attesa ("Dove ha trascorso questo tempo prevalentemente?"), aspetti che incidono fortemente sulla soddisfazione dei pazienti (Thompson et al., 1996) e che sono indici della capacità da parte della struttura di organizzare in maniera adeguata le dimissioni.

Infine viene verificato, nel caso in cui il paziente sia dovuto tornare presso il Pronto Soccorso per lo stesso problema di salute, se questo sia avvenuto su richiesta della struttura stessa o su iniziativa del paziente (domanda: "È tornato perchè le è stato chiesto dal personale del Pronto Soccorso (ad esempio per togliere punti, fare una medicazione ...) o è tornato di sua spontanea volontà?").

Riferimenti bibliografici

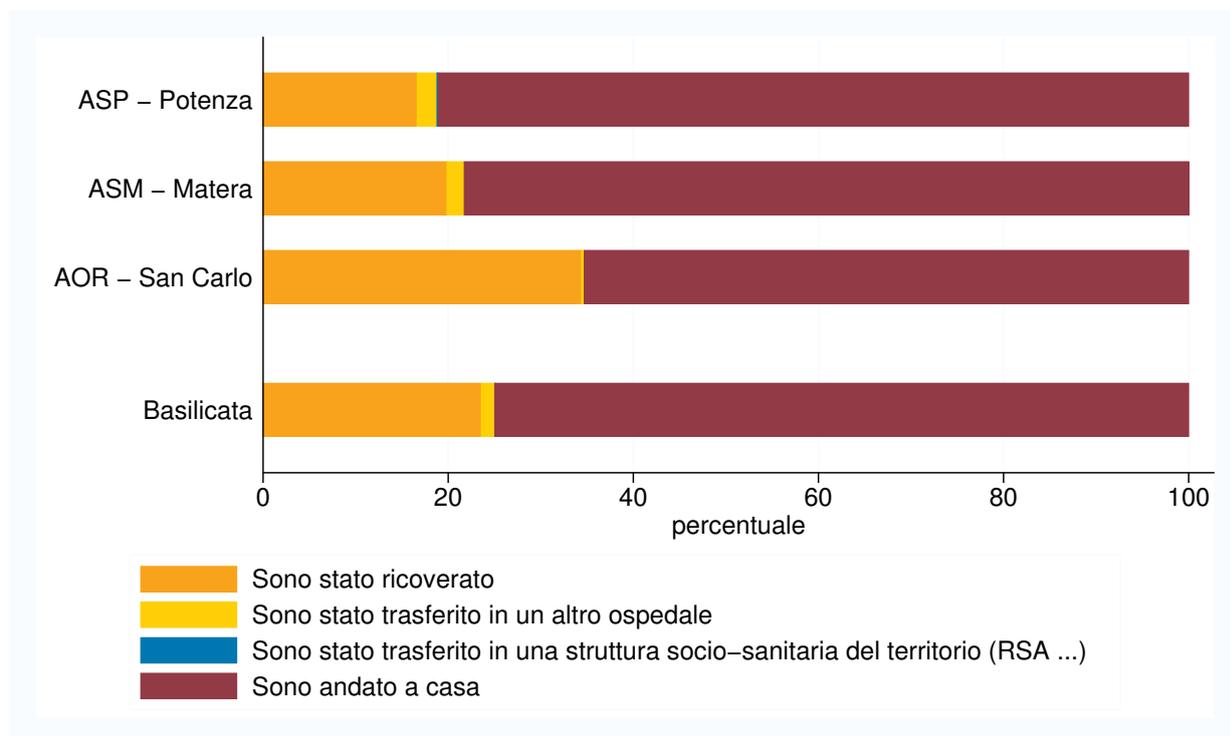
Henderson A., Zernike W. (2001), "A Study of the Impact of Discharge Information for Surgical Patients", *Journal of Advanced Nursing*, 35, 3: 435-441.

Leino-Kilpi H., Iire L., Suominen T., Vuoreniieimo J., Valimaki M. (1993), "Client and Information: a Literature Review", *Journal of Clinical Nursing*, 2: 331-340.

Mamon J., Steinwachs D.M., Fahey M., Bone L.R. Oktay J., Klein L. (1992), "Impact of Hospital Discharge Planning on Meeting Patient Needs After Returning Home", *Health Services Research*, 27: 155-175.

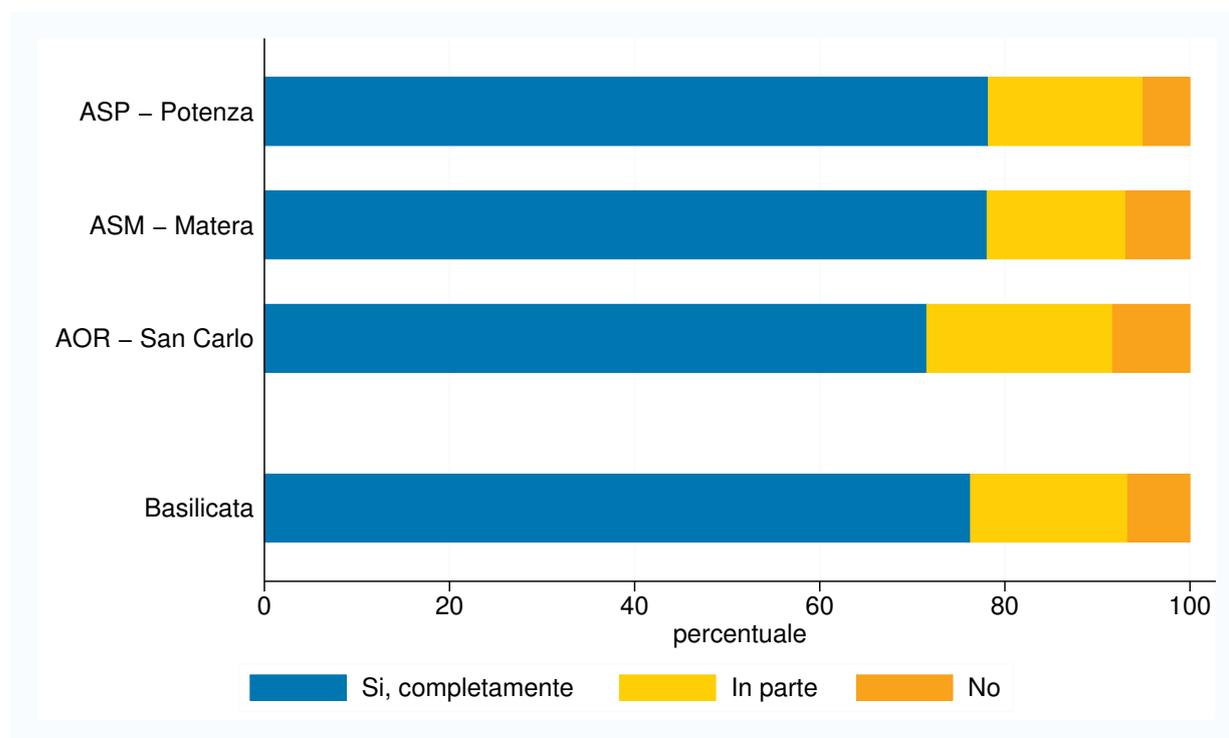
Thompson D.A., Yarnold P.R., Adams S.L. Spacone A.B. (1996), "How Accurate Are Waiting Time perceptions of Patients in the Emergency Department?", *Annals of Emergency Medicine*, 28, 6: 652-656.

Che cosa è accaduto alla fine della sua permanenza in Pronto Soccorso?



Azienda	Sono stato ricoverato		Sono stato trasferito in un altro ospedale		Sono stato trasferito in una struttura socio-sanitaria del territorio (RSA...)		Sono andato a casa		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	865	16.6	111	2.1	7	0.1	4212	81.1	5194	100.0
ASM - Matera	1343	19.9	126	1.9	0	0.0	5291	78.3	6760	100.0
AOR - San Carlo	1942	34.4	18	0.3	0	0.0	3686	65.3	5646	100.0
Reg. Basilicata	4149	23.6	255	1.4	7	0.0	13189	74.9	17601	100.0

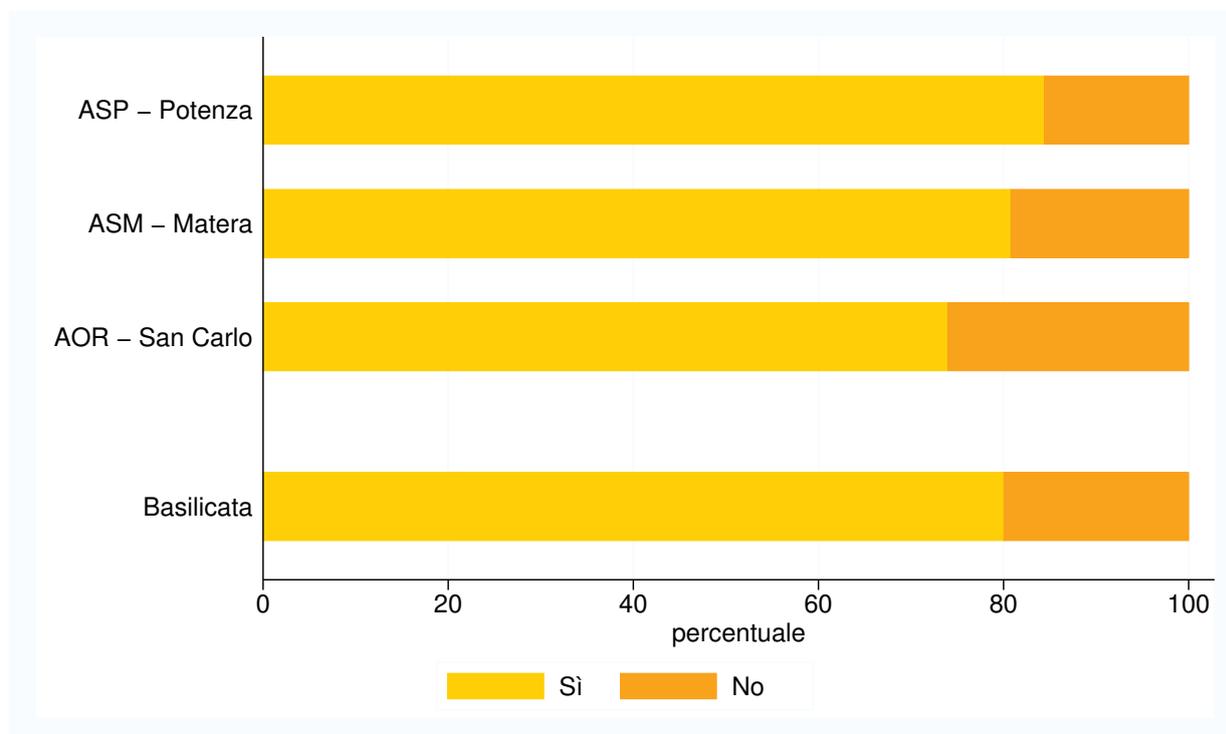
Prima dell'uscita dal Pronto Soccorso le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione, etc.)?



Azienda	Si, completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	3039	78.2	650	16.7	196	5.0	3885	100.0
ASM - Matera	3829	78.1	735	15.0	340	6.9	4904	100.0
AOR - San Carlo	2470	71.6	693	20.1	288	8.3	3451	100.0
Reg. Basilicata	9338	76.3	2078	17.0	824	6.7	12240	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di essere tornati a casa. Sono escluse le risposte di coloro che dichiarano che le informazioni non erano necessarie

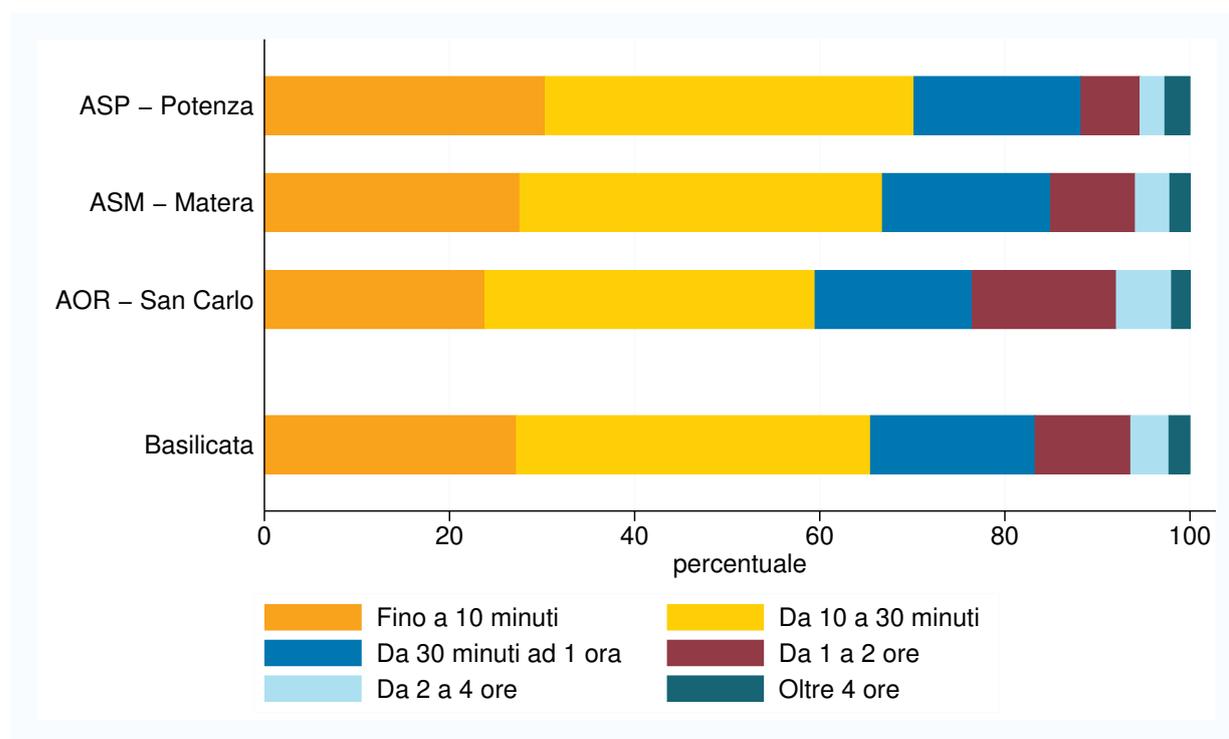
Le è stato comunicato a chi rivolgersi in caso di bisogno una volta lasciato il Pronto Soccorso?



Azienda	Si		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	2569	84.4	474	15.6	3043	100.0
ASM - Matera	3205	80.8	762	19.2	3967	100.0
AOR - San Carlo	1988	74.0	699	26.0	2687	100.0
Reg. Basilicata	7761	80.0	1935	20.0	9696	100.0

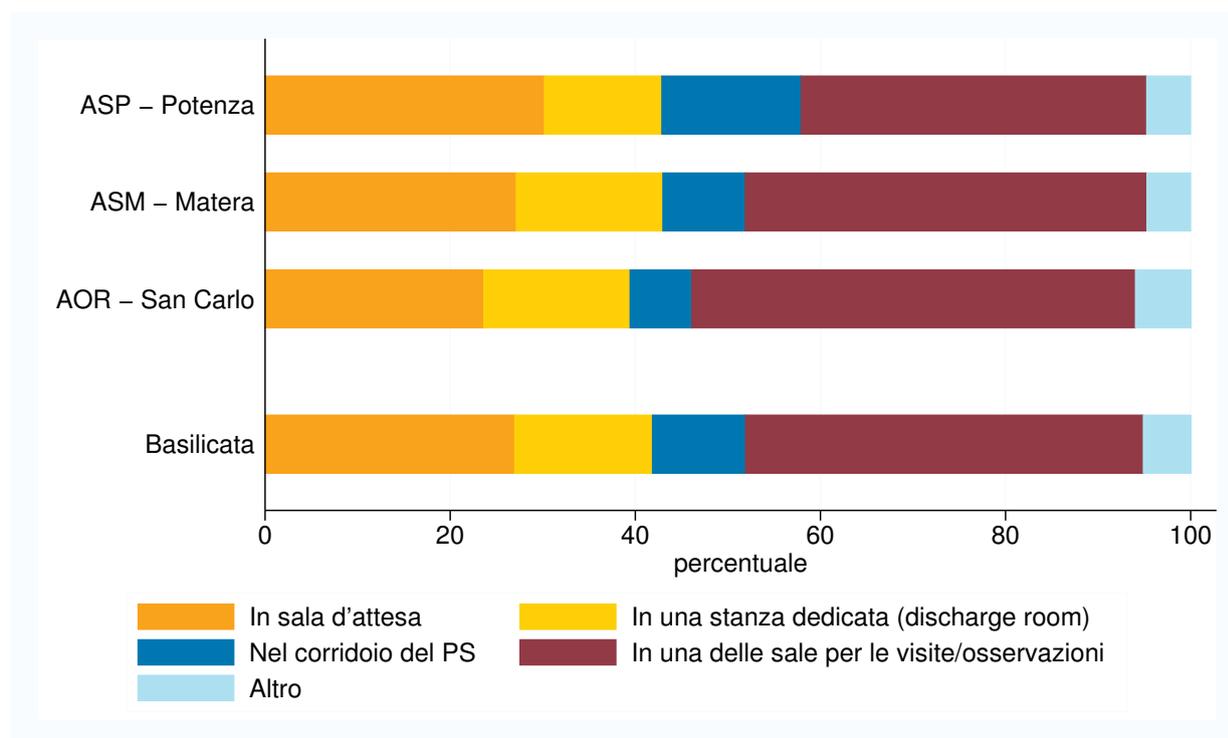
Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di essere tornati a casa. Sono escluse le risposte di coloro che dichiarano che le informazioni non erano necessarie

Dal momento in cui le hanno comunicato che poteva essere dimesso o che doveva essere ricoverato, quanto tempo ha atteso prima che fossero concluse le pratiche per poter uscire o, in caso di ricovero, prima di accedere al reparto (ad esempio firma lettera di dimissioni, letto libero in reparto. Non si consideri il tempo dovuto all'attesa di parenti/familiari)?



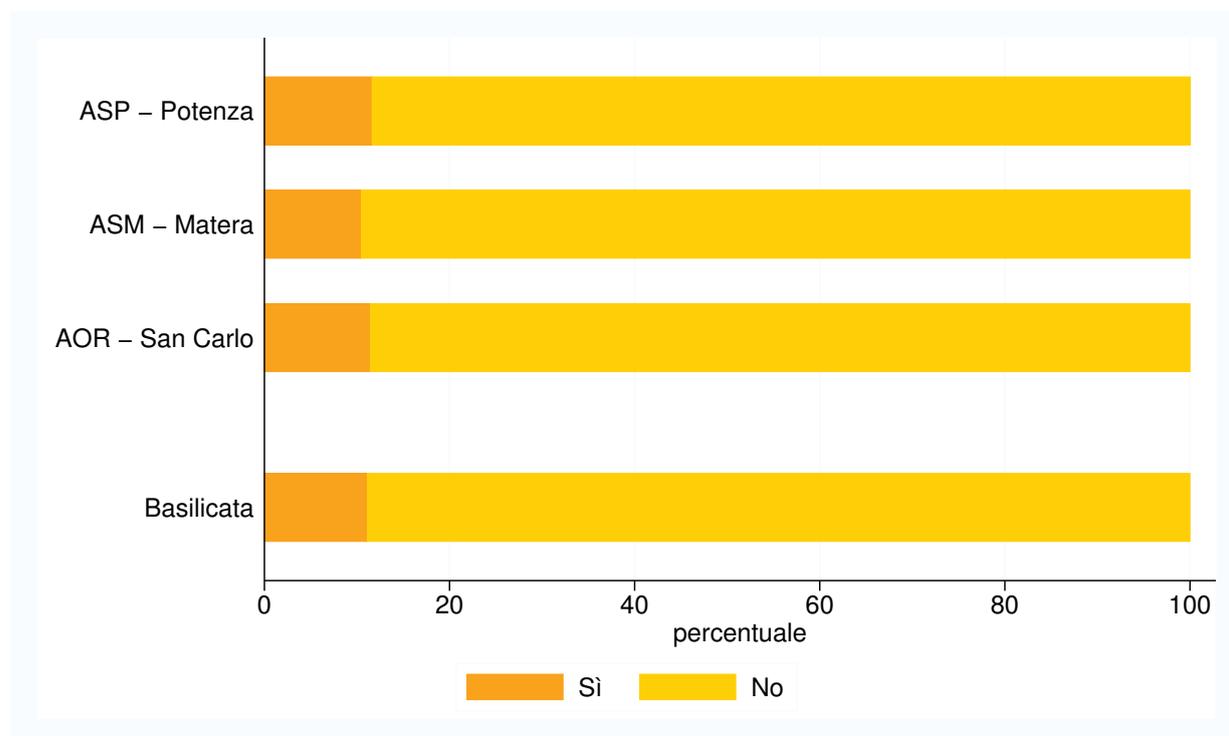
Azienda	Fino a 10 minuti		Da 10 a 30 minuti		Da 30 minuti ad 1 ora		Da 1 a 2 ore		Da 2 a 4 ore		Oltre 4 ore		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1505	30.3	1976	39.8	894	18.0	317	6.4	133	2.7	134	2.7	4959	100.0
ASM - Matera	1778	27.6	2524	39.2	1173	18.2	588	9.1	240	3.7	140	2.2	6443	100.0
AOR - San Carlo	1258	23.8	1882	35.7	897	17.0	820	15.5	314	6.0	105	2.0	5277	100.0
Reg. Basilicata	4541	27.2	6382	38.3	2965	17.8	1725	10.3	687	4.1	379	2.3	16679	100.0

Dove ha trascorso questo tempo prevalentemente?



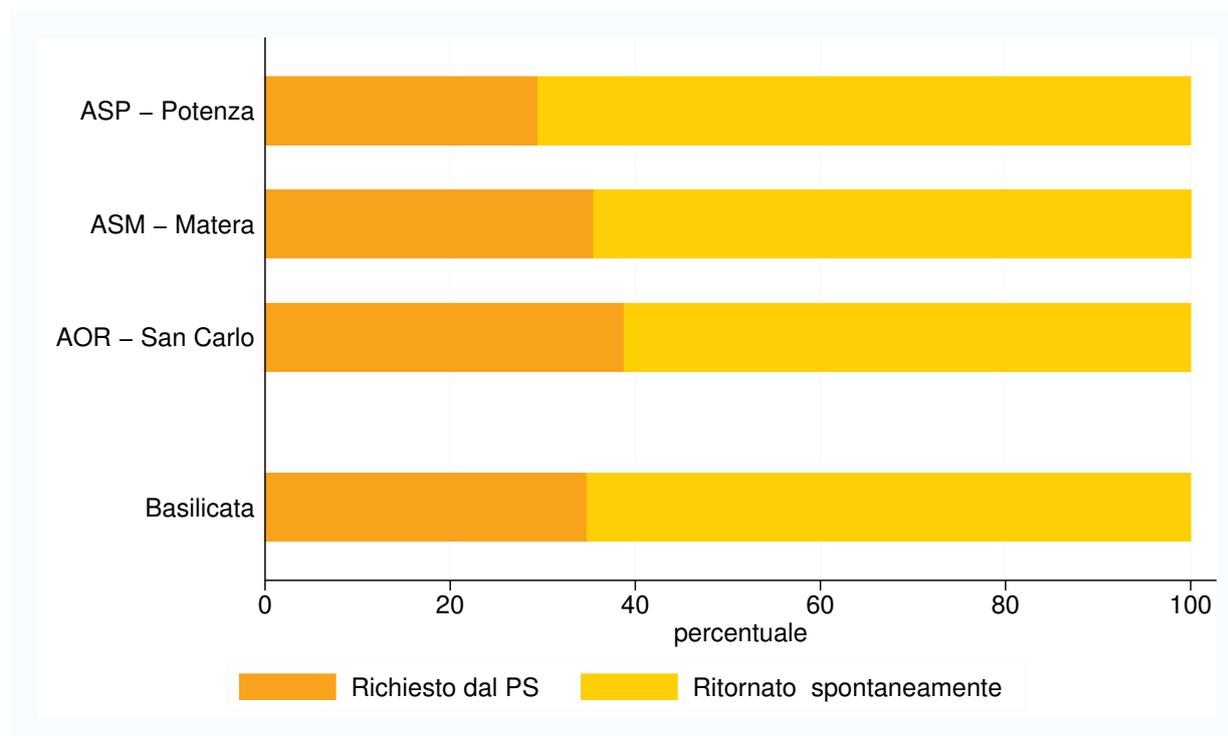
Azienda	In sala di attesa		In una stanza dedicata (discharge room)		Nel corridoio del PS		In una delle sale per le visite/osservazioni		Altro		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1518	30.2	638	12.7	758	15.1	1878	37.3	239	4.8	5032	100.0
ASM - Matera	1794	27.1	1048	15.8	589	8.9	2870	43.4	313	4.7	6614	100.0
AOR - San Carlo	1223	23.6	818	15.8	345	6.7	2481	47.9	309	6.0	5177	100.0
Reg. Basilicata	4536	27.0	2504	14.9	1692	10.1	7230	43.0	862	5.1	16823	100.0

Nei tre giorni successivi al primo accesso al Pronto Soccorso è ritornato al Pronto Soccorso per lo stesso problema di salute o per problemi correlati?



Azienda	Si		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	594	11.6	4507	88.4	5101	100.0
ASM - Matera	683	10.5	5829	89.5	6513	100.0
AOR - San Carlo	614	11.4	4751	88.6	5365	100.0
Reg. Basilicata	1890	11.1	15088	88.9	16978	100.0

È tornato perché le è stato chiesto dal personale del Pronto Soccorso (ad esempio per togliere punti, fare una medicazione ...) o è tornato di sua spontanea volontà?



Azienda	Richiesto dal PS		Ritornato spontaneamente		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	163	29.5	390	70.5	553	100.0
ASM - Matera	233	35.5	423	64.5	655	100.0
AOR - San Carlo	238	38.8	376	61.2	614	100.0
Reg. Basilicata	634	34.8	1189	65.2	1822	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di essere tornati in Pronto Soccorso nei tre giorni successivi

Giudizio complessivo

In questa sezione vengono rilevate alcune valutazioni di sintesi da parte del paziente circa il servizio di Pronto Soccorso.

Da tempo numerosi studi (Donabedian, 1992; Yarnold et al., 1992; Hansagi et al., 1992) evidenziano che la soddisfazione del paziente può essere considerata un ottimo punto di riferimento ai fini della valutazione della qualità del servizio ricevuto (Trout et al., 2000). La rilevazione della soddisfazione dei pazienti è anche rilevante sotto il profilo clinico, in quanto pazienti soddisfatti sono più inclini ad aderire ai trattamenti (Bjorvell et al., 1991; Hostutler et al., 1999) e ad assumere un ruolo attivo nel loro percorso di cura (Donabedian, 1988).

In primo luogo viene analizzato il livello di soddisfazione per la qualità dell'assistenza ricevuta, attraverso la domanda "Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla qualità della assistenza ricevuta in Pronto Soccorso?" con un punteggio che varia tra 1 (giudizio pessimo) e 5 (giudizio ottimo).

La distribuzione delle risposte alimenta l'indicatore D8a, "Valutazione degli utenti del PS sulla qualità dell'assistenza ricevuta".

Il secondo aspetto che viene approfondito è la percezione, da parte del paziente, circa la capacità di lavorare in squadra dimostrata dal personale medico ed infermieristico (domanda: "Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla capacità di lavorare in squadra dimostrata dal personale medico ed infermieristico?"): precedenti studi (Brolis et al., 2006; Seghieri et al., 2009; Marcacci et al., 2010;) hanno dimostrato la presenza di una correlazione positiva tra questo aspetto e la valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta. Al paziente viene richiesto di rispondere un punteggio che varia da 1 (giudizio pessimo) a 5 (giudizio ottimo) e le risposte a questa domanda alimentano l'indicatore D8a.1.4, "Lavoro di squadra".

Il questionario approfondisce quindi se il personale, che si è occupato del paziente, si è presentato (domanda: "Il personale che ha trattato il suo caso si è presentato (nome, qualifica)?"), un aspetto che dovrebbe costituire la norma, vista la delicatezza della situazione che vede coinvolti professionisti e persona in cura.

La soddisfazione del paziente viene infine rilevata anche attraverso la sua volontà di tornare, in caso di bisogno, presso lo stesso Pronto Soccorso (domanda: "In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?"): è evidente che se il cittadino è rimasto soddisfatto delle cure ricevute, in caso di bisogno si rivolgerà alla stessa struttura.

Riferimenti bibliografici

Björvell H., Stieg J. (1991), "Patients' Perceptions of the Health Care Received in an Emergency Department", *Annals of Emergency Medicine*, 20, 7: 734-738.

Brolis R., Postal N., Povoli R. (2006), "Lavorare in gruppo: la collaborazione medici-infermieri", *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 25, 2: 84-87.

Donabedian A. (1988), "The Quality of Care. How Can it Be Assessed?", *Journal of the American Medical Association*, 260: 1743-1748.

Donabedian, A. (1992), "Quality Assurance in Health Care: Consumers' Role?", *Quality in Health Care* 1: 247-251.

Hansagi H., Carlsson B., Brismar B. (1992), "The Urgency of Care Need and Patient Satisfaction at a Hospital Emergency Department", *Health Care Management Review*, 17:71-75.

Hostutler J. J., Taft S. H., Snyder C. (1999), "Patient Needs in the Emergency Department: Nurses' and Patients' Perceptions", *Journal of Nursing Administration*, 29, 1: 43-50.

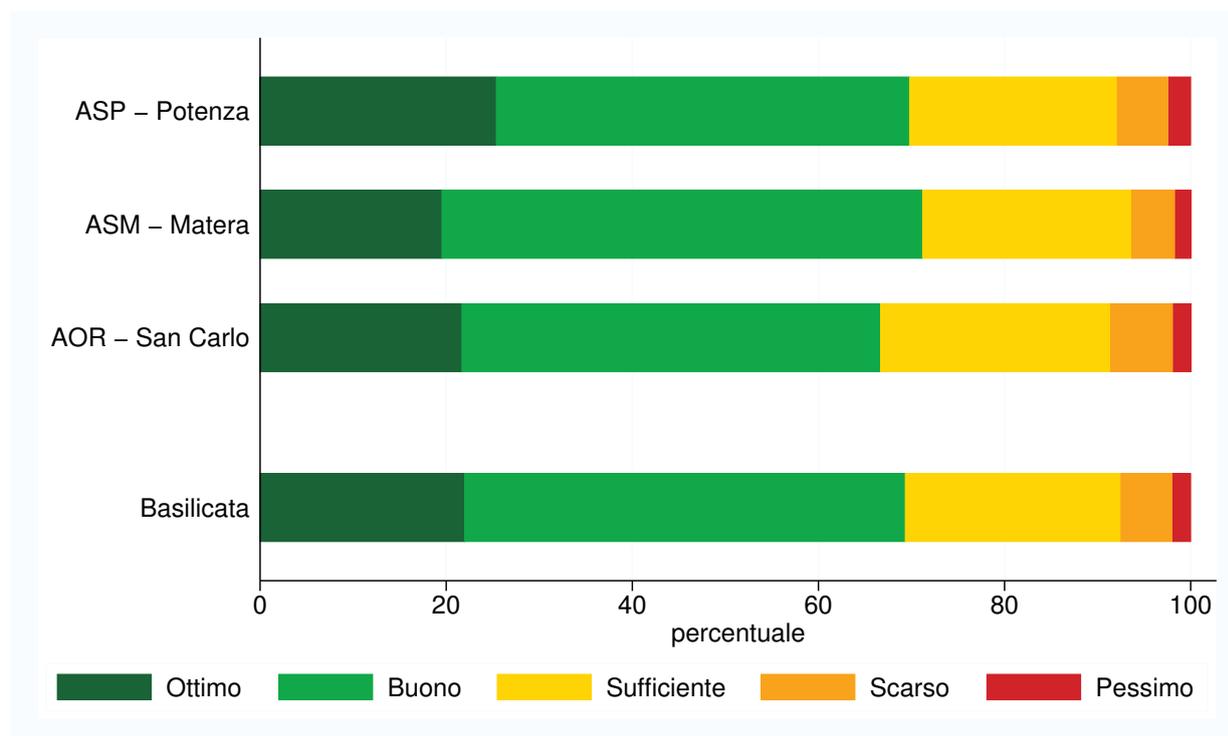
Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74.

Seghieri C., Sandoval G., Brown A., Nuti S. (2009), "Where to focus efforts to improve overall ratings of care and willingness to return: the case of Tuscan emergency departments", *Academic Emergency Medicine*, 16, 2:136-144.

Trout A., Magnusson A. R., Hedges J. R. (2000), "Patient Satisfaction Investigations and the Emergency Department: What Does the Literature Say?", *Academic Emergency Medicine*, 7,6: 695-709.

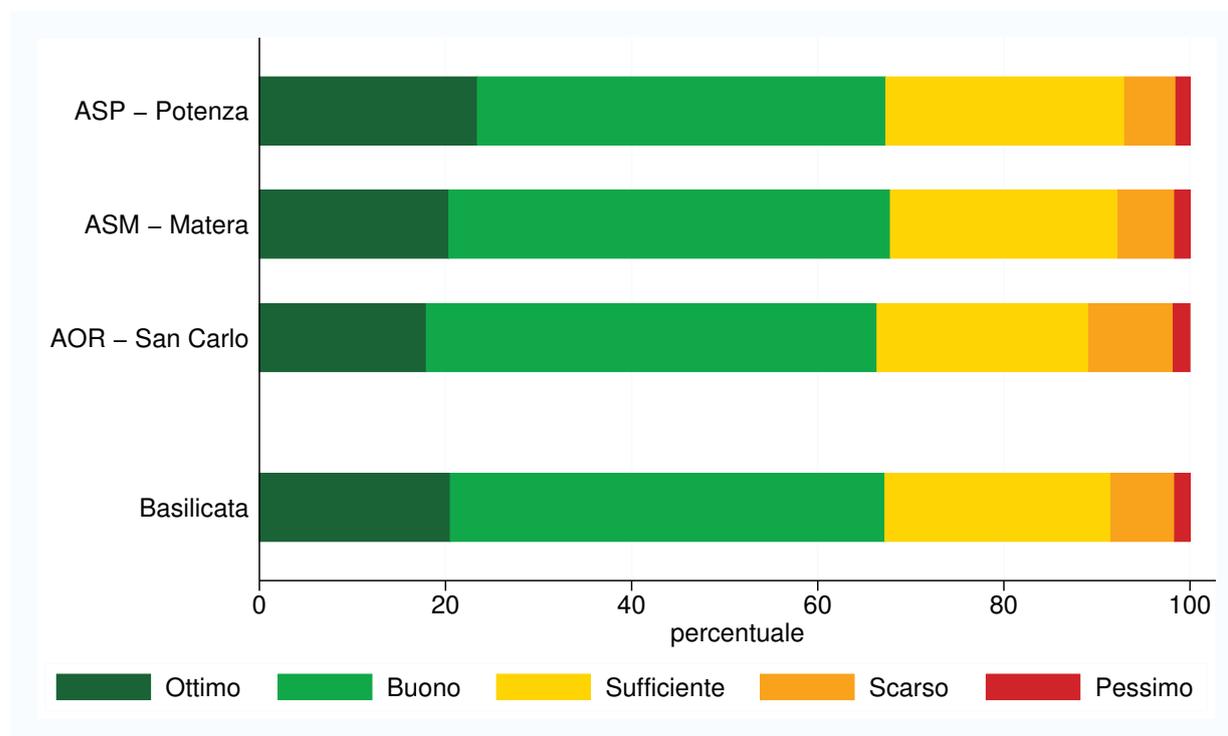
Yarnold P. R., Michelson E. A., Thompson D. A. et al. (1998), "Predicting Patient Satisfaction: a Study of Two Emergency Departments", *Journal of Behavioural Medicine*, 21:545-563.

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?



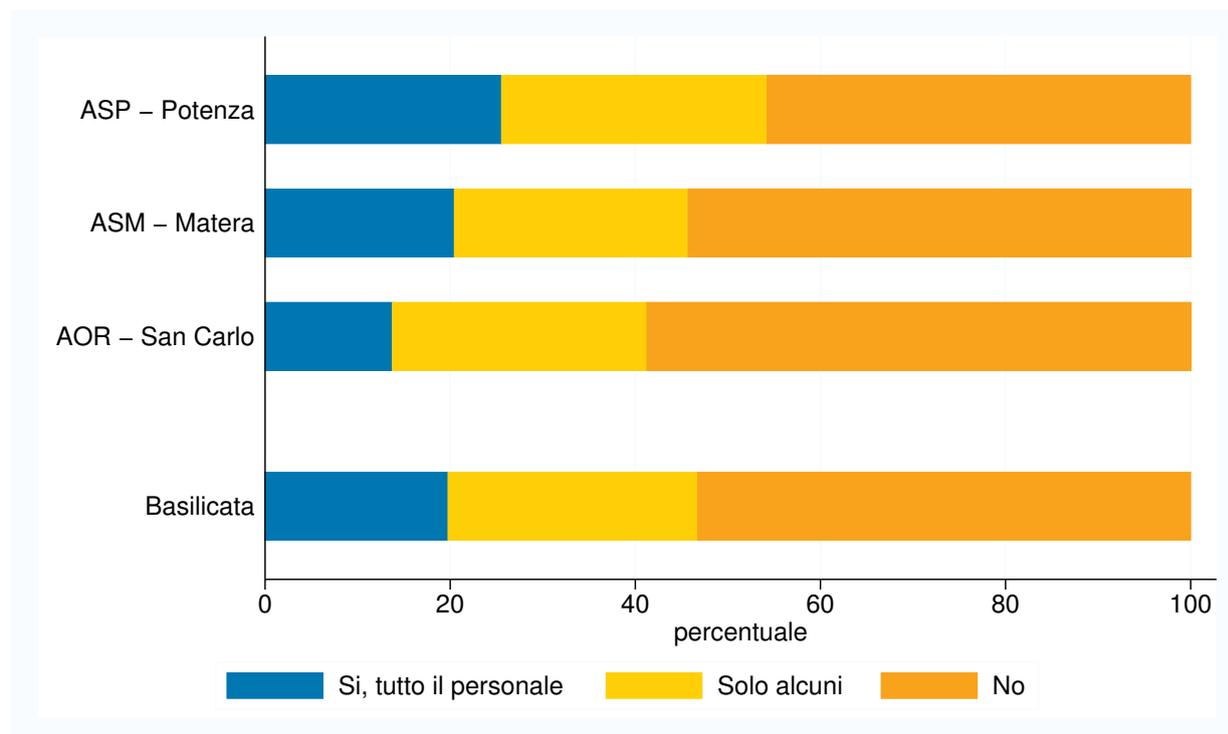
Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1345	25.4	2354	44.4	1183	22.3	295	5.6	122	2.3	5300	100.0
ASM - Matera	1316	19.5	3478	51.7	1516	22.5	314	4.7	109	1.6	6734	100.0
AOR - San Carlo	1222	21.7	2536	45.0	1395	24.8	378	6.7	104	1.8	5636	100.0
Reg. Basilicata	3884	22.0	8369	47.4	4095	23.2	988	5.6	336	1.9	17670	100.0

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla capacità di lavorare in squadra dimostrata dal personale medico ed infermieristico?



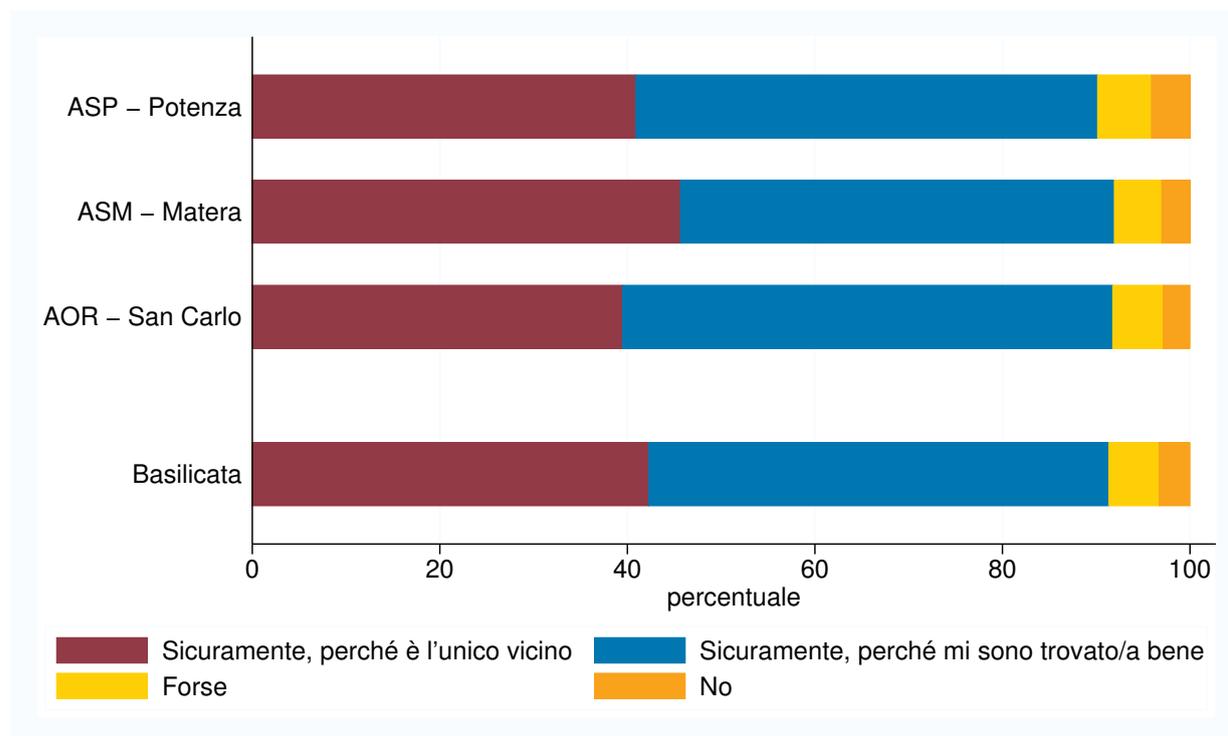
Azienda	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1219	23.4	2285	43.9	1336	25.7	287	5.5	79	1.5	5205	100.0
ASM - Matera	1373	20.3	3203	47.5	1651	24.5	411	6.1	112	1.7	6749	100.0
AOR - San Carlo	972	17.9	2623	48.4	1232	22.8	492	9.1	97	1.8	5416	100.0
Reg. Basilicata	3564	20.5	8111	46.7	4219	24.3	1190	6.8	287	1.7	17371	100.0

Il personale che ha trattato il suo caso si è presentato (nome, qualifica)?



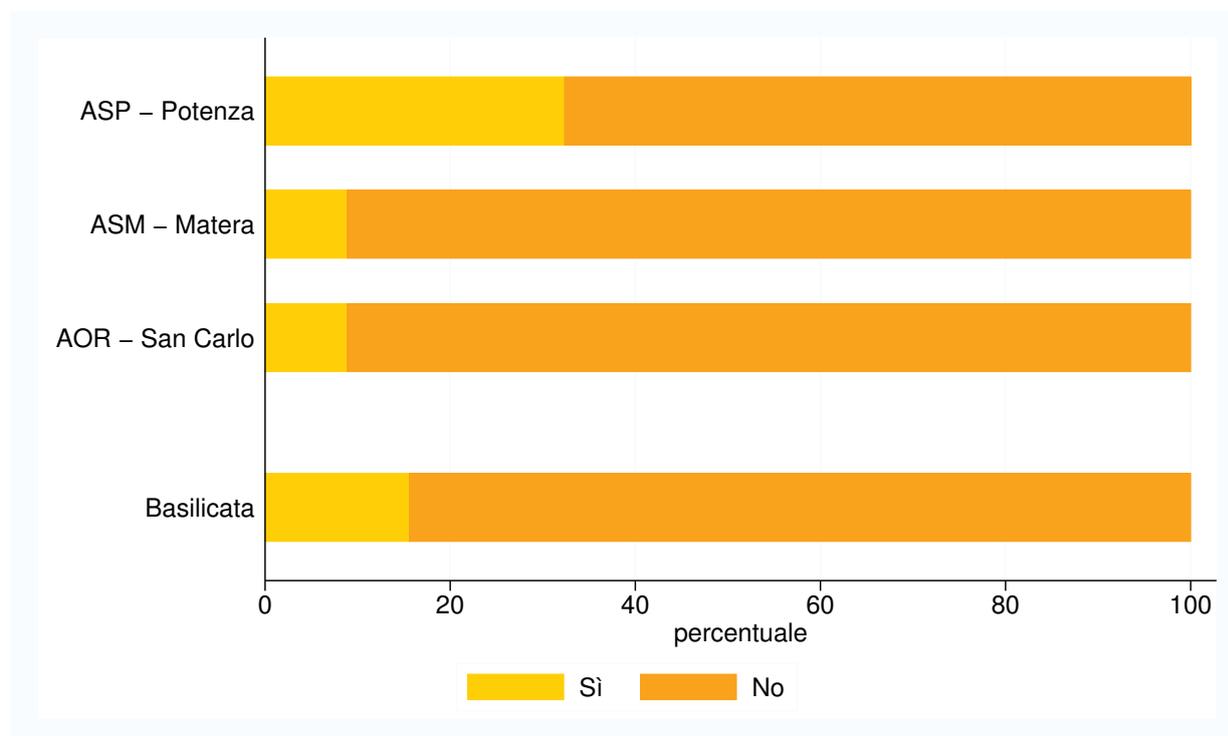
Azienda	Si, tutto il personale		Solo alcuni		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1138	25.5	1278	28.7	2040	45.8	4456	100.0
ASM - Matera	1199	20.4	1481	25.3	3183	54.3	5863	100.0
AOR - San Carlo	686	13.8	1368	27.5	2927	58.8	4982	100.0
Reg. Basilicata	3024	19.8	4128	27.0	8149	53.3	15301	100.0

In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?



Azienda	Sicuramente, perché è l'unico vicino		Sicuramente, perché mi sono trovato/a bene		Forse		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	2116	40.9	2547	49.2	297	5.7	213	4.1	5172	100.0
ASM - Matera	3080	45.7	3122	46.3	342	5.1	203	3.0	6747	100.0
AOR - San Carlo	2185	39.5	2893	52.3	298	5.4	158	2.8	5534	100.0
Reg. Basilicata	7381	42.3	8562	49.1	937	5.4	573	3.3	17453	100.0

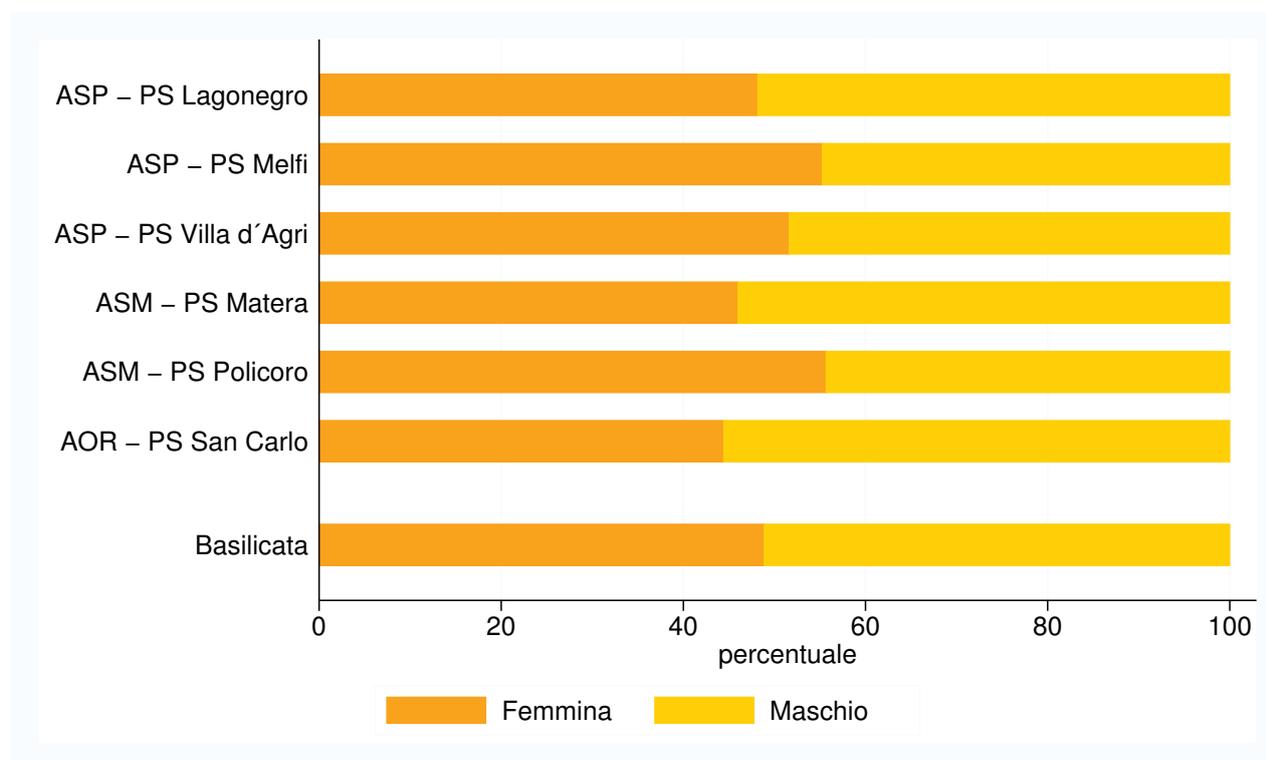
Lei ha ricevuto al Pronto Soccorso l'informativa in cui si comunicava al paziente che c'era una indagine regionale in corso?



Azienda	Si		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - Potenza	1422	32.4	2973	67.6	4395	100.0
ASM - Matera	523	8.9	5379	91.1	5902	100.0
AOR - San Carlo	445	8.9	4582	91.1	5028	100.0
Reg. Basilicata	2391	15.6	12934	84.4	15326	100.0

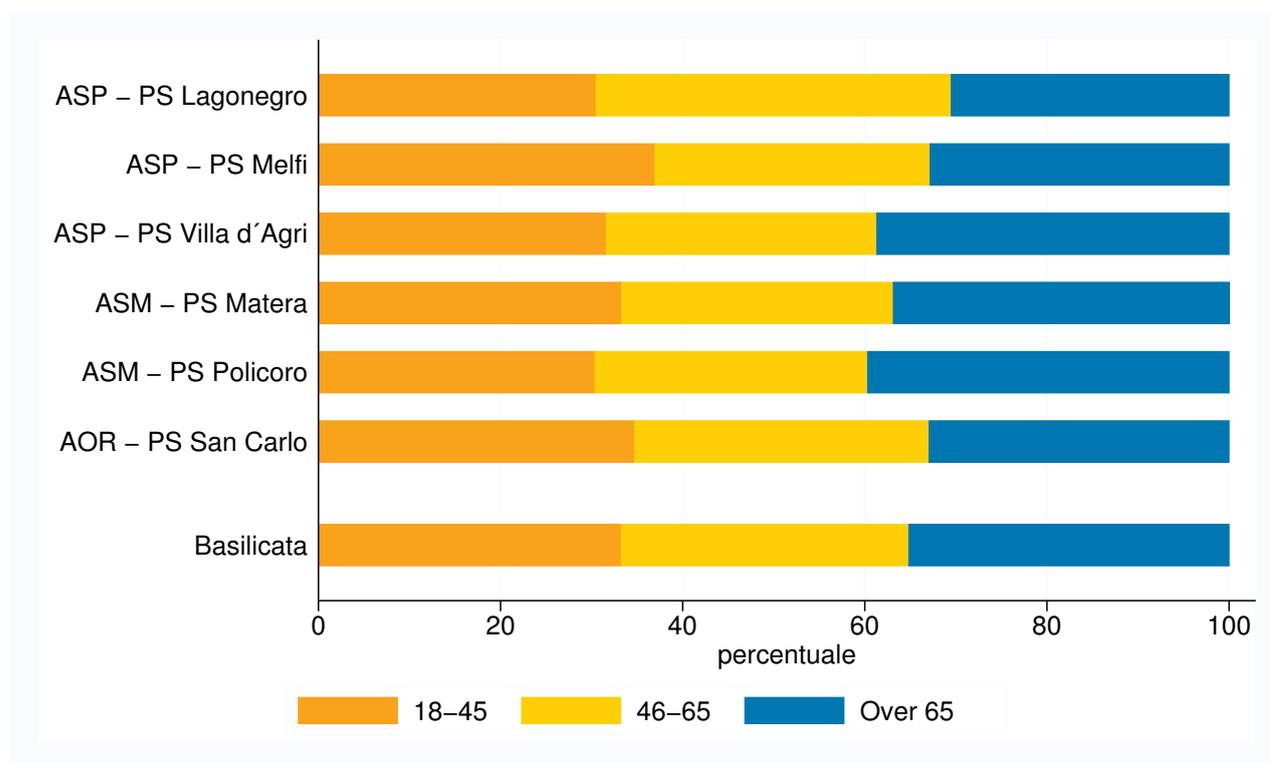
Caratteristiche socio demografiche e stato di salute

Sesso del rispondente:



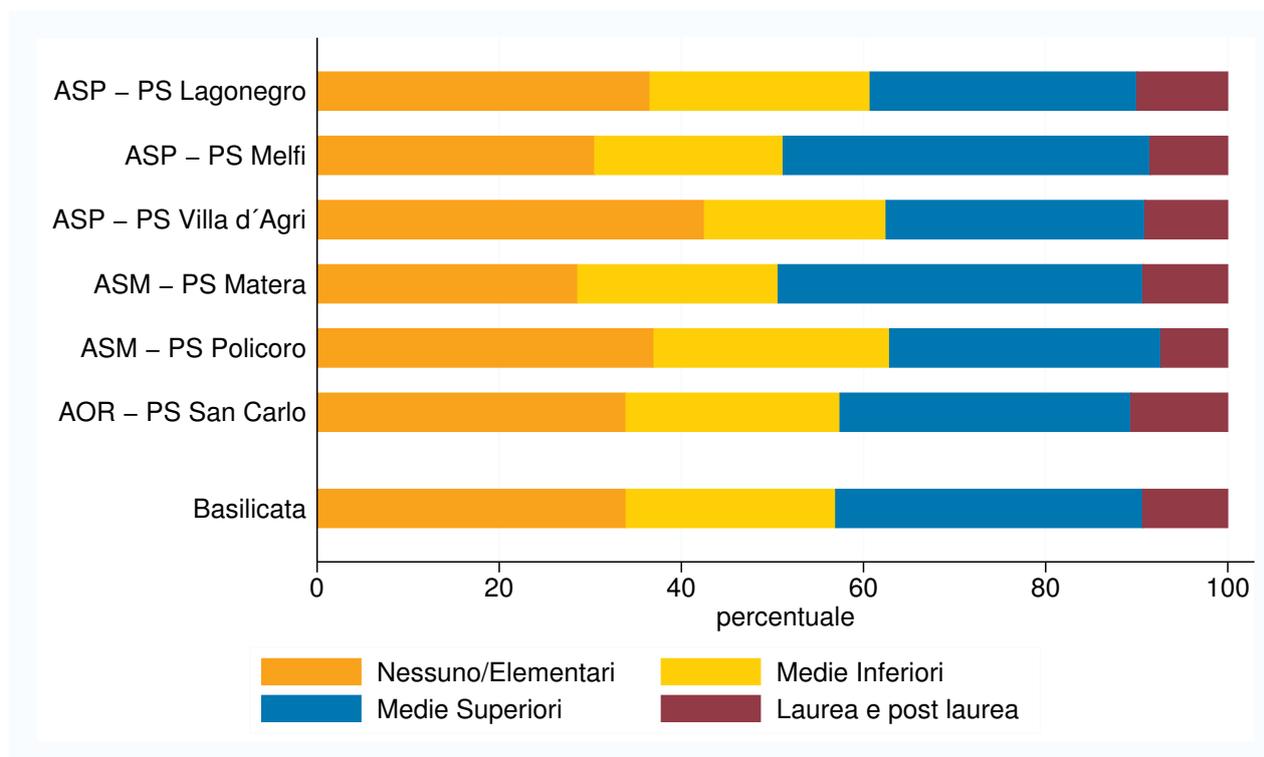
PS	Femmina		Maschio		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	834	48.2	898	51.8	1732	100.0
ASP - PS Melfi	1163	55.3	941	44.7	2104	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	815	51.7	762	48.3	1577	100.0
ASM - PS Matera	1740	46.0	2043	54.0	3783	100.0
ASM - PS Policoro	1650	55.7	1314	44.3	2964	100.0
AOR - PS San Carlo	2538	44.4	3175	55.6	5713	100.0
Reg. Basilicata	8741	48.9	9132	51.1	17873	100.0

Fascia d'età del rispondente:



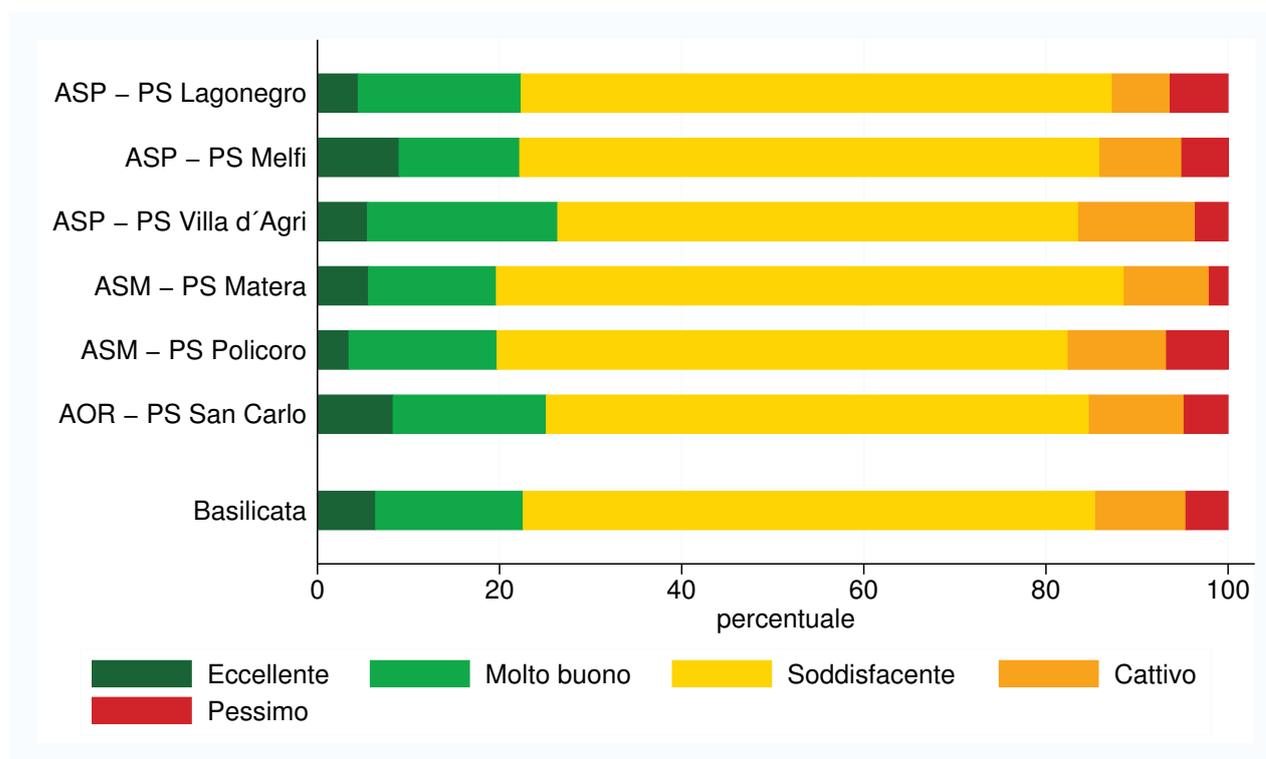
PS	18-45		46-65		Over 65		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	528	30.5	676	39.0	528	30.5	1732	100.0
ASP - PS Melfi	778	37.0	636	30.2	691	32.8	2104	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	499	31.6	468	29.7	610	38.7	1577	100.0
ASM - PS Matera	1279	33.3	1145	29.8	1416	36.9	3840	100.0
ASM - PS Policoro	930	30.4	917	29.9	1215	39.7	3062	100.0
AOR - PS San Carlo	2001	34.7	1865	32.4	1897	32.9	5764	100.0
Reg. Basilicata	6015	33.3	5707	31.6	6357	35.2	18079	100.0

Titolo di studio del rispondente:



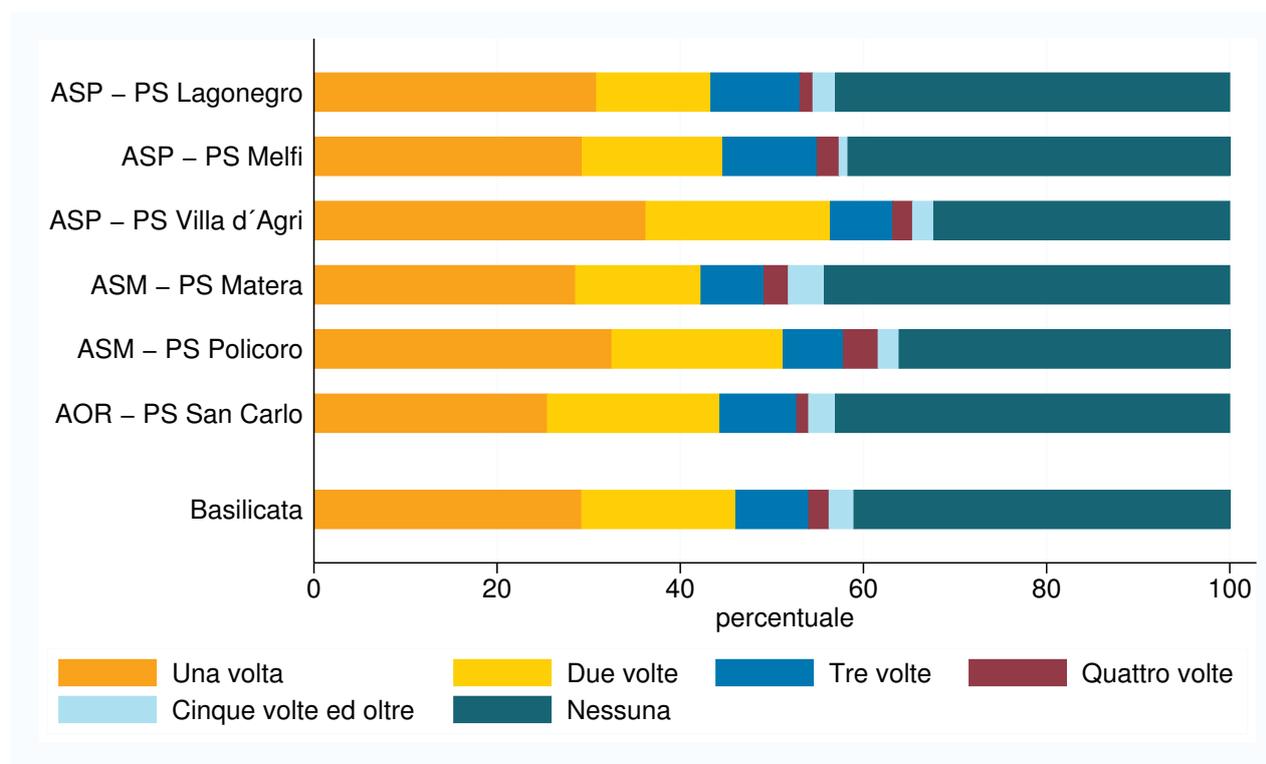
PS	Nessuno Elementari		Medie Inferiori		Medie Superiori		Laurea post laurea		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	633	36.6	419	24.2	508	29.3	173	10.0	1732	100.0
ASP - PS Melfi	641	30.5	435	20.7	848	40.3	179	8.5	2104	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	671	42.5	315	20.0	448	28.4	144	9.1	1577	100.0
ASM - PS Matera	1075	28.6	826	22.0	1506	40.1	349	9.3	3756	100.0
ASM - PS Policoro	1113	37.0	778	25.9	897	29.8	220	7.3	3009	100.0
AOR - PS San Carlo	1948	33.9	1351	23.5	1836	32.0	611	10.6	5746	100.0
Reg. Basilicata	6081	33.9	4124	23.0	6043	33.7	1675	9.3	17924	100.0

Come considera il suo stato di salute in questo momento?



PS	Eccellen- te		Molto buono		Soddisfa- cente		Cattivo		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	71	4.5	284	17.9	1031	64.9	101	6.4	101	6.3	1588	100.0
ASP - PS Melfi	177	9.0	262	13.2	1260	63.7	177	9.0	100	5.1	1976	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	82	5.5	312	20.9	854	57.2	192	12.8	53	3.6	1493	100.0
ASM - PS Matera	199	5.6	500	14.0	2451	68.9	332	9.3	74	2.1	3556	100.0
ASM - PS Policoro	98	3.5	461	16.3	1774	62.7	306	10.8	191	6.8	2829	100.0
AOR - PS San Carlo	449	8.3	911	16.9	3220	59.6	563	10.4	261	4.8	5404	100.0
Reg. Basilicata	1077	6.4	2729	16.2	10589	62.9	1671	9.9	780	4.6	16846	100.0

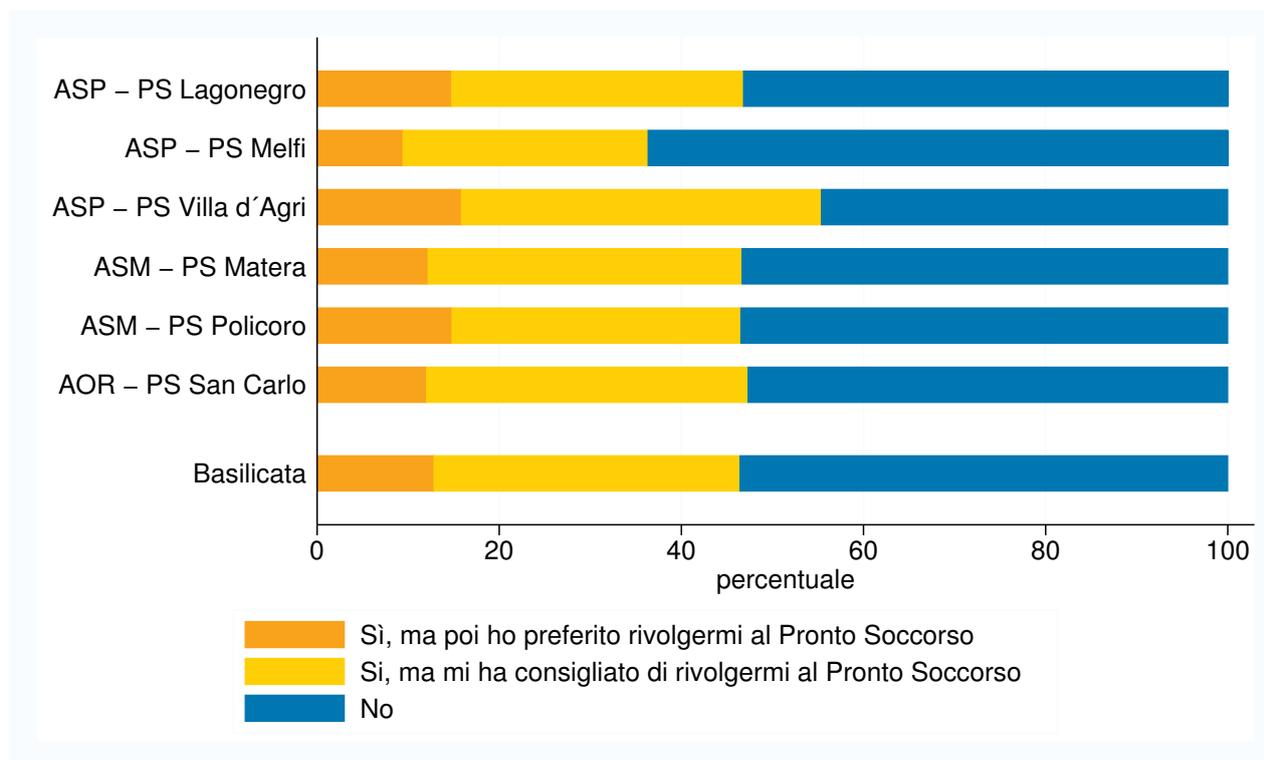
Quante volte si è recato al Pronto Soccorso (qualsiasi Pronto Soccorso) negli ultimi 12 mesi escluso l'accesso in oggetto?



PS	Una volta		Due volte		Tre volte		Quattro volte		Cinque volte ed oltre		Nessuna	Totale		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%	
ASP - PS Lagonegro	515	30.9	208	12.5	162	9.7	24	1.4	41	2.5	718	43.0	1668	100.0
ASP - PS Melfi	602	29.3	315	15.3	212	10.3	49	2.4	20	1.0	857	41.7	2055	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	564	36.2	313	20.2	106	6.8	34	2.2	36	2.3	503	32.3	1555	100.0
ASM - PS Matera	1088	28.6	522	13.7	262	6.9	101	2.6	150	3.9	1686	44.3	3810	100.0
ASM - PS Policoro	986	32.5	567	18.7	200	6.6	114	3.8	69	2.3	1094	36.1	3029	100.0
AOR - PS San Carlo	1449	25.5	1071	18.8	476	8.4	74	1.3	166	2.9	2447	43.1	5682	100.0
Reg. Basilicata	5203	29.2	2996	16.8	1418	8.0	396	2.2	482	2.7	7303	41.0	17799	100.0

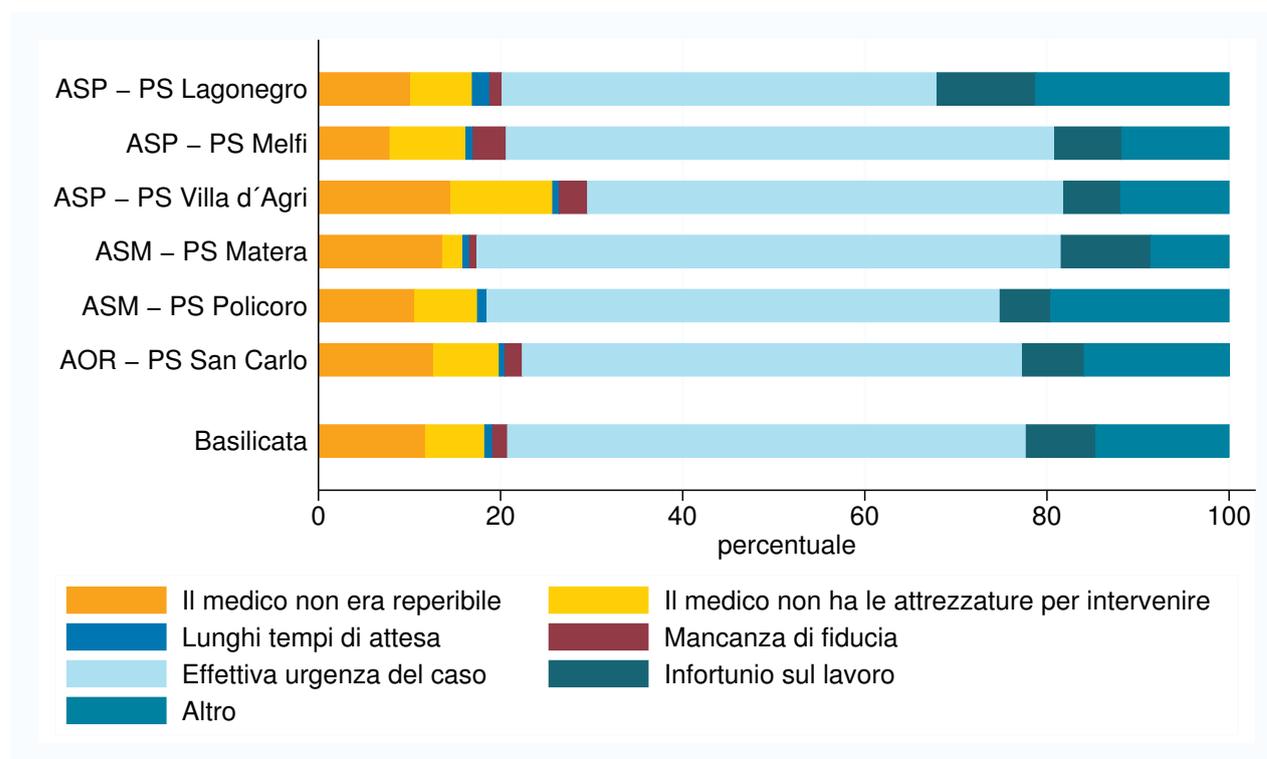
Accesso

Prima di recarsi al Pronto Soccorso si è rivolto al suo medico di famiglia?



PS	Sì, ma poi ho preferito rivolgermi al Pronto Soccorso		Sì, ma mi ha consigliato di rivolgermi al Pronto Soccorso		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	244	14.8	527	32.0	876	53.2	1647	100.0
ASP - PS Melfi	191	9.4	545	26.9	1289	63.7	2025	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	248	15.8	617	39.5	697	44.6	1563	100.0
ASM - PS Matera	446	12.2	1264	34.5	1953	53.3	3663	100.0
ASM - PS Policoro	436	14.8	934	31.7	1574	53.5	2944	100.0
AOR - PS San Carlo	659	12.0	1935	35.3	2886	52.7	5481	100.0
Reg. Basilicata	2224	12.8	5823	33.6	9276	53.5	17322	100.0

Per quale motivo prevalente ha escluso di rivolgersi al suo medico di famiglia?

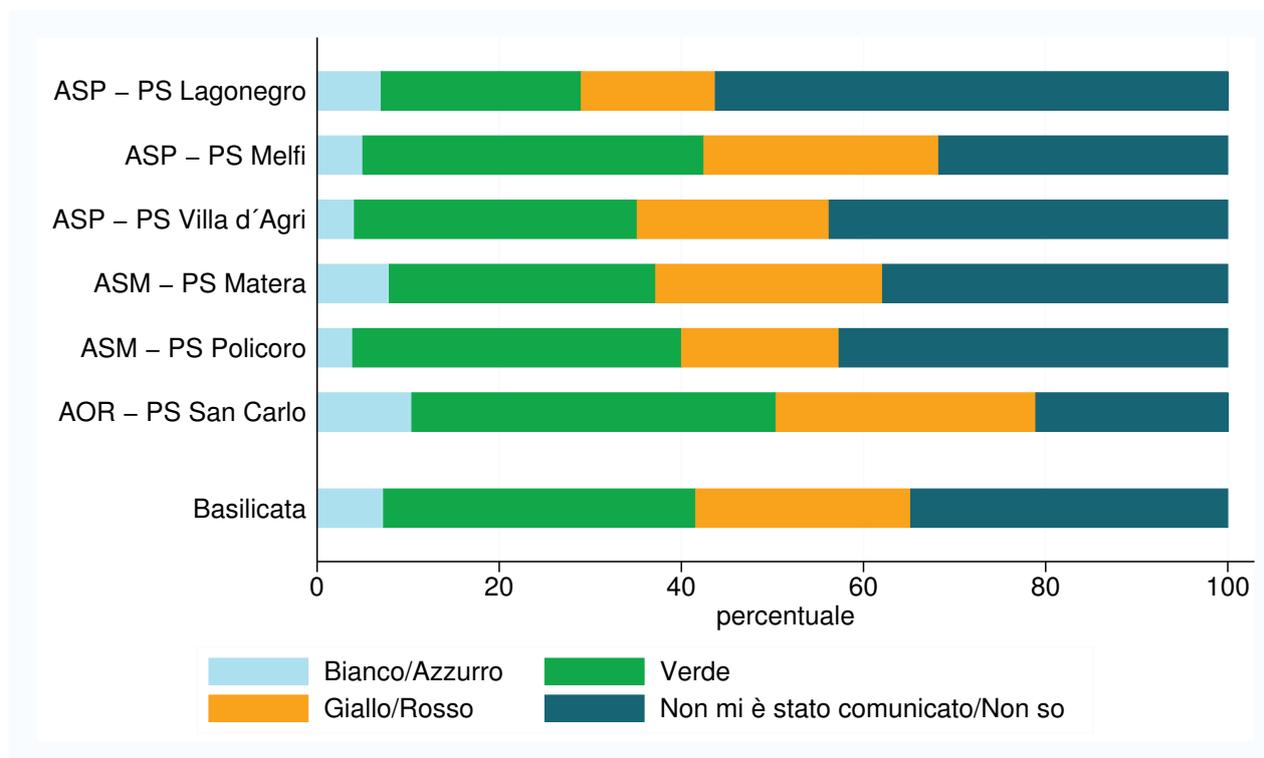


PS	R.1		R.2		R.3		R.4		R.5		R.6		R.7		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	89	10.1	59	6.8	17	1.9	12	1.4	418	47.8	95	10.8	186	21.2	876	100.0
ASP - PS Melfi	99	7.9	105	8.3	10	0.8	46	3.6	755	60.2	92	7.4	148	11.8	1254	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	101	14.6	77	11.2	5	0.7	21	3.1	362	52.3	43	6.3	82	11.9	692	100.0
ASM - PS Matera	264	13.6	44	2.2	14	0.7	16	0.8	1244	64.1	191	9.8	167	8.6	1939	100.0
ASM - PS Policoro	163	10.6	106	6.9	16	1.1	0	0.0	869	56.3	86	5.6	302	19.6	1542	100.0
AOR - PS San Carlo	358	12.6	204	7.2	18	0.6	54	1.9	1554	54.9	192	6.8	450	15.9	2830	100.0
Reg. Basilicata	1074	11.8	595	6.5	80	0.9	149	1.6	5202	57.0	699	7.7	1335	14.6	9133	100.0

Note: R.1: Il medico non era reperibile - R.2: Il medico non ha le attrezzature per intervenire - R.3: Lunghi tempi di attesa - R.4: Mancanza di fiducia - R.5: Effettiva urgenza del caso - R.6: Infortunio sul lavoro - R.7: Altro.

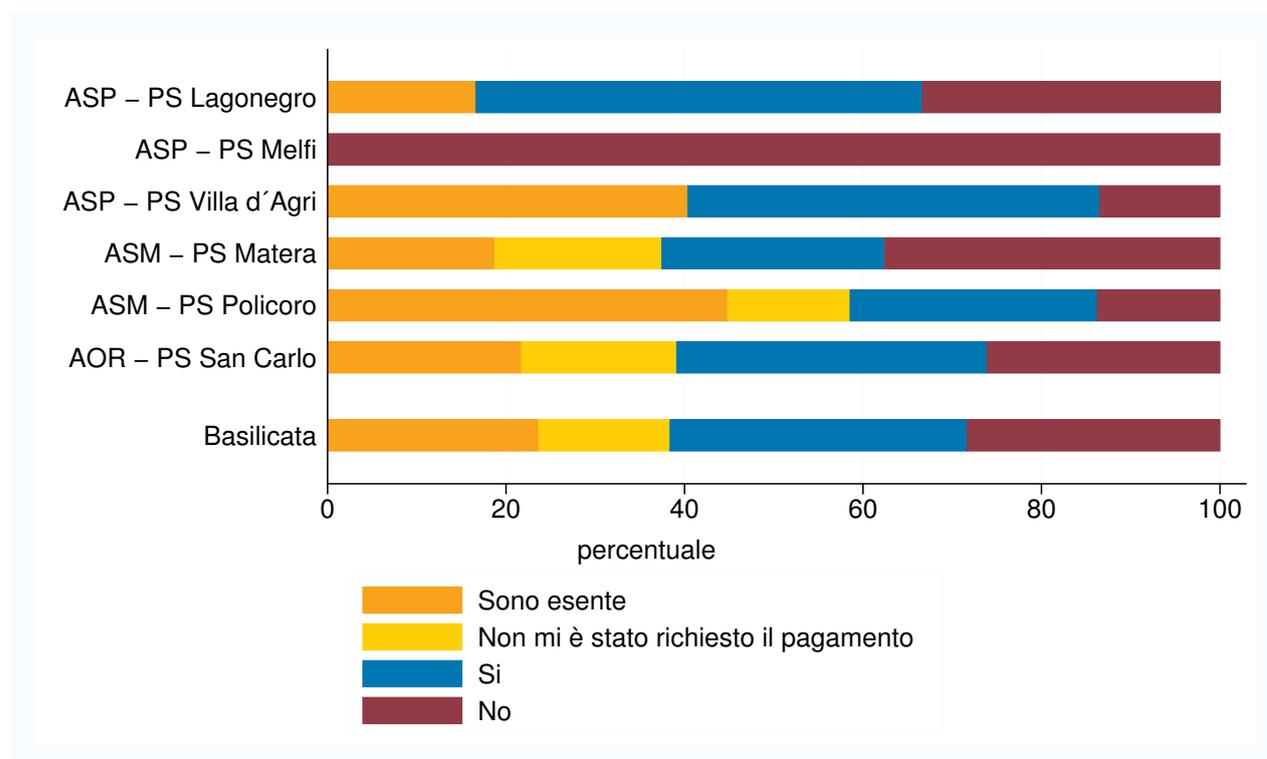
Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di non essersi rivolti al medico di famiglia

Quale era il codice colore che le è stato assegnato al triage (accettazione)?



PS	Bianco/ azzurro		Verde		Giallo/ rosso		Non mi é stato comunicato/ non so		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	114	7.0	357	22.0	239	14.7	914	56.3	1625	100.0
ASP - PS Melfi	101	5.0	752	37.5	518	25.8	638	31.7	2009	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	62	4.1	470	31.1	319	21.1	663	43.8	1514	100.0
ASM - PS Matera	291	7.9	1072	29.3	914	24.9	1389	37.9	3665	100.0
ASM - PS Policoro	113	3.9	1045	36.1	501	17.3	1236	42.7	2895	100.0
AOR - PS San Carlo	581	10.4	2234	40.0	1594	28.5	1178	21.1	5588	100.0
Reg. Basilicata	1263	7.3	5932	34.3	4085	23.6	6017	34.8	17297	100.0

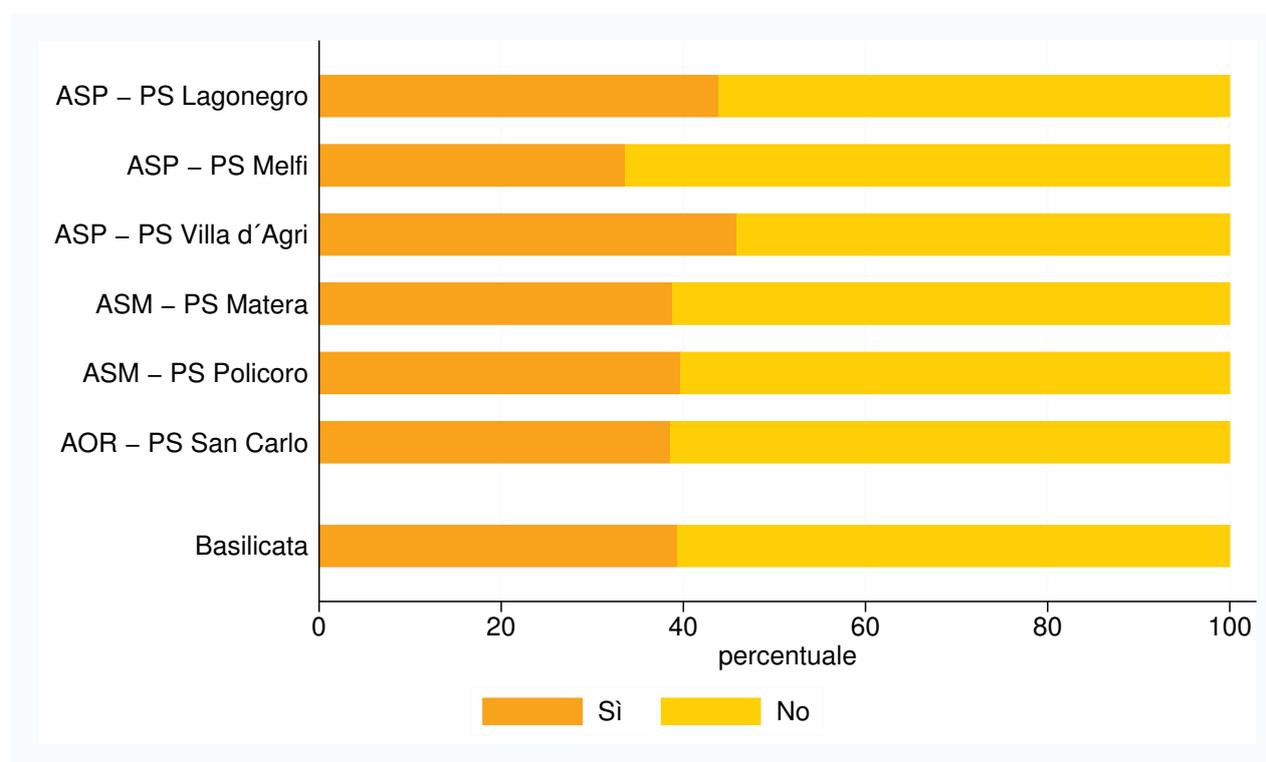
Ha pagato il ticket per l'assistenza ricevuta in Pronto Soccorso?



PS	Sono esente		Non mi è stato richiesto il pagamento		Sì		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	17	16.7	0	0.0	50	50.0	34	33.3	101	100.0
ASP - PS Melfi	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	100.0	12	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	15	40.4	0	0.0	17	46.2	5	13.5	38	100.0
ASM - PS Matera	43	18.8	43	18.8	57	25.0	85	37.5	227	100.0
ASM - PS Policoro	52	44.8	16	13.7	32	27.7	16	13.7	117	100.0
AOR - PS San Carlo	114	21.7	91	17.4	182	34.8	137	26.1	524	100.0
Reg. Basilicata	241	23.7	150	14.7	339	33.3	288	28.3	1017	100.0

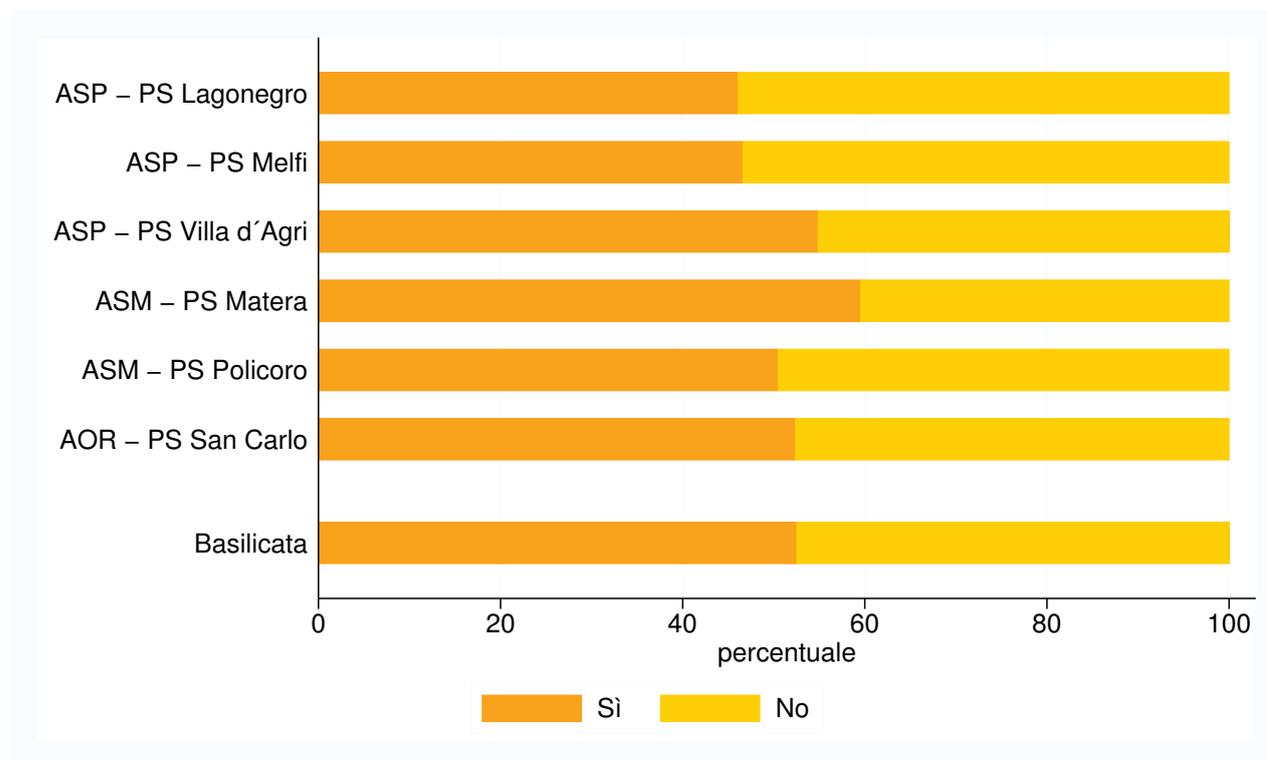
Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti a cui è stato attribuito dal PS il codice bianco o azzurro

Soffre di una malattia cronica?



PS	Si		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	701	43.9	895	56.1	1595	100.0
ASP - PS Melfi	659	33.6	1300	66.4	1959	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	671	45.9	791	54.1	1462	100.0
ASM - PS Matera	1394	38.8	2195	61.2	3589	100.0
ASM - PS Policoro	1169	39.7	1775	60.3	2944	100.0
AOR - PS San Carlo	2051	38.6	3265	61.4	5317	100.0
Reg. Basilicata	6645	39.4	10221	60.6	16866	100.0

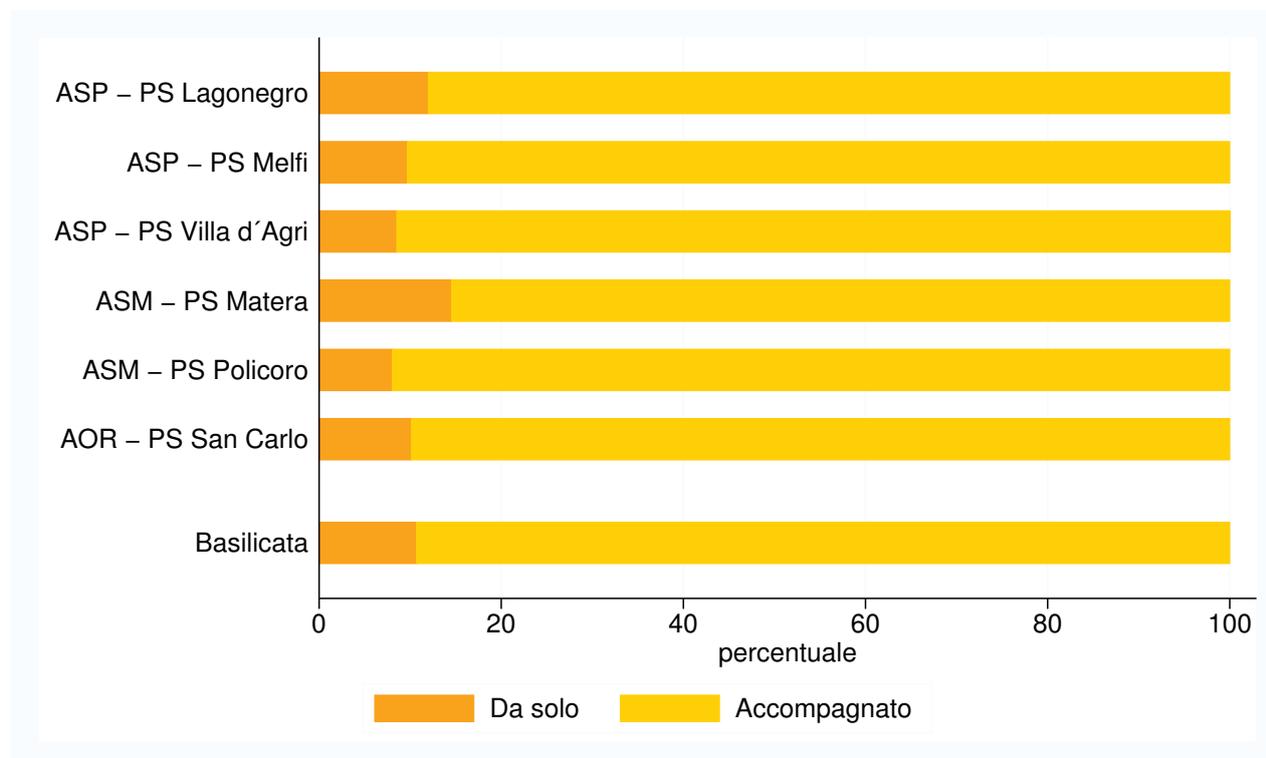
È stato in Pronto Soccorso per un problema collegato alla malattia cronica di cui soffre?



PS	Sì		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	323	46.1	378	53.9	701	100.0
ASP - PS Melfi	303	46.6	346	53.4	649	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	360	54.9	297	45.1	657	100.0
ASM - PS Matera	806	59.6	547	40.4	1353	100.0
ASM - PS Policoro	582	50.5	571	49.5	1153	100.0
AOR - PS San Carlo	1042	52.4	946	47.6	1988	100.0
Reg. Basilicata	3416	52.5	3085	47.5	6500	100.0

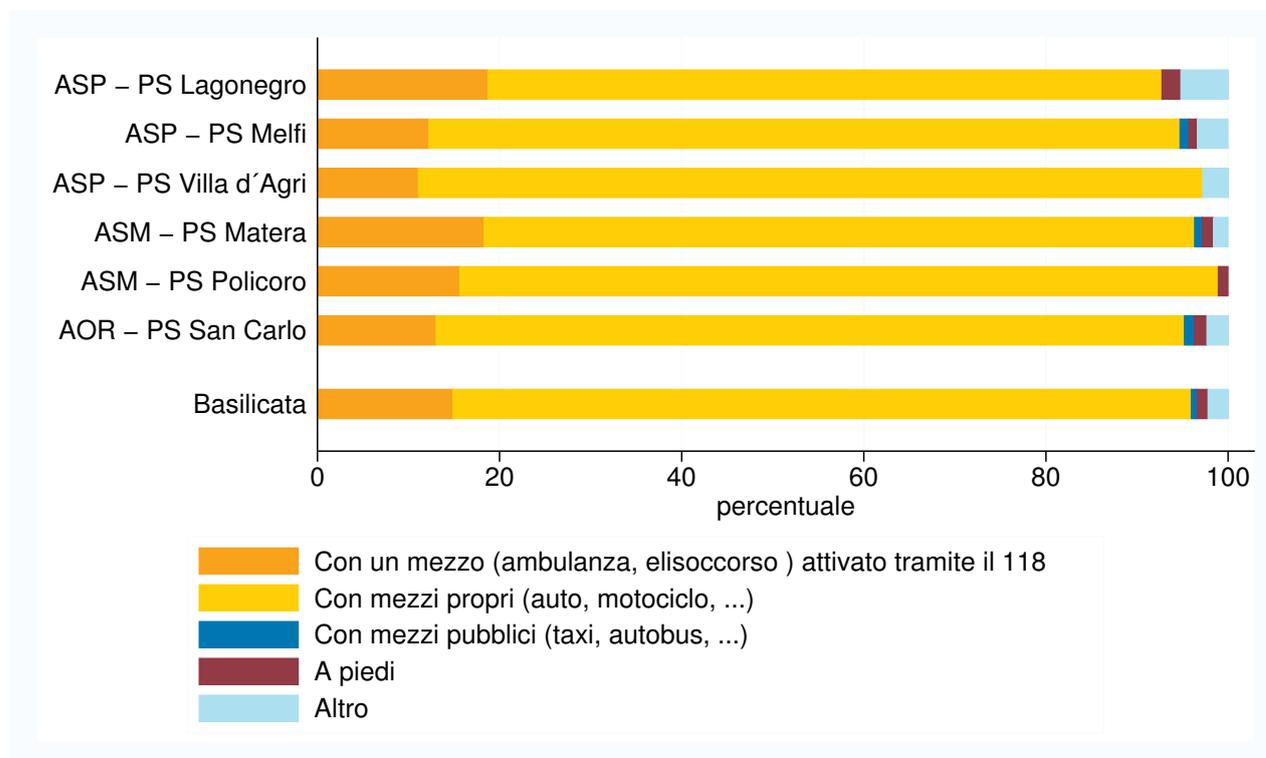
Note: Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di soffrire di una malattia cronica

In Pronto Soccorso è arrivato da solo o accompagnato da parenti/amici?



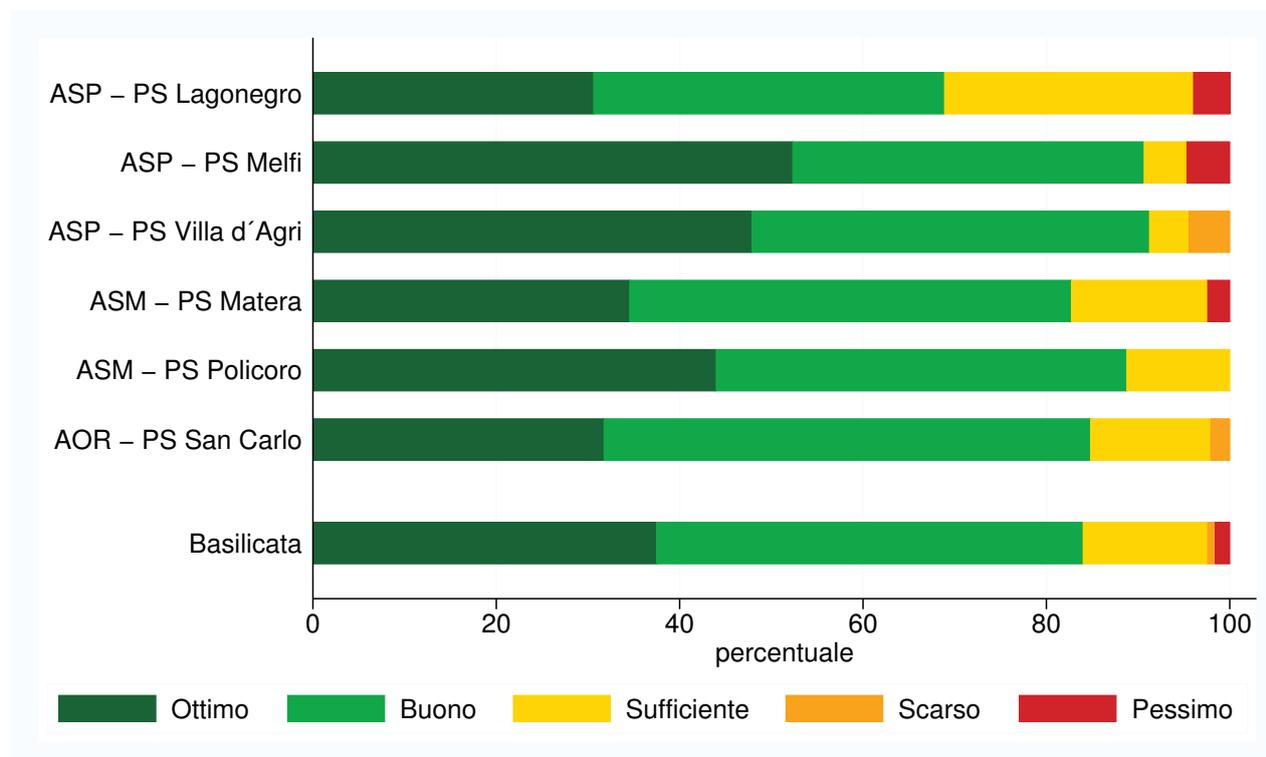
PS	Da solo		Accompagnato		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	204	12.0	1493	88.0	1696	100.0
ASP - PS Melfi	201	9.7	1870	90.3	2071	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	134	8.5	1443	91.5	1577	100.0
ASM - PS Matera	551	14.6	3231	85.4	3783	100.0
ASM - PS Policoro	245	8.1	2785	91.9	3029	100.0
AOR - PS San Carlo	579	10.1	5136	89.9	5715	100.0
Reg. Basilicata	1914	10.7	15958	89.3	17872	100.0

Com'è arrivato/a in Pronto Soccorso?



PS	Con un mezzo (ambulanza, elisoccorso) attivato tramite il 118		Con mezzi propri (auto, motociclo)		Con mezzi pubblici (taxi, autobus)		A piedi		Altro		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	320	18.7	1264	74.0	0	0.0	36	2.1	89	5.2	1708	100.0
ASP - PS Melfi	251	12.2	1689	82.5	20	1.0	20	1.0	69	3.4	2049	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	171	11.1	1327	86.1	0	0.0	0	0.0	43	2.8	1541	100.0
ASM - PS Matera	692	18.3	2949	78.0	33	0.9	47	1.2	60	1.6	3780	100.0
ASM - PS Policoro	473	15.6	2520	83.3	0	0.0	33	1.1	0	0.0	3025	100.0
AOR - PS San Carlo	742	13.0	4681	82.2	64	1.1	77	1.3	133	2.3	5695	100.0
Reg. Basilicata	2648	14.9	14430	81.1	116	0.7	211	1.2	393	2.2	17799	100.0

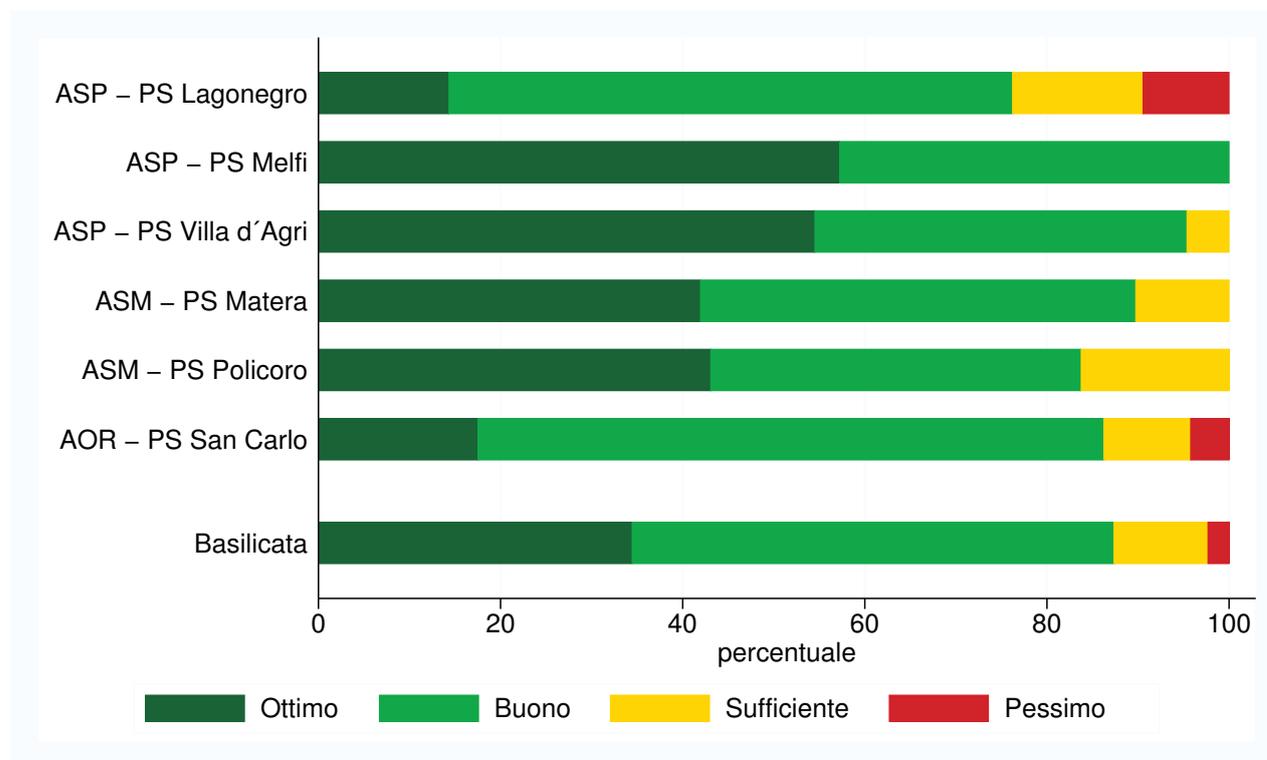
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla tempestività del servizio del 118?



PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	98	30.6	123	38.3	87	27.2	0	0.0	13	4.0	320	100.0
ASP - PS Melfi	131	52.3	96	38.3	12	4.7	0	0.0	12	4.7	251	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	78	47.9	71	43.4	7	4.3	7	4.4	0	0.0	164	100.0
ASM - PS Matera	234	34.5	327	48.2	101	14.9	0	0.0	16	2.4	678	100.0
ASM - PS Policoro	208	44.0	212	44.8	53	11.2	0	0.0	0	0.0	473	100.0
AOR - PS San Carlo	235	31.8	394	53.1	97	13.1	15	2.1	0	0.0	742	100.0
Reg. Basilicata	985	37.5	1222	46.5	357	13.6	23	0.9	41	1.5	2627	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di essere giunti al Pronto Soccorso con un mezzo attivato tramite il 118

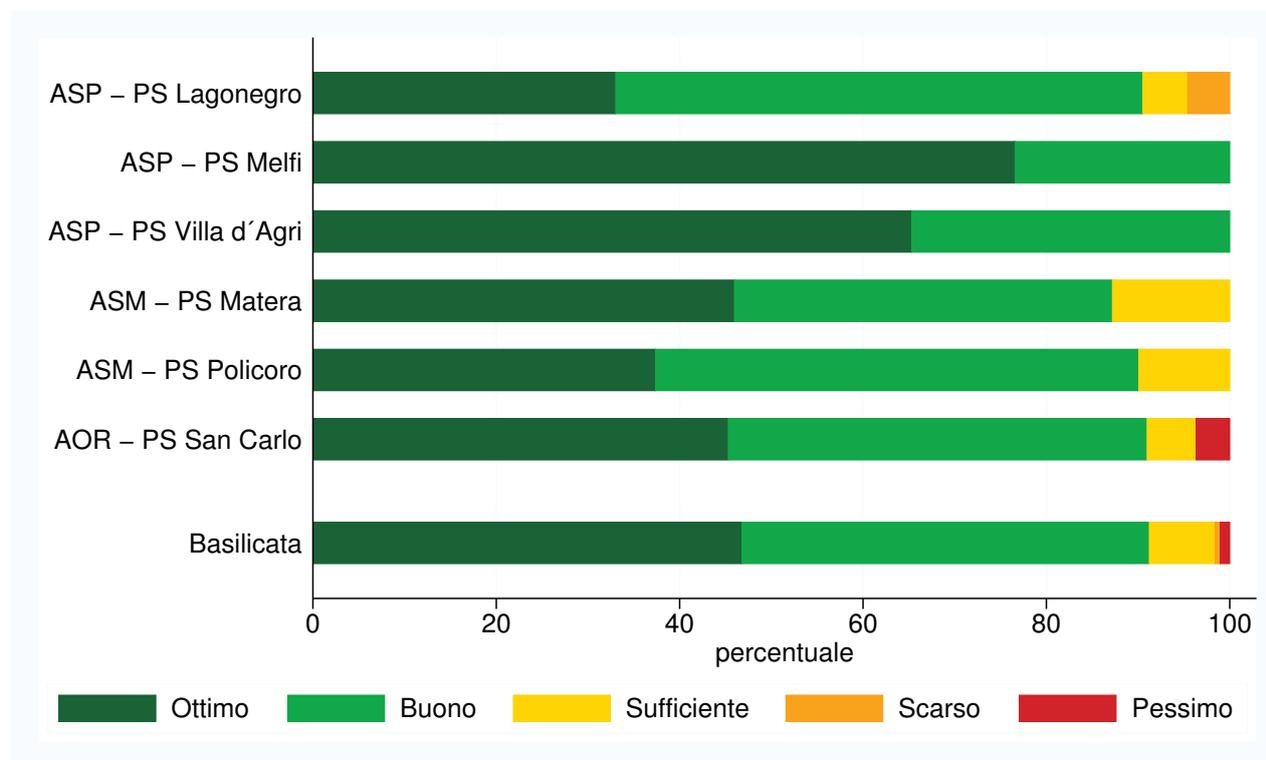
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla competenza del personale del servizio del 118?



PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	37	14.3	161	61.9	37	14.3	0	0.0	25	9.5	259	100.0
ASP - PS Melfi	100	57.3	75	42.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	174	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	85	54.5	64	40.9	7	4.6	0	0.0	0	0.0	157	100.0
ASM - PS Matera	234	42.0	267	47.8	57	10.2	0	0.0	0	0.0	558	100.0
ASM - PS Policoro	151	43.1	143	40.7	57	16.2	0	0.0	0	0.0	351	100.0
AOR - PS San Carlo	95	17.6	371	68.7	51	9.5	0	0.0	23	4.2	540	100.0
Reg. Basilicata	702	34.4	1080	52.9	210	10.3	0	0.0	47	2.3	2039	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di essere giunti al Pronto Soccorso con un mezzo attivato tramite il 118

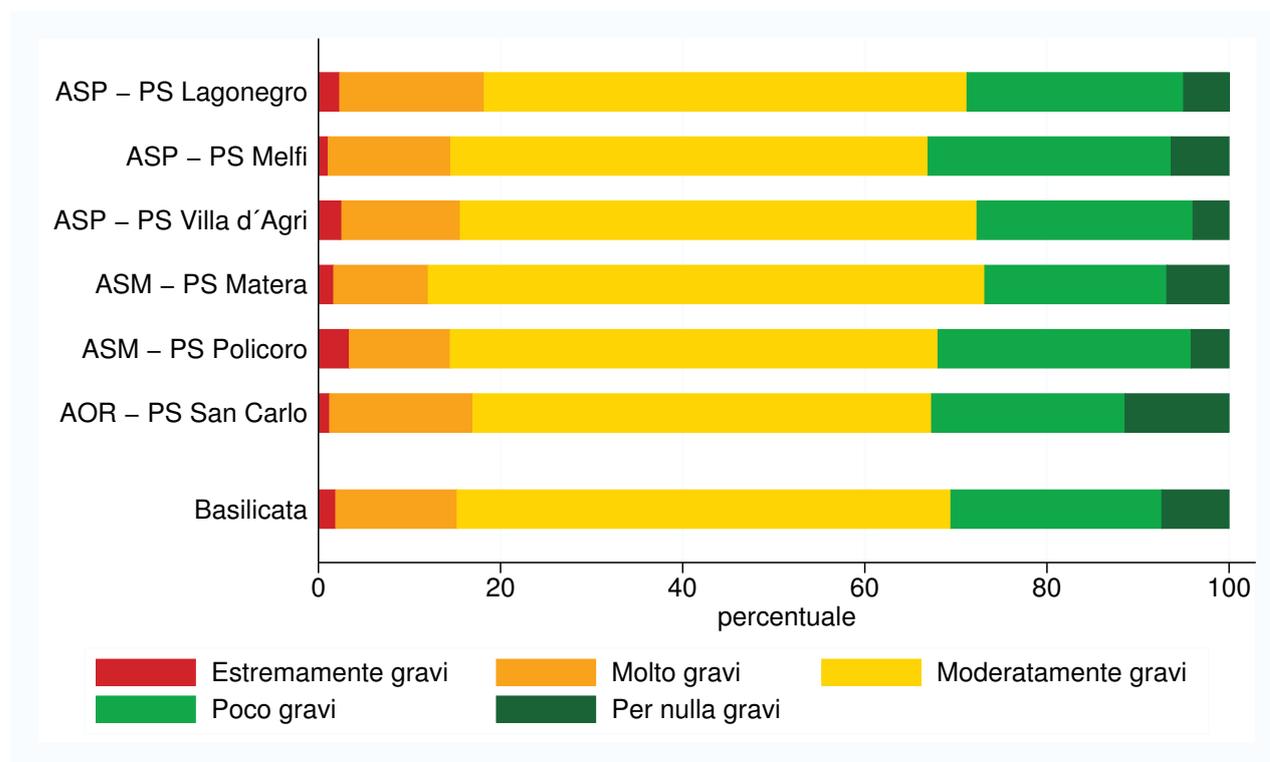
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla gentilezza del personale del servizio del 118?



PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	85	33.0	149	57.5	13	4.9	12	4.6	0	0.0	259	100.0
ASP - PS Melfi	141	76.6	43	23.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	184	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	107	65.3	57	34.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	164	100.0
ASM - PS Matera	264	46.0	237	41.2	74	12.8	0	0.0	0	0.0	575	100.0
ASM - PS Policoro	139	37.4	196	52.7	37	9.9	0	0.0	0	0.0	371	100.0
AOR - PS San Carlo	282	45.3	284	45.7	33	5.4	0	0.0	23	3.7	622	100.0
Reg. Basilicata	1018	46.8	965	44.4	156	7.2	12	0.5	23	1.0	2174	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di essere giunti al Pronto Soccorso con un mezzo attivato tramite il 118

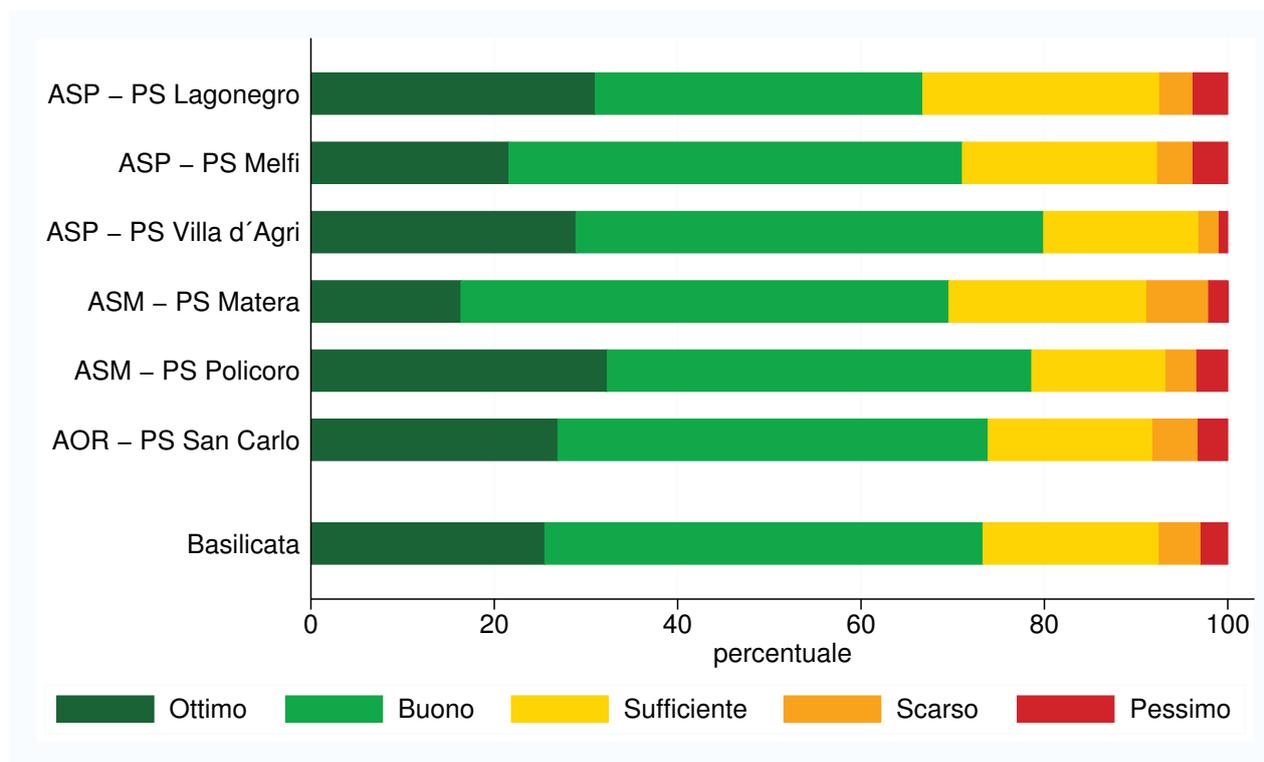
Secondo lei le sue condizioni di salute all'arrivo in Pronto Soccorso erano (si richiede la percezione del paziente al momento dell'arrivo in Pronto Soccorso):



PS	Estrema- mente gravi		Molto gravi		Moderata- mente gravi		Poco gravi		Per nulla gravi		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	36	2.3	242	15.9	808	53.0	363	23.8	76	5.0	1524	100.0
ASP - PS Melfi	20	1.1	248	13.5	963	52.4	491	26.7	116	6.3	1838	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	36	2.6	182	13.0	794	56.7	332	23.7	55	4.0	1399	100.0
ASM - PS Matera	57	1.7	355	10.4	2087	61.1	682	20.0	233	6.8	3414	100.0
ASM - PS Policoro	94	3.4	301	11.0	1461	53.6	758	27.8	114	4.2	2728	100.0
AOR - PS San Carlo	64	1.2	819	15.7	2618	50.4	1105	21.2	594	11.4	5200	100.0
Reg. Basilicata	306	1.9	2146	13.3	8731	54.2	3731	23.2	1189	7.4	16103	100.0

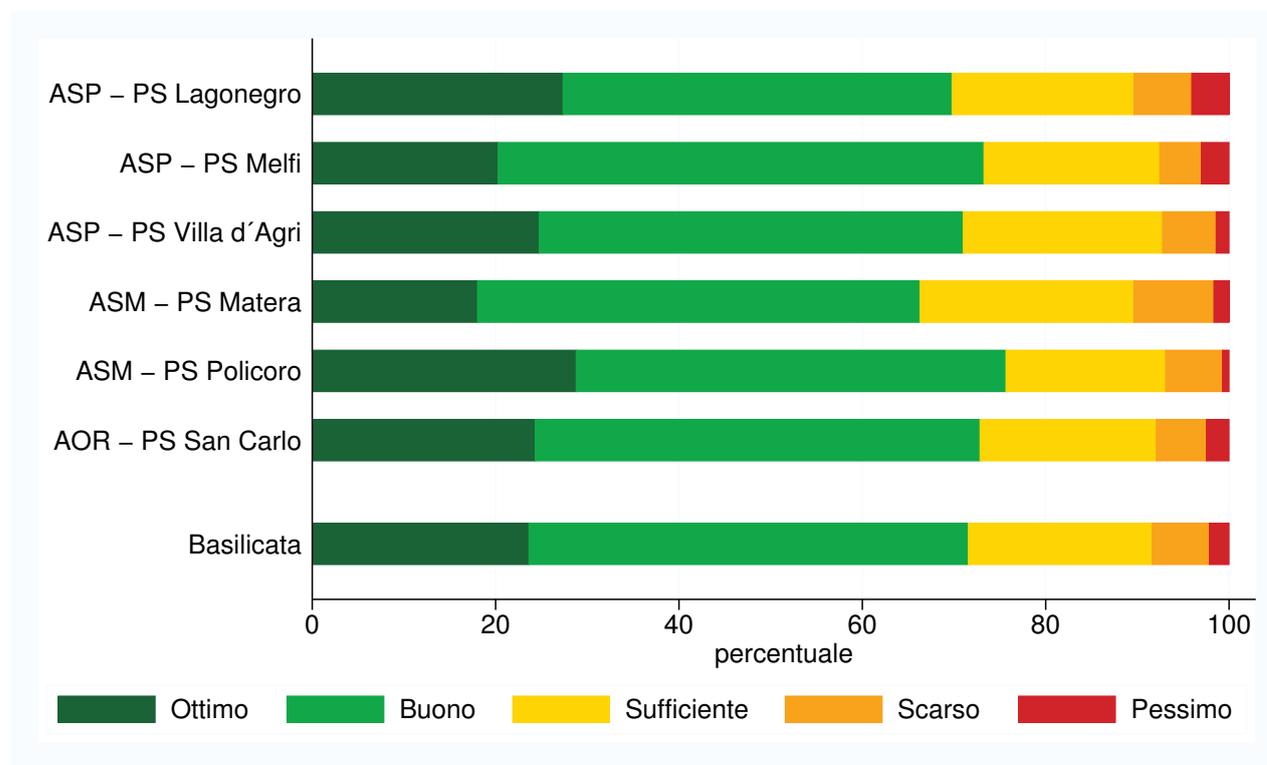
Accettazione

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale al triage (accettazione)?



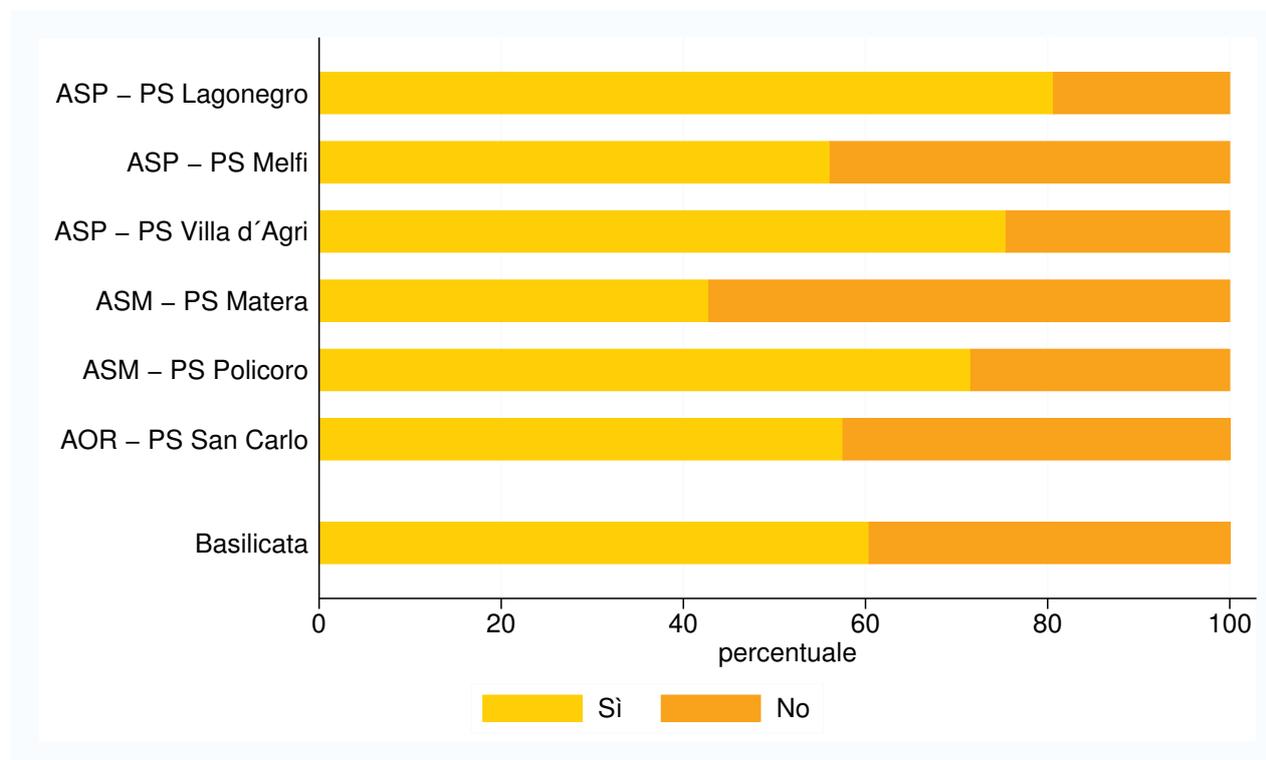
PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	511	31.0	589	35.7	426	25.8	60	3.6	62	3.8	1647	100.0
ASP - PS Melfi	450	21.6	1029	49.4	443	21.3	81	3.9	79	3.8	2082	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	444	28.9	783	51.0	260	16.9	34	2.2	14	0.9	1534	100.0
ASM - PS Matera	623	16.4	2029	53.3	823	21.6	255	6.7	79	2.1	3810	100.0
ASM - PS Policoro	979	32.3	1402	46.3	444	14.6	102	3.4	102	3.4	3029	100.0
AOR - PS San Carlo	1523	26.9	2655	47.0	1017	18.0	279	4.9	181	3.2	5654	100.0
Reg. Basilicata	4531	25.5	8486	47.8	3413	19.2	811	4.6	517	2.9	17758	100.0

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla capacità del personale al triage (accettazione) di comprendere la gravità del suo problema di salute?



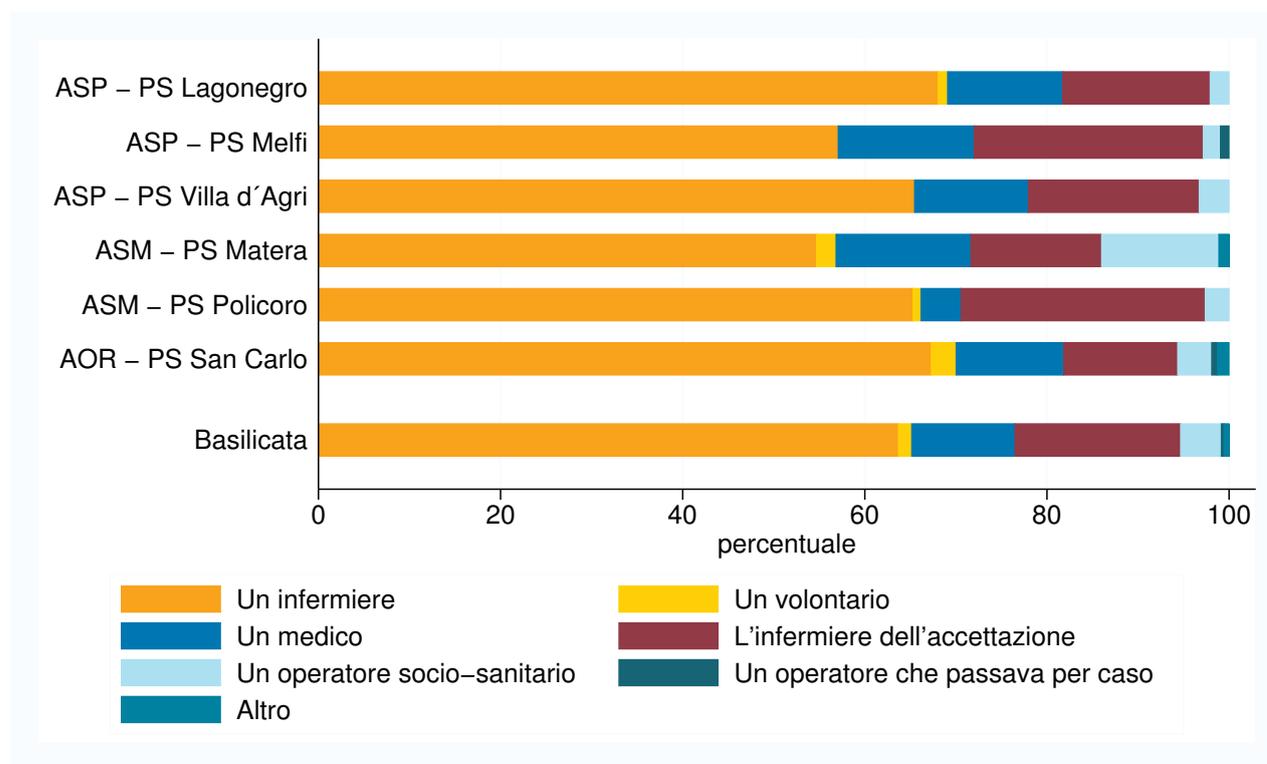
PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	464	27.4	719	42.4	336	19.8	107	6.3	69	4.1	1695	100.0
ASP - PS Melfi	423	20.3	1104	53.0	400	19.2	95	4.5	63	3.0	2084	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	381	24.7	713	46.3	335	21.7	90	5.9	22	1.4	1541	100.0
ASM - PS Matera	657	18.0	1759	48.3	850	23.3	318	8.7	60	1.7	3643	100.0
ASM - PS Policoro	849	28.8	1382	46.9	513	17.4	184	6.2	20	0.7	2948	100.0
AOR - PS San Carlo	1382	24.3	2753	48.5	1091	19.2	311	5.5	140	2.5	5677	100.0
Reg. Basilicata	4155	23.6	8430	47.9	3525	20.0	1104	6.3	374	2.1	17589	100.0

Dopo il triage (accettazione), lei è stato accolto da qualcuno mentre aspettava di essere visitato dal medico?



PS	Sì		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	1260	80.7	302	19.3	1561	100.0
ASP - PS Melfi	1084	56.1	847	43.9	1931	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	1103	75.4	359	24.6	1462	100.0
ASM - PS Matera	1497	42.8	1999	57.2	3496	100.0
ASM - PS Policoro	1990	71.6	791	28.4	2781	100.0
AOR - PS San Carlo	3002	57.5	2217	42.5	5219	100.0
Reg. Basilicata	9935	60.4	6515	39.6	16450	100.0

Secondo lei chi l'ha accolta dopo la fase di accettazione, mentre aspettava di essere visitato dal medico, era:

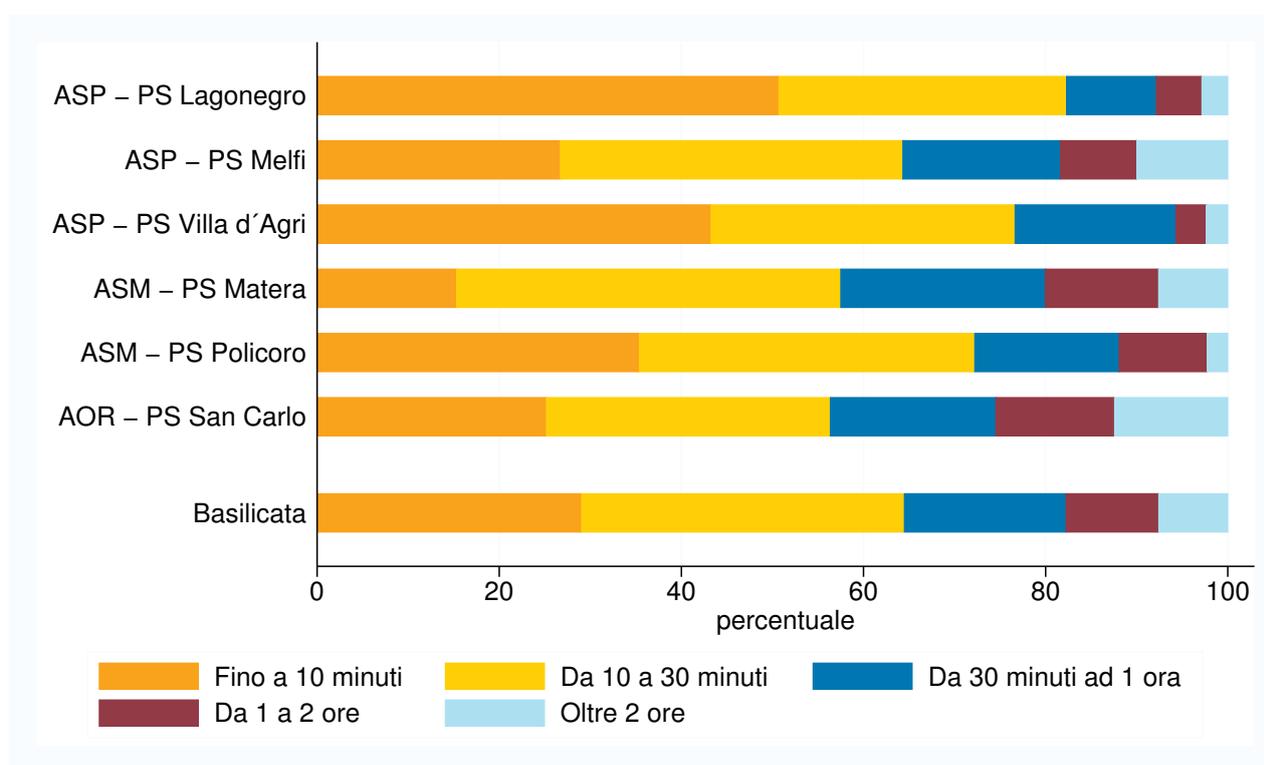


PS	R.1		R.2		R.3		R.4		R.5		R.6		R.7		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	775	68.0	12	1.0	144	12.6	184	16.2	24	2.1	0	0.0	0	0.0	1139	100.0
ASP - PS Melfi	594	57.1	0	0.0	155	14.9	262	25.2	20	1.9	10	0.9	0	0.0	1040	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	675	65.5	0	0.0	129	12.5	193	18.8	34	3.3	0	0.0	0	0.0	1031	100.0
ASM - PS Matera	789	54.7	30	2.1	214	14.8	207	14.4	186	12.9	0	0.0	16	1.1	1442	100.0
ASM - PS Policoro	1212	65.3	16	0.9	82	4.4	498	26.8	49	2.6	0	0.0	0	0.0	1856	100.0
AOR - PS San Carlo	1889	67.3	77	2.7	332	11.8	351	12.5	105	3.7	18	0.6	36	1.3	2808	100.0
Reg. Basilicata	5933	63.7	135	1.5	1056	11.3	1695	18.2	416	4.5	28	0.3	52	0.6	9316	100.0

Note: R.1: Un infermiere - R.2: Un volontario - R.3: Un medico - R.4: Una hostess - R.5: Personale amministrativo - R.6: Un operatore che passava per caso - R.7: Altro. Rispondono alla domanda soltanto coloro che dichiarano di essere stati accolti dopo la fase di accettazione

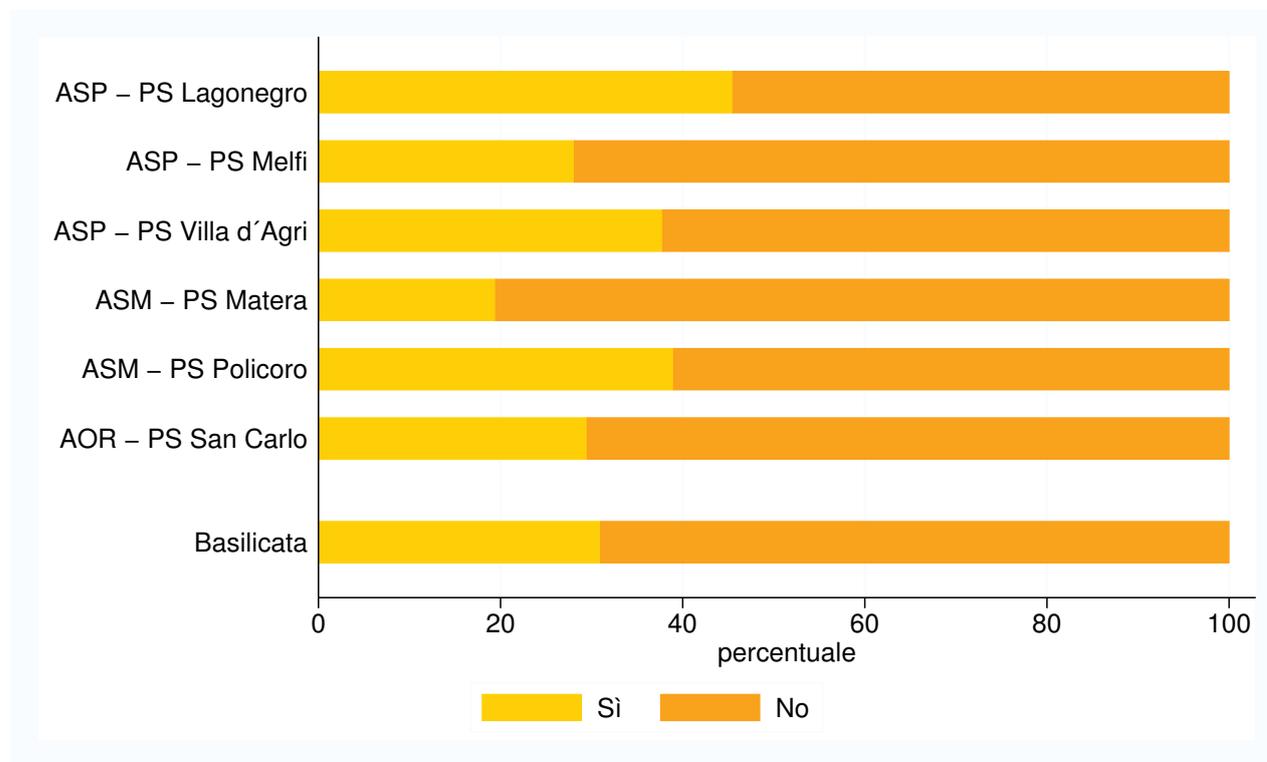
Attesa

Dopo il triage (accettazione) quanto tempo ha atteso prima di essere visitato/a dal medico?



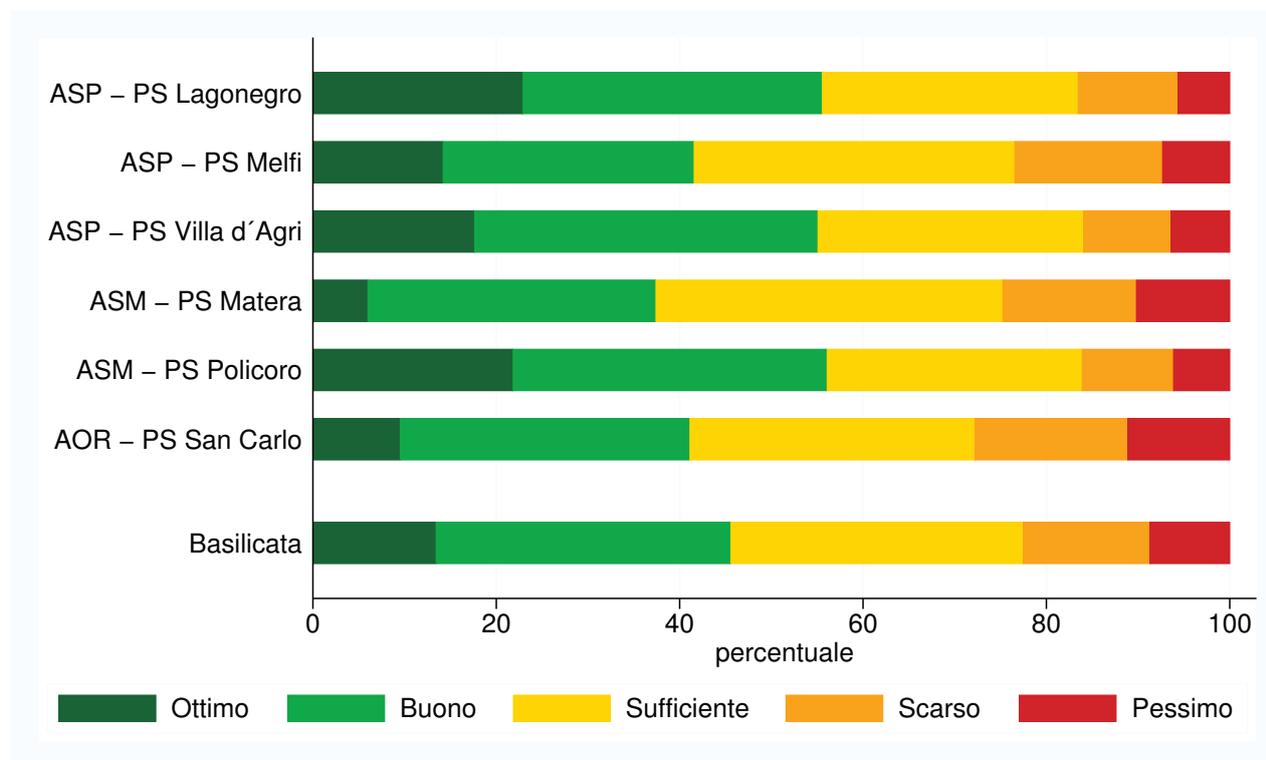
PS	Fino a 10 minuti		Da 10 a 30 minuti		Da 30 minuti ad 1 ora		Da 1 a 2 ore		Oltre 2 ore		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	847	50.7	528	31.6	165	9.9	84	5.0	47	2.8	1671	100.0
ASP - PS Melfi	532	26.7	750	37.6	345	17.3	167	8.4	199	10.0	1993	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	660	43.3	510	33.4	270	17.7	51	3.4	36	2.3	1527	100.0
ASM - PS Matera	567	15.4	1555	42.1	829	22.5	459	12.4	280	7.6	3690	100.0
ASM - PS Policoro	1028	35.4	1069	36.8	460	15.9	281	9.7	65	2.3	2903	100.0
AOR - PS San Carlo	1381	25.2	1710	31.2	997	18.2	716	13.0	682	12.4	5485	100.0
Reg. Basilicata	5015	29.0	6122	35.4	3065	17.7	1759	10.2	1309	7.6	17270	100.0

Durante il periodo di attesa il personale del Pronto Soccorso le ha comunicato quanto avrebbe dovuto attendere prima di essere visitato?



PS	Si		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	687	45.5	822	54.5	1509	100.0
ASP - PS Melfi	553	28.1	1414	71.9	1967	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	543	37.8	893	62.2	1436	100.0
ASM - PS Matera	676	19.5	2796	80.5	3472	100.0
ASM - PS Policoro	1077	39.0	1684	61.0	2760	100.0
AOR - PS San Carlo	1557	29.5	3718	70.5	5275	100.0
Reg. Basilicata	5091	31.0	11327	69.0	16419	100.0

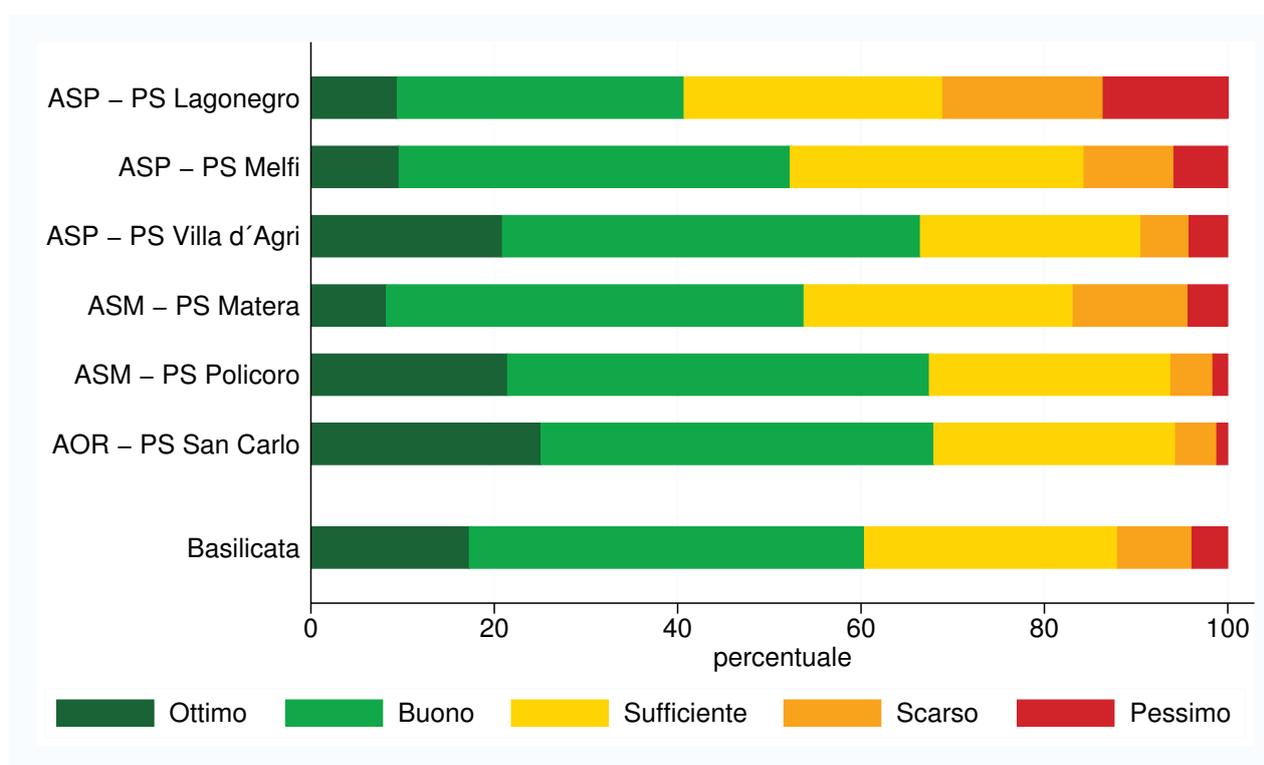
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico?



PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	377	22.9	536	32.6	459	27.9	179	10.9	93	5.6	1643	100.0
ASP - PS Melfi	283	14.2	545	27.4	697	35.0	321	16.1	146	7.3	1991	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	272	17.6	577	37.4	447	29.0	147	9.5	99	6.4	1541	100.0
ASM - PS Matera	218	6.0	1141	31.4	1375	37.8	529	14.6	370	10.2	3633	100.0
ASM - PS Policoro	653	21.8	1024	34.3	832	27.8	297	9.9	183	6.1	2989	100.0
AOR - PS San Carlo	527	9.5	1748	31.6	1721	31.1	922	16.7	615	11.1	5534	100.0
Reg. Basilicata	2329	13.4	5571	32.1	5529	31.9	2395	13.8	1506	8.7	17331	100.0

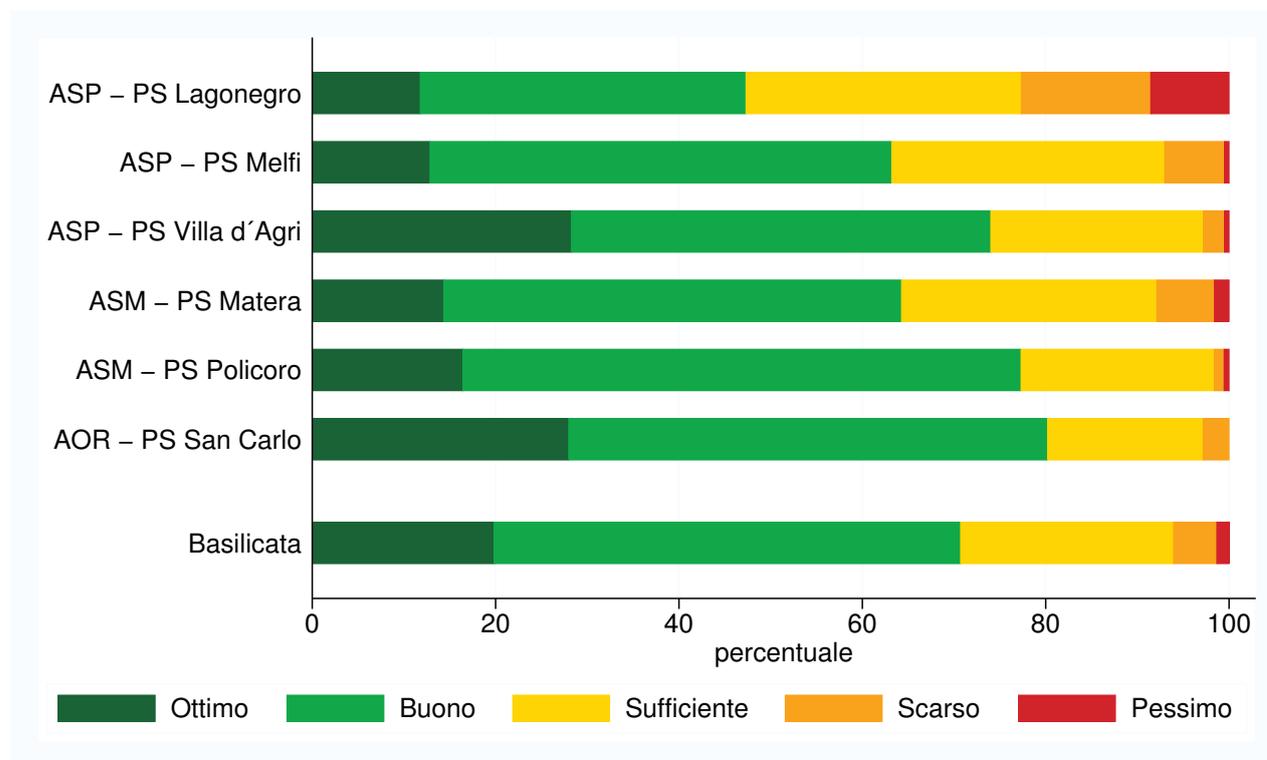
Comfort e pulizia

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sul comfort della sala di attesa del Pronto Soccorso?



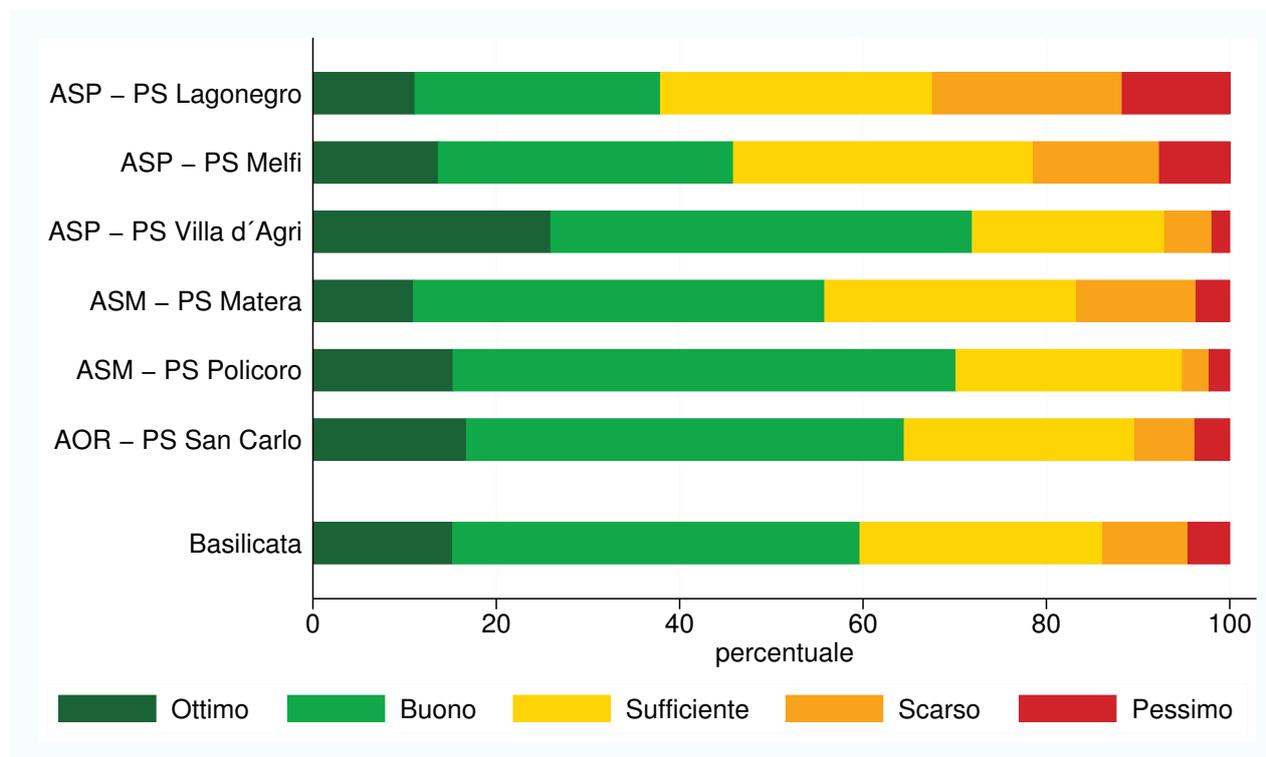
PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	156	9.4	518	31.3	467	28.2	289	17.5	225	13.6	1654	100.0
ASP - PS Melfi	195	9.6	864	42.7	648	32.0	199	9.8	118	5.8	2023	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	323	20.9	706	45.6	372	24.0	82	5.3	65	4.2	1549	100.0
ASM - PS Matera	301	8.2	1668	45.6	1075	29.4	460	12.6	158	4.3	3662	100.0
ASM - PS Policoro	648	21.4	1390	46.0	796	26.3	139	4.6	49	1.6	3021	100.0
AOR - PS San Carlo	1397	25.1	2384	42.9	1465	26.3	250	4.5	67	1.2	5562	100.0
Reg. Basilicata	3020	17.3	7529	43.1	4823	27.6	1419	8.1	681	3.9	17473	100.0

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla pulizia della sala di attesa del Pronto Soccorso?



PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	195	11.8	589	35.5	498	30.0	234	14.1	142	8.5	1659	100.0
ASP - PS Melfi	256	12.8	1003	50.4	593	29.8	130	6.5	10	0.5	1992	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	434	28.3	701	45.7	356	23.2	36	2.3	7	0.5	1534	100.0
ASM - PS Matera	537	14.4	1864	49.9	1040	27.8	235	6.3	60	1.6	3737	100.0
ASM - PS Policoro	497	16.5	1838	60.8	637	21.1	33	1.1	16	0.5	3021	100.0
AOR - PS San Carlo	1558	28.0	2911	52.2	945	17.0	158	2.8	0	0.0	5572	100.0
Reg. Basilicata	3479	19.9	8907	50.9	4070	23.2	825	4.7	235	1.3	17515	100.0

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla pulizia dei bagni del Pronto Soccorso?

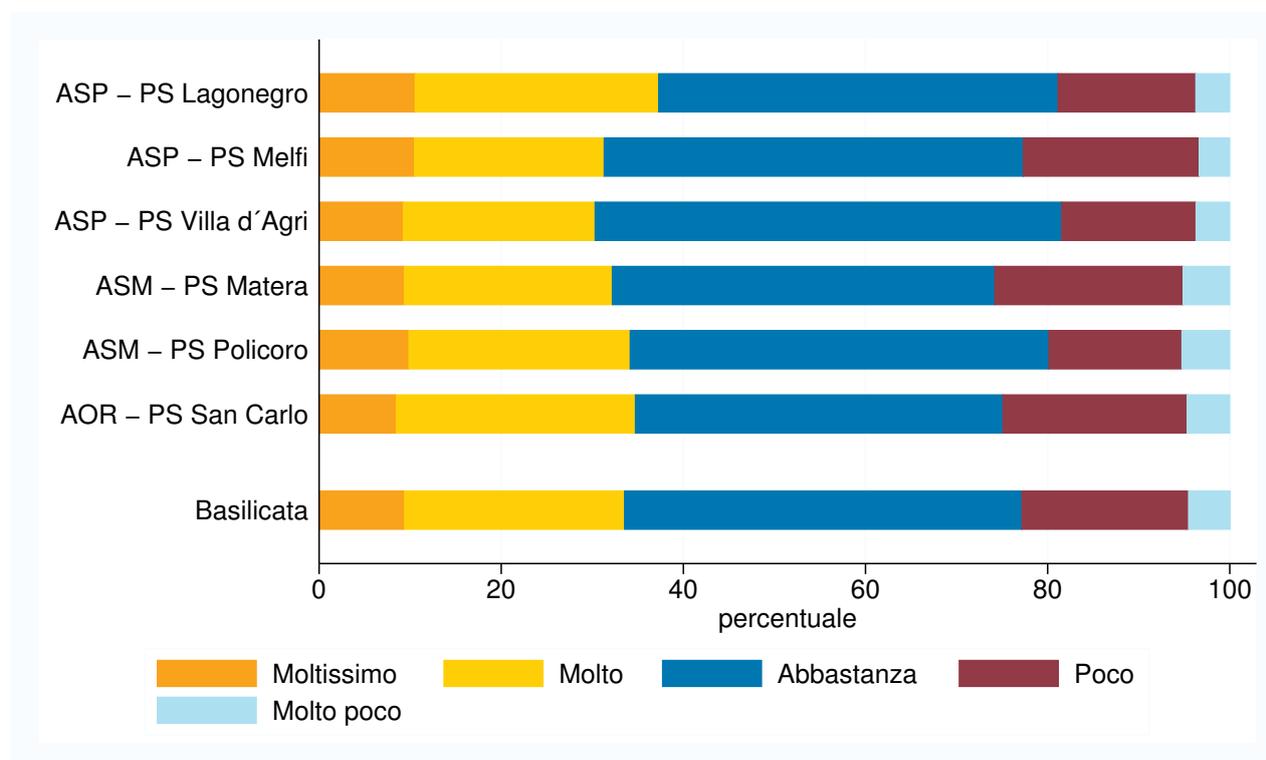


PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	135	11.1	326	26.8	361	29.7	251	20.7	143	11.7	1216	100.0
ASP - PS Melfi	197	13.7	463	32.2	471	32.7	197	13.7	110	7.7	1437	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	289	25.9	512	46.0	234	21.0	57	5.2	22	1.9	1113	100.0
ASM - PS Matera	271	11.0	1106	44.8	678	27.5	322	13.1	90	3.6	2467	100.0
ASM - PS Policoro	339	15.3	1216	54.9	546	24.7	65	3.0	49	2.2	2215	100.0
AOR - PS San Carlo	652	16.7	1860	47.8	979	25.1	255	6.6	148	3.8	3894	100.0
Reg. Basilicata	1882	15.2	5482	44.4	3268	26.5	1149	9.3	561	4.5	12341	100.0

Note: Sono state escluse le risposte degli utenti che affermano di non aver utilizzato il bagno

Assistenza e Comunicazione

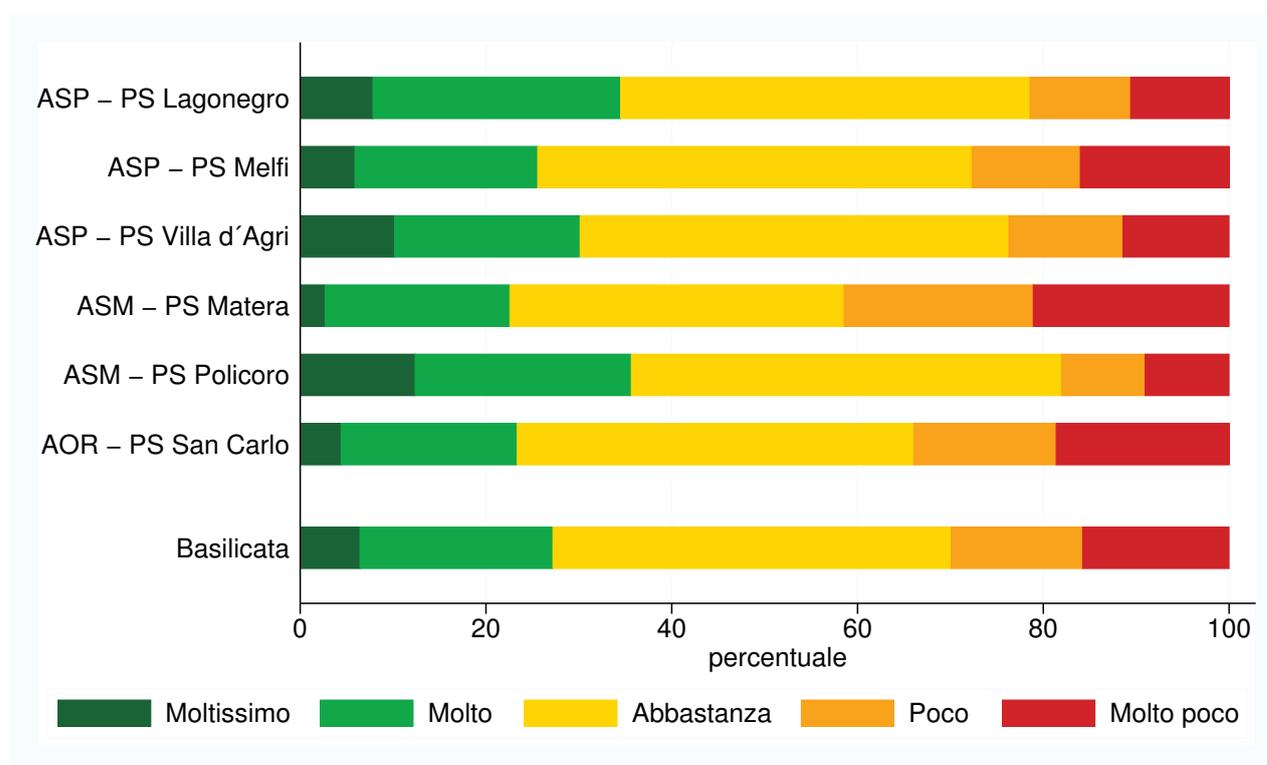
Durante la sua permanenza in Pronto Soccorso quanto dolore provava?



PS	Moltis- simo		Molto		Abbas- tanza		Poco		Molto poco		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	136	10.5	346	26.8	566	43.8	195	15.1	48	3.7	1291	100.0
ASP - PS Melfi	179	10.5	356	20.8	787	46.0	331	19.3	57	3.3	1710	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	125	9.2	286	21.1	696	51.2	200	14.8	50	3.7	1357	100.0
ASM - PS Matera	271	9.4	661	22.8	1215	42.0	599	20.7	148	5.1	2894	100.0
ASM - PS Policoro	245	9.9	603	24.3	1142	46.0	363	14.6	131	5.3	2483	100.0
AOR - PS San Carlo	406	8.5	1258	26.3	1935	40.4	970	20.2	224	4.7	4793	100.0
Reg. Basilicata	1362	9.4	3510	24.2	6340	43.6	2658	18.3	659	4.5	14529	100.0

Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver provato dolore

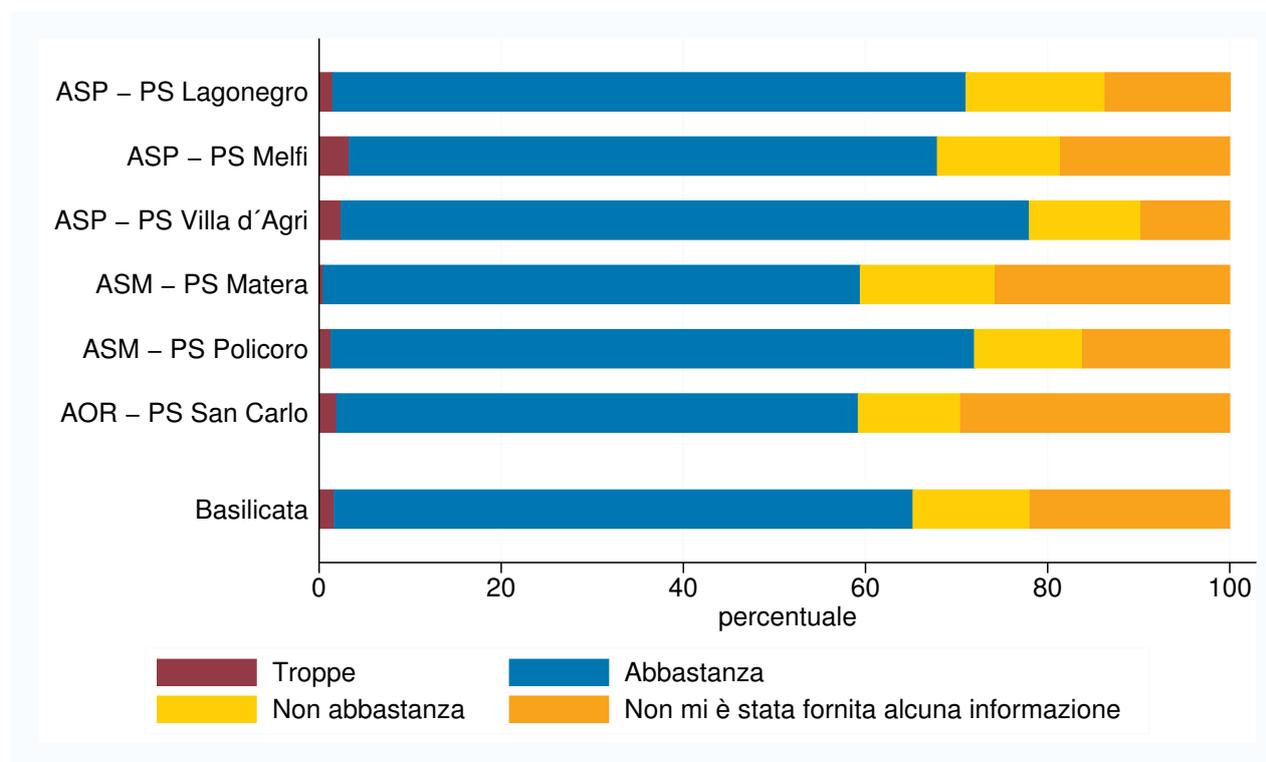
Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per controllare/attenuare il dolore (p.es.: chiedendo periodicamente quali fossero le sue condizioni, o somministrando analgesici, o applicandole del ghiaccio ...)?



PS	Moltis- simo		Molto		Abbas- tanza		Poco		Molto poco		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	95	7.8	323	26.7	534	44.1	131	10.8	128	10.6	1211	100.0
ASP - PS Melfi	91	5.9	303	19.7	719	46.8	179	11.7	246	16.0	1537	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	127	10.2	251	20.0	579	46.2	154	12.3	143	11.4	1254	100.0
ASM - PS Matera	71	2.7	526	19.9	950	36.0	538	20.4	557	21.1	2642	100.0
ASM - PS Policoro	269	12.4	506	23.3	1008	46.3	195	9.0	196	9.0	2174	100.0
AOR - PS San Carlo	184	4.4	793	19.0	1787	42.7	642	15.3	779	18.6	4186	100.0
Reg. Basilicata	837	6.4	2701	20.8	5576	42.9	1840	14.1	2050	15.8	13004	100.0

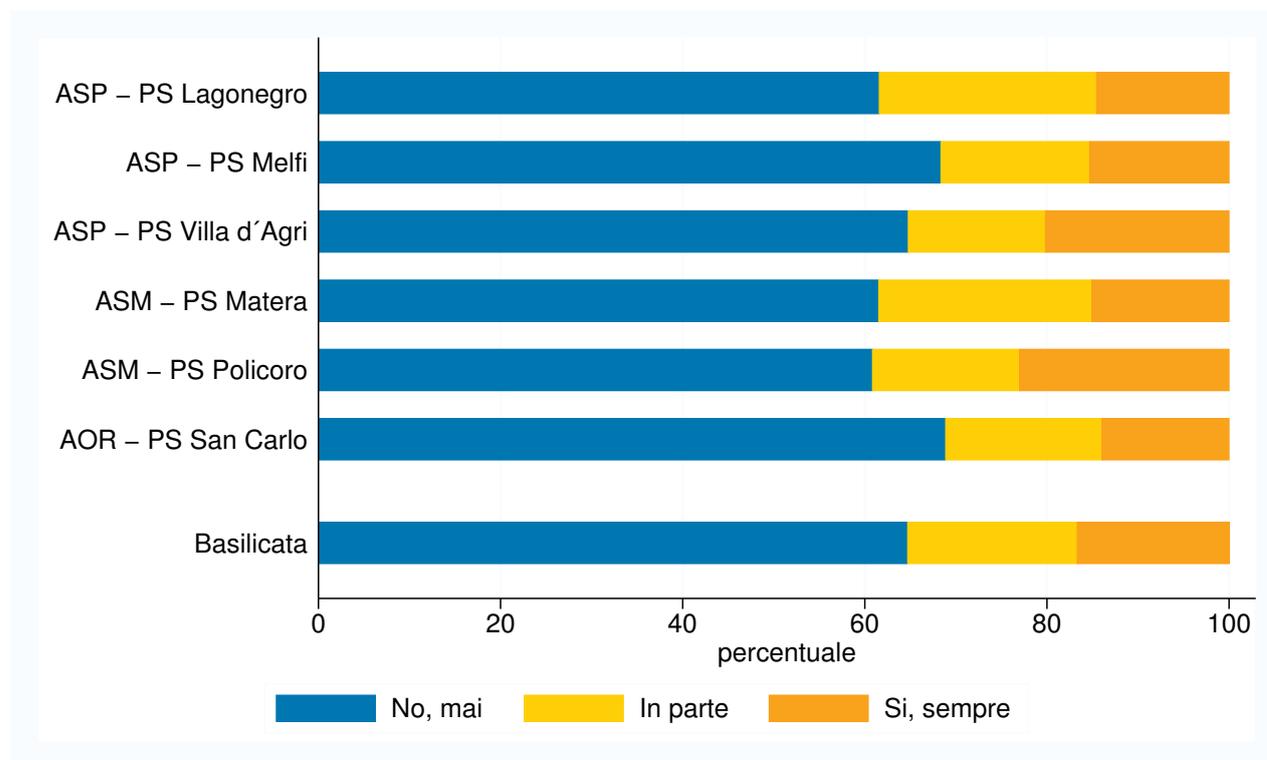
Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di provare dolore. Sono escluse le risposte di coloro ai quali è stato spiegato che non era opportuno attenuare il dolore prima della visita

Durante la sua permanenza in Pronto Soccorso ha ricevuto informazioni sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti da fare (in Pronto Soccorso)?



PS	Troppe		Abbastanza		Non abbastanza		Non mi é stata fornita alcuna informazione		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	25	1.5	1143	69.6	250	15.2	225	13.7	1643	100.0
ASP - PS Melfi	63	3.3	1232	64.6	258	13.5	354	18.6	1907	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	36	2.4	1127	75.6	183	12.3	145	9.7	1491	100.0
ASM - PS Matera	16	0.5	2118	59.0	532	14.8	925	25.7	3592	100.0
ASM - PS Policoro	37	1.3	1971	70.6	331	11.9	451	16.2	2789	100.0
AOR - PS San Carlo	102	1.9	3032	57.3	595	11.2	1565	29.6	5294	100.0
Reg. Basilicata	279	1.7	10623	63.6	2149	12.9	3665	21.9	16716	100.0

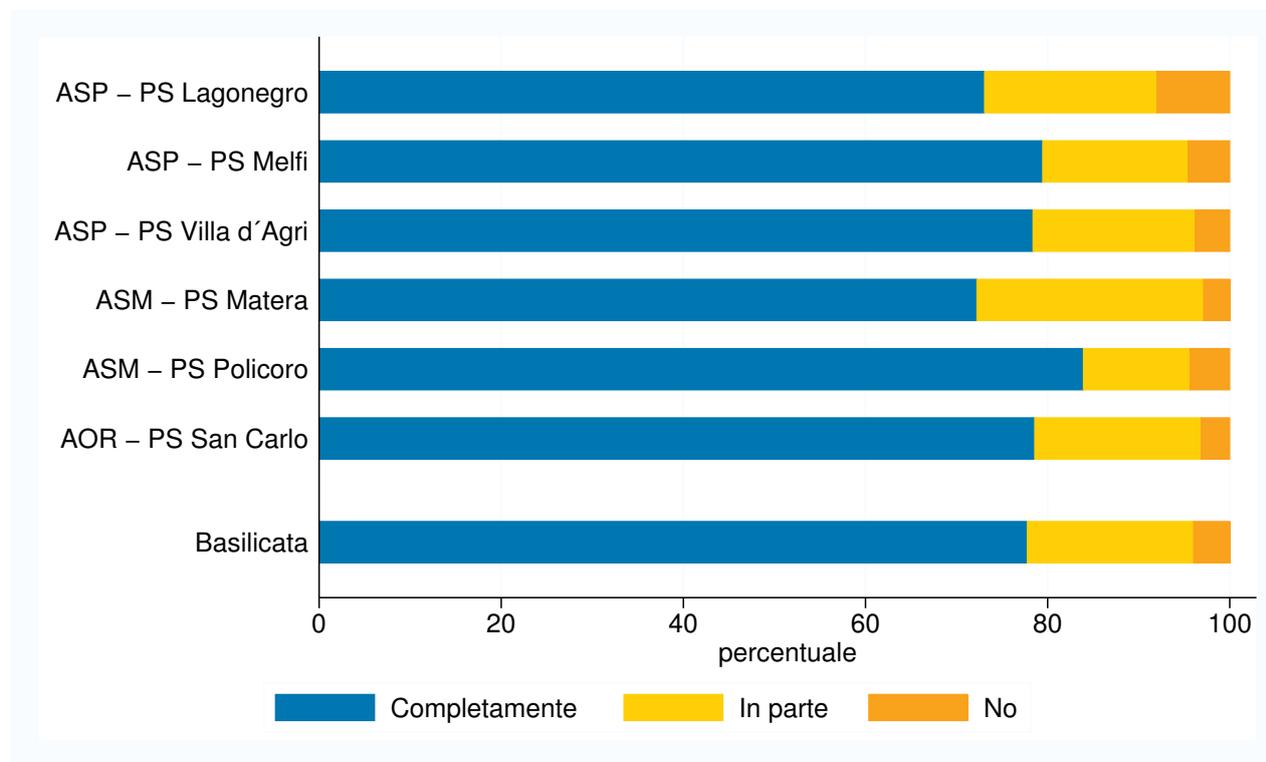
Il personale del Pronto Soccorso che l'ha seguita le ha dato informazioni discordanti sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti da fare?



PS	No, mai		In parte		Si, sempre		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	813	61.6	315	23.9	192	14.6	1320	100.0
ASP - PS Melfi	957	68.4	228	16.3	214	15.3	1399	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	828	64.8	193	15.1	258	20.2	1278	100.0
ASM - PS Matera	1435	61.5	546	23.4	351	15.1	2332	100.0
ASM - PS Policoro	1318	60.8	350	16.2	498	23.0	2166	100.0
AOR - PS San Carlo	2427	68.9	606	17.2	491	13.9	3524	100.0
Reg. Basilicata	7778	64.7	2238	18.6	2005	16.7	12021	100.0

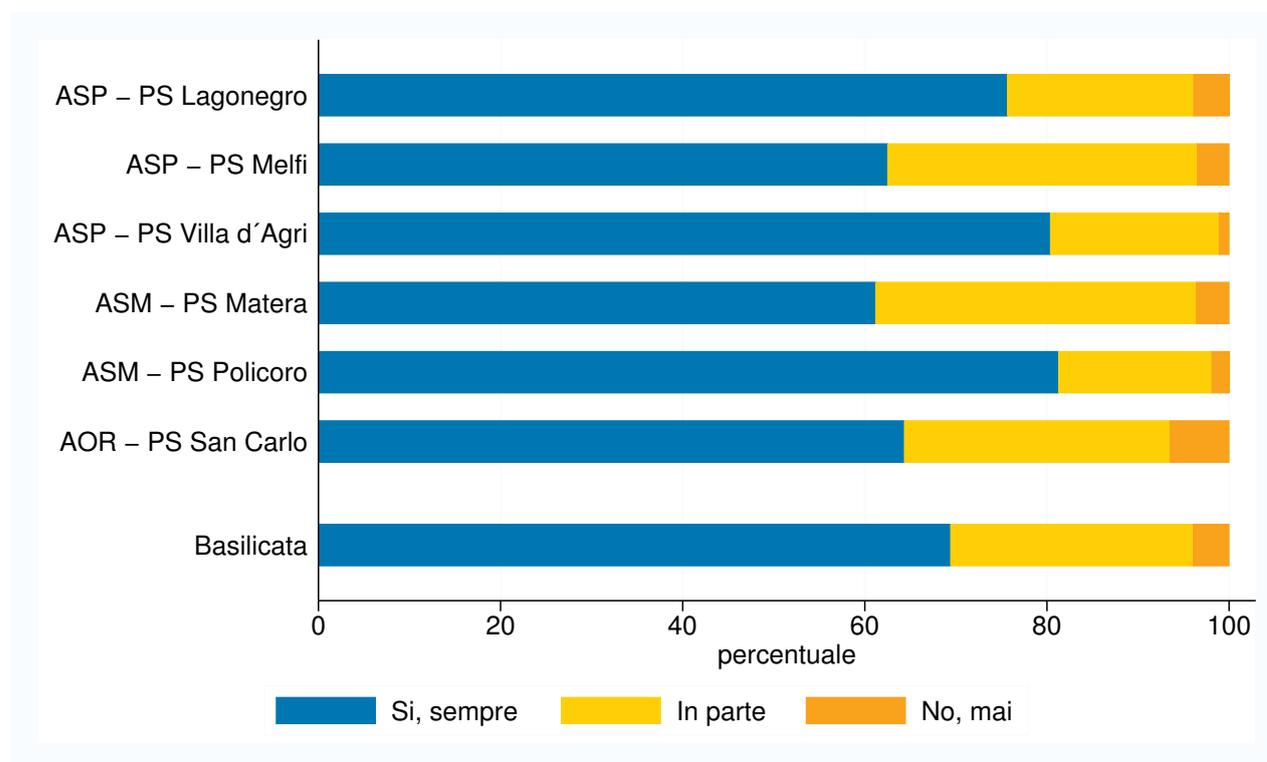
Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di aver ricevuto informazioni

Lei ritiene che i colloqui sul suo stato di salute con il personale sanitario si siano svolti nel rispetto della riservatezza?



PS	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	1074	73.1	278	18.9	117	8.0	1469	100.0
ASP - PS Melfi	1448	79.5	291	16.0	83	4.6	1822	100.0
ASP - PS Villa d’Agri	1106	78.4	252	17.8	53	3.8	1411	100.0
ASM - PS Matera	2401	72.2	827	24.9	96	2.9	3324	100.0
ASM - PS Policoro	2344	83.9	327	11.7	122	4.4	2793	100.0
AOR - PS San Carlo	3890	78.6	905	18.3	156	3.1	4951	100.0
Reg. Basilicata	12263	77.8	2880	18.3	628	4.0	15771	100.0

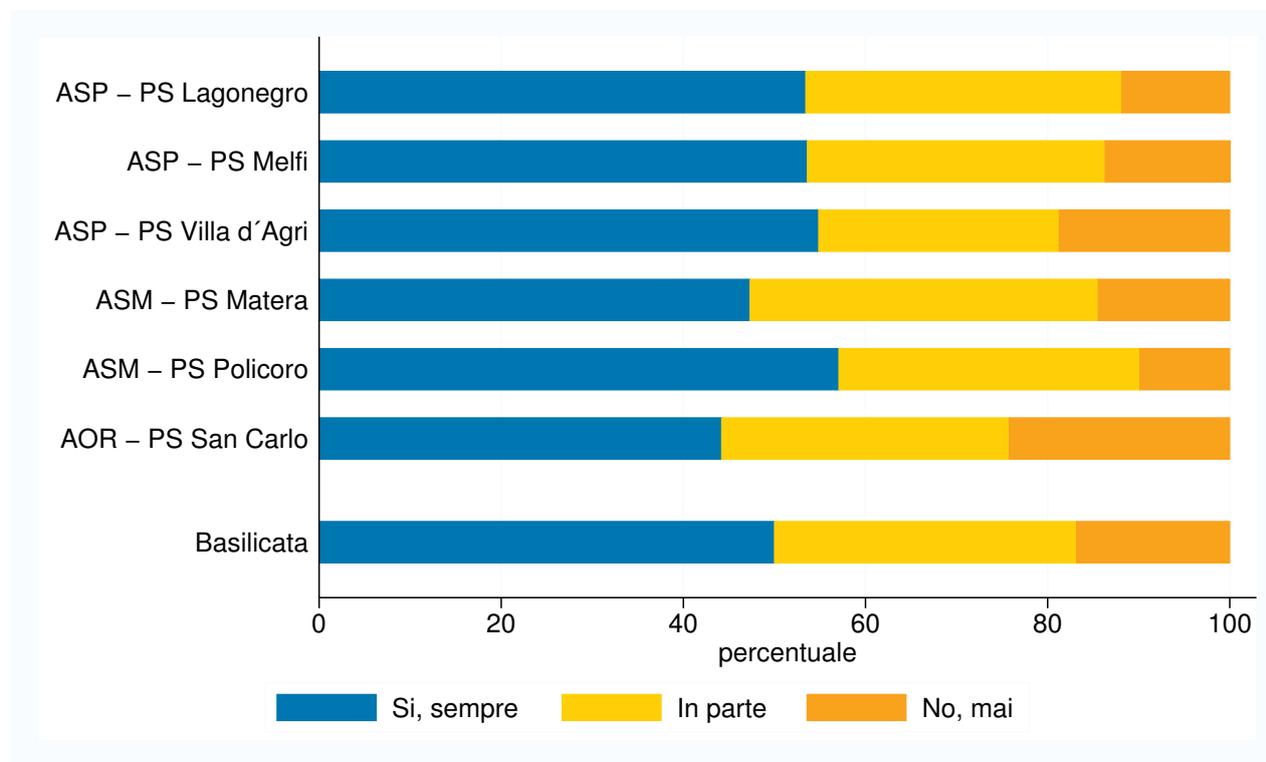
In caso di bisogno ha trovato personale disponibile ad aiutarla?



PS	Si, sempre		In parte		No, mai		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	1113	75.7	300	20.4	57	3.9	1471	100.0
ASP - PS Melfi	1028	62.5	559	34.0	57	3.5	1645	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	1064	80.4	245	18.5	14	1.1	1324	100.0
ASM - PS Matera	1633	61.2	939	35.2	95	3.6	2667	100.0
ASM - PS Policoro	2112	81.3	436	16.8	49	1.9	2598	100.0
AOR - PS San Carlo	2711	64.3	1230	29.2	273	6.5	4213	100.0
Reg. Basilicata	9662	69.4	3710	26.7	546	3.9	13917	100.0

Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver avuto bisogno di aiuto

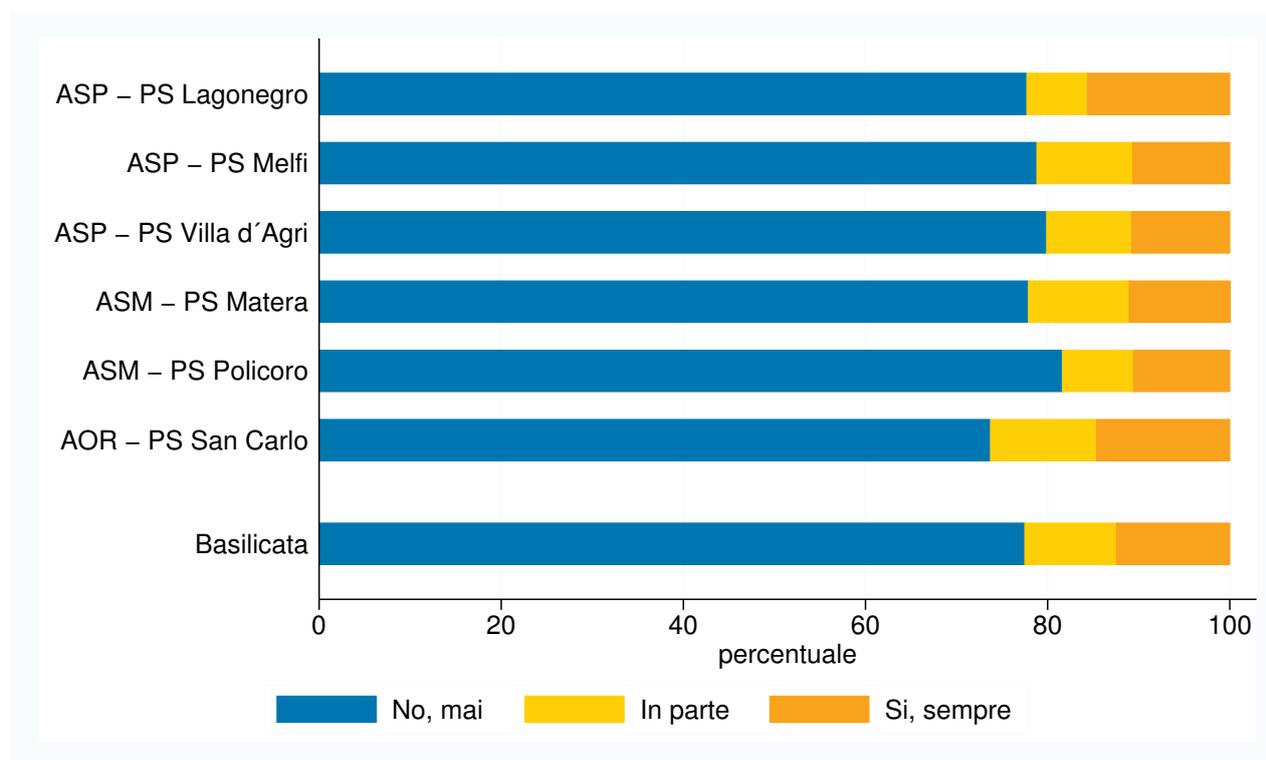
Si è sentito coinvolto nelle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?



PS	Si, sempre		In parte		No, mai		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	830	53.4	539	34.7	184	11.9	1553	100.0
ASP - PS Melfi	1035	53.6	631	32.7	264	13.7	1931	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	795	54.9	383	26.4	271	18.7	1449	100.0
ASM - PS Matera	1595	47.3	1288	38.2	487	14.4	3370	100.0
ASM - PS Policoro	1562	57.1	905	33.1	269	9.8	2736	100.0
AOR - PS San Carlo	2264	44.2	1619	31.6	1239	24.2	5123	100.0
Reg. Basilicata	8081	50.0	5365	33.2	2715	16.8	16161	100.0

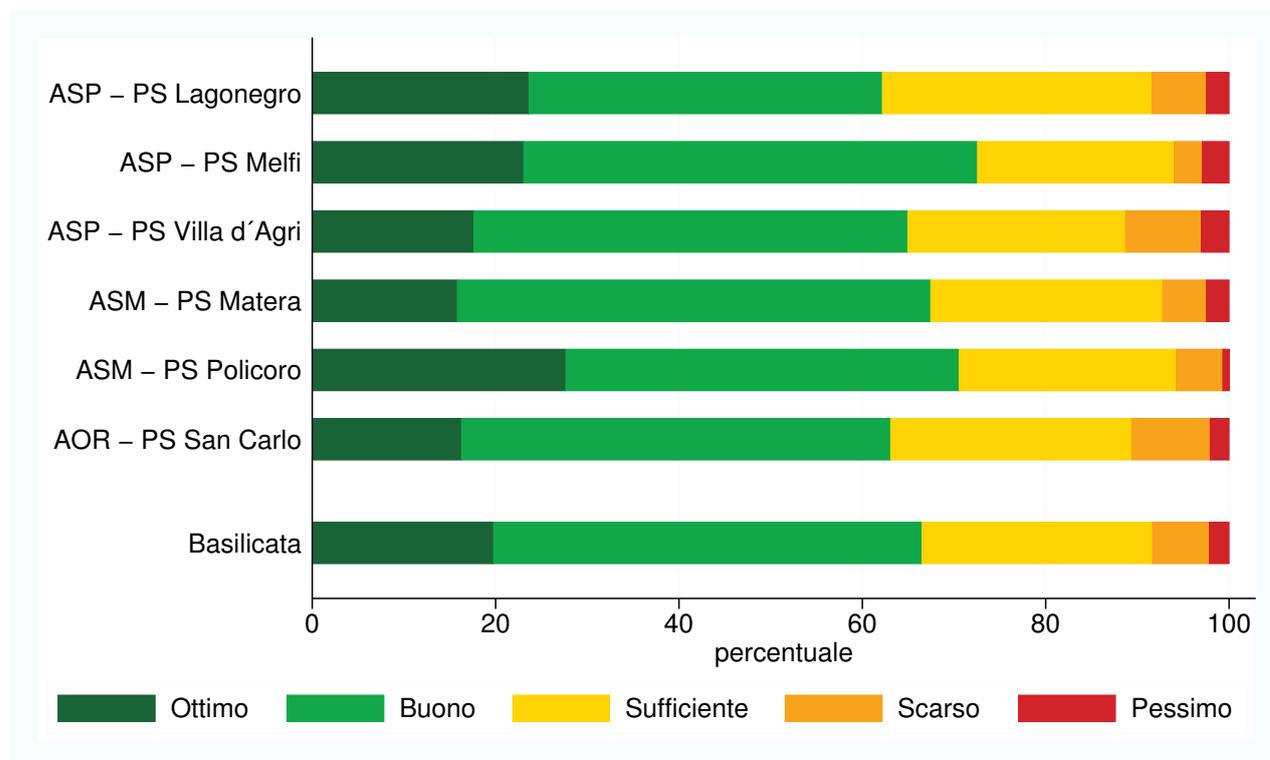
Rapporto medico-paziente

Durante il contatto con il personale medico del Pronto Soccorso ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona?



PS	No, mai		In parte		Si, sempre		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	1309	77.7	112	6.7	263	15.6	1684	100.0
ASP - PS Melfi	1560	78.8	209	10.5	211	10.6	1980	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	1231	79.9	144	9.4	166	10.7	1541	100.0
ASM - PS Matera	2874	77.9	408	11.1	407	11.0	3689	100.0
ASM - PS Policoro	2430	81.6	233	7.8	314	10.6	2977	100.0
AOR - PS San Carlo	4004	73.7	634	11.7	794	14.6	5431	100.0
Reg. Basilicata	13407	77.5	1740	10.1	2154	12.5	17301	100.0

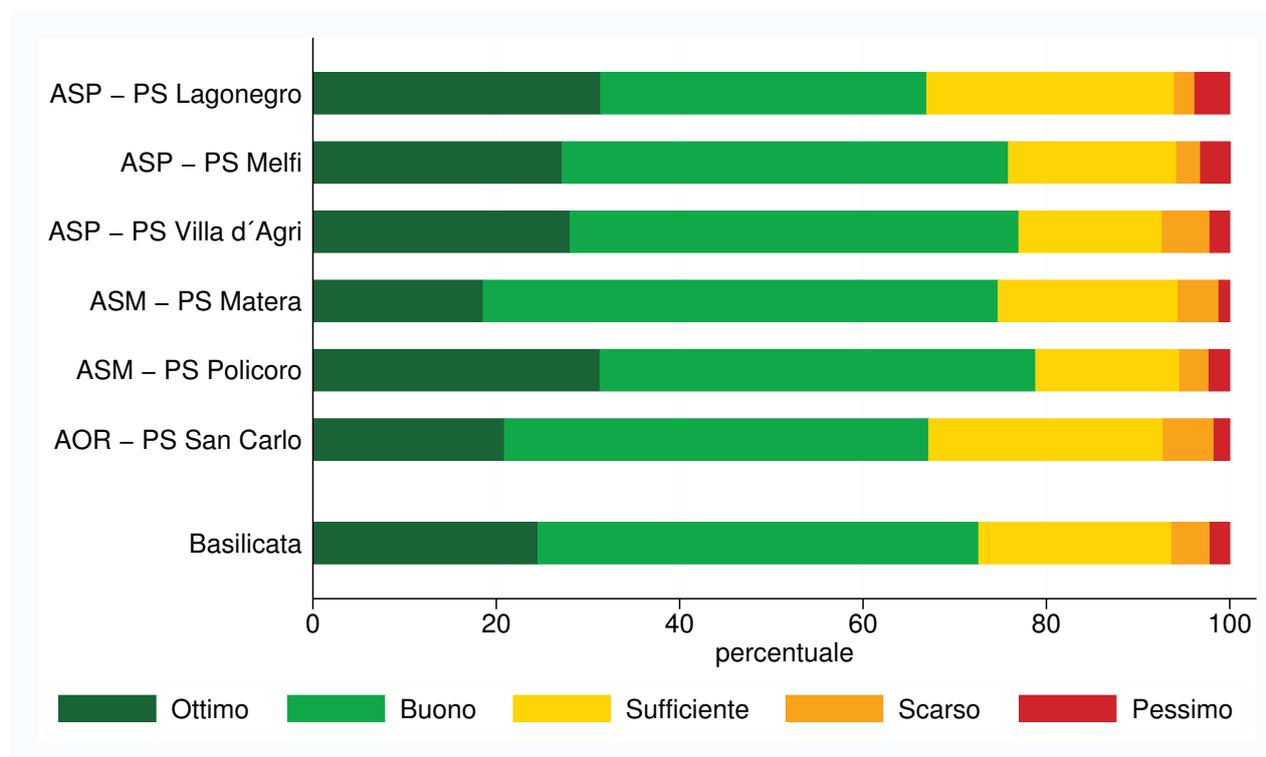
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla chiarezza delle informazioni fornite dai medici?



PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	387	23.6	631	38.5	481	29.4	97	5.9	40	2.5	1636	100.0
ASP - PS Melfi	456	23.1	980	49.5	425	21.5	61	3.1	57	2.9	1980	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	271	17.6	727	47.3	365	23.7	127	8.3	46	3.0	1536	100.0
ASM - PS Matera	579	15.8	1891	51.6	926	25.3	175	4.8	90	2.5	3661	100.0
ASM - PS Policoro	828	27.7	1284	42.9	710	23.7	151	5.0	20	0.7	2993	100.0
AOR - PS San Carlo	866	16.3	2490	46.8	1399	26.3	455	8.5	110	2.1	5319	100.0
Reg. Basilicata	3387	19.8	8002	46.7	4305	25.1	1066	6.2	364	2.1	17124	100.0

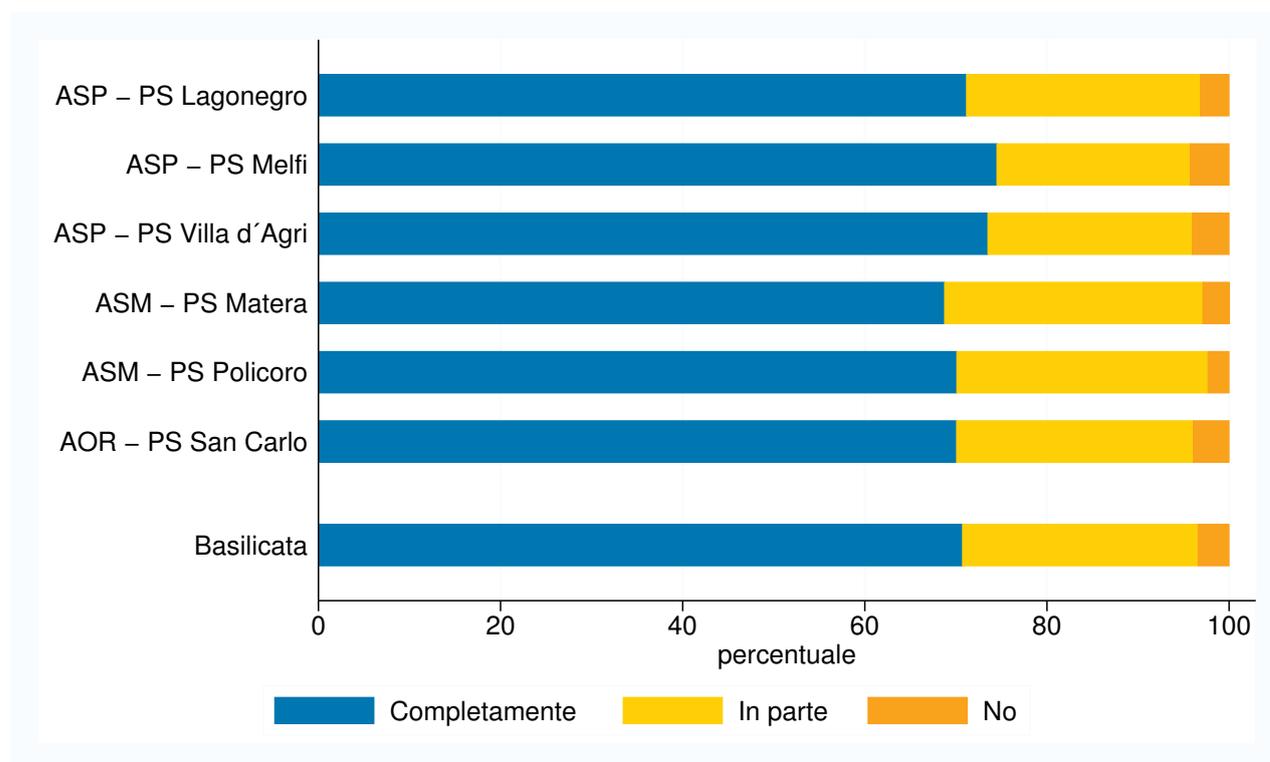
Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver ricevuto informazioni

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale medico?



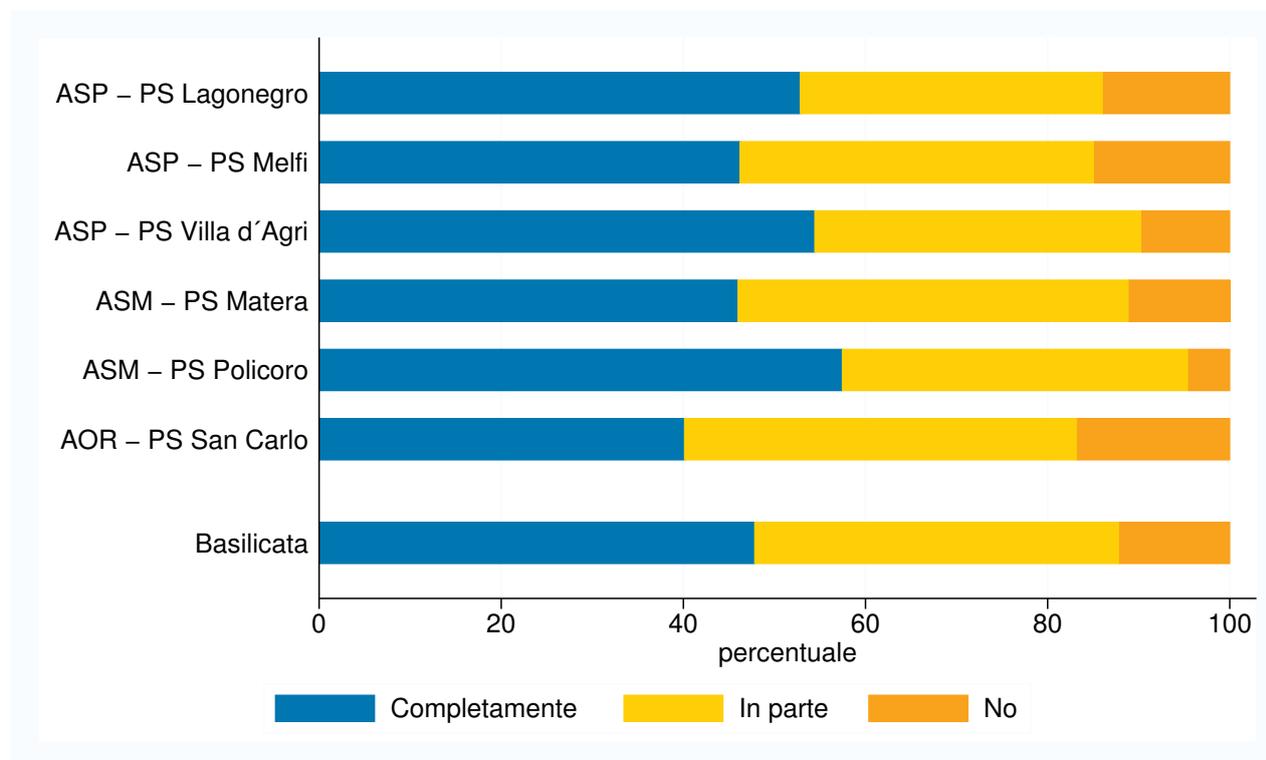
PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	529	31.4	600	35.6	455	27.0	37	2.2	64	3.8	1685	100.0
ASP - PS Melfi	557	27.2	997	48.7	376	18.4	53	2.6	65	3.2	2049	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	441	28.1	768	48.9	245	15.6	82	5.2	34	2.2	1570	100.0
ASM - PS Matera	696	18.6	2104	56.2	736	19.6	167	4.4	44	1.2	3746	100.0
ASM - PS Policoro	959	31.3	1455	47.5	481	15.7	98	3.2	69	2.3	3062	100.0
AOR - PS San Carlo	1182	20.9	2620	46.3	1447	25.6	313	5.5	97	1.7	5659	100.0
Reg. Basilicata	4362	24.5	8544	48.1	3741	21.0	750	4.2	374	2.1	17770	100.0

Ha avuto fiducia nel personale medico che l'ha assistita?



PS	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	1181	71.2	426	25.7	52	3.2	1660	100.0
ASP - PS Melfi	1519	74.5	433	21.2	87	4.3	2039	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	1143	73.5	349	22.5	63	4.0	1555	100.0
ASM - PS Matera	2546	68.8	1050	28.4	107	2.9	3703	100.0
ASM - PS Policoro	2101	70.1	827	27.6	69	2.3	2997	100.0
AOR - PS San Carlo	3931	70.1	1459	26.0	219	3.9	5610	100.0
Reg. Basilicata	12422	70.7	4545	25.9	597	3.4	17564	100.0

Il personale medico l'ha aiutata a superare le ansie e le preoccupazioni sulle sue condizioni di salute?

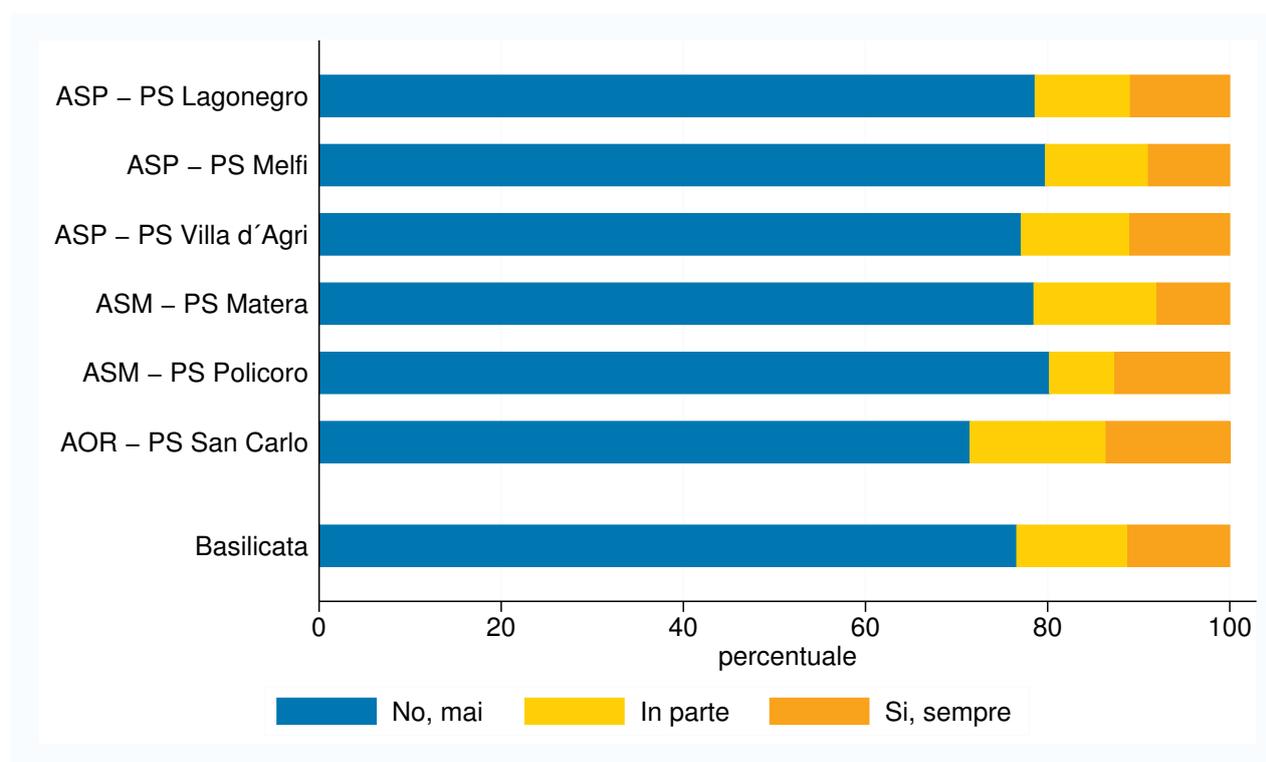


PS	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	726	52.8	458	33.3	191	13.9	1375	100.0
ASP - PS Melfi	745	46.2	628	39.0	238	14.8	1611	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	735	54.4	485	35.9	130	9.6	1351	100.0
ASM - PS Matera	1410	46.0	1317	43.0	339	11.0	3066	100.0
ASM - PS Policoro	1501	57.4	994	38.0	118	4.5	2613	100.0
AOR - PS San Carlo	1703	40.1	1831	43.2	710	16.7	4244	100.0
Reg. Basilicata	6820	47.8	5714	40.1	1726	12.1	14260	100.0

Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver provato ansia

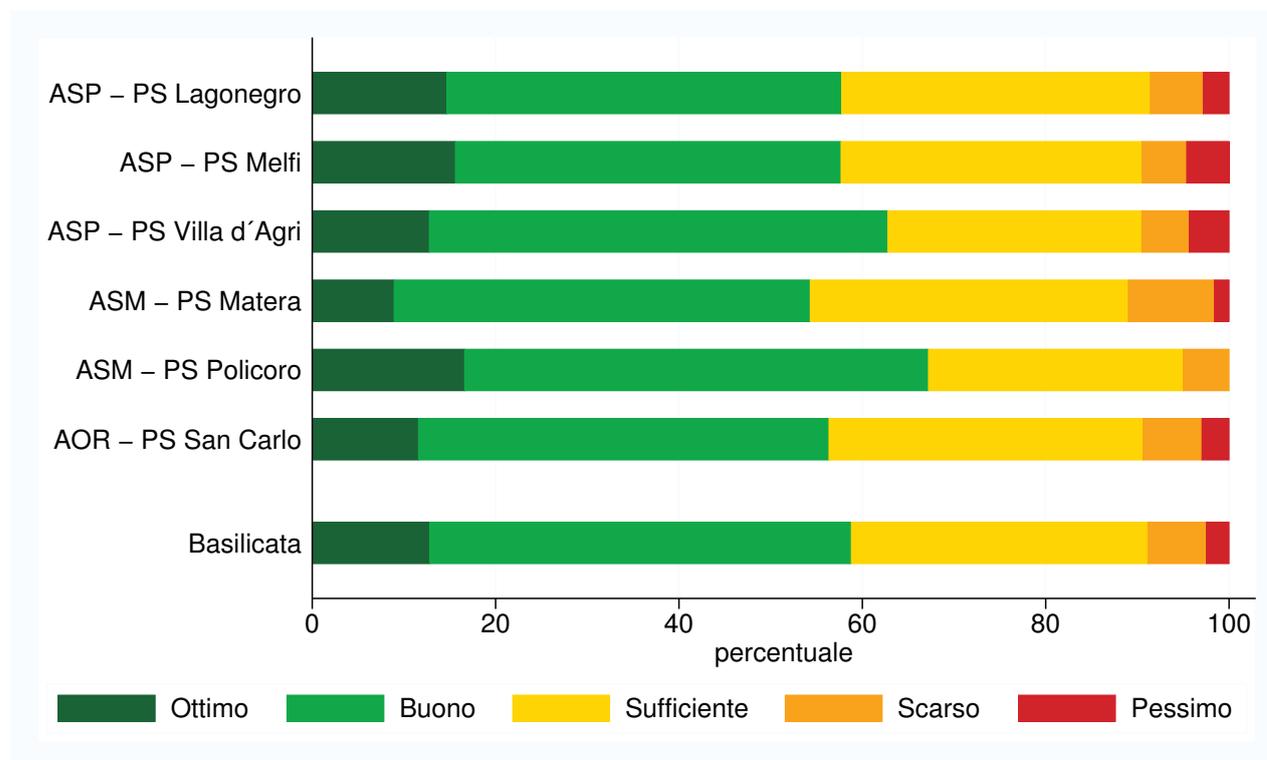
Rapporto infermiere-paziente

Durante il contatto con il personale infermieristico del Pronto Soccorso ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona?



PS	No, mai		In parte		Si, sempre		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	1296	78.6	173	10.5	180	10.9	1648	100.0
ASP - PS Melfi	1584	79.8	224	11.3	177	8.9	1986	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	1183	77.1	183	11.9	168	11.0	1534	100.0
ASM - PS Matera	2870	78.5	494	13.5	292	8.0	3656	100.0
ASM - PS Policoro	2418	80.2	216	7.2	379	12.6	3013	100.0
AOR - PS San Carlo	3924	71.5	821	14.9	745	13.6	5490	100.0
Reg. Basilicata	13274	76.6	2111	12.2	1942	11.2	17327	100.0

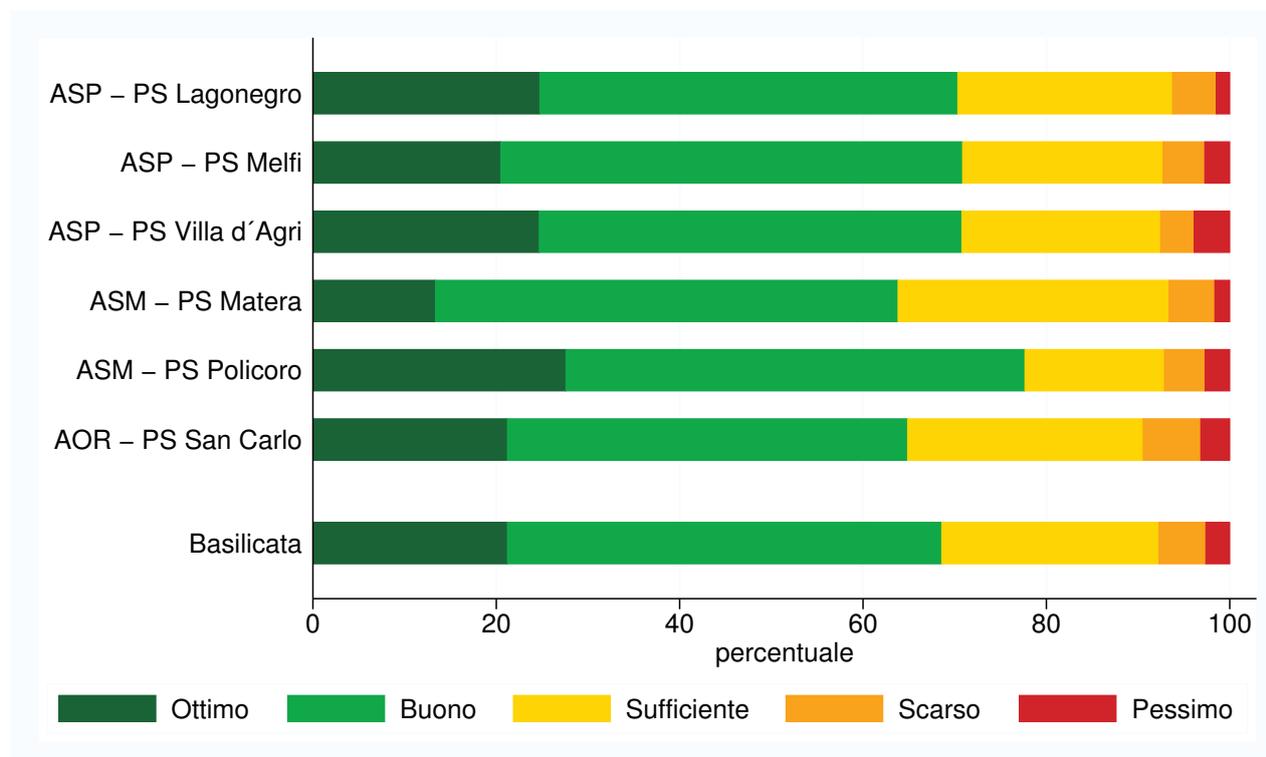
Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla chiarezza delle informazioni fornite dagli infermieri?



PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	215	14.7	631	43.1	493	33.7	85	5.8	41	2.8	1465	100.0
ASP - PS Melfi	260	15.6	700	42.1	547	32.9	81	4.8	77	4.6	1665	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	178	12.8	696	50.0	386	27.7	72	5.2	61	4.3	1392	100.0
ASM - PS Matera	273	8.9	1386	45.4	1059	34.7	287	9.4	49	1.6	3054	100.0
ASM - PS Policoro	449	16.6	1366	50.6	750	27.8	135	5.0	0	0.0	2699	100.0
AOR - PS San Carlo	529	11.6	2043	44.8	1564	34.3	292	6.4	135	3.0	4563	100.0
Reg. Basilicata	1903	12.8	6822	46.0	4799	32.3	951	6.4	363	2.4	14837	100.0

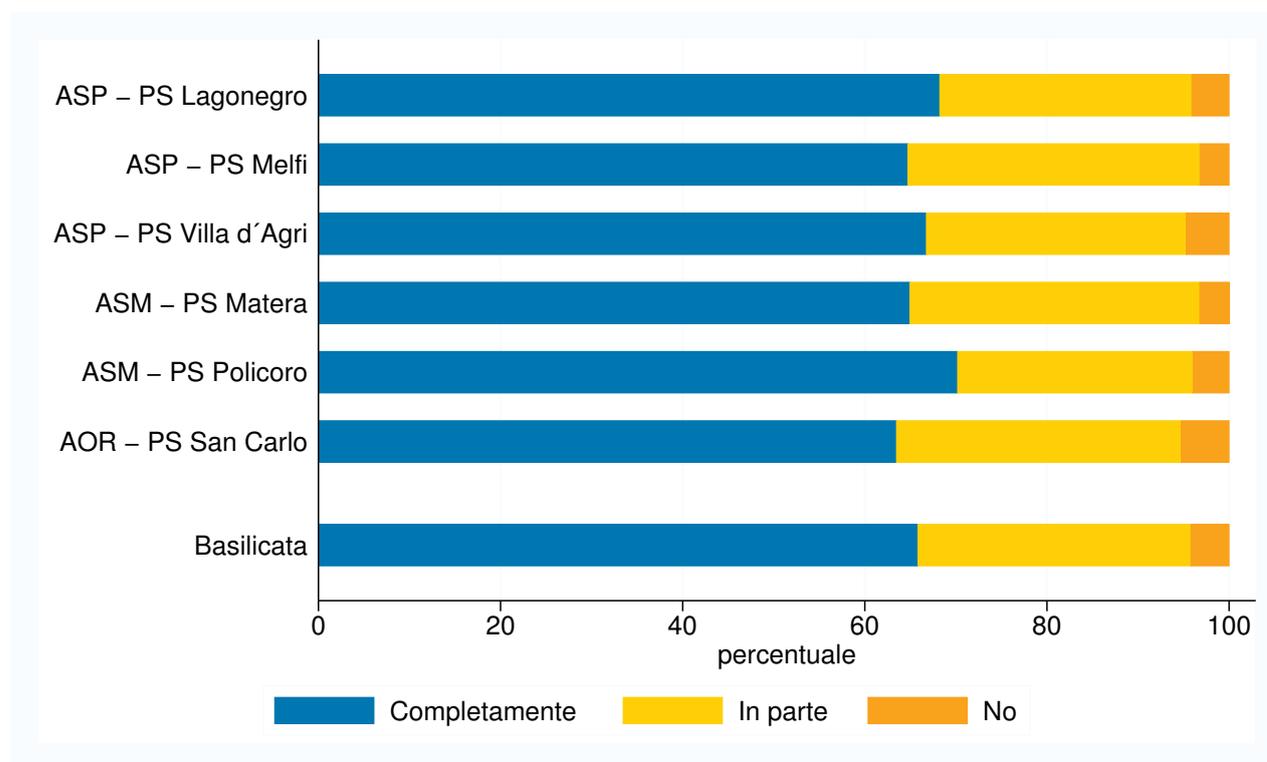
Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver ricevuto informazioni

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla cortesia del personale infermieristico?



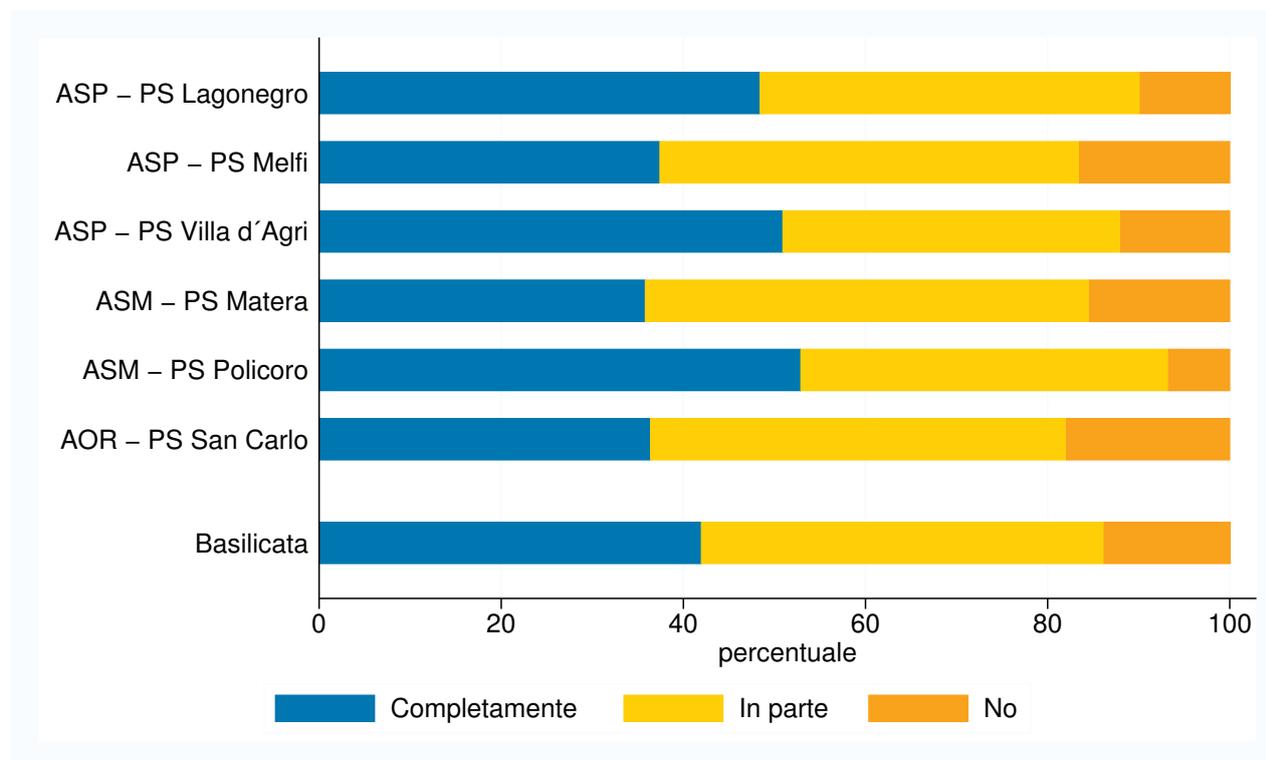
PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	405	24.8	746	45.6	383	23.4	78	4.8	24	1.5	1636	100.0
ASP - PS Melfi	416	20.5	1024	50.4	445	21.9	92	4.5	55	2.7	2033	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	386	24.7	720	46.1	339	21.7	57	3.7	60	3.9	1563	100.0
ASM - PS Matera	494	13.4	1868	50.5	1095	29.6	184	5.0	60	1.6	3702	100.0
ASM - PS Policoro	836	27.6	1517	50.1	461	15.2	134	4.4	82	2.7	3029	100.0
AOR - PS San Carlo	1180	21.2	2429	43.6	1430	25.7	350	6.3	176	3.2	5564	100.0
Reg. Basilicata	3717	21.2	8304	47.4	4152	23.7	896	5.1	458	2.6	17527	100.0

Ha avuto fiducia nel personale infermieristico che l'ha assistita?



PS	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	1100	68.2	446	27.7	66	4.1	1613	100.0
ASP - PS Melfi	1322	64.7	655	32.1	65	3.2	2043	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	1034	66.8	442	28.6	72	4.7	1548	100.0
ASM - PS Matera	2397	65.0	1174	31.8	119	3.2	3689	100.0
ASM - PS Policoro	2104	70.2	775	25.9	118	3.9	2997	100.0
AOR - PS San Carlo	3429	63.5	1689	31.3	283	5.2	5401	100.0
Reg. Basilicata	11385	65.8	5182	30.0	724	4.2	17291	100.0

Il personale infermieristico l'ha aiutata a superare le ansie e le preoccupazioni sulle sue condizioni di salute?

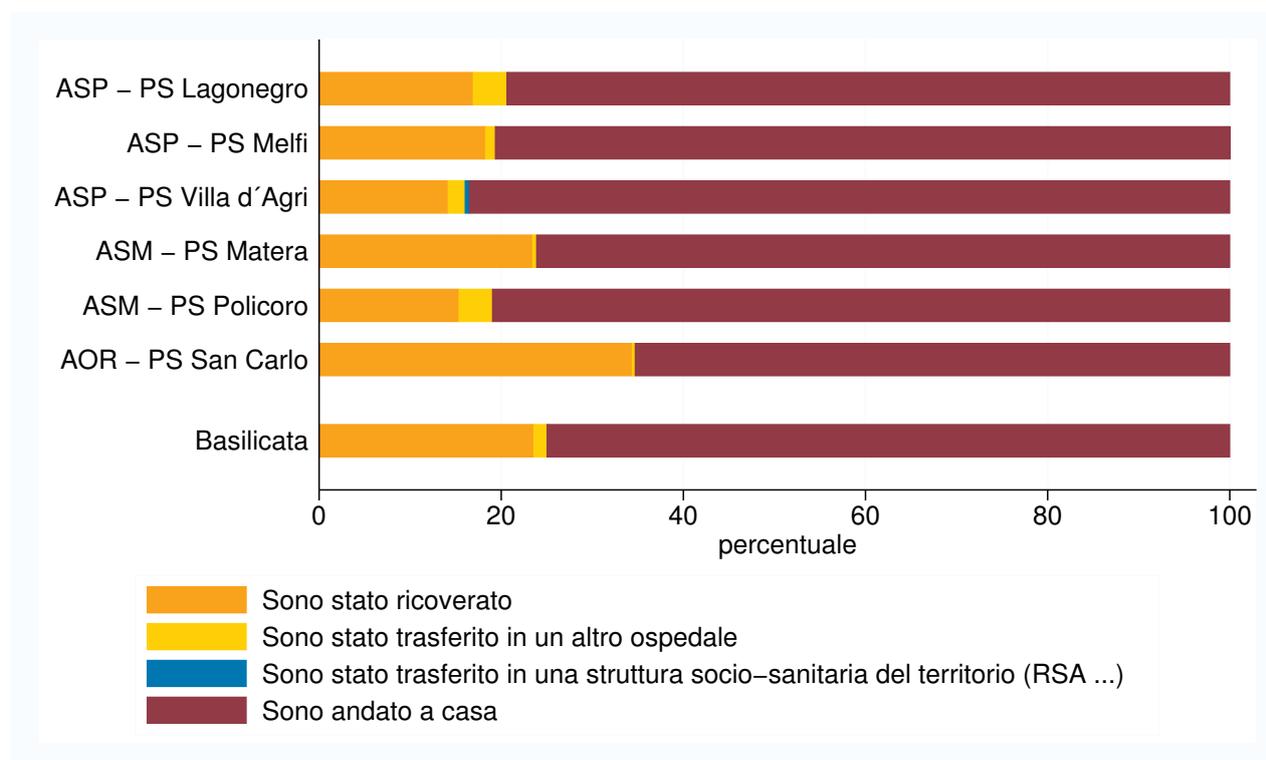


PS	Completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	641	48.4	552	41.7	130	9.8	1323	100.0
ASP - PS Melfi	564	37.4	695	46.1	248	16.5	1507	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	668	50.9	487	37.1	157	12.0	1312	100.0
ASM - PS Matera	1049	35.8	1428	48.8	451	15.4	2928	100.0
ASM - PS Policoro	1314	52.9	1003	40.4	167	6.7	2484	100.0
AOR - PS San Carlo	1468	36.4	1843	45.7	723	17.9	4034	100.0
Reg. Basilicata	5703	42.0	6008	44.2	1875	13.8	13587	100.0

Note: Sono escluse le risposte degli utenti che dichiarano di non aver provato ansia

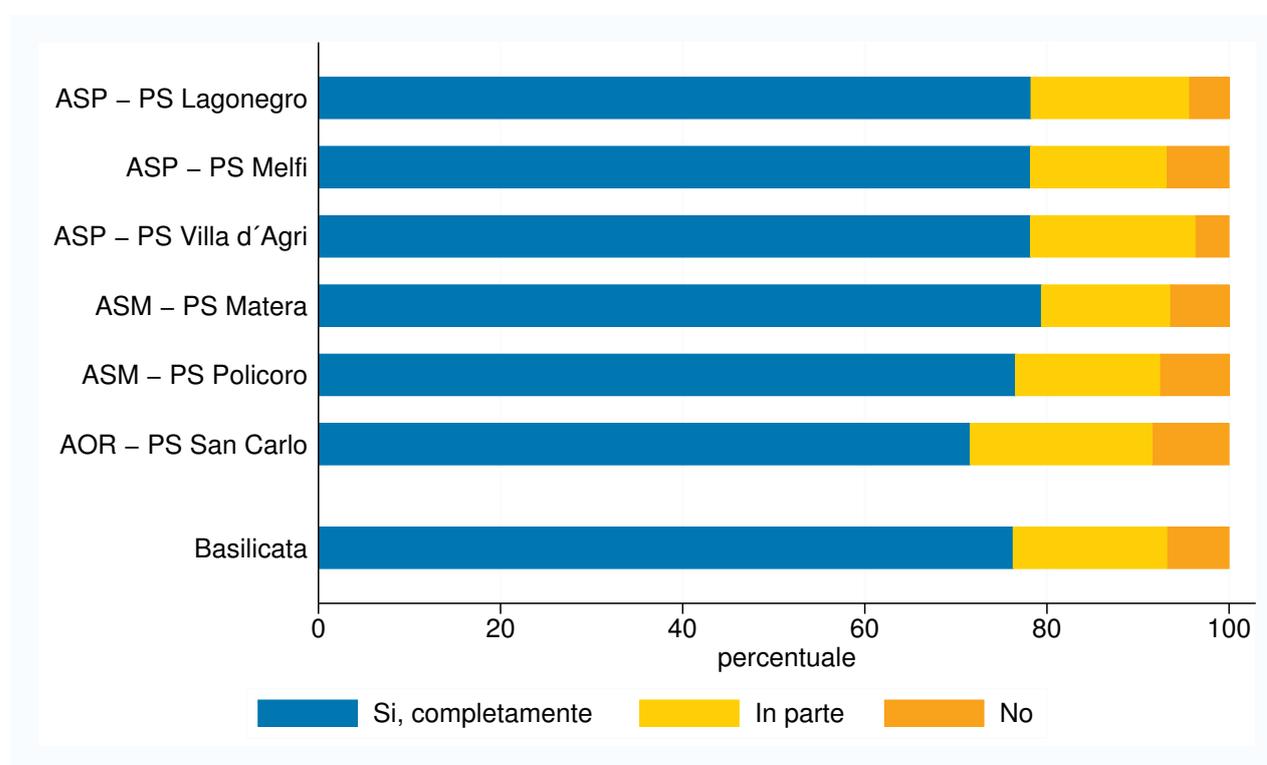
Dimissioni

Che cosa è accaduto alla fine della sua permanenza in Pronto Soccorso?



PS	Sono stato ricoverato		Sono stato trasferito in un altro ospedale		Sono stato trasferito in una struttura socio-sanitaria del territorio (RSA...)		Sono andato a casa		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	279	16.9	61	3.7	0	0.0	1309	79.4	1649	100.0
ASP - PS Melfi	369	18.3	22	1.1	0	0.0	1628	80.7	2019	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	216	14.2	28	1.9	7	0.5	1274	83.5	1526	100.0
ASM - PS Matera	882	23.4	16	0.4	0	0.0	2865	76.1	3763	100.0
ASM - PS Policoro	460	15.4	110	3.7	0	0.0	2426	81.0	2997	100.0
AOR - PS San Carlo	1942	34.4	18	0.3	0	0.0	3686	65.3	5646	100.0
Reg. Basilicata	4149	23.6	255	1.4	7	0.0	13189	74.9	17601	100.0

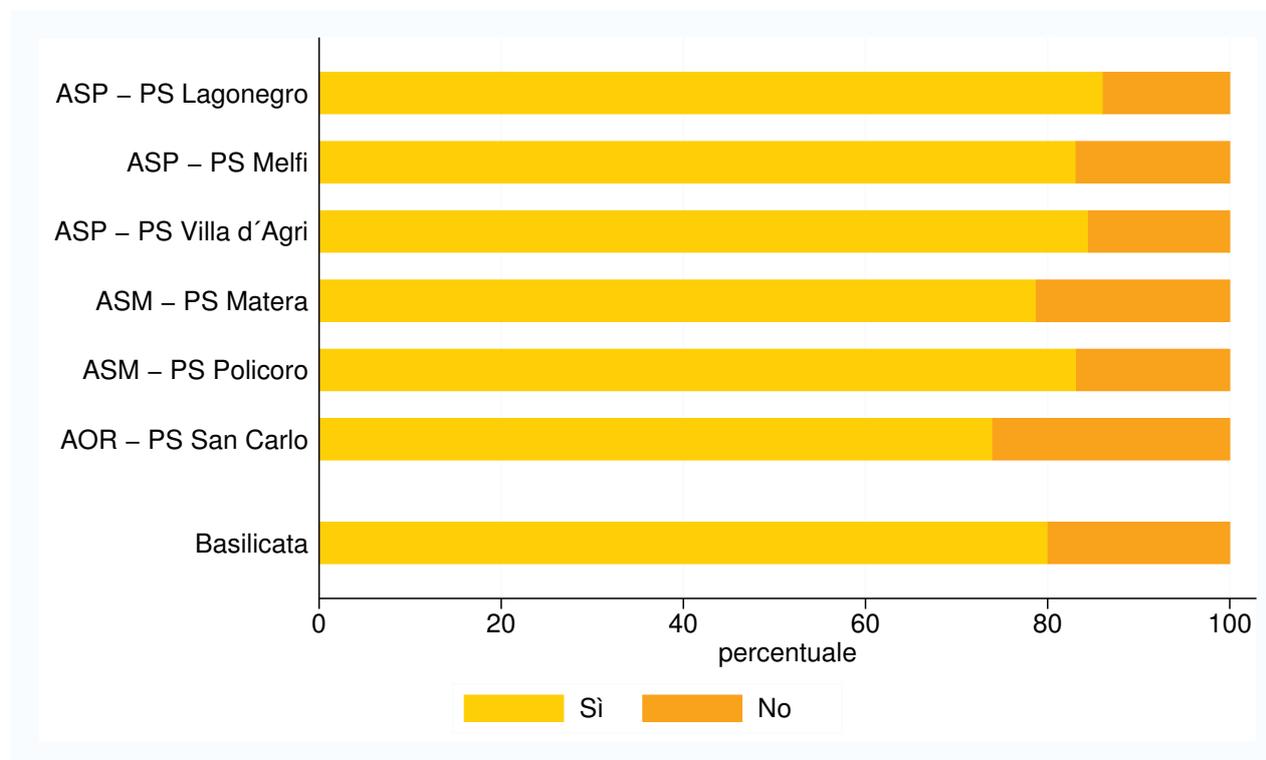
Prima dell'uscita dal Pronto Soccorso le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione, etc.)?



PS	Si, completamente		In parte		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	946	78.3	210	17.4	52	4.3	1208	100.0
ASP - PS Melfi	1161	78.2	223	15.0	100	6.8	1484	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	932	78.2	217	18.2	43	3.6	1192	100.0
ASM - PS Matera	2083	79.4	372	14.2	168	6.4	2624	100.0
ASM - PS Policoro	1746	76.6	363	15.9	171	7.5	2280	100.0
AOR - PS San Carlo	2470	71.6	693	20.1	288	8.3	3451	100.0
Reg. Basilicata	9338	76.3	2078	17.0	824	6.7	12240	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di essere tornati a casa. Sono escluse le risposte di coloro che dichiarano che le informazioni non erano necessarie

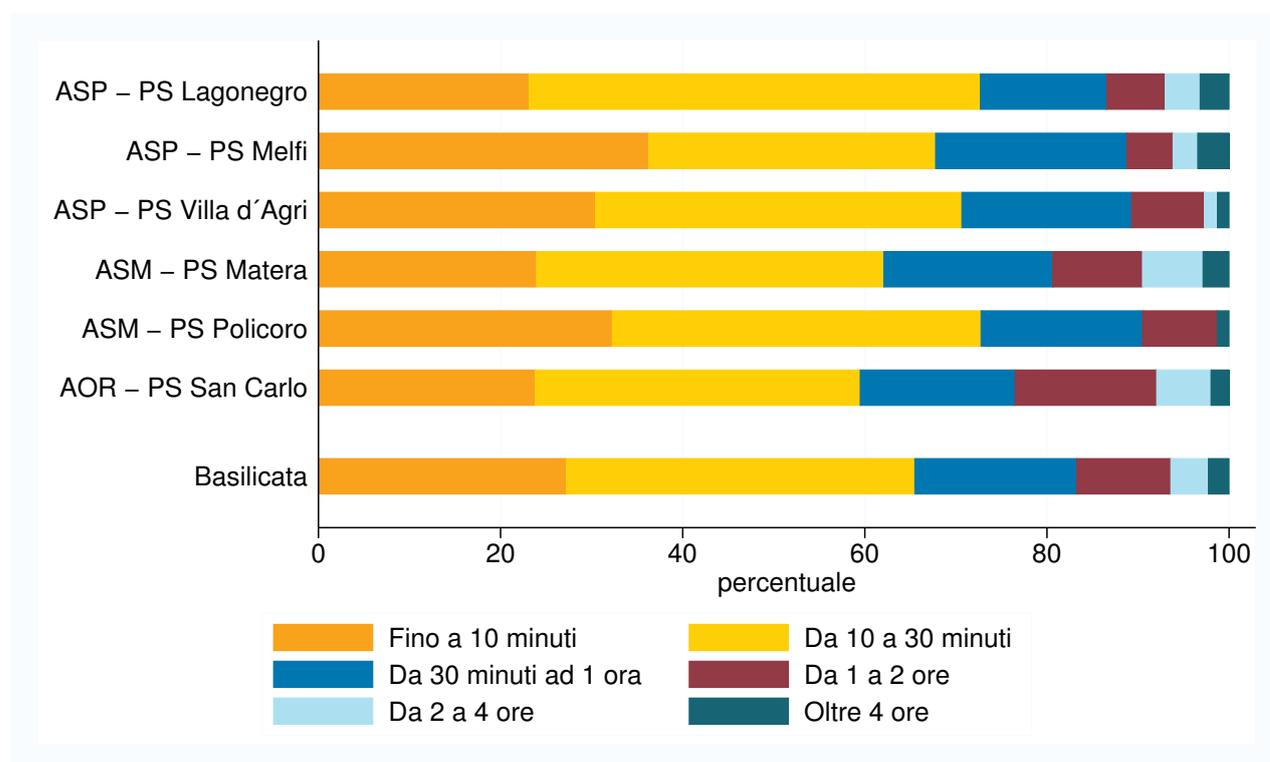
Le è stato comunicato a chi rivolgersi in caso di bisogno una volta lasciato il Pronto Soccorso?



PS	Si		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	740	86.1	119	13.9	859	100.0
ASP - PS Melfi	952	83.1	193	16.9	1146	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	877	84.5	161	15.5	1038	100.0
ASM - PS Matera	1708	78.8	460	21.2	2168	100.0
ASM - PS Policoro	1497	83.2	302	16.8	1799	100.0
AOR - PS San Carlo	1988	74.0	699	26.0	2687	100.0
Reg. Basilicata	7761	80.0	1935	20.0	9696	100.0

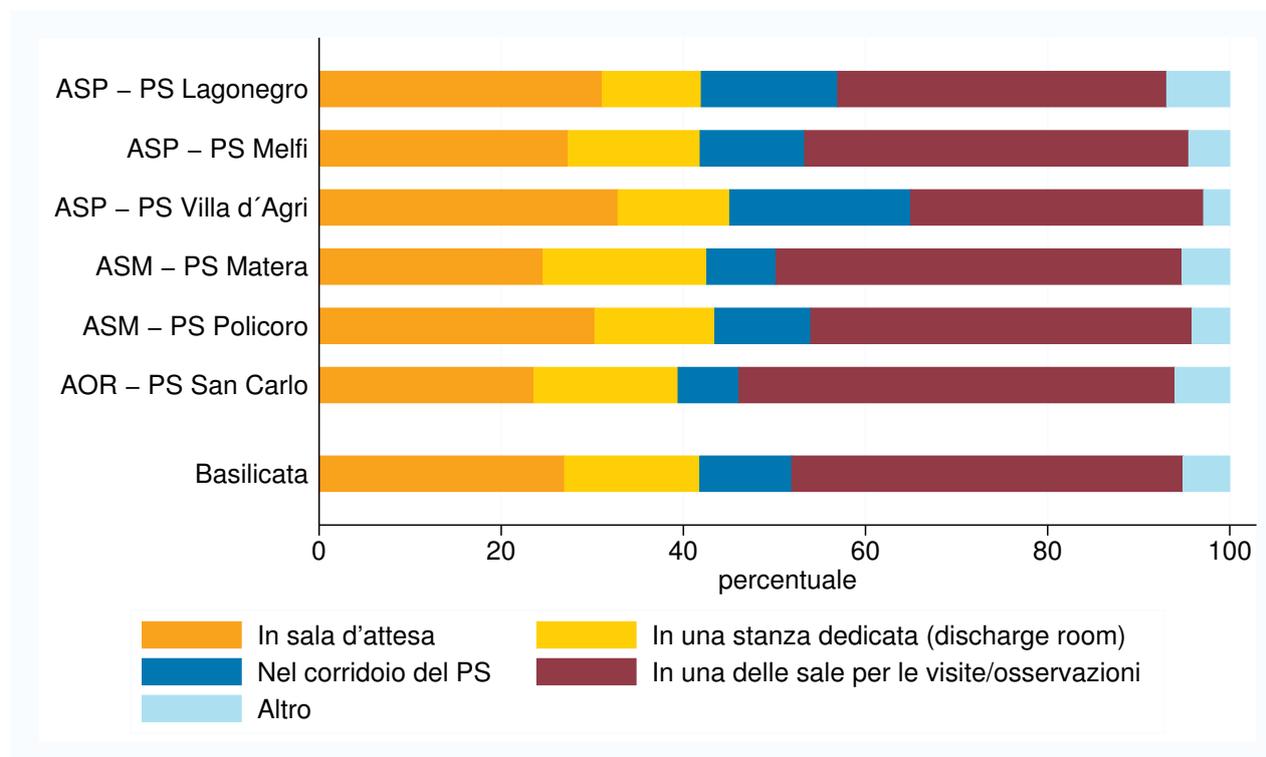
Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di essere tornati a casa. Sono escluse le risposte di coloro che dichiarano che le informazioni non erano necessarie

Dal momento in cui le hanno comunicato che poteva essere dimesso o che doveva essere ricoverato, quanto tempo ha atteso prima che fossero concluse le pratiche per poter uscire o, in caso di ricovero, prima di accedere al reparto (ad esempio firma lettera di dimissioni, letto libero in reparto. Non si consideri il tempo dovuto all'attesa di parenti/familiari)?



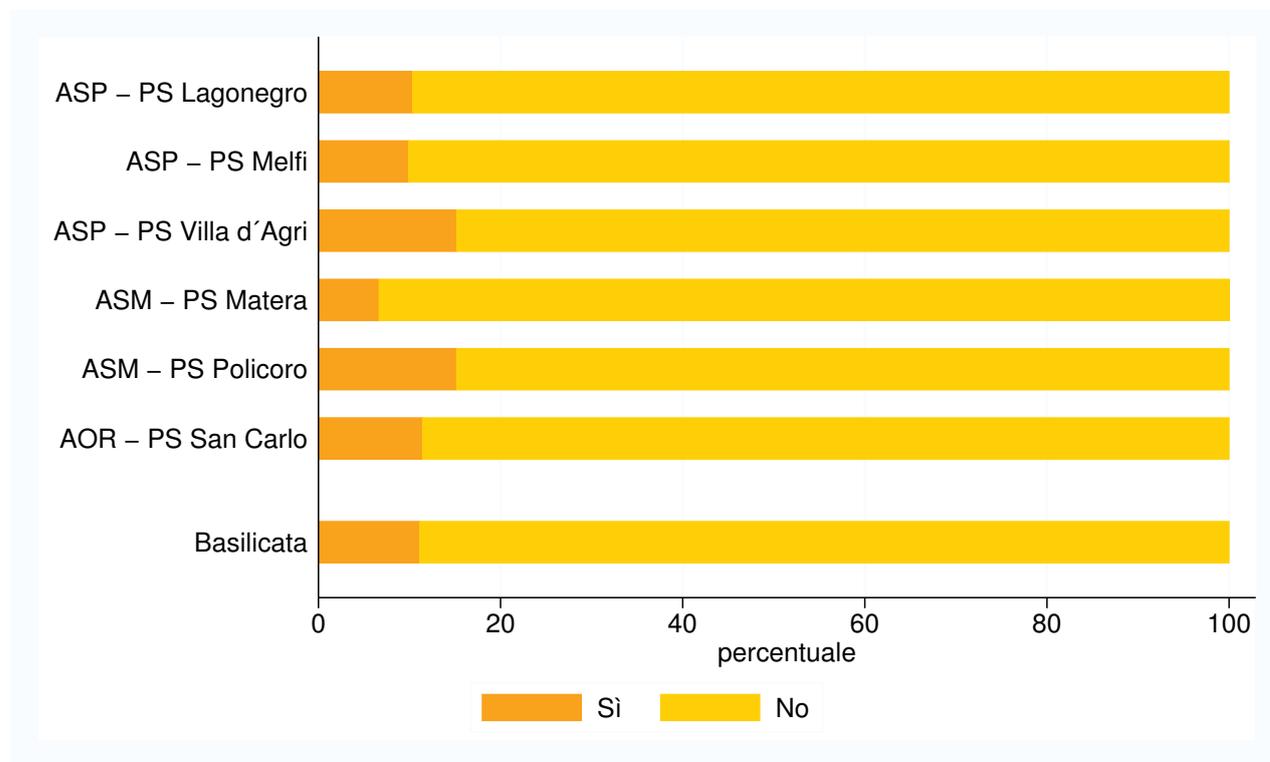
PS	Fino a 10 minuti		Da 10 a 30 minuti		Da 30 minuti ad 1 ora		Da 1 a 2 ore		Da 2 a 4 ore		Oltre 4 ore		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	362	23.1	776	49.6	217	13.9	101	6.4	60	3.8	50	3.2	1566	100.0
ASP - PS Melfi	686	36.3	596	31.5	397	21.0	96	5.1	51	2.7	65	3.4	1892	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	456	30.4	604	40.2	280	18.6	120	8.0	22	1.4	19	1.3	1500	100.0
ASM - PS Matera	865	23.9	1378	38.1	671	18.6	355	9.8	240	6.6	103	2.9	3613	100.0
ASM - PS Policoro	913	32.3	1146	40.5	502	17.7	233	8.2	0	0.0	37	1.3	2830	100.0
AOR - PS San Carlo	1258	23.8	1882	35.7	897	17.0	820	15.5	314	6.0	105	2.0	5277	100.0
Reg. Basilicata	4541	27.2	6382	38.3	2965	17.8	1725	10.3	687	4.1	379	2.3	16679	100.0

Dove ha trascorso questo tempo prevalentemente?



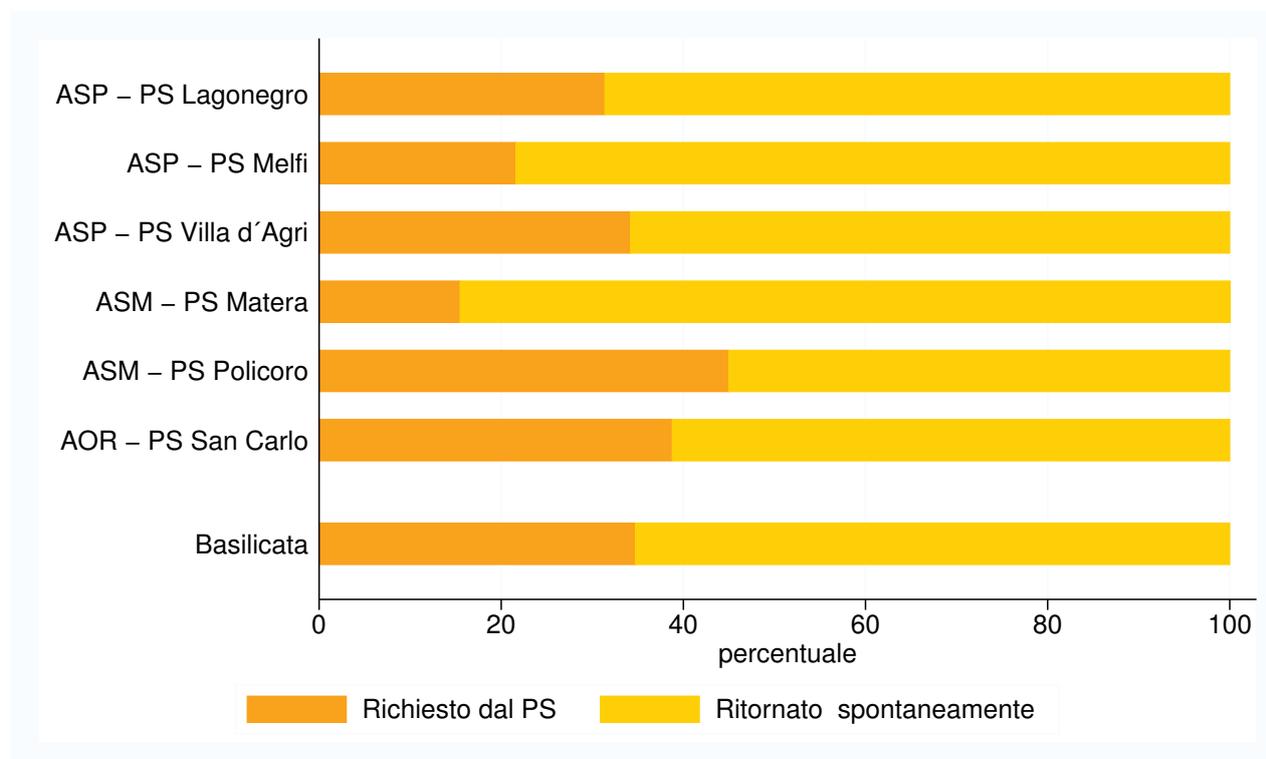
PS	In sala di attesa		In una stanza dedicata (discharge room)		Nel corridoio del PS		In una delle sale per le visite/osservazioni		Altro		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	484	31.1	168	10.8	233	15.0	562	36.1	108	6.9	1554	100.0
ASP - PS Melfi	540	27.4	285	14.5	226	11.5	832	42.2	89	4.5	1972	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	494	32.8	185	12.3	299	19.9	485	32.2	43	2.9	1506	100.0
ASM - PS Matera	903	24.6	660	18.0	279	7.6	1638	44.6	191	5.2	3671	100.0
ASM - PS Policoro	892	30.3	388	13.2	310	10.5	1232	41.9	122	4.1	2944	100.0
AOR - PS San Carlo	1223	23.6	818	15.8	345	6.7	2481	47.9	309	6.0	5177	100.0
Reg. Basilicata	4536	27.0	2504	14.9	1692	10.1	7230	43.0	862	5.1	16823	100.0

Nei tre giorni successivi al primo accesso al Pronto Soccorso è ritornato al Pronto Soccorso per lo stesso problema di salute o per problemi correlati?



PS	Sì		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	166	10.4	1430	89.6	1595	100.0
ASP - PS Melfi	195	9.9	1777	90.1	1972	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	233	15.2	1301	84.8	1534	100.0
ASM - PS Matera	239	6.7	3342	93.3	3581	100.0
ASM - PS Policoro	445	15.2	2487	84.8	2932	100.0
AOR - PS San Carlo	614	11.4	4751	88.6	5365	100.0
Reg. Basilicata	1890	11.1	15088	88.9	16978	100.0

È tornato perché le è stato chiesto dal personale del Pronto Soccorso (ad esempio per togliere punti, fare una medicazione ...) o è tornato di sua spontanea volontà?

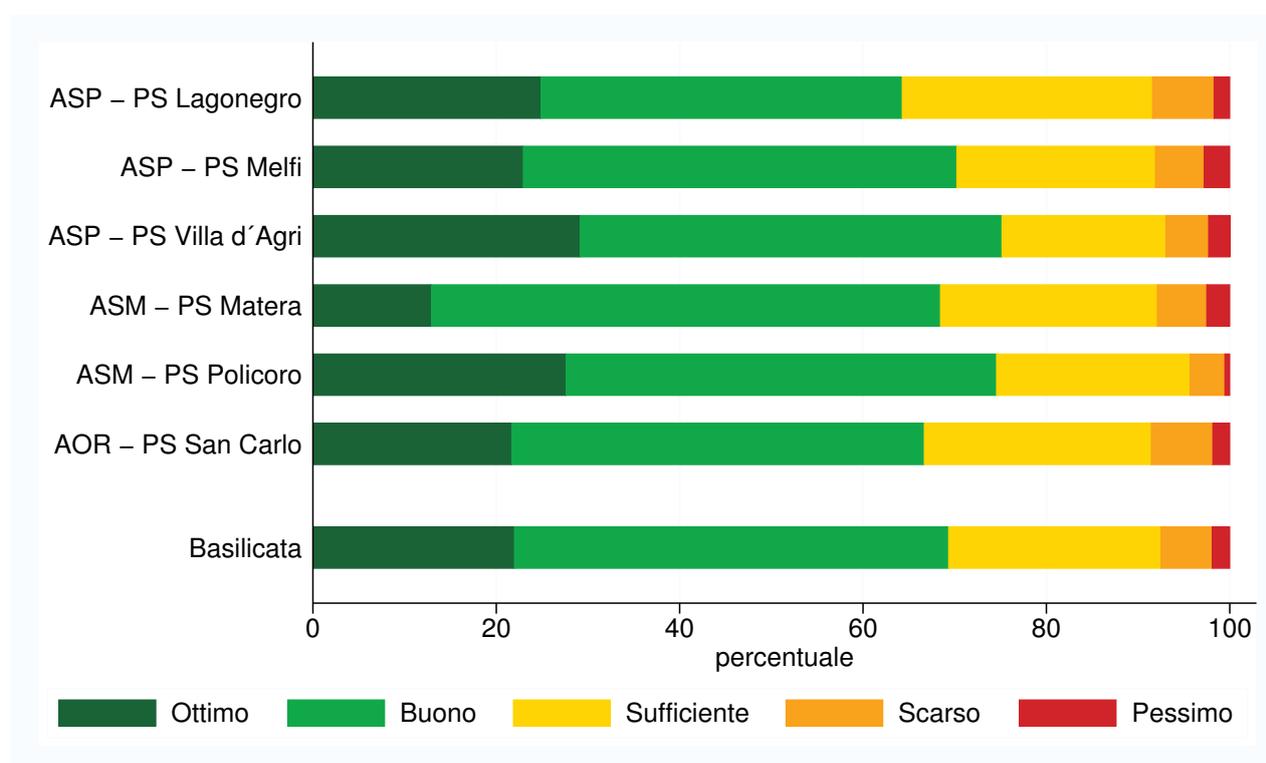


PS	Richiesto dal PS		Ritornato spontaneamente		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	48	31.4	105	68.6	154	100.0
ASP - PS Melfi	38	21.6	136	78.4	174	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	77	34.2	149	65.8	226	100.0
ASM - PS Matera	33	15.5	178	84.5	211	100.0
ASM - PS Policoro	200	45.0	245	55.0	445	100.0
AOR - PS San Carlo	238	38.8	376	61.2	614	100.0
Reg. Basilicata	634	34.8	1189	65.2	1822	100.0

Note: Rispondono alla domanda soltanto gli utenti che dichiarano di essere tornati in Pronto Soccorso nei tre giorni successivi

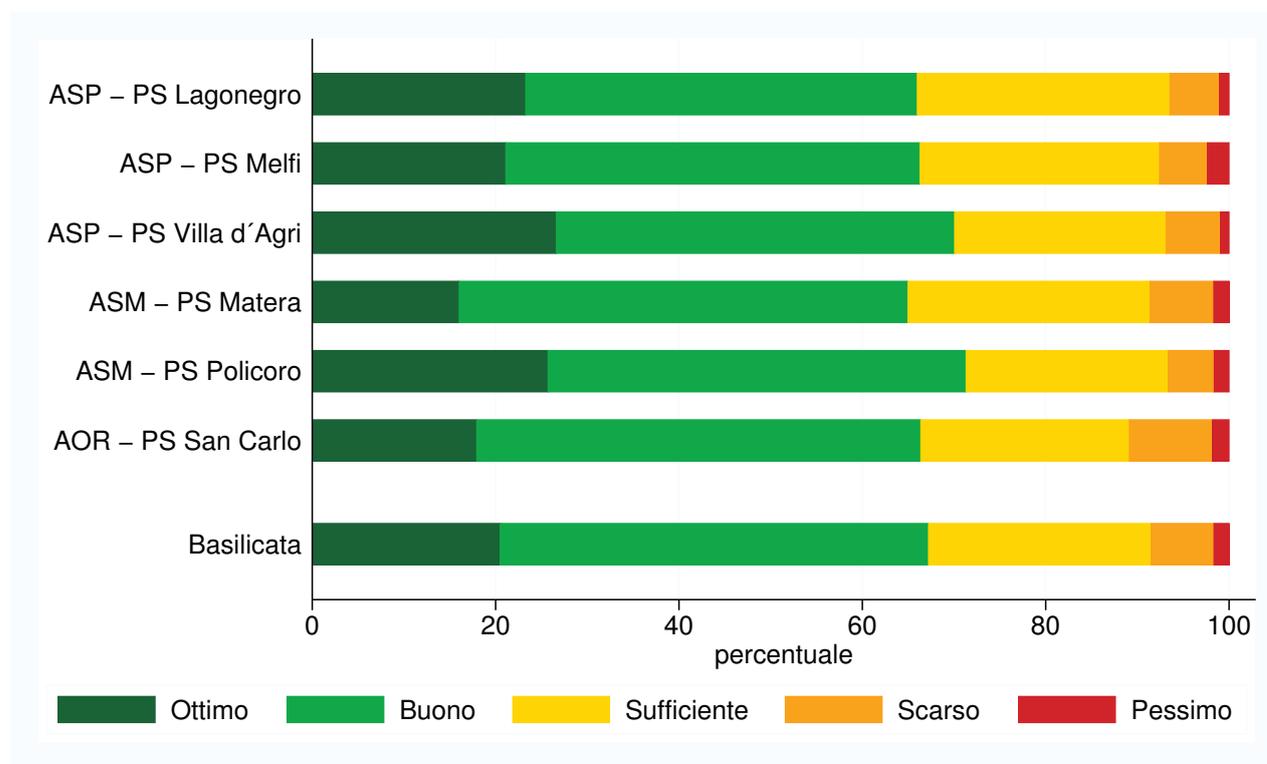
Giudizio Complessivo

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?



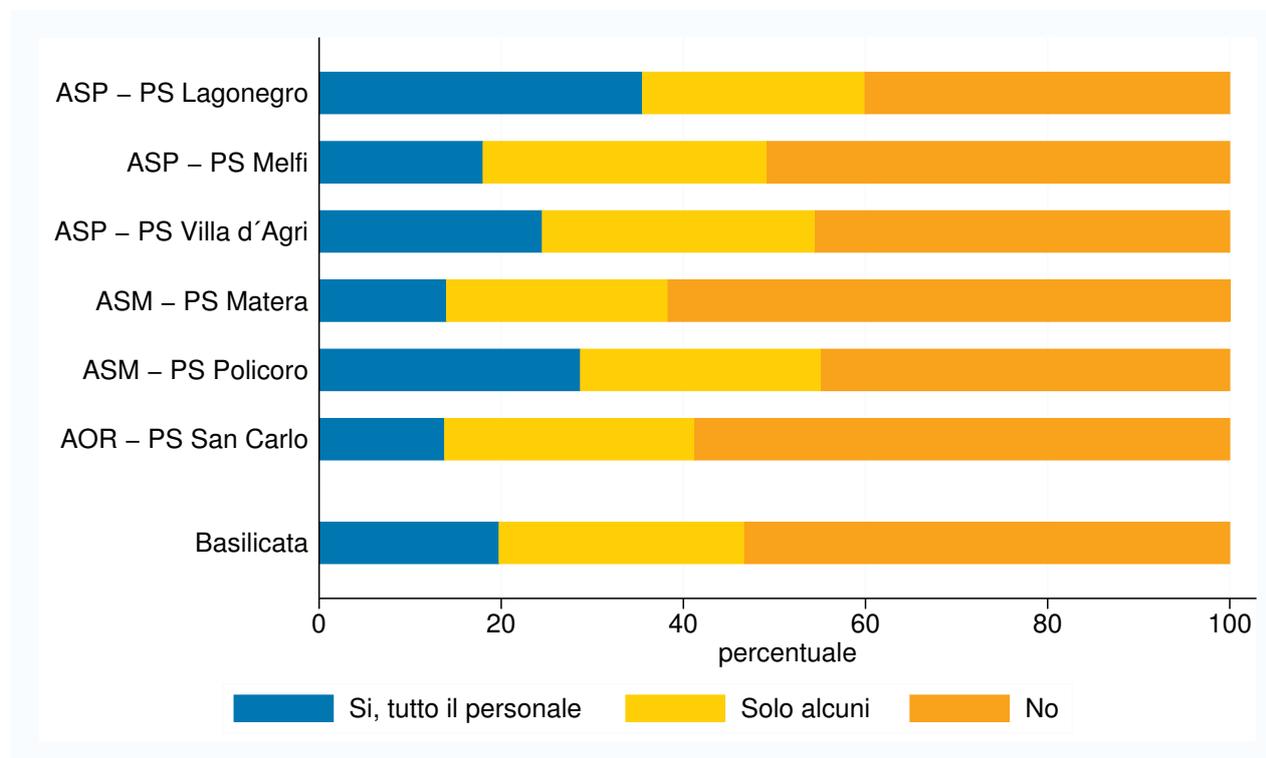
PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	416	24.9	659	39.4	457	27.3	112	6.7	29	1.7	1673	100.0
ASP - PS Melfi	474	22.9	976	47.3	447	21.7	110	5.3	57	2.8	2065	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	455	29.1	719	46.0	279	17.9	73	4.7	36	2.3	1563	100.0
ASM - PS Matera	480	12.9	2056	55.5	876	23.7	200	5.4	93	2.5	3705	100.0
ASM - PS Policoro	836	27.6	1422	47.0	640	21.1	114	3.8	16	0.5	3029	100.0
AOR - PS San Carlo	1222	21.7	2536	45.0	1395	24.8	378	6.7	104	1.8	5636	100.0
Reg. Basilicata	3884	22.0	8369	47.4	4095	23.2	988	5.6	336	1.9	17670	100.0

Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla capacità di lavorare in squadra dimostrata dal personale medico ed infermieristico?



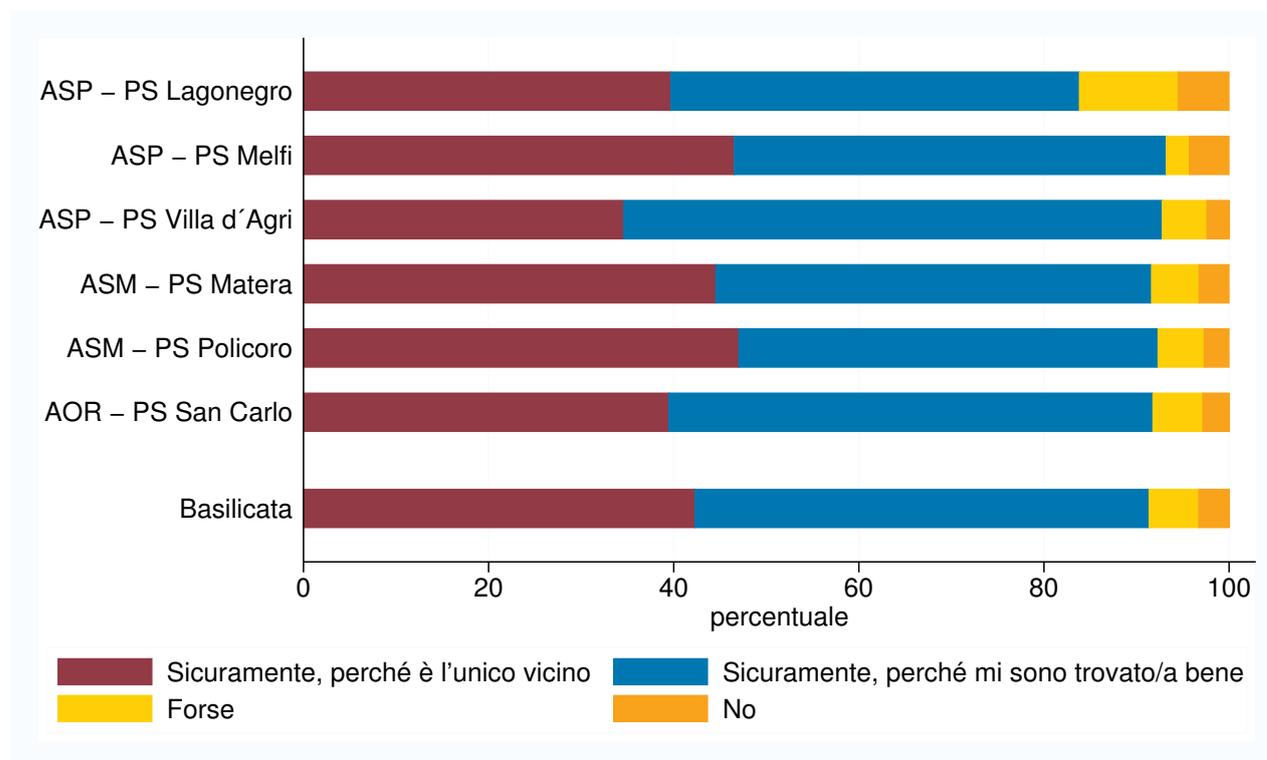
PS	Ottimo		Buono		Sufficiente		Scarso		Pessimo		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	381	23.3	699	42.7	451	27.6	89	5.4	17	1.0	1636	100.0
ASP - PS Melfi	428	21.1	917	45.2	530	26.1	107	5.3	47	2.3	2029	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	411	26.6	669	43.4	355	23.1	91	5.9	14	0.9	1541	100.0
ASM - PS Matera	598	16.0	1829	49.0	986	26.4	260	7.0	63	1.7	3736	100.0
ASM - PS Policoro	775	25.7	1374	45.6	664	22.1	151	5.0	49	1.6	3013	100.0
AOR - PS San Carlo	972	17.9	2623	48.4	1232	22.8	492	9.1	97	1.8	5416	100.0
Reg. Basilicata	3564	20.5	8111	46.7	4219	24.3	1190	6.8	287	1.7	17371	100.0

Il personale che ha trattato il suo caso si è presentato (nome, qualifica)?



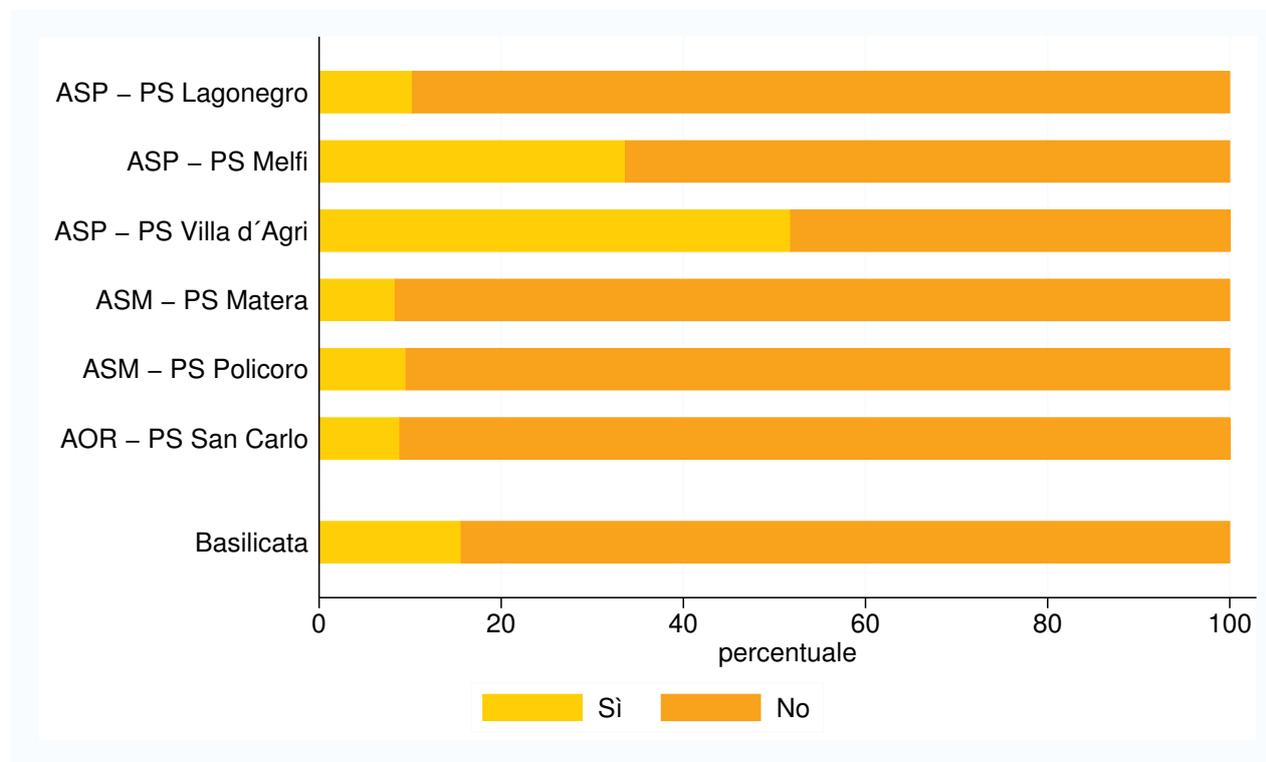
PS	Si, tutto il personale		Solo alcuni		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	502	35.5	346	24.4	567	40.0	1415	100.0
ASP - PS Melfi	303	18.0	525	31.2	855	50.8	1683	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	333	24.5	408	30.0	618	45.5	1359	100.0
ASM - PS Matera	460	14.0	800	24.3	2029	61.7	3290	100.0
ASM - PS Policoro	738	28.7	681	26.5	1154	44.8	2573	100.0
AOR - PS San Carlo	686	13.8	1368	27.5	2927	58.8	4982	100.0
Reg. Basilicata	3024	19.8	4128	27.0	8149	53.3	15301	100.0

In caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo Pronto Soccorso?



PS	Sicuramente, perché è l'unico vicino		Sicuramente, perché mi sono trovato/a bene		Forse		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	645	39.7	717	44.1	173	10.7	89	5.5	1624	100.0
ASP - PS Melfi	947	46.5	950	46.7	51	2.5	87	4.3	2035	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	523	34.6	880	58.2	72	4.8	36	2.4	1512	100.0
ASM - PS Matera	1657	44.5	1752	47.1	191	5.1	121	3.2	3722	100.0
ASM - PS Policoro	1423	47.0	1370	45.3	151	5.0	82	2.7	3025	100.0
AOR - PS San Carlo	2185	39.5	2893	52.3	298	5.4	158	2.8	5534	100.0
Reg. Basilicata	7381	42.3	8562	49.1	937	5.4	573	3.3	17453	100.0

Lei ha ricevuto al Pronto Soccorso l'informativa in cui si comunicava al paziente che c'era una indagine regionale in corso?



PS	Sì		No		Totale	
	No.	%	No.	%	No.	%
ASP - PS Lagonegro	133	10.2	1165	89.8	1297	100.0
ASP - PS Melfi	583	33.6	1151	66.4	1734	100.0
ASP - PS Villa d'Agri	706	51.8	658	48.2	1364	100.0
ASM - PS Matera	279	8.3	3059	91.7	3338	100.0
ASM - PS Policoro	245	9.5	2320	90.5	2564	100.0
AOR - PS San Carlo	445	8.9	4582	91.1	5028	100.0
Reg. Basilicata	2391	15.6	12934	84.4	15326	100.0

Finito di stampare nel mese di ottobre 2013
per conto di Magister Srl

