Regione Basilicata
AZIENDA SANITARIA
Matera

Direzione Aziendale

Tel : 0835/25348

Fax: 0835/253651

Protocollo 2019 0037562 **Matera** 1 LUG. 2019

Dirigente Generale dott. Donato PAFUNDI
DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA
REGIONE BASILICATA
85100 POTENZA

Oggetto: *D.G.R. 190/2018 – Obiettivi di Salute e di Programmazione Sanitaria per ile Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e ospedaliere regionali – Anni 2018 - 2020*
VERIFICA AL 31 DICEMBRE 2018

Secondo quanto previsto dalle D.G.R 190/ 2018 si invia la Relazione di verifica sulle attività svolte e sui risultati raggiunti (valutazione della performance globale - V.P.G.) nell'anno 2018 dall'Azienda Sanitaria di Matera.
Rimanendo a disposizione per eventuali /ulteriori specificazioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti

IL Direttore Generale

(dott. Joseph POLIMENI)

azienda sanitaria locale
matera

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

DGR 190 / 2018

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

Il presente documento si propone lo scopo di fornire primi elementi valutazione in ordine allo stato di raggiungimento degli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria assegnati a quest'Azienda dalla Giunta Regionale di Basilicata con D.G.R. n. 190 del 9 marzo 2018.
Nello specifico il sistema degli obiettivi assegnati alle Aziende del Sistema Sanitario Regionale della Basilicata ripropone lo stesso impianto programmatico avviato con la D.G.R. 167/2017, sia sotto il profilo strutturale che sotto quello delle logiche sottostanti, che recepisce i cambiamenti nel frattempo intervenuti a livello normativo oltre che nell'ambito dei sistemi di valutazione delle performance delle strutture sanitarie.
A tal riguardo la Regione Basilicata ha aderito ad un network di Regioni, coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, il cui scopo è fornire un sistema di valutazione della performance del sistema sanitario, attraverso il confronto di un set di indicatori, condivisi tra tutte le regioni aderenti al predetto network.
Il sistema degli obiettivi assegnati alle Aziende del SSR lucano per l'anno 2018 afferisce a 4 principali aree di risultato:

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

ed è articolato in 18 obiettivi per le Aziende Sanitarie Territoriali, misurati attraverso indicatori per ogni area di risultato e obiettivo.
Gli obiettivi hanno deliberatamente natura sintetica e non esaustiva dell'intero panel di indicatori che possono monitorare l'andamento delle Aziende Sanitarie della Regione.
Nel presente documento si utilizza la stessa articolazione espositiva adottata nell'impianto programmatico regionale, riproponendo in maniera schematica lo stesso ordine sequenziale degli indicatori predefiniti, per ciascuno dei quali si fornisce specifica valutazione in ordine allo stato di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target prefissati.

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

L'esercizio 2018 dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico si è chiuso evidenziando un utile pari a circa 1,145 milioni di euro, che conferma, per il sesto anno consecutivo il pieno raggiungimento dell'equilibrio di gestione, consolidando quell'inversione di tendenza rispetto al passato, avviata nel 2013 e proseguita per il 2014, 2015 e 2016, che ha consentito la tenuta del sistema, preservandone le condizioni di sostenibilità.
Il trend virtuoso dei risultati di gestione relativi agli ultimi anni, stigmatizza gli effetti derivanti da una strategia di grande rigore sotto il profilo economico e finanziario, avviata dall'Azienda nel corso del 2012 e proseguita negli anni successivi, evidenziando la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il definitivo azzeramento di un deficit economico che aveva storicamente gravato sulle gestioni precedenti e che si era attestato su valori (-20 milioni di euro) tali da compromettere

la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale. Tale azione, che ha consentito di consolidare l'equilibrio di bilancio nell'ultimo quinquennio, è stata realizzata mediante massicci interventi di razionalizzazione dei costi, soprattutto quelli relativi a servizi non sanitari, che si collocano nell'ambito di un macro obiettivo che ha qualificato le strategie aziendali: il perseguimento di un costante innalzamento del livello dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, declinata sotto i tutti i profili, da quello clinico a quello organizzativo, nella convinzione che il recupero dell'appropriatezza sia l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse.

Tali interventi hanno consentito di contenere i costi senza pregiudicare i livelli quali-quantitativi assistenziali, senza, cioè, determinare alcuna sostanziale contrazione della produzione di servizi e prestazioni all'utenza, che, di converso, si è mantenuta sugli stessi livelli dell'anno precedente, risultando, rispetto a quest'ultima, maggiormente qualificata sotto il profilo della congruità della casistica trattata e dei setting assistenziali adoperati.

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

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

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

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

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

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

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

Migliaia di euro	Consuntivo 2017	Preventivo 2018	Consuntivo 2018	Scostamento cons.'18 - cons.'17	
Valore della produzione	394.375	378.913	391.202	-3.173	*-0,80%*
Costi di produzione	384.807	371.163	388.472	3.665	*0,95%*
Proventi e oneri finanziari	0	0	0	0	*0%*
Proventi e oneri straordinari	-667	0	5.204	5.871	*-880,21%*
Imposte e tasse	7.660	7.750	7.685	25	*0,33%*
Risultato d'esercizio	**1.241**	**0**	**249**	**-992**	***-79,94%***

Il bilancio d'esercizio 2018 si è chiuso con un utile di esercizio pari a 249 mila euro.
L'analisi economica delle macro-voci di bilancio di esercizio 2018 evidenzia come, rispetto al 2017, a fronte di un decremento dei ricavi di -3,173 milioni di euro, pari al -0,8%, si sia registrato un incremento complessivo dei costi di produzione di 3,665 milioni di euro, pari al +0,95%, cui si è aggiunto un aumento netto dei proventi straordinari di 5,871 milioni di euro, con l'effetto finale di una riduzione dell'utile di esercizio di 992 mila euro, pari al -79,9%.
Nel 2018 il valore totale della produzione, pari complessivamente a 391,202 milioni di euro, ha evidenziato un decremento pari a -3,173 milioni di euro (-1%), determinato dall'effetto compensativo tra gli incrementi e le riduzioni registrati dalle singole voci di ricavo.

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

DGR 190 / 2018

TUTELA DELLA SALUTE

PREVENZIONE PRIMARIA

1.a.1 Copertura per vaccino MPR

Definizione	**Copertura per vaccino MPR (Morbillo – Parotite – Rosolia)**
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (ciclo base completo 1 dose) per MPR
Denominatore	n. di bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione
Formula matematica	Cicli vaccinali per MPR completati nell'anno (1392) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1532) *100 = **91,00%**
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartimento Aziendale di Prevenzione Umana ASM
Note	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**<90**	**tra 90 a 95**	**>95**

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

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

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

Definizione	**Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)**
Numeratore	Soggetti vaccinati di età pari o superiore ai 65 anni
Denominatore	Popolazione di età pari o superiore ai 65 anni residente
Formula matematica	Vaccinazioni antinfluenzale ai soggetti di età pari o superiore ai 65 (33.100) / popolazione residente con età pari o superiore ai 65 anni (44.000) *100 33.100/ 44.000 *100 = **75,22 %** (risultato 2018)
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**<60**	**Tra 60 e 75**	**>75,00**

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

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**<60**	**tra 60 e 75**	**>75**

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

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

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

Definizione	**Grado di Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari)**
Numeratore	n. operatori sanitari vaccinati
Denominatore	Totale dipendenti ruolo sanitario e tecnico
Formula matematica	Operatori sanitari vaccinati (616) / totale dipendenti ruolo sanitario e tecnico (1950) *100)= 32,00 % 616/ 1950 *100 = **32,00 %** (risultato 2018)
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**<25**	**Tra 25 e 40**	**➢ 40,00**

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

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**< 90**	**Tra 90 e 95**	**➢ 95**

Nel 2018 i cicli vaccinali completati tra i bambini, residenti nell'ASM, nati nel 2016 sono stati 1.320, a fronte di una coorte di bambini residenti nella provincia di Matera con età inferiore a 2 anni pari a 1.532. Ne deriva che nel 2018 la copertura vaccinale antimeningococcica nella popolazione di bambini residenti nell'ASM con età inferiore a 2 anni, è stata pari all'86,10%, superiore alla media nazionale, pari all'82,64%, raggiungendo allo 0% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.
Pare opportuno far presente che, in riferimento al raggiungimento di questo obiettivo, le percentuali target di raggiungimento assegnate dalla programmazione regionale, risultano troppo elevate, sia perché si discostano notevolmente dalle coperture vaccinali raggiunte negli anni passati a livello regionale, sia perché risultano anche molto più alte dai valori medi nazionali di copertura per questo tipo di vaccinazioni.
In proposito, anche il Comitato Tecnico regionale per le Politiche vaccinali, in riunioni verbalizzate tenutesi ad inizio anno, aveva indicato obiettivi di copertura più aderenti alla realtà regionale e nazionale.

1.a.6 Grado di Copertura vaccinale antipneumococcico

Definizione	**Copertura vaccinale antipneumococcica**
Numeratore	Cicli vaccinali (III dose) completati al 31 dicembre x antipneumococcica
Denominatore	Corte di bambini residenti nel territorio con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre
Formula matematica	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2016 (1460) / Corte di bambini nati nel 2015 (1532) *100 = **95, 30%** (risultato 2018)
Fonte	Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**<90**	**Da 90 a 95**	**>95**

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

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**<90**	**Da 90 a 95**	**>95**

Nel 2018 i cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2016 dell'ASM sono stati 1.460 a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1.532.
Ne deriva che nel 2018 la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo di base (3 dosi) nell'ASM è stata pari 95,30 %, raggiungendo al 100% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

1.b.1 % di persone intervistate consigliate dal medico a fare attività fisica ***Dati inviati dagli Uffici regionali***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PREVENZIONE SECONDARIA - Dati inviati dalla Centrale Screening regionale

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

Definizione	**Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**
Numeratore	donne (25 -64) che eseguono il test di screening per cervice uterina n. 17.129
Denominatore	donne residenti nella ASM (donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni) nel periodo di riferimento (2 - 3 anni) n. 51.388 (diviso 3 anni)
Formula matematica	n. donne (25 -64) che eseguono il test / popolazione di riferimento nei 3 anni x 100 = **25,07%**
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata
Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CROB la popolazione di riferimento è quella regionale

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	**50%**	100%
Risultato	Meno di 25	**Tra 25 e 50**	Più del 50

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**< 35**	**tra 35 e 60**	**➢ di 60**

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

Definizione	**Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per colon retto**
Numeratore	N. persone in età target (50-69 anni) che eseguono il test di screening per tumore con retto 26.978
Denominatore	N. persone residenti (50-69 anni) nel periodo di riferimento (due anni) n. 54.235
Formula matematica	n. persone (50-69 anni) che hanno effettuato il test di screening / (N. donne residenti nel periodo di riferimento (due anni) 33,96
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata – Sistema Informativo Screening del Ministero
Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CR=B la pop. Di riferimento è quella regionale

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**< 25**	**tra 25 e 50**	**➢ di 50**

SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

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

Definizione	**Percentuale di aziende ispezionate / n. di aziende con dipendenti presenti sul territorio**
Numeratore	Numero di aziende ispezionate dal servizio
Denominatore	N. aziende con dipendenti presenti sul territorio (ultimo dato disponibile 2014)
Formula matematica	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate / n. imprese attive presenti sul territorio (426 / 5350 *100) = **8,%**
Fonte	Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e Inail
Note	Per il numeratore: dati attività trasmessi dalle UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL. Per il denominatore Nuovi flussi informativi INAIL (c/o Dipartimento di salute – ufficio Politiche della prevenzione e le predette UU.OO. per competenza territoriale.

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 5	tra 5 e 10	➢ 10

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

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

Definizione	**n. di cantieri ispezionati /cantieri notificati**
Numeratore	Numero di cantieri ispezionati dal servizio
Denominatore	N. cantieri notificati
Formula matematica	Numero di cantieri ispezionati / n. cantieri notificati (900/258 *100) = **29,00%**
Fonte	Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER – Basilicata)
Note	Per il numeratore: dati attività trasmessi dalle UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL. Per il denominatore Nuovi flussi informativi INAIL (c/o Dipartimento di salute – ufficio Politiche della prevenzione e le predette UU.OO. per competenza territoriale.

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 20	tra 20 e 30	➢ 30

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

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	< 40	tra 40 e 50	➢ 50

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

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**< 70**	**tra 70 e 90**	**➢ 90**

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

SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA

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

Definizione	**Percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale.**
Numeratore	N. totale di campioni eseguiti n. **9**
Denominatore	N. di campioni programmati i n. **9**
Formula matem.	N. totale di campioni effettuati nell'ambito del PNR 53 / N. campioni programmati/53 *100 = 100 %
Fonte	Sistema informativo NSIS – PNR Nuovo Sistema informativo - Piano Naz. Residui

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

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

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

Definizione	**Percentuale di ovini e caprini morti testati per scrapie**
Numeratore	numero di capi testati
Denominatore	N. di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati x SCRAPIE
Formula matematica	**OVINI**: N. totale di capi testati (203) / totale capi morti di età superiore ai 18 mesi (186) dato dal numero totale dei capi morti (n. 347) da cui sono stati scorporati i capi per i quali è stato impossibile eseguire il prelievo (n. 139). 347 -139 = 203 pertanto tutti i capi sono stati testati : 203/203 = **100,00%** **CAPRINI**: N. totale di capi testati (64) / totale capi morti di età superiore ai 18 mesi (84)

	dato dal numero totale dei capi morti (n. 94) da cui sono stati scorporati i capi per i quali è stato impossibile eseguire il prelievo (n. 30). 94 -30 = 64 pertanto tutti i capi sono stati testati :64/64 = **100,00%**
Fonte	Banca dati regionale Anagrafe Animali Il Flusso dei dati sarà gestito dal nuovo modulo software integrato con il Nodo regionale dei Servizi veterinari e dei SIAN (BDR)
Note	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**		**100%**
Risultato ovini	**NO**		**SI'**
Risultato caprini			

Nel 2018 il numero di capi di ovini di età superiore ai 18 mesi testati morti per scrapie è stato pari a 347, a fronte dei quali è stato possibile effettuare il controllo solo a 203. Nello stesso periodo il numero di caprini di età superiore ai 18 mesi testati morti per scrapie è stato pari a 94, a fronte dei quali è stato possibile effettuare il controllo solo a 64.
Nel 2018 sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale, aziendale e dipartimentale. L'obiettivo prefissato è stato raggiunto a seguito dell'adozione della suddetta specifica procedura, prevista dal Piano Aziendale di Sorveglianza delle TSE, che definisce le modalità di intervento dei Veterinari Dirigenti nei casi in cui non sia possibile procedere al prelievo del tronco encefalico (es. ovini e caprini deceduti al pascolo, in luoghi inaccessibili, ecc.); nelle predette circostanze è resa obbligatoria la verbalizzazione delle motivazioni che non permettono l'esecuzione dei test, nonché la loro registrazione nel Sistema Informativo Veterinario Regionale (BDR). Le copie dei predetti verbali, relativi all'anno 2018, come previsto dal Piano di Impegni vengono trasmessi con cadenza trimestrale al Competente Ufficio Veterinario Regionale, secondo quanto definito anche nelle modalità di raggiungimento dell'obiettivo definite nella DGR 190.

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**		**100%**
Risultato	**NO**		**SI**

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

PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

APPROPRIATEZZA AREA CLINICA

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 180**	**tra 135 e 180**	**Meno di 135**

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

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 3**	**Tra 1,5 e 3**	**Meno di 1,5**

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

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Meno di 45**	**Tra 45 e 75**	**Più di 75**

Migliorativo rispetto al 2017 (33, 4 %)

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 65**	**Tra 50 e 65**	**Meno di 50**

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

Definizione	***Riammissione a 30 gg. dopo intervento chirurgico di protesi d'anca***	
Numeratore	N. di ricoveri con riammissione entro 30 gg. dalla data di dimissione del ricovero x protesi d'anca 8	
Denominatore	N. ricoveri con intervento di protesi di anca 179 x 100	**4,47**
Formula matematica	N. di ricoveri con riammissione entro 30 gg. dalla data di dimissione del ricovero x protesi d'anca 8/ N. ricoveri con intervento di protesi di anca 179 x 100	
Fonte	SIS - Flusso SDO-	
Note per elaborazione	Protocollo operativo del piano Nazionale Esiti (PNE)	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 3,7**	**Tra 2,7 e 3,7**	**Meno di 2,7**

Consuntivo 2017 = 5,29 %

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Meno di 50**	**Tra 50 e 60**	**Più di 60**

Consuntivo 2017 = 69,61 %

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Meno di 34**	**Tra 34 e 44**	**più di 44**

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 10,5**	**Tra 8,5 e 10,5**	**Meno di 8,5**

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

Definizione	***Proporzione di ricoveri in day surgery di colecistectomie laparascopiche***	
Numeratore	N. di ricoveri con intervento di colecistectomie laparascopiche in day surgery 1	
Denominatore	N. di ricoveri con interventi di colecistectomie laparascopiche 63	
Formula matematica	N. di ricoveri con intervento di colecistectomie laparascopiche in day surgery / N. di ricoveri con interventi di colecistectomie laparascopiche x 100	**1,59**
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note per l'elaborazione	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE).	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Meno di 50**	**Tra 50 e 60**	**più di 60**

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

Definizione	**Percentuale di parti con taglio cesareo primario**	
Numeratore	Numero totale di parti cesarei primari 221	
Denominatore	n. totale di parti con nessun pregresso cesareo 1000	
Formula matematica	Numero totale di parti cesarei primari / n. totale di parti con nessun pregresso cesareo x 100	**22,10**
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note per l'elaborazione	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 28**	**tra 24 e 28**	**Meno di 24**

Consuntivo 2017 = 21,00 %

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

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

2.b.2 Reti tempo dipendenti

Definizione	***Reti tempo dipendenti***	
Numeratore	Numero	
Denominatore		
Formula matematica		
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note per l'elaborazione	Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**		**100%**
Risultato	**no**		**SI'**

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

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

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

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

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

Nella medesima direzione si collocano le deliberazioni aziendali:

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

EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

I valori degli indicatori di sotto riportati, sono stati calcolati sulla base delle performance rilevate nella ASM. ***Il tasso, infatti, è stato calcolato sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della nostra azienda***

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

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

Definizione	**Tasso di ospedalizzazione *std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 100 residenti***	
Numeratore	N. di ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti 1104	
Denominatore	Popolazione residente 198.867	
Formula matematica	N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni X 100	**5,6**
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri dei residenti , extra regione inclusi. Vengono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75 - 99)	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 10**	**Tra 7 e 10**	**Meno di 7**

2.c.2 Tasso ospedalizzazione per scompenso cardiaco in residenti della fascia di età: 50 – 74 anni

Definizione	**Tasso di ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni**	
Numeratore	N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni **140**	
Denominatore	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni **64.369**	
Formula matematica	N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni X 100.000	**217,50**
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non e disponibile la mobilita passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 Esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75,99)	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 195**	**tra 155 e 195**	**Meno di 155**

2.c.3 Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni	
Numeratore	N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20 – 74 anni **14**	
Denominatore	**popolazione residente della fascia di età 35 – 74 128.717**	
Formula matematica	**N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 35–74 anni /popolazione residente della fascia di età 35– 74 x 100.000**	**10,9**
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non e disponibile la mobilita passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito Sono esclusi: - i DRG 113 e 114 - i codici di procedura 36 e 39.5 - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e Neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale) - i ricoveri in strutture private non accreditate	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 35**	**Da 25 a 35**	**Meno di 25**

2.c.4 Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni	
Numeratore	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni n. **19**	
Denominatore	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni **n. 64.369**	
Formula matematica	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni x 100.000	**29,5**
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti extra regione inclusi. Fino a che non e disponibile la mobilita passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) i ricoveri in strutture private non accreditate; i ricoveri in strutture private non accreditate	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 35**	**Da 25 a 35**	**Meno di 25**

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

Definizione	Percentuale di *over* 64 anni trattati in ADI	
Numeratore	N. di over 64 anni trattati in ADI	**2.284**
Denominatore	popolazione residente over 64	**43.645**
Formula matematica	N. di over 64 anni trattati in ADI /popolazione residente over 64 x 100	**5,23**
Fonte	SIS – Flusso ADI	
Note x l'elaborazione		

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**<5**	**Da 5 a 10**	**>10**

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

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

Definizione	Percentuale di *over* 64 anni trattati in ADI	
Numeratore	N. di prese in carico con CIA > o,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni = 2284	
Denominatore	N. prese in carico (PIC) per Cure domiciliari per persone con età maggiore o uguale a 65 anni - n. 2284 + 1064 = 3348	
Formula matematica	2284/3348 x 100 = 68%	**68%**
Fonte	SIS – Flusso ADI	
Note x l'elaborazione		

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

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

2.c.7 Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 300**	**Tra 200 e 300**	**Meno di 200**

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

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

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 6**	**Tra 4 e 6**	**Meno di 4**

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

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

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Più di 10**	**Tra 7 e 10**	**Meno di 7**

EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA - URGENZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

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

Definizione	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine	
Numeratore	N. confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza 3.533.908	
Denominatore	N. confezioni complessivamente erogate 3.877.487	
Formula matematica	3.533.908/3.877.487 x 100	**91,14 %**
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l'elaborazione	Le statine appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA.	

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
Risultato	**Meno di 74**	**Tra 74 e 76**	**Più di 76**

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

Definizione	Percentuale ***di utilizzo farmaci biosimilari (mantenimento dei livelli di utilizzo)***	
Numeratore	Totale unità posologiche biosimilari dell'ATC 5° livello	**8.517**
Denominatore	N. Totale unità posologiche biosimilari (biosimilari +originator) dell'ATC 5° livello	**15.995**
Formula matematica	N. Totale unità posologiche(biosimilari +originator) dell'ATC 5° livello / Totale unità posologiche (biosimilari +originator) dell'ATC 5° livello	**% 53,25**
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l'elaborazione	Si considerano al numeratore e al denominatore solo i seguenti principi attivi: BO3AAO2, altri preparati antianemici-eritroproteine LO3AAO2, Citochine e immunomodulatori /fattori di stimolazione delle colonie –Filgrastim –	
n. 1 - Principi attivi: B03xAO1 Altri preparati antianemici-Eriproteina N.2 Principi attivi LO3AAO2 Citochine e immunomodulatori/fattori di stimolazione delle colonie - filgrastin		

Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo	**0%**	**50%**	**100%**
	Meno di 80	**Tra 80 e 95**	**Più di 95**
Risultato totale	**53,25 %**		
Risultato per il Principio attivo LO3AAO2 filgrastim è del 98%			

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

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

(nel 2017 52,81%,)

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

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

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

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

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

Definizione	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine			
Numeratore	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati erogati dalle farmacie territoriali			
Denominatore	N. di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico CO9 delle "sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali			
Formula matematica	(150.178 +133.417/551.062x 100)			**51,46%**
Fonte	SIS Flusso Marno			
Note x l'elaborazione	I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (Sartani) appartengono ai sottogruppi terapeutici ATC C09 e C09D. Escluso il consumo privato			
Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo		**0%**	**50%**	**100%**
Risultato		**Più di 40**	**Tra 40 e 30**	**Meno di 30**

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

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

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

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

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

Nel 2017 23,78%

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

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

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