

in collaborazione con



CRISP Centro di Ricerca
Interuniversitario
per i Servizi
di Pubblica Utilità

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

i risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
a confronto

Report 2015



Scuola Superiore Sant'Anna
Istituto di Management
Laboratorio Management e Sanità

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE
DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI:
i risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
a confronto

REPORT 2015

A cura di Sabina Nuti, Tommaso Grillo Ruggieri

© Copyright 2016 Laboratorio MeS

ISBN 9788899244071



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI:
i risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto
Report 2015

Responsabile Scientifico: Sabina Nuti, Laboratorio Management e Sanità (IdM - SSSUP)
Coordinamento: Tommaso Grillo Ruggieri, Laboratorio Management e Sanità (IdM - SSSUP)

Coordinamento operativo: Federico Vola, Pietro Amat, Giuseppe D'Orio, Francesca Ferrè
Sistemi informativi: Domenico Cerasuolo, Laboratorio Management e Sanità (IdM - SSSUP)

Il Laboratorio Management e Sanità (Istituto di Management – Scuola Superiore Sant'Anna)

Pietro Amat, Francesco Attanasio, Sara Barsanti, Beatrice Bertini Vacca, Cristiana Bettelli, Manila Bonciani, Maria Sole Bramanti, Francesca Brocchini, Gianluca Cafagna, Martina Calovi, Francesca Casalini, Laura D'Amato, Sabina De Rosi, Giuseppe D'Orio, Francesca Ferrè, Manuela Furlan, Giorgio Giacomelli, Tommaso Grillo Ruggieri, Nicola Iacovino, Andrea Carlo Livraghi, Daniel Lungu, Barbara Lupi, Anna Maria Murante, Linda Palatella, Cinzia Panero, Francesca Pennucci, Silvia Podetti, Giorgio Presicce, Valentina Rosellini, Chiara Salsiri, Chiara Seghieri, Giulia Sciolli, Chiara Speroni, Simone Ticcianti, Milena Vainieri, Federica Vasta, Bruna Vinci, Federico Vola

Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica utilità - Università degli Studi di Milano-Bicocca

Giorgio Vittadini, Paolo Berta

Regione Basilicata: Donato Pafundi, Giuseppe Montagano, Massimiliano Gallo, Gabriella Cauzillo, Maria Rosaria Tozzi, Stefano Vito Lorusso, Michele Recine, Annarita Lucia, Vito Mancusi, Maria Rosalia Puzo, Vincenzo Perneti, Zullo Maria Luisa, Gabriella Sabino.

Regione Emilia-Romagna: Kyriakoula Petropulacos, Eleonora Verdini, Stefano Sforza, Chiara Ventura, Sergio Battaglia, Camilla Lupi, Marzia Cavazza, Monica Fiorini, Lucia Nironi, Antonio Brambilla, Andrea Donatini, Aurora Puccini, Iliaria Mazzetti, Patrizio Di Denia, Antonella Negro, Silvana Borsari, Vittorio Basevi, Mila Ferri, Alessio Saponaro, Maria Teresa Montella, Maria Vizioli, Rossana De Palma, Laura Maria Beatrice Belotti, Adriana Giannini, Rossana Mignani, Priscilla Sassoli De Bianchi, Giuliano Carrozzini, Lara Bolognesi, Davide Ferrari.

Regione Friuli Venezia Giulia: Loris Zanier, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Francesca Valent, Jenny Fabro, Francesca Tosolini, Sara Anzilutti, Tolinda Gallo, Anna Busolin, Direzione Centrale di Salute, Integrazione Socio-Sanitaria, Politiche Sociali e Famiglia.

Regione Liguria: Walter Locatelli, Francesco Quaglia, Domenico Gallo, Roberto Oneto, Gabriella Paoli, Roberto Carloni, Claudio Castagneto, Iliaria Cremonesi, Alessandra Moisello, Enrica Orsi, Susanna Rivetti, Marco Russo, Sergio Schiaffino, Camilla Sticchi, Germana Torasso, Sergio Vigna, Roberta Zanetti, Bruno Buonopane, Marco Manoni,

Carlo Olivari, Laura Perini, Paolo Romairone, Maria Franca Tomassi, Luigina Bonelli, Angelo Magliani.

Regione Lombardia: Maurizio Bersani, Danilo Cereda, Giovanni Daverio, Michele Ercolanoni, Maria Gramegna, Eleonora Grosso, Monica Luderghani, Luca Merlino, Daniela Nicolosi, Walter Bergamaschi.

Regione Marche: Lucia Di Furia, Paolo Aletti, Alberico Marcobelli, Christian Bogino, Giuseppe Feliciangeli, Daniel Fiacchini, Fabio Filippetti, Giovanni Lagalla, Cristina Mancini, Francesca Polverini, Matteo Scaradozzi, Liana Spazzafumo, Alessia Stacchiotti, Giuliano Tagliavento.

P.A. Bolzano: Michael Mayr, Laura Schrott, Silvia Capodaglio, Carla Melani, Mirko Bonetti, Antonio Fanolla, Eva Papa, Roberto Picus, Thomas Prinnoth, Nadia Vieider, Sabine Weiss, Paola Zuech.

P.A. Trento: Laura Battisti, Demetrio Spanti, Angela Trentin, Graziano Maranelli, Maria Grazia Zuccali, Cristiana Betta, Maria Gentilini, Riccardo Pertile, Diego Cagol, Paolo Santini, Marina Mastellarò, Carlo Trentini.

Regione Puglia: Giovanni Gorgoni, Vito Bavaro, Francesco Latino, Antonio Circhetta, Fabio Mastrapasqua, Antonio Vieli, Benedetto Pacifico, Lucia Bisceglia, Vito Petrarolo, Anna Salvatore, Antonio Tommasi, Cinzia Germinario, Domenico Martinelli.

Regione Toscana: Emanuela Balocchini, Katia Belvedere, Mario Cecchi, Cecilia Chiarugi, Tiberio Corona, Maria Teresa Mechi, Andrea Mercatelli, Moraldo Neri, Monica Piovi, Carla Rizzuti, Alessandro Rosselli, Lorenzo Roti, Barbara Trambusti, Andrea Vannucci, con la collaborazione dell'Agenzia Regionale di Sanità, dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica e dell'Istituto Toscano Tumori e del Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente.

Regione Umbria: Paola Casucci, Giuliana Alessandrini, Donatella Bosco, Ombretta Checconi, Marcello De Giorgi, David Franchini, Simona Guzzo, Stefania Prandini, Mariangela Rossi, Milena Tomassini, Anna Tosti.

Regione Veneto: Domenico Mantoan, Simona Bellometti, Stefano Rocco, Elena Schievano, Diego Bonifaci, Angela Grandis; Francesca Russo, Federica Michieletto, Erica Bino, Filippo Da Re, Chiara Fedato, Giovanna Scroccaro, Margherita Andretta, Valentina Fantelli, Valeria Biasi, Luca Trentin, Salvatore Simonte, Consuelo Iannarilli, Paola Facchin, Laura Salmasso, Anna Ferrante, Daniela Perin, Luca Heller, Giovanna Frison, Alberto Chinaglia, Mario Saugo, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Mauro Bonin, Stefano Nicola, Matteo Cella, Maddalena Momo, Alessandro Ruzza, Giuseppe Feltrin, Lorenzo Rampazzo, Tommaso Maniscalco.

Si ringrazia per il contributo scientifico Maria Pia Fantini (Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - Università di Bologna).

Si ringraziano tutti i referenti delle Aziende Ospedaliero-Universitarie che hanno partecipato alle iniziative e agli incontri organizzati dal Laboratorio MeS, dando un importante contributo allo sviluppo e al perfezionamento degli indicatori del Sistema di Valutazione

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI:
i risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto
Report 2015

Introduzione	7
Introduzione	8
La valutazione e rappresentazione degli indicatori del Sistema di valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali	10
La valutazione degli esiti per specialità di dimissione con la metodologia CRISP-MeS	15
Sviluppi futuri	17
Missione	19
Comunicazione web	35
Efficienza	43
Appropriatezza organizzativa	49
Qualità dei percorsi	55
Percorso materno-infantile	69
Percorso oncologico	79
Sicurezza del paziente e rischio clinico	101
Percorso salute mentale	107
Pronto soccorso	111
Equilibrio economico-finanziario	119
Assistenza farmaceutica e dispositivi	129
I bersagli e le griglie di valutazione CRISP-MeS delle AOU	141
Bibliografia	169

INTRODUZIONE

Introduzione

a cura di Sabina Nuti

La normativa italiana, a partire dalla fine degli anni Ottanta, prevede continui e sempre più puntuali riferimenti alla necessità di introdurre e applicare in modo diffuso nell'amministrazione pubblica, a tutti i livelli, principi e criteri aziendali, idonei a coniugare la legittimità e la correttezza dell'azione amministrativa con l'efficacia delle politiche di intervento pubblico, l'efficienza nell'impiego delle risorse, l'economicità della gestione.¹ In molte indicazioni degli organismi internazionali, tra cui la BCE e l'OCSE, si richiede all'Italia, quale strumento di risanamento e rilancio dell'economia del Paese, l'introduzione di un sistema di indicatori per la valutazione dei risultati, in particolare nei servizi sanitari. Le organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità quali quelli sanitari, benché possano non avere finalità di profitto, devono, infatti, operare per creare valore e le loro strategie e la loro gestione devono essere valutate proprio in quest'ottica.²

Secondo la definizione di Ouchi, la valutazione della performance consiste nel «processo di monitoraggio dei risultati da comparare con un qualche standard di riferimento che determina 'rewards' o correzioni di linea di azione»,³ intendendola, quindi, come un processo cibernetico. Questo processo non va inteso come uno strumento per il controllo gerarchico, tra l'altro poco efficace nelle organizzazioni pubbliche caratterizzate da forme di «burocrazia professionale»,⁴ quanto piuttosto come un meccanismo da integrare nell'evoluzione delle forme organizzative del sistema stesso, sempre più complesso e strutturato secondo le logiche di rete orizzontale e di struttura verticale.

La complessità del tema nasce, in primo luogo, dalla tipologia dell'oggetto da valutare, ossia i risultati conseguiti che, per loro natura in sanità sono articolati, di vasto spettro, condizionati dall'ambiente e interrelati tra loro.

Nell'ambito della sanità, il tema riveste grande rilevanza a causa, in primo luogo, della criticità di questi servizi, in cui l'utente è in condizioni di asimmetria informativa e, in secondo luogo, per il loro rilevante assorbimento di risorse finanziarie. Il consumo crescente di risorse è dovuto sia all'aumento esponenziale dei bisogni sanitari, sia all'evoluzione delle tecnologie e della ricerca. Questi aspetti hanno imposto in tutti i paesi occidentali, con servizi a copertura universale, l'introduzione di strumenti e sistemi di governo complessi. Elemento cardine di questi sistemi di governo è stata la misurazione dei risultati con modalità multidimensionali, capaci, cioè, di cogliere la complessità dell'output erogato dal soggetto pubblico.

Lo sforzo di misurazione dei risultati diventa determinante in questa fase storica,

1 E. Borgonovi, I principi dell'azienda nell'economia pubblica, Introduzione, in Ripartire dall'azienda, Atti del convegno dedicato al prof. Carlo Masini, Egea, Milano 1996.

2 V. Coda, Il problema della valutazione della strategia, in «Economia e Management», n. 12, 1990.

3 W.G. Ouchi, The relationship between organizational structure and organizational control, in «Administrative Science Quarterly», vol. 22, 1977, pp. 95-113.

4 H. Mintzberg, La progettazione dell'organizzazione aziendale, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 291-324.

caratterizzata da una rilevante crisi economica. La riduzione delle risorse disponibili può, infatti, spingere il sistema sanitario italiano ad adottare provvedimenti di taglio indiscriminato delle risorse stesse, senza consapevolezza di ciò che questa politica determina. La misurazione dei risultati, soprattutto relativamente all'appropriatezza, deve fornire informazioni sugli ambiti in cui intervenire, per facilitare la riduzione degli sprechi e la riallocazione delle risorse, verso servizi a maggior valore aggiunto per il cittadino.⁵ Nei paragrafi successivi è descritta la metodologia di lavoro condivisa dalle Regioni del Network per predisporre la valutazione a confronto delle Aziende Ospedaliero-Universitarie polispecialistiche che sono sede di scuole di specializzazione.

Pare opportuno, però, quale premessa al lavoro e ai risultati, sottolineare le parole chiave e i valori che hanno guidato il lavoro dei referenti regionali e dei ricercatori del Laboratorio MeS.

In primo luogo, la consapevolezza che nel contesto sanitario lo strumento del *benchmarking* sia essenziale: in un ambito in cui si tendono ad attivare strategie collaborative e non competitive tra gli attori del sistema, il *benchmarking*, ossia il processo sistematico di confronto delle performance, rappresenta lo strumento fondamentale per scongiurare l'autoreferenzialità e per attivare processi di apprendimento dalle *best practice*. Per molti indicatori, infatti, non esistono *standard* di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulta migliore o peggiore rispetto all'anno precedente. Questo tipo di approccio può essere estremamente riduttivo, perché tende a monitorare solo gli interventi di miglioramento incrementale, rispetto ad una struttura ed a un assetto dato, ma impedisce di verificare se l'impostazione complessiva sia corretta, adeguata e sostenibile. Se, ad esempio, un servizio ottiene il 70% di utenti soddisfatti con un miglioramento di due punti percentuali rispetto all'anno precedente, si può ritenere che sia stata raggiunta una buona *performance* in termini di trend, ma la valutazione si modifica sostanzialmente se si scopre che, rispetto ad altri servizi comparabili in quanto a struttura e missione in territori limitrofi, questo risulta il servizio che consegue il risultato più basso in quanto a utenti soddisfatti. Non solo: risultati nettamente differenti, a parità di risorse e condizioni di funzionamento, possono evidenziare l'adozione di soluzioni organizzative sostanzialmente diverse da parte di altri soggetti del sistema, soluzioni a cui l'istituzione non aveva pensato, troppo spesso impegnata a introdurre miglioramenti marginali e non ad attivare cambiamenti organizzativi radicali.

Diventa allora essenziale adottare il confronto con altri soggetti quale metodo di lavoro permanente. Il processo di comparazione sistematica tra istituzioni del sistema - a livello regionale e nazionale, ma anche internazionale - sui numeri, sulle scelte e sui risultati, in modo trasparente e pubblico, non è soltanto il modo in cui il sistema pubblico può e deve rendere conto ai cittadini della sua azione, ma rappresenta anche lo strumento essenziale per imparare, per individuare le proprie debolezze e con coraggio affrontarle. Ben vengano quindi i sistemi di *benchmarking* sui risultati, i confronti con altri sistemi, lo studio di realtà diverse, per trovare spunti di miglioramento. Grazie al confronto, inoltre, è possibile misurare, con un elevato grado di attendibilità, l'entità dei possibili spazi di miglioramento.

5 S. Nuti, M. Vainieri, A. Bonini, Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare, in «Health Policy», 2010, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143.

Dall'analisi della *performance* conseguita dagli altri e dalla misurazione della distanza tra il risultato conseguito dalla singola istituzione e dagli altri soggetti è, infatti, possibile individuare gli obiettivi effettivamente perseguibili, perché già raggiunti da altri.

Inoltre, il *benchmarking* permette di calcolare sistematicamente l'entità della variabilità dei risultati all'interno di ciascuna Regione e tra le Regioni. Ridurre la variabilità evitabile è un obiettivo primario di un sistema sanitario a copertura universale, che intenda garantire pari diritti a tutti i cittadini. Per i *policy maker* del nostro Paese e per il *management* sanitario capire le determinanti e agire per ridurre la variabilità evitabile dei risultati è quindi una priorità strategica, proprio per evitare quella che gli Inglesi definiscono una "*postcode medicine*", ossia un servizio sanitario con risultati legati al codice di avviamento postale del residente.

Altre due parole chiave condivise sono *merito* e *reputazione*.

Molti hanno sottolineato come sia possibile una via di risanamento della Pubblica Amministrazione, che punti sul merito, sulla trasparenza e sulla responsabilità. L'elemento pubblico deve essere proprio la caratteristica che impone all'amministrazione un maggiore rigore nell'applicazione delle norme contrattuali, evitando qualsiasi copertura a comportamenti opportunistici lesivi, in ultima istanza, dei diritti della collettività. A tal fine, sono fondamentali i sistemi di valutazione dei risultati, che possono essere classificati in tre tipologie di riferimento: gli *'intelligence systems'*, ossia strumenti tesi soprattutto a fornire un quadro di sintesi dei risultati e del contesto in cui le organizzazioni si collocano (*background information*); i *'target systems'*, in cui sono definiti obiettivi misurabili in termini quantitativi e i tempi in cui questi devono essere conseguiti, e i *'ranking systems'*, in cui la performance di ogni istituzione è misurata in modo aggregato e graduato, in modo da segnalare chiaramente se il risultato ottenuto è positivo o negativo. In sanità, un esempio di sistema "*intelligence*" è quello applicato in Scozia negli ultimi anni; il sistema "*target*" è stato, invece, implementato in Galles, il sistema "*ranking*" in Inghilterra. Quest'ultimo ha previsto, nei primi anni 2000, una valutazione espressa in stelle per tutte le istituzioni e una pubblicazione su *web* e su carta dei risultati ottenuti.⁶ Ha rappresentato, tra i tre sistemi della Gran Bretagna, quello che ha registrato la più elevata percentuale di miglioramento, riuscendo a spingere le organizzazioni a cambiare velocemente ed efficacemente. Questo sistema ha fatto leva su due elementi: in prima battuta, la netta classificazione delle istituzioni tra quelle "valorose", capaci di creare valore aggiunto – migliorando la qualità delle prestazioni erogate in condizioni di sostenibilità economica –, e quelle inefficaci; in seconda battuta, la scelta di rendere pubblica questa netta classificazione. La diffusione dei risultati infligge un danno rilevante in termini di reputazione, sia ai *manager* responsabili della gestione delle istituzioni che conseguono una bassa *performance*, sia ai professionisti sanitari che in essa operano. La propria immagine e la stima da parte dei colleghi e del contesto sociale rappresentano per il personale ad elevata professionalità fattori di grande rilevanza. L'influenza che i sistemi di valutazione hanno sui processi di cambiamento delle istituzioni è, per molti, strettamente connessa alla capacità di tali sistemi di infliggere un danno alla reputazione o, al contrario, di elevarla. La stima e la reputazione sono infatti elementi che influiscono sui comportamenti molto più dei sistemi di incentivazione classica, che appaiono più adeguati ed efficaci per la direzione

manageriale delle aziende che per i professionisti sanitari.

Affinché i sistemi di valutazione fondati sul "*ranking*" siano efficaci, è necessario che siano basati su fonti di dati sistematiche e rigorose, in cui non vi sia spazio per la manipolazione dell'informazione da parte del valutato. Quando questo avviene, significa, infatti, che il sistema è stato mal progettato e ha lasciato varchi aperti ai comportamenti scorretti, finalizzati a massimizzare il vantaggio personale.

Non vi è dubbio che in questi ultimi anni la nostra società sia estremamente cambiata, grazie all'evoluzione sorprendente delle tecnologie, alla riduzione dei costi dell'informazione che ha modificato profondamente i processi di comunicazione dentro e fuori la Pubblica Amministrazione, agli stili di vita stessi delle persone. Le esigenze della popolazione certamente non sono diminuite, anzi, ma l'evoluzione della società ha cambiato il *set* di risposte che il sistema pubblico può fornire. In questa prospettiva, è dovere del sistema sanitario pubblico, sulla base della valutazione dei risultati conseguiti e delle evidenze che emergono dal confronto, riorganizzare i servizi, in modo da garantire una risposta adeguata ai bisogni, con la massima produttività delle risorse in termini di servizio reso. Sapendo prioritizzare le azioni da realizzare e tenendo sempre conto della qualità da garantire ai cittadini, l'offerta delle istituzioni pubbliche può prevedere nuovi servizi ma anche richiedere la riduzione o chiusura di altri, che non garantiscano ritorni adeguati. I servizi devono adattarsi all'evoluzione dei bisogni e non alle esigenze degli operatori. In questa prospettiva, ben venga una politica di trasparenza e di informazione, basata su evidenze e numeri, che permetta una valutazione corretta delle scelte del sistema e che aiuti il cittadino a capire le motivazioni delle decisioni prese. Si tratta di attivare un vero e proprio cambiamento culturale. Al sistema sanitario non mancano la creatività e la capacità progettuale: molti sono i piani e le iniziative avviate, poche le verifiche attuate e quasi nessuna supportata dai numeri. La sfida è di acquisire anche per il settore pubblico la capacità sistematica di realizzare scelte basate sulle *evidenze*.

I professionisti sanitari ormai sempre più si orientano verso una medicina basata sulle evidenze: la stessa cosa si dovrebbe fare anche nell'ambito manageriale, nella gestione dei servizi. Troppo spesso, soprattutto nella pubblica amministrazione, si prendono decisioni sulla base del buon senso, pur avendo la possibilità di avere dei numeri. Certo, ci sarà poi il livello politico delle scelte, però è cosa differente decidere avendo cognizione del fenomeno in termini quantitativi, rispetto a scegliere senza nessun riferimento quantitativo. La misurabilità dei risultati permette, inoltre, ai soggetti, sia con ruoli tecnici che politici, una maggiore assunzione di responsabilità nei confronti della collettività. I numeri, infatti, ci servono per analizzare e per capire e, spesso, sono fin troppi nelle nostre organizzazioni. Ci sono le evidenze, si conoscono e si misurano i fenomeni; il problema è tuttavia passare dalla misurazione alla valutazione, per giudicare e responsabilizzare sui risultati. Questo è un passaggio ancora molto faticoso nelle organizzazioni pubbliche. È noto, per esempio, che nel sistema vi sono problemi di equità di accesso, che vi sono sacche di inefficienza, che vi sono palesi fenomeni di inappropriatazza, ma solo con grande difficoltà queste problematiche vengono collegate agli ambiti di responsabilità degli operatori. La valutazione dei risultati può essere una grande opportunità per il servizio pubblico, sia per responsabilizzare sui risultati, sia per avere un supporto decisionale per allocare le risorse sulla base delle evidenze.

⁶ <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/>

In molte realtà pubbliche che erogano servizi, il ragionamento in fase di *budget* è sempre orientato alla richiesta di risorse aggiuntive e certamente si afferma in modo sistematico che, con quelle assegnate, “non si può far di più, vi è bisogno di più risorse”. Nelle negoziazioni fa raramente capolino il ragionamento sul dove si potrebbero risparmiare risorse, al fine di allocare queste in ambiti con più bisogno. Non si osa spostare niente; si aggiunge ma non si sposta. Riallocare risorse vuol dire attivare dei processi di cambiamento che possono mettere in crisi la situazione di equilibrio del potere. I numeri, invece, possono dare a chi deve assumere delle decisioni la forza necessaria ad attivare i processi di riallocazione delle risorse.⁷ Questo perché, se non riallochiamo, non solo non sarà possibile mantenere la sostenibilità del sistema sanitario pubblico, ma nemmeno adattarlo ai mutamenti in atto nei bisogni dei cittadini.

Un valore chiave del sistema di valutazione è la *trasparenza*.

Per rispondere alla missione del sistema pubblico, è necessaria una gestione responsabile e trasparente. Non si possono utilizzare più risorse rispetto a quelle che la collettività mette nelle mani degli amministratori pubblici e queste risorse devono essere allocate non in base alla sensibilità del singolo operatore che in quel momento si trova nella posizione di decidere, ma secondo un processo trasparente di decisioni basate sulle evidenze. Se si investono risorse per aprire i servizi per gli anziani o per i malati cronici, o ancora per migliorare il percorso oncologico, vi sono numeri ed evidenze che confermino il grado di priorità? Queste scelte rispondono alle esigenze degli utenti? O è il frutto della sensibilità dell'operatore che in quel momento ha pensato che fosse una buona idea? Certamente da un certo livello in poi la decisione è di natura politica, ma deve essere reso trasparente il processo attraverso cui si giunge alla decisione stessa.

Un ultimo punto è il processo di *condivisione* come condizione *sine qua non*. Le organizzazioni sanitarie pubbliche sono sistemi complessi con gerarchie duali, dove esistono una linea di tipo gestionale ed una di tipo professionale. La presenza di questa duplice gerarchia comporta che i livelli complessivi di professionalità siano sicuramente più elevati rispetto ad altre tipologie di istituzioni, ma anche che il coinvolgimento dei professionisti nel sistema di *governance* e di valutazione è una condizione irrinunciabile per il successo del sistema. Tutte le componenti sono chiamate a dare il loro contributo e i professionisti devono condividere le regole del gioco e i criteri con cui saranno valutati, perché altrimenti non lavoreranno per poter cambiare i comportamenti e per migliorare i risultati.⁸ Quindi: condivisione dei criteri, valutazione dei risultati, attivazione dei processi di apprendimento per modificare i comportamenti. Un sistema di valutazione, infatti, funziona nella misura in cui è in grado di incidere e modificare le pratiche dei suoi professionisti. Malgrado si sia attivato un processo di condivisione, nell'introduzione di un sistema di valutazione possono permanere alcune resistenze al cambiamento; perché vengano superate, è necessario che il sistema sanitario agisca con grande coerenza politica e con continuità. Anche quando sembrano debellate, le resistenze ciclicamente si ripresentano, perché fanno parte della difficoltà umana a mettersi in discussione, ad accettare un riscontro sul proprio operato, che non sempre rende giustizia dello sforzo e dell'impegno profusi.

⁷ S. Nuti, M. Vainieri, A. Bonini, Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare, in «Health Policy», 2010, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143.

⁸ M. Abernethy, J. Stoelwinder, The role of professional control in the management of complex organizations, in «Accounting, Organizations and Society», 1995, 20, 1, pp. 1-17.

La valutazione e rappresentazione degli indicatori del Sistema di Valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali

a cura di Sabina Nuti e Tommaso Grillo Ruggieri

Alla base dei contenuti del presente report vi è la metodologia sviluppata dal Laboratorio MeS per confrontare le performance regionali e delle Aziende Sanitarie del Network delle Regioni.

Il progetto Network delle Regioni ha preso il via nel 2008, grazie alla collaborazione di quattro Regioni: Liguria, Piemonte, Toscana e Umbria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte la Provincia Autonoma di Trento, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Regione Marche, nel 2011 la Regione Basilicata, nel 2012 la Regione Veneto, nel 2014 le Regioni Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia. Nel 2015 aderiscono al progetto Calabria, Lombardia, Puglia, Sardegna e Lazio. Queste ultime due nel 2016 abbandonano la collaborazione. Regione Calabria aderisce al progetto in forma sperimentale, nell'ottica di un più ampio processo di consolidamento delle competenze regionali in termini di valutazione della performance. Per questo motivo, nel presente Report non vengono riportati i risultati degli indicatori e i bersagli dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini di Catanzaro.

In generale il Sistema di valutazione della *performance* dei Sistemi Sanitari Regionali include e confronta in benchmarking i risultati di oltre 270 indicatori, di cui circa 150 di valutazione e la restante parte di osservazione.

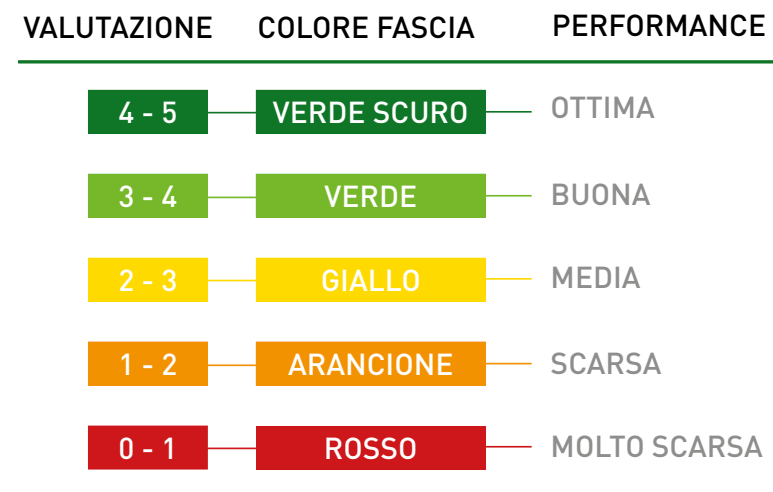


Figura 1. Le fasce di valutazione

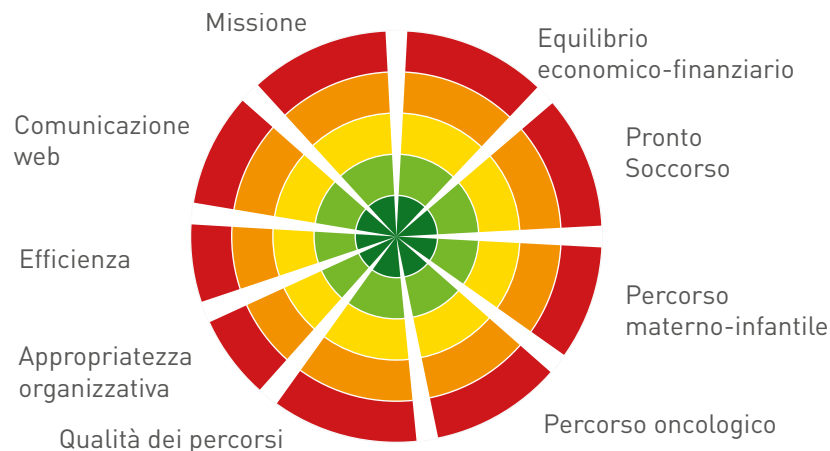


Figura 2. Il bersaglio AOU e le aree nelle quali sono aggregati gli indicatori in esso posizionati, come descritto in seguito..

Agli indicatori di valutazione viene legato un punteggio derivante dal posizionamento nel confronto in benchmark, tenendo conto degli standard nazionali o internazionali. In assenza di standard di riferimento le Regioni condividono il livello di performance adeguato per ciascun indicatore. Seguendo gli standard individuati, per ciascun indicatore sono quindi calcolati i punteggi di valutazione, compresi da 0 a 5, legati a loro volta a cinque fasce di valutazione divise nei colori, come da Figura 1.

La presenza di indicatori di osservazione arricchisce il quadro informativo con misure che contribuiscono a spiegare le determinanti della variabilità interregionale e interaziendale. La responsabilità del calcolo degli indicatori è in capo alle tecnostutture regionali o direttamente al Laboratorio MeS per gli indicatori della ricerca e di comunicazione esterna. Il Laboratorio MeS mette a disposizione delle Regioni una piattaforma informatica per il caricamento, la normalizzazione/validazione, il consolidamento, la gestione, la restituzione e la visualizzazione dei dati. L'alimentazione della piattaforma avviene attraverso tecnologia ETL, progettata dal Laboratorio MeS.

Dal 2015, il processo di restituzione alle Regioni dei dati a confronto si avvale anche di tecnologia API (Application Programming Interface): questo strumento consente agli sviluppatori software di interrogare il Sistema di Valutazione per estrarre gli indicatori e le informazioni di interesse. Questo meccanismo permette di integrare in modo semplice ed efficace i dati della valutazione nei sistemi direzionali regionali e aziendali.

Nel Sistema di Valutazione, gli indicatori sono organizzati con strutture ad albero, aggregate in base all'ambito di attività. Per ciascun albero viene dunque costruito un indice sintetico sulla base della media semplice o pesata dei punteggi di valutazione delle misure incluse. Tali indici sono poi sinteticamente rappresentati tramite una rappresentazione a "bersaglio" (Figura 2).

Come descritto nel successivo paragrafo, a partire dal 2015 per le Aziende Ospedaliere-Universitarie la costruzione dei bersagli tramite la predisposizione degli indici sintetici è stata rivista attraverso l'inserimento dei singoli indicatori di valutazione.

Lo schema del bersaglio viene adottato al fine di offrire un quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalle Regioni/Aziende. Permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza delle Regioni/Aziende considerate. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna.

Il focus sulle Aziende Ospedaliere-Universitarie⁹

Il presente report è dedicato a confrontare le performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie polispecialistiche sedi dei corsi di specializzazione, individuate in condivisione con le Regioni del Network, elencate in Tabella 1.

Il confronto tra tali aziende assume notevole rilevanza dato il ruolo che tali enti rivestono nella rete dei servizi sanitari. In particolare, tali aziende sono organizzazioni tra le più complesse del settore pubblico perché chiamate a perseguire una triplice missione: garantire elevata qualità delle cure per rispondere a pazienti con bisogni complessi, operare per promuovere l'innovazione e la ricerca clinica e, infine, formare i futuri medici che opereranno nel Sistema Sanitario Nazionale. Tali istituzioni ricoprono dunque un ruolo fondamentale e strategico nella formazione delle future generazioni di operatori sanitari e nello sviluppo del sapere scientifico attraverso la ricerca.

Le AOU sono inoltre strutture ospedaliere di grandi dimensioni identificate come centri di riferimento regionali per l'alta complessità (cardiologia, neurochirurgia, ecc).

Nonostante le peculiarità dovute al complesso temperamento di tale triplice missione, al diverso assetto organizzativo e ai differenti meccanismi di finanziamento rispetto ad altre aziende sanitarie, la Regione Toscana prima, e il Network delle Regioni successivamente, hanno ritenuto necessario includere tali aziende nel confronto in *benchmark* a fianco delle altre aziende sanitarie. Tale decisione è principalmente conseguente alla convinzione che, nonostante le differenze di missione e organizzazione, vi sia la necessità di utilizzare il confronto in *benchmarking* come leva per allineare il sistema verso le medesime direttrici. Già nel 2004, alla prima sperimentazione del Sistema di Valutazione in Toscana, era tuttavia emersa la necessità di valutare l'applicabilità alle AOU degli indicatori e delle relative dimensioni di valutazione analizzate per gli altri ospedali.

Nel 2006, in accordo con i tre Atenei toscani e con la Regione Toscana, fu dunque avviata un'ampia iniziativa di «ricerca laboratorio» coinvolgendo i direttori dei Dipartimenti delle tre Aziende Ospedaliere-Universitarie toscane in un percorso di analisi, individuazione e condivisione di un *set* di indicatori specifici capaci di cogliere la missione composita delle AOU. Questo percorso fu facilitato grazie al lavoro di conduzione dei docenti di Management dei tre Atenei, segnalati dai relativi Rettori e coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna. Al termine di questo percorso i direttori dei dipartimenti delle tre AOU toscane, in maggioranza professori ordinari di medicina, condivisero oltre un centinaio di indicatori

⁹ Per approfondimenti: Nuti, S., Grillo Ruggieri, T. (a cura di), *La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto*, Il Mulino, Bologna, 2016.

Azienda	Regione
AO Mater Domini - Catanzaro	Calabria
AOU Parma	
AOU Modena	Emilia Romagna
AOU Bologna	
AOU Ferrara	
AOU Ospedali Riuniti Trieste	Friuli Venezia Giulia
AOU Udine	
IRCCS S. Martino	Liguria
Policlinico S. Matteo - Pavia	
Fondazione IRCCS Ca' Granda	
IRCCS S. Raffaele - Milano	
Istituto Humanitas - Rozzano	
AO Fondazione Macchi - Varese	Lombardia
AO Spedali Civili Brescia	
AO L. Sacco - Milano	
AO S. Paolo - Milano	
AO S. Gerardo - Monza	
AOU Ospedali Riuniti Ancona	Marche
AOU Policlinico Bari	Puglia
OO.RR. Foggia	
AOU Pisana	
AOU Senese	Toscana
AOU Careggi	
AO Terni	Umbria
AO Perugia	
AO Padova	Veneto
AOU Verona	

Tabella 1. Le Aziende Ospedaliero-Universitarie polispecialistiche del Network delle Regioni.

di valutazione che, in accordo con le relative direzioni sanitarie aziendali e la Regione, furono inseriti nel Sistema di Valutazione regionale. Il confronto interno a questo gruppo di aziende tuttavia appariva limitato e risultava auspicabile un ampliamento del numero di AOU da comparare.

A seguito dell'adesione al Sistema di Valutazione da parte di più Regioni, il numero più ampio di Aziende Ospedaliero-Universitarie comparabili in termini di missione perseguita e dimensione complessiva è risultato ideale per approfondire un confronto specifico. Nel 2014, si è dunque condiviso con le Regioni di introdurre ulteriori misure nel Sistema di Valutazione, per confrontare il cluster delle AOU relativamente al perseguimento della loro peculiare triplice missione.

Sono state a tal fine portate avanti alcune specifiche iniziative:

- individuazione e calcolo di misure specifiche per il *setting* ospedaliero con un focus

sull'alta specialità, attraverso tavoli tecnici di confronto con i referenti delle AOU del Network, e sulla dimensione economico-finanziaria;

- introduzione della valutazione degli esiti per specialità delle AOU attraverso la metodologia sviluppata dal CRISP (Centro di Ricerca Interuniversitario per i servizi di pubblica utilità) dell'Università Bicocca di Milano e con la predisposizione di apposite griglie di valutazione;
- elaborazione ed inserimento di alcuni indicatori per la valutazione dell'attività di ricerca;
- predisposizione sulla piattaforma online di una visualizzazione dedicata a tale *cluster* di aziende, con una relativa rivisitazione grafica del bersaglio mediante l'aggregazione degli indicatori in aree coerenti con la missione di tali aziende rispetto alle sei dimensioni in precedenza presenti nel Sistema di Valutazione.

I risultati preliminari di tali iniziative sono stati presentati durante un *workshop ad hoc* tenutosi nel mese di Dicembre del 2015 presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

A seguito di tale workshop, le Regioni e il Laboratorio MeS, in collaborazione con il Centro CRISP, hanno condiviso di rendere strutturale l'introduzione delle nuove misure individuate, in vista dell'aggiornamento dei Bersagli 2015.

Il presente report raccoglie dunque il confronto dedicato alle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni relativo ai risultati 2015, derivanti dall'aggiornamento degli indicatori già in uso o di nuova introduzione nel Sistema di Valutazione. Per gli indicatori di valutazione sono state utilizzate le medesime fasce di valutazione condivise con le Regioni per le altre aziende sanitarie (ad eccezione degli indicatori di valutazione della ricerca e sulle attrazioni extra-regione per alta complessità, calcolati solo per le AOU).

Nel report, sono presentati sia indicatori di valutazione che indicatori di osservazione. Ciascun indicatore presenta un grafico di confronto dei dati tra le aziende e il grafico del *trend*, con i dati disponibili ad oggi anche per il 2014. Per ogni indicatore viene inoltre riportato un QR code (*Quick Response Code*): puntando ad esso, è possibile reperire tramite dispositivo mobile le tabelle con i valori dell'indicatore, dei relativi numeratori e denominatori.

Sono successivamente presentati i bersagli rivisitati rispetto alla "tradizionale" modalità di sintesi grafica in uso per i bersagli delle Aziende Sanitarie Locali attraverso il posizionamento di indici sintetici derivanti dalla media delle valutazioni di diverse misure. A partire da quest'anno il Bersaglio AOU presenta dunque direttamente singoli indicatori di valutazione. Il bersaglio così costruito permette dunque ai *policy-maker* sia in ambito sanitario che universitario, al *management* e agli operatori sanitari di disporre di una rinnovata sintesi multidimensionale maggiormente intuitiva dei punti di forza e di debolezza delle realtà aziendali.

A tale scopo, si è inoltre deciso di riaggregare gli indicatori e il loro conseguente ordinamento all'interno del bersaglio in aree coerenti con l'attività delle AOU.

Il nuovo bersaglio AOU, diversamente da quanto predisposto per le Aziende sanitarie locali, presenta un ordinamento degli indicatori basato su queste aree:

- **Missione**, che include indicatori rappresentativi della capacità aziendale di perseguire la propria missione in termini complessivi ossia garantire qualità delle cure,

sostenibilità economico-finanziaria, sviluppo del sapere scientifico con adeguata attività di ricerca e formazione dei futuri medici. Ad oggi si includono in questa area indicatori sulla capacità di attrazione, misure di valutazione dell'attività della ricerca, il costo medio per punto DRG, le dimissioni volontarie, *proxy* di soddisfazione dell'utenza.¹⁰ Sono ancora assenti indicatori sulla funzione formativa in quanto i dati non sono ancora disponibili;

- **Comunicazione web**, area che analizza se le informazioni fornite dal sito web, in particolare sulla prenotazione dei servizi, siano fruibili dall'utente finale;
- **Efficienza**, area che include alcuni indicatori di utilizzo efficiente del *setting* ospedaliero, soprattutto sul confronto dei tempi di degenza;
- **Appropriatezza organizzativa**, che include misure per monitorare l'utilizzo del *setting* ospedaliero, a parità di esito, con minor dispendio di risorse;
- **Qualità dei percorsi**, che include alcune misure di processo per alcuni percorsi assistenziali di particolare rilevanza;
- **Percorso materno-infantile**, che include un focus sugli indicatori di questa area;
- **Percorso oncologico**, che racchiude numerose misure riferite a tale percorso;
- **Sicurezza del paziente e rischio clinico**, che include alcuni indicatori di osservazione;
- **Percorso salute mentale**, con due misure relative all'attività ospedaliera per tale percorso;
- **Pronto soccorso**, con indicatori sui tempi di attesa e sugli abbandoni;
- **Equilibrio economico-finanziario**, che include alcune misure relative all'equilibrio reddituale e patrimoniale;
- **Assistenza farmaceutica e dispositivi**, che comprende indicatori di osservazione su consumo di antibiotici in ospedale, prescrizione alla dimissione di alcuni farmaci e spesa per farmaci e dispositivi.

Di seguito sono riportati in Tabella 2 gli indicatori inclusi in tale report, che include sia le misure di valutazione che quelle di osservazione (queste ultime riportate in corsivo).

Tabella 2. Elenco indicatori inclusi nel report AOU. In corsivo gli indicatori di osservazione

Codice indicatore	Indicatore	Area	
B15.1.1	Impact Factor medio per dirigenti	Missione	
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigenti		
B15.3.1	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor medio di specialità riportato da ISI		
B15.3.2	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor mediano riportato da ISI		
<i>C1.5</i>	<i>Indice di case mix</i>		
<i>C30.3.1.1</i>	<i>Volumi attrazioni extra-regione</i>		
<i>C30.3.1.2</i>	<i>Percentuale di attrazioni extra-regione</i>		
<i>C30.3.2.1</i>	<i>Volumi attrazioni extra-regione - DRG alta complessità</i>		
<i>C30.3.2.2</i>	<i>Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità</i>		
<i>C30.3.3.1</i>	<i>Volumi attrazioni extra-regione - DRG media complessità</i>		
<i>C30.3.3.2</i>	<i>Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG media complessità</i>		
D18	Percentuale di dimissioni volontarie	Comunicazione web	
F18.1	Costo medio per punto DRG		
B31.1	Digitalizzazione servizi di prenotazione		
B31.2	Accessibilità online alle informazioni sui servizi		
B31.2.1	Responsive Web Design (RWD)		
B31.2.2.1.1	Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare		
B31.2.2.1.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare		
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico		Efficienza
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico		
C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia > 65 anni		Appropriatezza organizzativa
<i>C14.2</i>	<i>Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (AOU, AO, IRCCS)</i>		
<i>C4.1</i>	<i>Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici</i>		
C4.4	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg		
C4.7	Percentuale ricoveri in Day-Surgery per DRG LEA Chirurgici		
C5.2	Percentuale di fratture femore operate entro 2 gg		
<i>C5.12</i>	<i>Percentuale di fratture femore operate sulle fratture diagnosticate</i>		
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali		
<i>C5.10</i>	<i>Percentuale di resezioni programmate al colon in laparoscopia</i>		
<i>C5.11</i>	<i>Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni</i>		
<i>C5.18.1</i>	<i>Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - ricoveri urgenti</i>	Qualità dei percorsi	
<i>C5.18.2</i>	<i>Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati</i>		
<i>C5.20</i>	<i>Percentuale di trombolisi endovenose per ictus ischemico</i>		
<i>C34.2</i>	<i>Percentuale di trombolisi arteriose per pazienti con ictus ischemico</i>		
<i>C34.4</i>	<i>Percentuale di pazienti con ictus ammessi, transitati o dimessi da Neurologia</i>		
<i>C36.1</i>	<i>Percentuale di prostatectomie computer-assistite</i>		
C16.7	Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		

¹⁰ Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), pp. 247-260.

Codice indicatore	Indicatore	Area	
C7.1	Percentuale di cesarei depurati (NTSV)	Percorso materno-infantile	
C7.1.2	Percentuale di parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)		
C7.1.3	Percentuale di parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)		
C7.1.4	Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati		
C7.2	Percentuale di parti indotti		
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)		
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)		
C7.20	Percentuale di asfissie gravi peri/intra-partum		
C17.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella		Percorso oncologico
C17.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella		
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno		
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella		
C10.2.2.1	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari		
C10.2.5	Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario		
C17.5.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata		
C17.5.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata		
C10.3.1	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)		
C10.3.3	Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon		
C10.3.2	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)		
F10.2.1b	Spesa media per farmaci oncologici		
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica		
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella		
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata		
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon		
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto		
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone		
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero		
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione	Sicurezza del paziente e rischio clinico	
C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità		
C6.4.3	Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica		
C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Percorso salute mentale	
C15.8	Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche		

Codice indicatore	Indicatore	Area
C16.1	Percentuale di pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pronto soccorso
C16.2	Percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	
C16.3	Percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	
C16.4	Percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	Equilibrio economico- finanziario
F1.2	Equilibrio Economico Sanitario (ROS)	
F1.3	ROI	
F1.4	Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)	
F3.1	Indice di disponibilità	
F3.2.2	Obsolescenza degli impianti e macchinari	
F3.2.1	Incidenza dei canoni di leasing e noleggio	
F3.4.2	Dilazione dei debiti	
F3.5	Indice di indebitamento	
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti	
C9.13	Incidenza antibiotici iniettabili nei reparti	
C21.2.1	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	
C21.2.2	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	
C21.2.3	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	
F10.2	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	
F10.2.2	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa	
F10.3.1	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	
F10.3.3	Spesa guanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza	
F10.3.4	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	

La valutazione degli esiti per specialità di dimissione con la metodologia CRISP-MeS

A cura di Paolo Berta, Giuseppe D'Orto e Giorgio Vittadini

A fianco dei bersagli sono presentate le griglie di valutazione degli esiti per specialità di dimissione per l'anno 2015, secondo la metodologia CRISP-MeS.

Tale analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU è stata predisposta sulla base della metodologia sviluppata dal CRISP (Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica dell'Università Bicocca di Milano) e condivisa, introducendo alcune nuove specifiche, con le Regioni del Network.

Il sistema adottato in questa valutazione si basa su quattro indicatori di *outcome*: dimissioni volontarie, mortalità totale (intraospedaliera e entro 30 giorni dalla dimissione), ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC e ritorni in sala operatoria durante lo stesso ricovero. L'analisi di questi indicatori si concentra su otto specialità che rappresentano una quota consistente dei ricoveri ospedalieri: Cardiocirurgia, Cardiologia, Medicina generale, Chirurgia generale, Neurochirurgia, Neurologia, Ortopedia e Urologia. Ciascun ricovero è assegnato ad una specialità in base al reparto di dimissione attribuito nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Al fine di applicare il metodo al Network delle Regioni, Lombardia, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Umbria, Emilia-Romagna, Marche, Liguria e Puglia hanno condiviso i dati necessari relativi alle dimissioni dei reparti delle AOU della propria Regione.

Il calcolo degli indicatori è stato realizzato tramite l'applicazione di un modello di regressione logistica multilivello a due livelli: il livello individuale del paziente e il reparto di dimissione. Le caratteristiche dei pazienti incluse nel modello (Tabella 3) hanno funzione di *risk adjustment* e consentono di garantire una valutazione *ceteris paribus* che non sia condizionata dal diverso *case-mix* trattato dai reparti.

Sia gli indicatori di *outcome* che le variabili di *risk adjustment* sono definiti sulla popolazione dei pazienti ricoverati negli ospedali, con informazioni desunte dalla fonte amministrativa delle SDO. Viene inoltre utilizzata l'Anagrafe degli assistiti per ricavare le informazioni circa la mortalità successiva alla dimissione.

Per garantire una maggiore equità di valutazione, sono previste alcune selezioni a priori sul database delle ospedalizzazioni: si considerano i ricoveri ordinari per acuti escludendo dunque le specialità relative all'Unità Spinale, alla Riabilitazione, alla Lungodegenza, alla Neuro-riabilitazione e alle Cure palliative. Sono inoltre esclusi i ricoveri di pazienti non residenti nella Regione dell'ospedale di dimissione (pazienti extraregionali). Si escludono infine i ricoveri per pazienti con età alla dimissione inferiore a 2 anni.

Il primo indicatore costruito riguarda le «Dimissioni volontarie», cioè i ricoveri con una dimissione richiesta dal paziente senza il consenso da parte del medico. Questo indicatore rappresenta una *proxy* per stimare la soddisfazione complessiva dei pazienti rispetto alla

Variabile	Tipologia di variabile	Descrizione variabile
Sesso	Dicotomica	La variabile assume valore 0 se il paziente è di sesso maschile o 1 se di sesso femminile
Età	Continua	
Passaggio in terapia intensiva o unità coronarica	Dicotomica	La variabile assume valore 1 se vi è ammissione e/o passaggio nei reparti di Terapia intensiva (cod. specialità 49) o di Unità coronarica (cod. specialità 50)
Evento sentinella	Dicotomica	La variabile assume valore 1 se in almeno uno dei 6 campi SDO relativi alle diagnosi è presente almeno uno dei 1.051 codici ICD-9-CM di diagnosi associati ad un evento sentinella
Peso DRG	Continua	Questa variabile fornisce una misura del consumo medio di risorse associato al ricovero
Diagnosi cardiovascolare	Dicotomica	La variabile assume valore 1 se in almeno uno dei 6 campi SDO relativi alle diagnosi è presente almeno uno dei 385 codici ICD-9-CM associati ad un evento cardiovascolare
Diagnosi oncologica	Dicotomica	La variabile assume valore 1 se in almeno uno dei 6 campi SDO relativi alle diagnosi è presente almeno uno dei 584 codici ICD-9-CM associati ad una diagnosi oncologica
Indice di Elixahuser	Discreta (0-6)	L'indice misura la comorbidità del paziente ricercando nel singolo ricovero del paziente i codici ICD-9-CM traccianti di alcune patologie rilevanti

Tabella 3. Variabili di *risk adjustment* incluse nel modello.

degenza in reparto¹¹ e al contempo una *proxy* della corretta codifica di questa particolare modalità di dimissione. Per determinare una dimissione volontaria viene dunque usata la specifica codifica del campo SDO «Modalità di dimissione». Per escludere i percorsi di accompagnamento a domicilio del fine-vita, in presenza di una dimissione volontaria da SDO e di un decesso del paziente entro 2 giorni dalla dimissione, l'indicatore assume valore pari a zero.

Il secondo indicatore riguarda la «Mortalità totale». L'indicatore in questione tiene conto sia della mortalità intraospedaliera che della mortalità extra-ospedaliera a 30 giorni dalla dimissione. Per definire questo indicatore viene usata, da un lato la codifica «Deceduto» nel campo SDO «Modalità di dimissione» e, dall'altro, la data di morte ricavata dall'Anagrafe degli assistiti, considerando i pazienti deceduti entro 30 giorni dalla data di dimissione. Considerare la sola mortalità intraospedaliera non consentirebbe di valutare

11 Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), pp. 247-260.

in modo completo la mortalità. È ben noto, infatti, come in determinate circostanze il decesso del paziente avvenga al domicilio ma possa essere considerato al pari di una mortalità intraospedaliera. Inoltre, in un'analisi di efficacia, la mortalità intraospedaliera non consente di intercettare la mortalità post-dimissione direttamente imputabile ad una *malpractice* ospedaliera.

Il terzo indicatore, «Ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC», monitora se a un ricovero sia seguita una successiva ospedalizzazione presumibilmente collegata alla prima (cioè per la stessa MDC), entro un lasso di tempo di 30 giorni. Per il calcolo di questo indicatore vengono inizialmente eliminati i ricoveri ordinari con durata della degenza minore o uguale ad 1 giorno e i pazienti con identificativo anonimo. Non vengono considerati re-ricoveri i ricoveri che presentano tra le «Modalità di dimissione» le indicazioni: dimissione volontaria; trasferimento 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.

L'ultimo indicatore di *outcome*, i «Ritorni in sala operatoria», è calcolato selezionando a priori solo i ricoveri di tipo chirurgico. Si verifica successivamente se nei sei campi relativi agli interventi chirurgici sia presente un codice di procedura ICD-9-CM compreso tra l'elenco di procedure chirurgiche che negli ultimi 5 anni sono state effettuate come intervento principale. Questo elenco di interventi, costruito nel modo descritto, consente di non dover identificare uno ad uno gli interventi che richiedono un passaggio in sala operatoria, ma di costruire indirettamente questo elenco sfruttando lo storico dei ricoveri di tipo chirurgico. Il ritorno in sala operatoria assume quindi valore 1 nel caso in cui, durante il medesimo ricovero, il paziente sia stato sottoposto in due date diverse ad interventi chirurgici selezionati in tale elenco.

Nel computo degli indicatori vengono conteggiate anche le dimissioni da Terapia intensiva e Unità coronarica per i pazienti presi in carico univocamente da uno dei reparti delle otto specialità incluse nell'analisi. Ciò consente di evitare di sottostimare gli outcome per quei reparti i cui pazienti vengono maggiormente dimessi dai reparti dell'Area critica. Tale passaggio individua e riattribuisce i ricoveri in cui la presa in carico, pur in presenza di una dimissione da Terapia intensiva o Unità coronarica, può essere univocamente attribuita ad uno specifico reparto.

Si è deciso di considerare come valore soglia le 100 dimissioni annuali: i *record* degli ospedali con reparti sotto tale soglia non sono dunque inclusi nelle analisi.

Dai *dataset* per le regressioni vengono temporaneamente esclusi anche i reparti con *outcome* pari a zero. Esistono infatti dei casi in cui alcuni reparti non presentano *outcome* valorizzati (non avvengono decessi, oppure non si verificano dimissioni volontarie, ecc). Questo fatto crea alcuni problemi di natura statistica nella stima dei modelli, nonché problemi nell'assegnazione di un punteggio di valutazione. Si potrebbe a priori ipotizzare che un reparto che non presenta decessi abbia un'ottima efficacia, ma questo potrebbe anche essere dovuto ad un *case-mix* che non presenta rischi di morte. È evidente che questa situazione è plausibile per reparti con volumi bassi, mentre è meno ipotizzabile quando i volumi erogati hanno una dimensione rilevante. Per questa ragione, al termine della valutazione, si compara il posizionamento in base ai volumi erogati del reparto con *outcome* pari a zero rispetto alla distribuzione dei volumi di erogazione di tutti i reparti,

separatamente per le otto specialità comprese nell'analisi. Se i reparti con *outcome* pari a zero hanno volumi inferiori al terzo quartile, vengono considerati non significativamente diversi dalla media degli altri reparti, mentre i reparti con volumi maggiori del terzo quartile sono valutati come significativamente migliori della media.

Per i reparti dell'area medica Medicina generale e Neurologia, non viene evidentemente considerato l'*outcome* dei «Ritorni in sala operatoria».

La valutazione tiene conto dell'afferenza di un reparto ad una specialità: in tal senso, ogni reparto è confrontato sui 4 indicatori a parità degli effetti delle covariate di *risk adjustment* costruite considerando solo i reparti della propria specialità. Ciò assicura che ciascun reparto sia confrontato rispetto ad unità organizzative che trattano casistica simile.

La restituzione dei risultati prevede in particolare la costruzione di una "griglia di valutazione" aziendale che include la valutazione dei quattro indicatori per ciascuna specialità e il dettaglio a livello di singolo reparto. Questa modalità di visualizzazione fornisce uno strumento pratico al *management* e ai professionisti, facilitando l'individuazione dei punti di forza e di debolezza aziendali e delle aree specialistiche e la conseguente definizione di azioni mirate al miglioramento delle performance.

A ciascun reparto viene assegnato un pallino giallo se il risultato dell'indicatore non si discosta dalla media dei reparti di quella specialità, un pallino verde se il risultato dello specifico reparto è significativamente migliore della media degli altri reparti di quella specialità, un pallino rosso se il risultato è significativamente peggiore della media degli altri reparti afferenti alla medesima specialità.

L'assenza di valutazione in alcune celle può essere dovuta a tre motivazioni. Per i reparti dell'area medica Medicina generale e Neurologia, non viene calcolato l'*outcome* dei «Ritorni in sala operatoria». Per la specialità di Cardiochirurgia, il modello di regressione logistica multilivello per l'indicatore «Dimissioni volontarie» non ha prodotto stime significative, data l'esigua presenza di questo fenomeno. Infine, i reparti che presentano volumi erogati inferiori alla soglia individuata di 100 ricoveri non sono valutati.



Sviluppi futuri

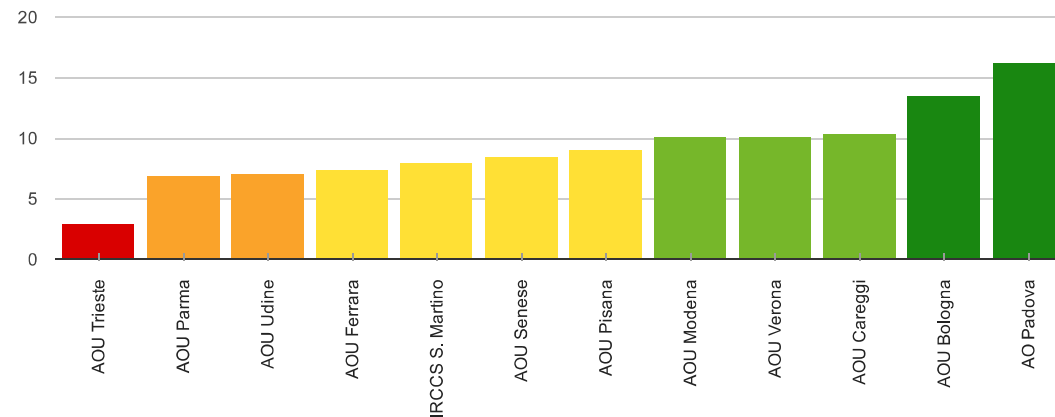
Nel corso dei prossimi mesi sono previsti ulteriori sviluppi del confronto portato avanti per le Aziende Ospedaliero-Universitarie. Si prevede in primis di continuare il percorso di approfondimento di misure specifiche per le AOU, con particolare riferimento all'attività di alta complessità e alla specifica triplice missione di queste aziende. Relativamente alla chirurgia vascolare è stato attivato un tavolo *ad hoc* per approfondire ulteriormente le misure di appropriatezza ed efficienza e di esito, con l'obiettivo di introdurre nei prossimi mesi indicatori specifici per tale area.

Si è inoltre condivisa con le Regioni la predisposizione di una valutazione dei volumi di erogazione dell'attività chirurgica oncologica, in affiancamento agli indicatori già presenti per il percorso oncologico. L'analisi confronta e valuta i volumi erogati dalle AOU e dagli IRCCS oncologici del Network delle Regioni per specifici interventi chirurgici attraverso le cinque fasce del bersaglio, considerando il posizionamento dei volumi erogati da ciascuna struttura nei diversi quintili della distribuzione. La griglia, che utilizza come fonte dei dati il Programma Nazionale Esiti - PNE, da un lato, consente alle aziende di osservare il proprio posizionamento rispetto alle altre strutture e, dall'altro, consente alle Regioni di valutare possibili revisioni della rete dei servizi per concentrare la casistica eccessivamente dispersa verso centri che già registrano un alto numero di volumi erogati. Tale valutazione verrà aggiornata e messa a disposizione sulla piattaforma online non appena saranno disponibili i dati consolidati 2015 del Programma Nazionale Esiti.

MISSIONE

B15.1.1 Impact Factor Medio per Dirigenti

L'indicatore B15.1.1 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra l'IF medio per dirigente medico sia ospedaliero che universitario, quale personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca. L'IF di una rivista misura il numero medio di citazioni ricevute in un anno da articoli pubblicati nei due anni precedenti. L'IF viene calcolato dividendo il numero corrente di citazioni di articoli pubblicati nei precedenti due anni per il numero di articoli pubblicati nei precedenti due anni. Dato che l'anno di pubblicazione degli articoli è così recente da non permettere una diffusione significativa in letteratura, è stato associato l'IF della rivista di pubblicazione all'articolo stesso. Per maggiori approfondimenti si veda: Abramo, G., D'Angelo, C. A. (2014). How do you define and measure research productivity?. *Scientometrics*, 101(2), 1129-1144.

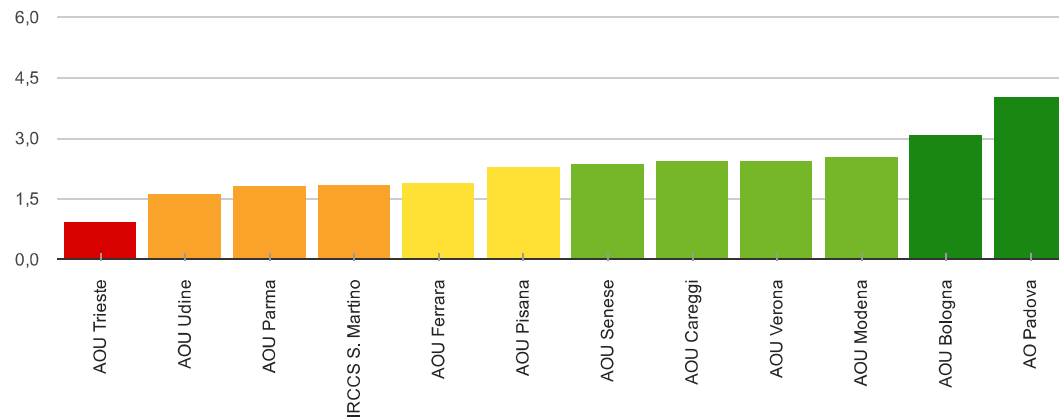


Definizione	Impact Factor Medio per Dirigenti
Numeratore	Somma IF per articolo
Denominatore	N. dirigenti medici sia universitari che ospedalieri
Note	Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti delle AOU del network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships.
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



B15.1.3 Numero medio pubblicazioni per dirigente

L'indicatore B15.1.3 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non focus-oriented. L'indicatore mostra il numero medio di pubblicazioni per i dirigenti medici sia ospedalieri che universitari, personale aziendale maggiormente dedicato alla ricerca.



Definizione Numero medio pubblicazioni per dirigente

Numeratore Totale pubblicazioni

Denominatore Numero dirigenti

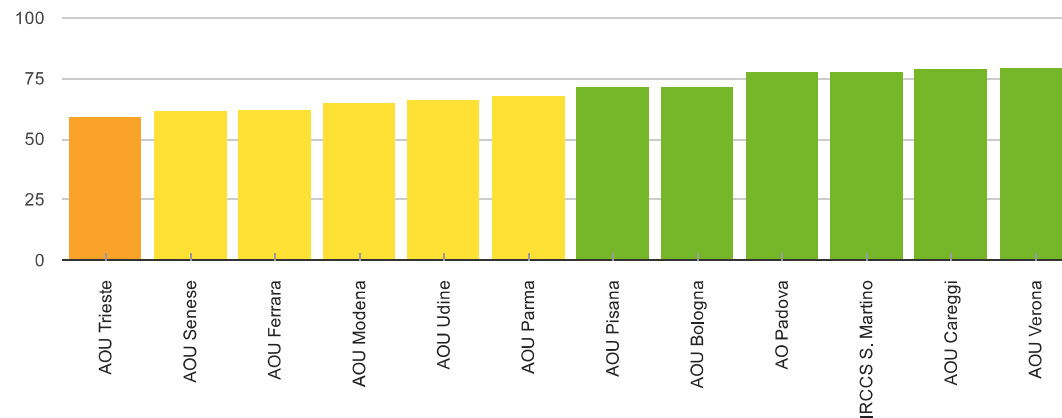
Note Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti delle AOU del network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships.

Fonte Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



B15.3.1 Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI

L'indicatore B15.3.1 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non focus-oriented. Ogni rivista appartiene, secondo il JCR, ad una o più specialità scientifiche, su cui lo stesso JCR calcola IF medio e mediano. IF medio e mediano per specialità calcolati dal JCR possono essere considerati come standard per una buona qualità dell'articolo. Per ognuna delle specialità scientifiche riportate dal JCR (esempio: chirurgia, anestesia, medicina generale ed interna, pediatria, neurologia clinica...) è stato calcolato l'IF medio per ogni AOU e confrontato con l'IF medio di categoria JCR. L'indicatore quindi mostra la percentuale di specialità il cui IF medio aziendale è superiore all'IF medio riportato da JCR.

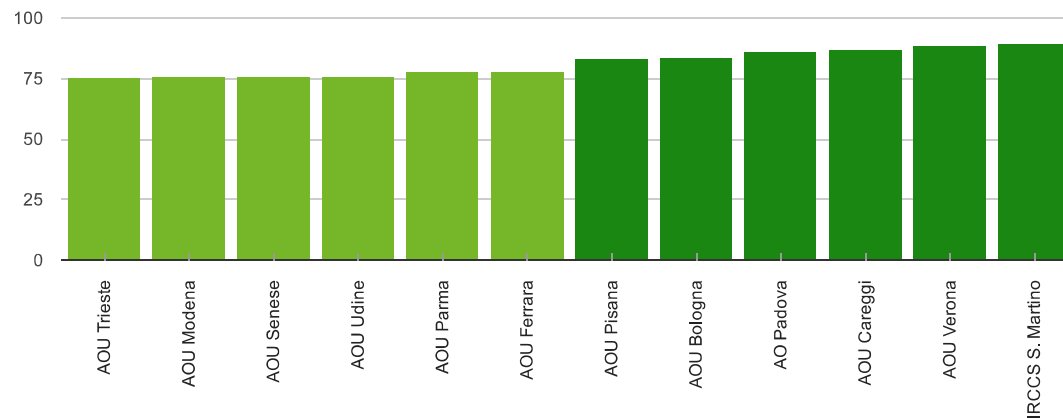


Definizione	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI
Numeratore	N di specialità con IF medio di azienda maggiore dell'IF aggregato riportato da ISI
Denominatore	N di specialità in cui ogni azienda risulta aver pubblicato
Note	Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti del network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships
Fonte	Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



B15.3.2 Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI

L'indicatore B15.3.2 monitora l'attività di ricerca delle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) non focus-oriented. Ogni rivista appartiene, secondo il JCR, ad una o più specialità scientifiche, su cui lo stesso JCR calcola IF medio e mediano. IF medio e mediano per specialità calcolati dal JCR possono essere considerati come standard per una buona qualità dell'articolo. Per ognuna delle specialità scientifiche riportate dal JCR (esempio: chirurgia, anestesia, medicina generale ed interna, pediatria, neurologia clinica...) è stato calcolato l'IF mediano per ogni AOU e confrontato con l'IF mediano di categoria JCR. L'indicatore quindi mostra la percentuale di specialità il cui IF mediano aziendale è superiore all'IF mediano riportato da JCR.



Definizione Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI

Numeratore Numero di specialità con IF mediano di azienda maggiore dell'IF mediano riportato da ISI

Denominatore Numero di specialità in cui ogni azienda risulta aver pubblicato

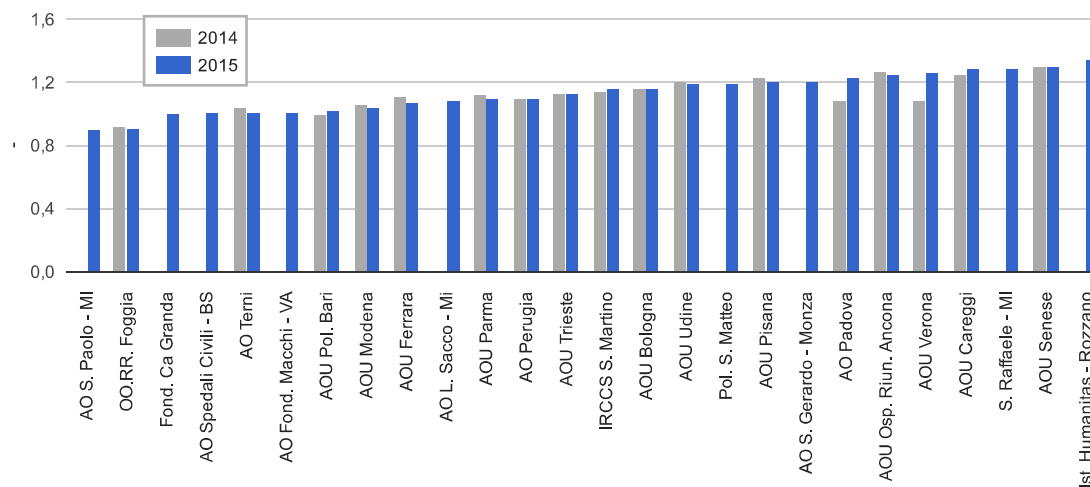
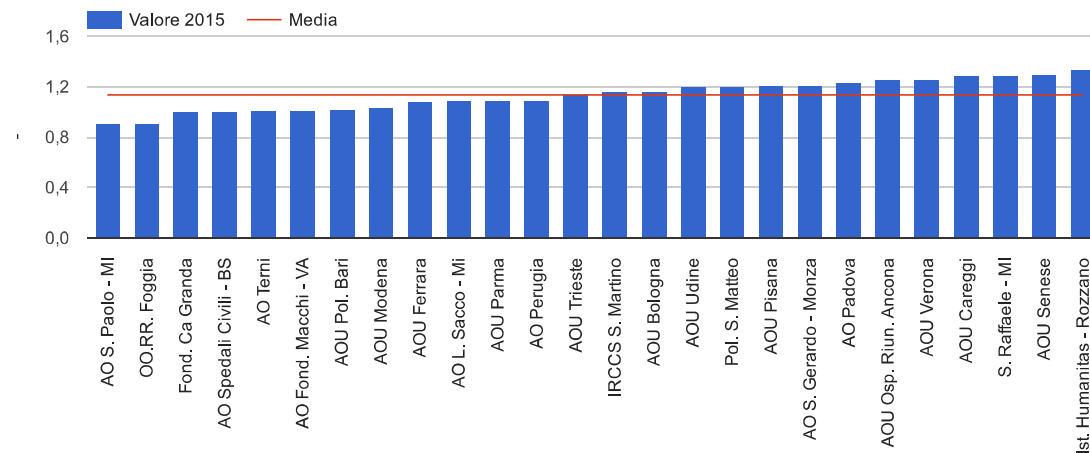
Note Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015. La realizzazione della base dati delle pubblicazioni dei dirigenti delle AOU del network è stata affidata alla società di ricerca Research Value S.r.l. (RV), spin-off del Consiglio Nazionale delle Ricerche. RV, a partire dal database del personale, ha individuato le pubblicazioni dei dirigenti medici universitari e non delle aziende. L'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa è avvenuta mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships

Fonte Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge



C1.5 Indice di case mix

L'indice di Case Mix misura la complessità della casistica (peso DRG specifico) di una struttura ospedaliera per acuti rispetto ad uno standard di riferimento (in questo caso il peso medio nazionale). Un ICM minore di 1 indica che l'erogato della struttura è meno complesso rispetto allo standard; un ICM superiore ad 1 indica, invece, che la struttura eroga prestazioni più complesse rispetto al riferimento.



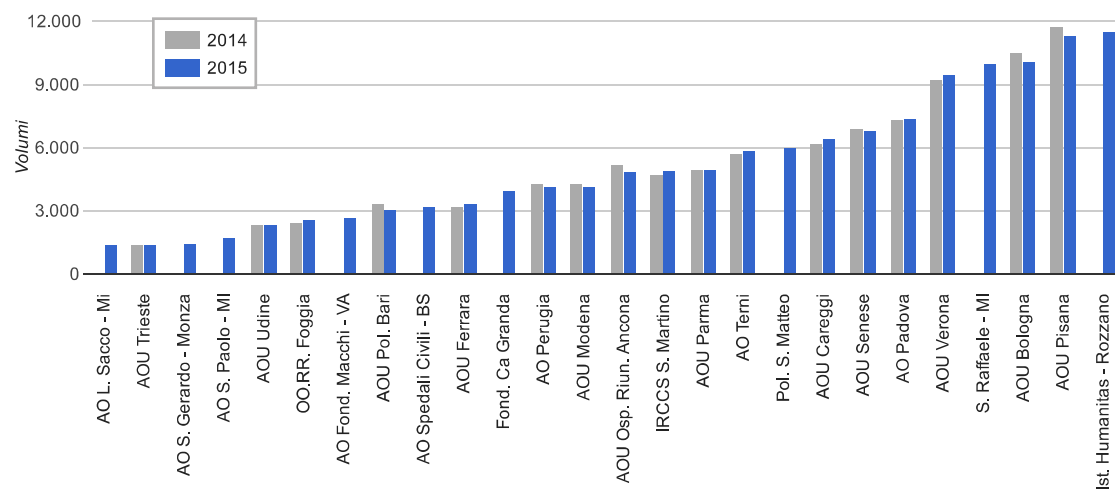
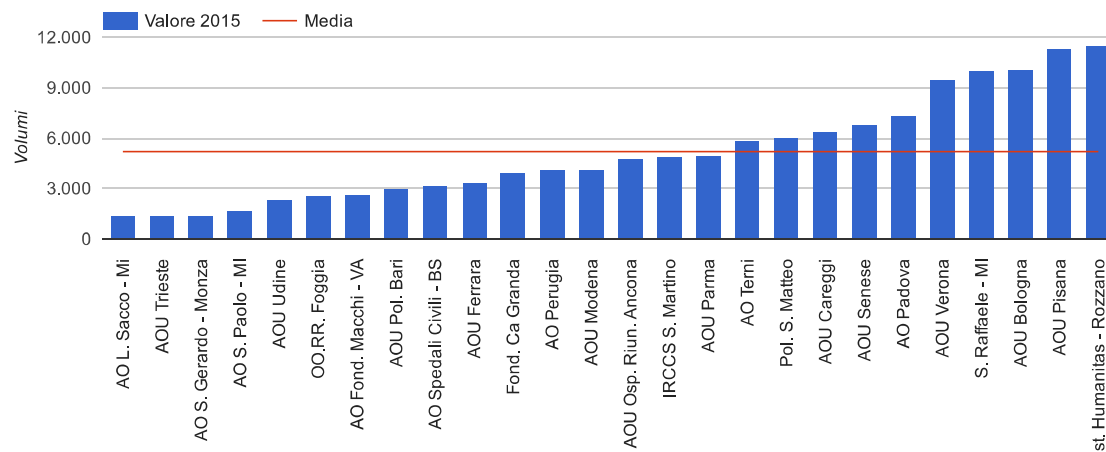
Definizione	Indice di case mix
Numeratore	$\frac{\sum(\text{numero di dimissioni per DRG per azienda} \times \text{Peso DRG})}{\sum \text{numero di dimissioni per azienda}}$
Denominatore	Peso medio DRG nazionale (1.17)
Note	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari, inclusa la One Day Surgery. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) ed i neonati normali (DRG 391). I pesi utilizzati sono quelli ministeriali (DM 18 dicembre 2008). Per il calcolo del peso medio di riferimento nazionale si considerano sia gli erogatori pubblici che i privati accreditati. Il peso medio DRG nazionale per ricoveri ordinari (erogatori pubblici e privati accreditati) è 1.17 (Fonte: rapporto SDO primo semestre 2015 del Ministero)
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C30.3.1.1 Volumi attrazioni extra-regione

Le attrazioni non possono essere considerate un obiettivo dei sistemi sanitari regionali, ma possono esserlo per le AOU, in particolare per l'alta complessità, dove per garantire qualità delle cure è fondamentale poter assicurare una casistica adeguata in termini di volumi.

La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è in ogni caso il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Questo indicatore mette in evidenza il numero di ricoveri delle Aziende Ospedaliero-Universitarie erogati per pazienti provenienti da altre regioni.



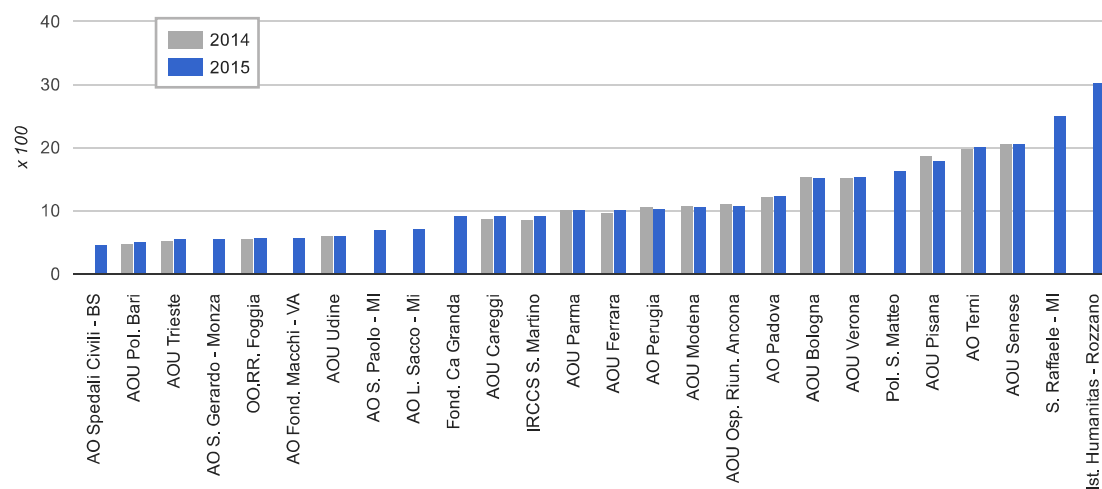
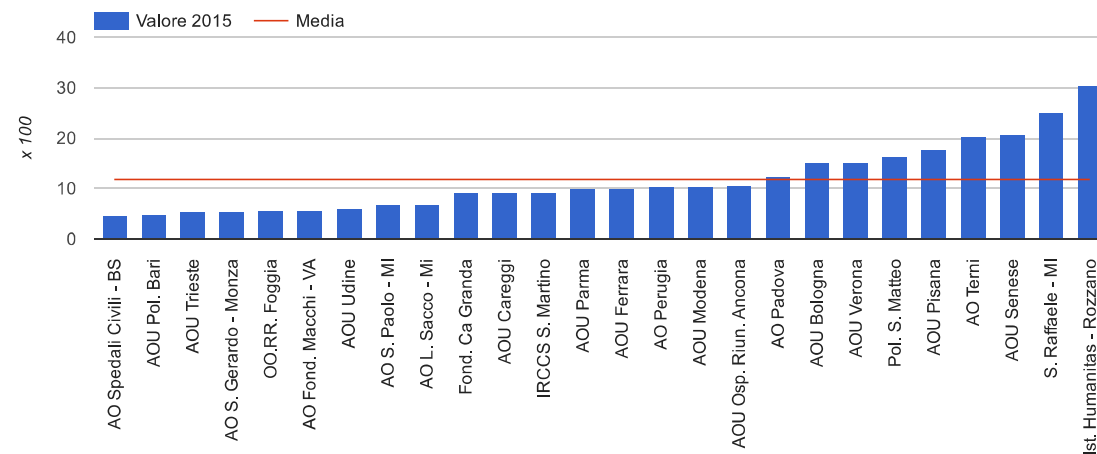
Definizione	Volumi attrazioni extra-regione
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si considerano i ricoveri (RO e DH) erogati per residenti fuori Regione (cittadini stranieri compresi). Nel totale regionale sono incluse le strutture pubbliche e private accreditate.
Fonte	Flusso SDO



C30.3.1.2 Percentuale di attrazioni extra-regione

Le attrazioni non possono essere considerate un obiettivo dei sistemi sanitari regionali, ma possono esserlo per le AOU, in particolare per l'alta complessità, dove per garantire qualità delle cure è fondamentale poter assicurare una casistica adeguata in termini di volumi.

La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è in ogni caso il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Questo indicatore mette in evidenza la percentuale di ricoveri erogati dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie per pazienti provenienti da altre regioni.



Definizione	% attrazioni extra-regione
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione
Denominatore	Numero ricoveri totali erogati
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Al numeratore si considerano i ricoveri (RO e DH) erogati per residenti fuori Regione (cittadini stranieri compresi). Al denominatore si considerano i ricoveri totali (RO e DH) erogati. Nel totale regionale sono incluse le strutture pubbliche e private accreditate.
Fonte	Flusso SDO

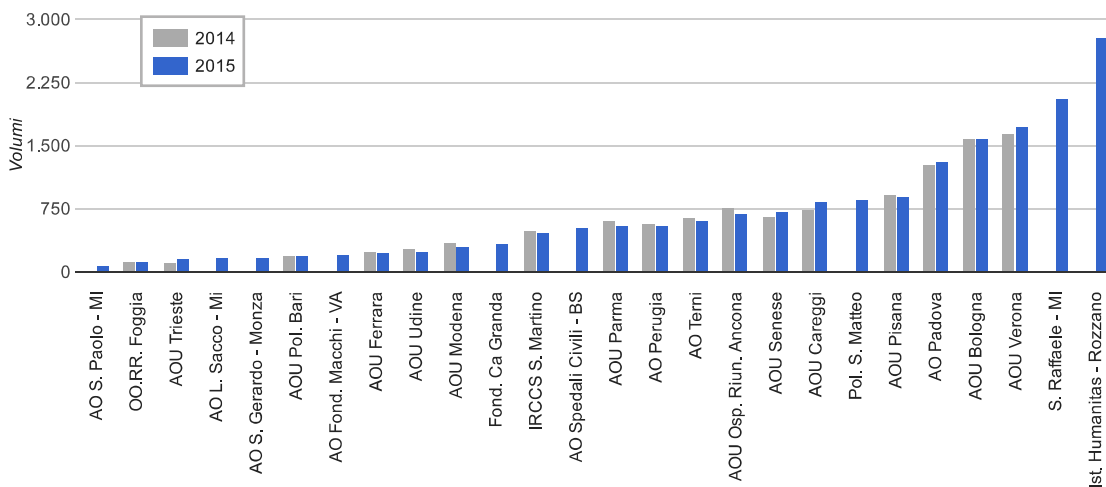
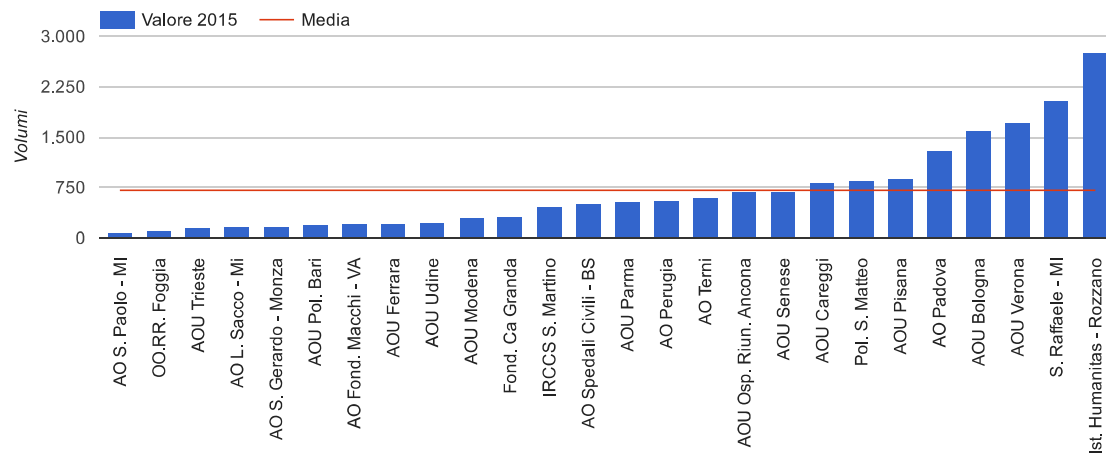


C30.3.2.1 Volumi attrazioni extra-regione - DRG alta complessità

Le attrazioni non possono essere considerate un obiettivo dei sistemi sanitari regionali, ma possono esserlo per le AOU, in particolare per l'alta complessità, dove per garantire qualità delle cure è fondamentale poter assicurare una casistica adeguata in termini di volumi.

La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è in ogni caso il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale.

Questo indicatore, in particolare, misura la capacità delle AOU di essere attrattive per l'attività considerata di alta complessità. L'indicatore misura dunque il numero di ricoveri di alta complessità erogati dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie per pazienti provenienti da altre regioni. Il dato va letto in combinazione all'indicatore "C30.3.2.2 - % attrazioni extra-regione - DRG alta complessità".



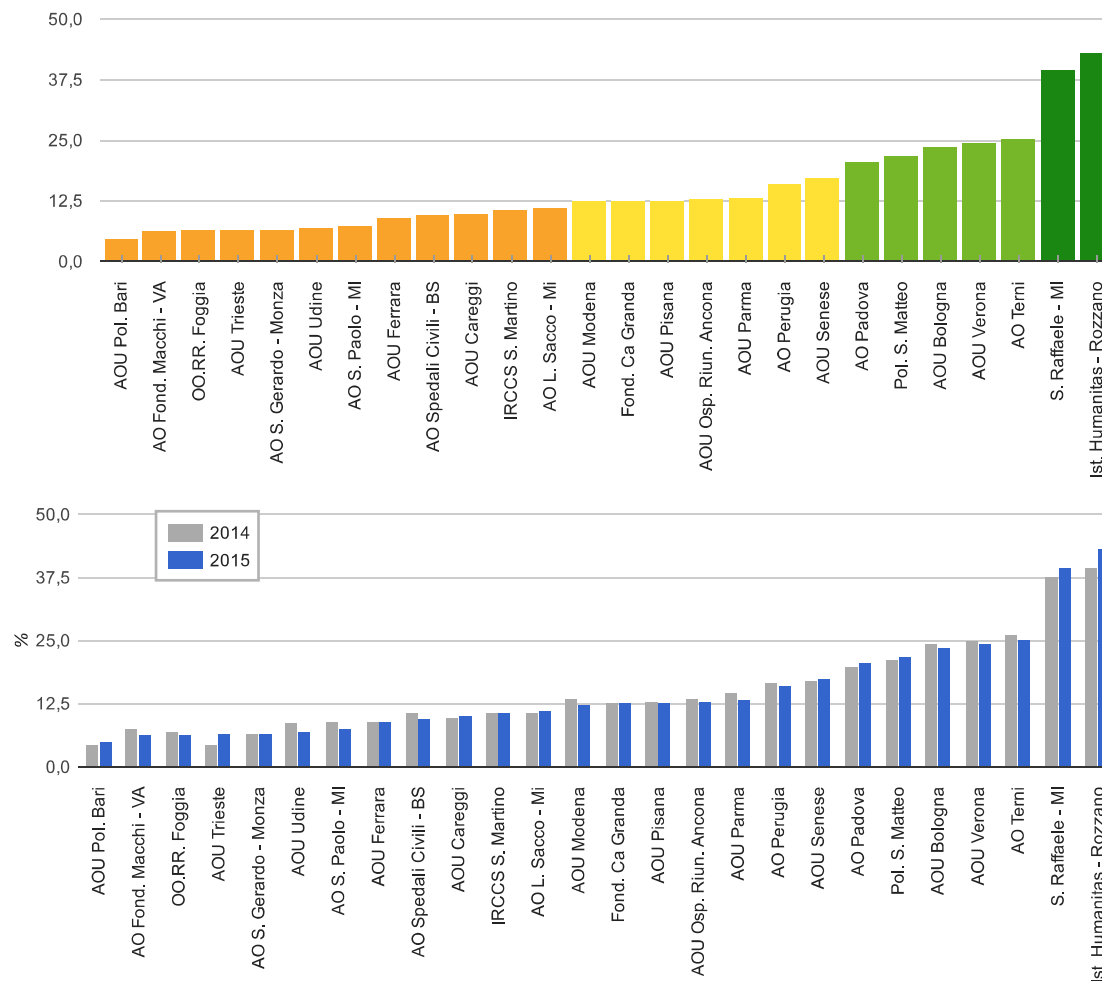
Definizione	Volumi attrazioni extra-regione - DRG alta complessità
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione di alta complessità
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG: 1, 2, 3, 7, 49, 75, 76, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 146, 147, 149, 156, 191, 192, 193, 286, 292 in associazione ai codici intervento principali o secondari 52.80 o 52.81 o 52.83, 293 in associazione ai codici intervento principali o secondari 52.80 o 52.81 o 52.83, 302, 303, 304, 353, 357, 386, 387, 401, 403, 405, 406, 442, 471, 473, 480, 481 in associazione ai codici intervento principali o secondari 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08, 484, 485, 486, 488, 491, 495, 496, 497, 498, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 512, 513, 515, 519, 520, 525, 528, 529, 530, 531, 532, 535, 536, 539, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 565, 569, 570, 573, 575, 578. Le selezioni, ad eccezione delle associazioni dei DRG 292 e 293, fanno riferimento alla casistica definita di «Alta complessità» nel documento «Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività dell'anno 2012». Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG ad Alta complessità erogati per residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi).
Fonte	Flusso SDO



C30.3.2.2 Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità

Le attrazioni non possono essere considerate un obiettivo dei sistemi sanitari regionali, ma possono esserlo per le AOU, in particolare per l'alta complessità, dove per garantire qualità delle cure è fondamentale poter assicurare una casistica adeguata in termini di volumi.

La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è in ogni caso il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Questo indicatore, in particolare, misura la capacità delle AOU di essere attrattive per l'attività considerata di alta complessità. L'indicatore si focalizza dunque su tale attività e ne misura a livello aziendale la quota di ricoveri erogata per pazienti provenienti da altre regioni. L'indicatore è valutato solo per le AOU e non per il livello regionale.



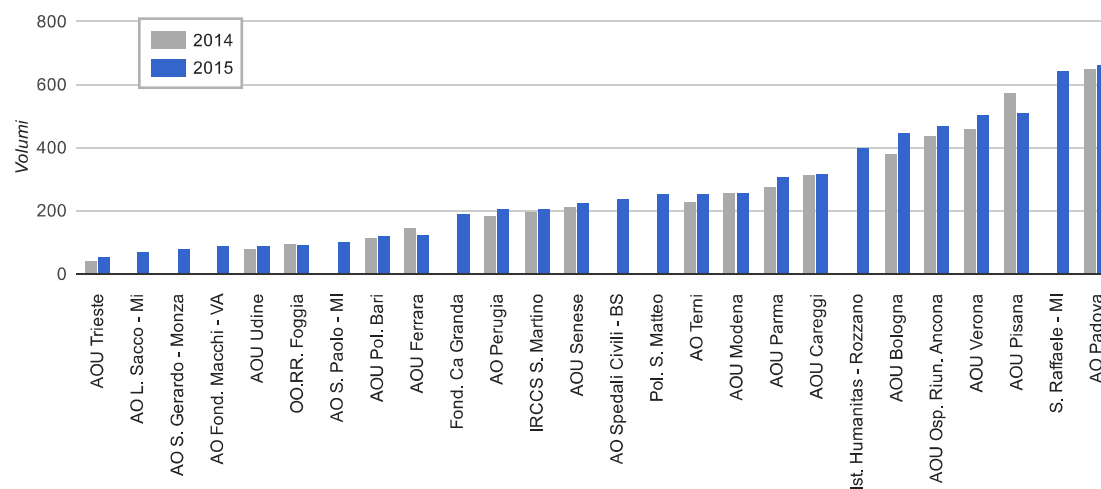
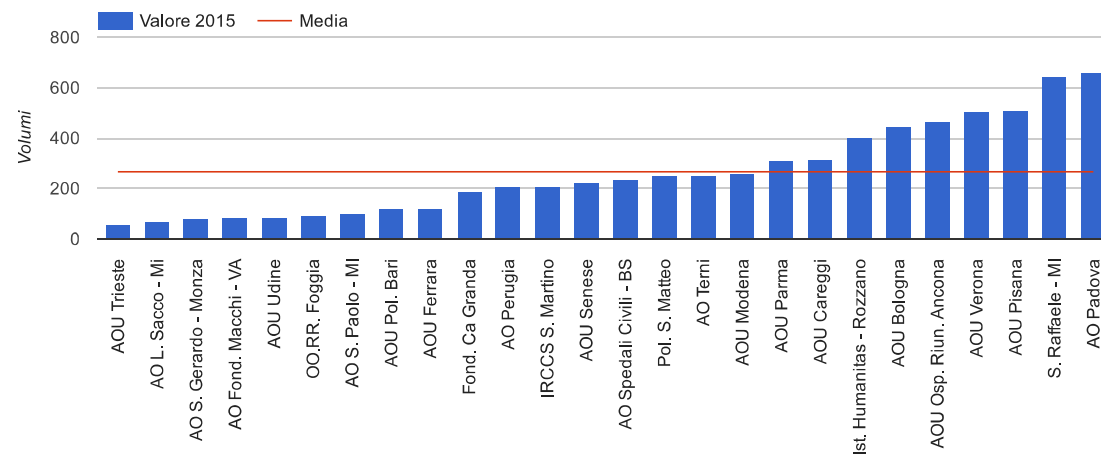
Definizione	% attrazioni extra-regione - DRG alta complessità
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG ad alta complessità
Denominatore	Numero ricoveri totali erogati per DRG ad alta complessità
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG: 1, 2, 3, 7, 49, 75, 76, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 146, 147, 149, 156, 191, 192, 193, 286, 292 in associazione ai codici intervento principali o secondari 52.80 o 52.81 o 52.83, 293 in associazione ai codici intervento principali o secondari 52.80 o 52.81 o 52.83, 302, 303, 304, 353, 357, 386, 387, 401, 403, 405, 406, 442, 471, 473, 480, 481 in associazione ai codici intervento principali o secondari 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08, 484, 485, 486, 488, 491, 495, 496, 497, 498, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 512, 513, 515, 519, 520, 525, 528, 529, 530, 531, 532, 535, 536, 539, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 565, 569, 570, 573, 575, 578. Le selezioni, ad eccezione delle associazioni dei DRG 292 e 293, fanno riferimento alla casistica definita di «Alta complessità» nel documento «Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività dell'anno 2012». Al numeratore si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG ad Alta complessità erogati per residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi). Al denominatore si considerano i ricoveri totali (RO e DH) di Alta complessità erogati.
Fonte	Flusso SDO



C30.3.3.1 Volumi attrazioni extra-regione - DRG media complessità

Le attrazioni non possono essere considerate un obiettivo dei sistemi sanitari regionali, ma possono esserlo per le AOU, in particolare per l'alta complessità, dove per garantire qualità delle cure è fondamentale poter assicurare una casistica adeguata in termini di volumi.

La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è in ogni caso il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Questo indicatore, in particolare, misura la capacità delle AOU di essere attrattive per l'attività considerata di media complessità. L'indicatore si focalizza dunque su tale attività e monitora il numero di ricoveri per tale casistica erogata per pazienti provenienti da altre regioni.



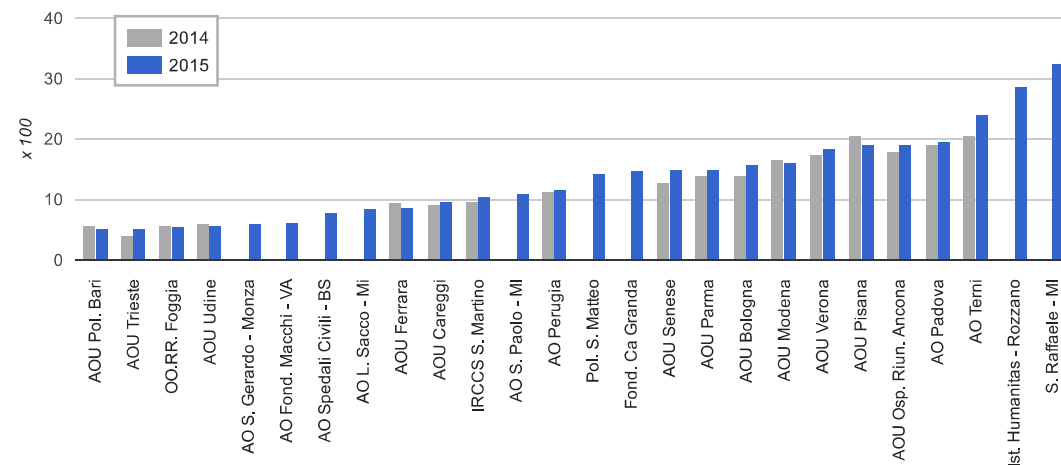
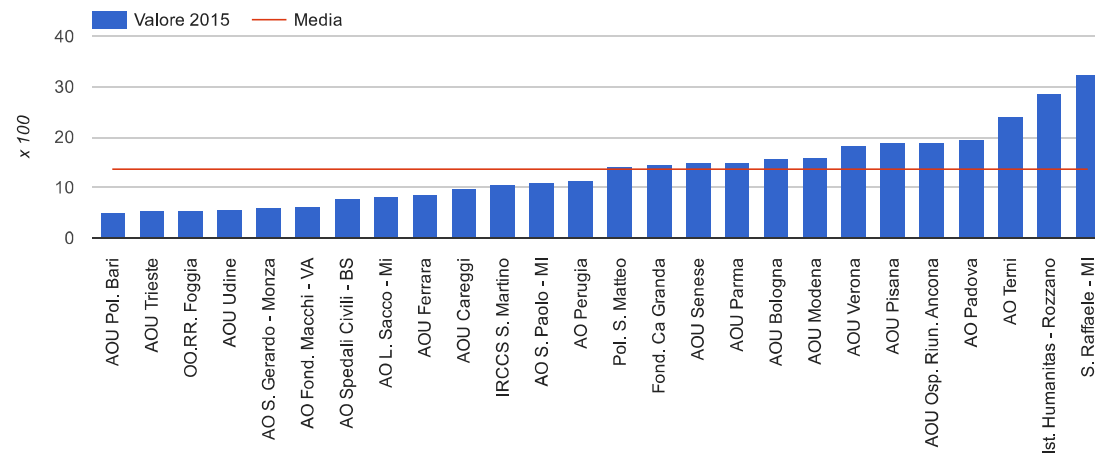
Definizione	Volumi attrazioni extra-regione - DRG media complessità
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione di media complessità
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG definiti di «Media complessità» (CLASSE B) nella DGR n. 1805 del 08 novembre 2011 della Regione Veneto (Allegato A): 52, 63, 113, 120, 126, 155, 194, 195, 196, 199, 200, 201, 213, 217, 285, 314, 315, 330, 334, 354, 468, 482, 489, 499, 501, 510, 511, 553, 554, 557, 560, 566, 567, 568, 579. Di tale lista non sono invece inclusi i DRG: 81, 150, 170, 197, 210, 218, 233, 263, 273, 292 Sono inoltre inclusi i DRG: 77, 335, 355, 402, 407, 502, 533, 534, 540 Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG di Media complessità erogati ai residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi). Nel totale regionale sono incluse le strutture pubbliche e private accreditate.
Fonte	Flusso SDO



C30.3.3.2 Percentuale attrazioni extra-regione - DRG media complessità

Le attrazioni non possono essere considerate un obiettivo dei sistemi sanitari regionali, ma possono esserlo per le AOU, in particolare per l'alta complessità, dove per garantire qualità delle cure è fondamentale poter assicurare una casistica adeguata in termini di volumi.

La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è in ogni caso il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Questo indicatore, in particolare, misura la capacità delle AOU di essere attrattive per l'attività considerata di media complessità. L'indicatore si focalizza dunque su tale attività e ne misura a livello aziendale la quota di ricoveri erogata per pazienti provenienti da altre regioni.



Definizione	% attrazioni extra-regione - DRG media complessità
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG di media complessità
Denominatore	Numero ricoveri erogati totali per DRG di media complessità
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG definiti di «Media complessità» (CLASSE B) nella DGR n. 1805 del 08 novembre 2011 della Regione Veneto (Allegato A): 52, 63, 113, 120, 126, 155, 194, 195, 196, 199, 200, 201, 213, 217, 285, 314, 315, 330, 334, 354, 468, 482, 489, 499, 501, 510, 511, 553, 554, 557, 560, 566, 567, 568, 579. Di tale lista non sono invece inclusi i DRG: 81, 150, 170, 197, 210, 218, 233, 263, 273, 292. Sono inoltre inclusi i DRG: 77, 335, 355, 402, 407, 502, 533, 534, 540. Al numeratore si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG di Media complessità erogati per residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi). Al denominatore si considerano i ricoveri totali (RO e DH) di Media complessità erogati. Nel totale regionale sono incluse le strutture pubbliche e private accreditate.
Fonte	Flusso SDO

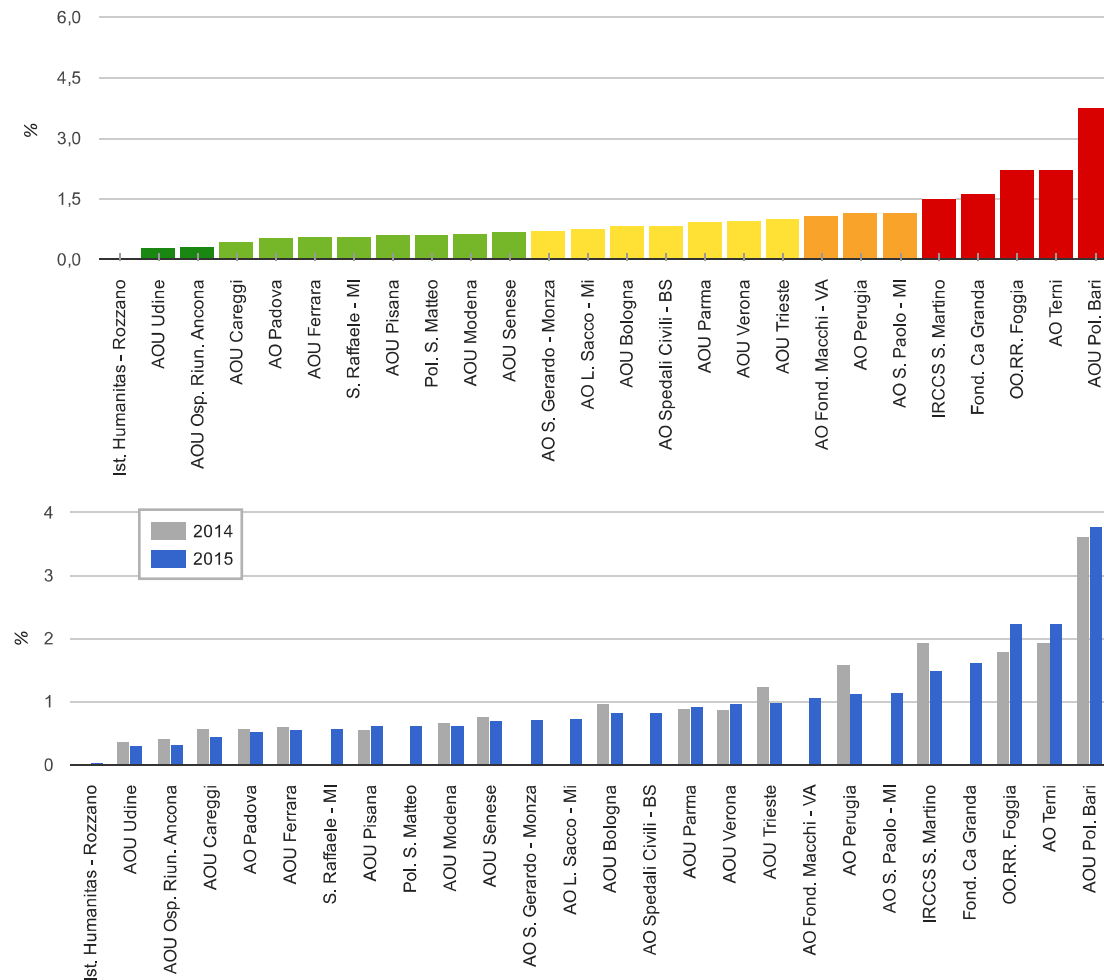


D18 Percentuale di dimissioni volontarie

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 et al., 2013] 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.

L'indicatore D18 monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.



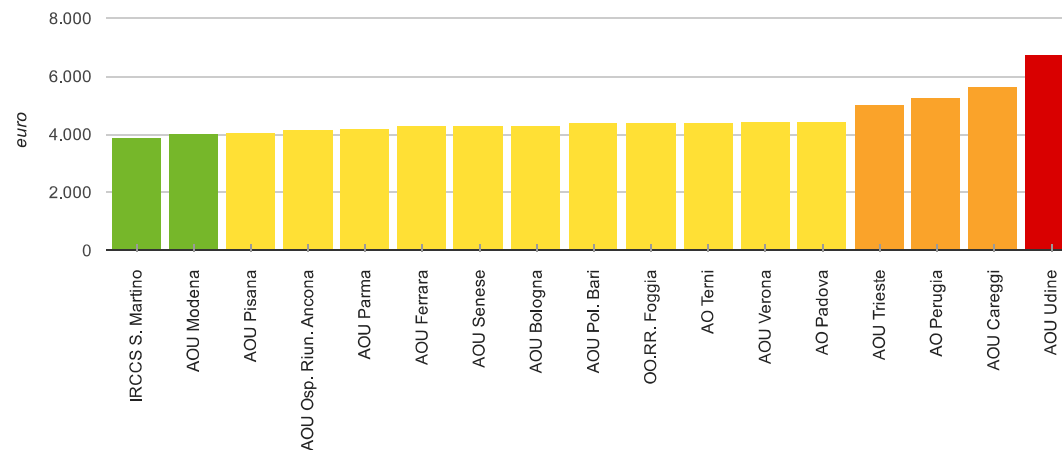
Definizione	Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero
Numeratore	Numero di dimissioni volontarie x 100
Denominatore	Numero di ricoveri
Note	Si considera volontaria una dimissione avvenuta con modalità di dimissione volontaria. Sono esclusi: - l'interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486) tramite i Codici ICD9-CM: - 635.xx (Aborto indotto legalmente) in diagnosi principale e V61.7 (altra gravidanza indesiderata) e/o V58.83 (trattamento per monitoraggio di farmaci terapeutici) in una delle diagnosi secondarie e 99.24 (iniezione di altri ormoni (prima ed eventuale seconda somministrazione per os)) in qualunque procedura; - la diagnosi 638.9 (Tentativo fallito di aborto senza complicazione riferita) in qualunque diagnosi; - i deceduti (modalità di dimissione =1)
Fonte	Sistema informativo regionale - Flusso SDO



F18.1 Costo medio per punto DRG

L'indicatore intende misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle Aziende e i punti DRG relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto, i punti DRG utilizzati sono quelli ministeriali (cosiddetta TUC tariffa unica convenzionale). Per quanto riguarda la stima dei costi di produzione delle aziende (siano esse territoriali o ospedaliere o Ircss) per i ricoveri per acuti, sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti al netto dei costi sostenuti per la mobilità passiva (ossia i costi sostenuti dalle aziende territoriali per prestazioni erogate ai propri residenti presso altre aziende).

Si fa presente che i dati si riferiscono all'anno 2014.



Definizione	Costo medio per punto DRG
Numeratore	Costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS - costi delle prestazioni sanitarie dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS
Denominatore	Punti DRG ministeriali per acuti in degenza ordinaria\DH\DS
Note	Per il costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria: Flusso LA (codice 30200 colonna TS013) Nei costi delle prestazioni sanitarie dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria (mobilità passiva) si considerano i costi della mobilità passiva e i costi relativi all'acquisto delle prestazioni sanitarie da privato : Flusso LA (codice 30200 colonna TS003). Per i punti DRG si considerano i ricoveri erogati in strutture pubbliche con regime di degenza ordinaria/DH/DS. Nel calcolo del denominatore si esclude la libera professione e si escludono i seguenti reparti di dimissione: 28,56,60,75,99.
Fonte	Flusso LA - Flusso SDO



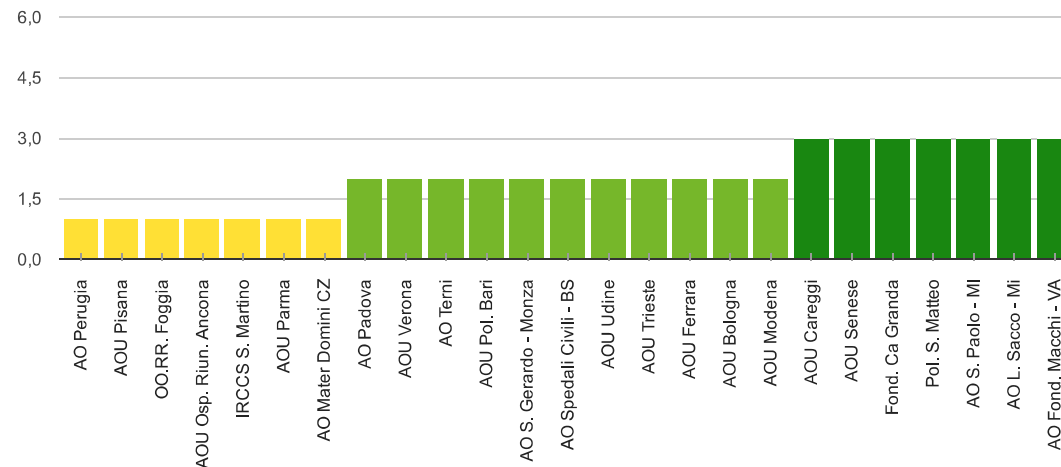


COMUNICAZIONE WEB

B31.1 Digitalizzazione servizi di prenotazione

Tra i servizi sanitari più richiesti o utilizzati su internet c'è la prenotazione online di visite ed esami. L'indicatore misura quale possibilità hanno gli utenti di accedere ai servizi di prenotazione mediante canali digitali, verificando a livello informativo se il canale digitale di prenotazione è comunicato attraverso il sito internet, e, a livello effettivo, quali tipologie di canali sono messe a disposizione. L'indicatore assume tre valori che indicano se l'Azienda comunica e offre la prenotazione digitale tramite sito web e/o applicazione mobile per smartphone.

- Politecnico di Milano (2016). *Osservatorio Mobile & App Economy*.



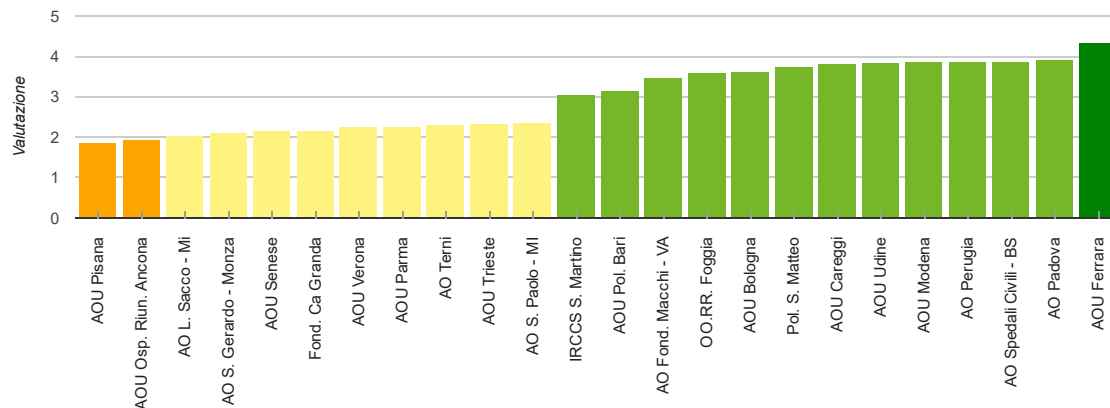
Definizione	Digitalizzazione servizi di prenotazione
Note	L'indicatore misura la possibilità per gli utenti di accedere ai servizi di prenotazione mediante canali digitali, anche considerando se il canale di prenotazione digitale è comunicato sul sito web. L'indicatore assume tre valori: 1 se la prenotazione non è digitalizzata; 2 se è disponibile da sito web o da mobile APP; 3 se è disponibile da entrambi i canali considerati. Intende misurare quanto sia ampia e se sia promossa online l'offerta di canali di accesso alla prenotazione delle prestazioni sanitarie da parte delle Aziende.
Fonte	Sito web delle Aziende; Store digitali online – Analisi MeS (situazione aggiornata a Dicembre 2015)



B31.2 Accessibilità online alle informazioni sui servizi

Affinché un sito internet sia davvero in grado di raggiungere target diversi per livello di istruzione, digital skills e canali di accesso all'informazione, è necessario seguire una serie di accorgimenti. Esistono diverse linee guida che forniscono suggerimenti per impostare efficacemente un sito internet, tanto a livello strutturale e grafico, quanto a livello di scrittura dei testi. L'indicatore esprime la capacità del sito web di facilitare l'accesso alle informazioni e ai servizi (1) indipendentemente dal luogo in cui ci si trova e dal dispositivo utilizzato misurando la responsività del sito web, ovvero la possibilità di visualizzazione da diversi dispositivi tecnologici e in mobilità (B31.2.1) e (2) indipendentemente dal livello di istruzione e alfabetizzazione degli utenti, misurando comprensibilità e leggibilità dei testi (B31.2.2.1.1 e B31.2.2.1.2).

- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016). Linee guida di design per i siti web della pubblica amministrazione. Linee guida online.



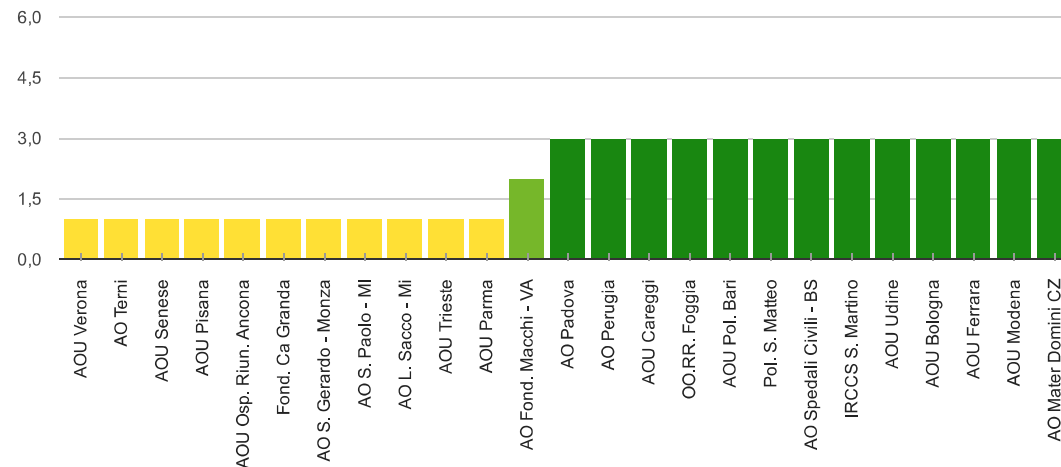
Definizione	Accessibilità online alle informazioni sui servizi
Note	L'indicatore esprime la capacità del sito web di facilitare ai potenziali utenti dei servizi l'accesso alle informazioni e ai servizi in termini di: (i) visualizzazione da diversi dispositivi tecnologici; (ii) comprensibilità e leggibilità dei testi.
Fonte	Sito aziendale - Analisi MeS



B31.2.1 Responsive Web Design (RWD)

La navigazione dei contenuti web in mobilità è in continua crescita. La sua importanza è aumentata anche in Italia con il crescere del traffico dati e dei dispositivi mobili. Per questo motivo, un sito web dovrebbe sempre essere sviluppato con un approccio "responsivo". Un sito web responsivo permette agli utenti di visualizzare correttamente i suoi contenuti a prescindere dal dispositivo che usano per navigarlo, adattandosi automaticamente alle dimensioni dello schermo da cui si visualizza.

- Cisco Visual Networking Index (2015). *Global Mobile Data Traffic Forecast Update*, 2015–2020 White Paper.
- ISTAT (2014). *Cittadini e nuove tecnologie*. Report 2014
- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016). *Linee guida di design per i siti web della pubblica amministrazione*. Linee guida online



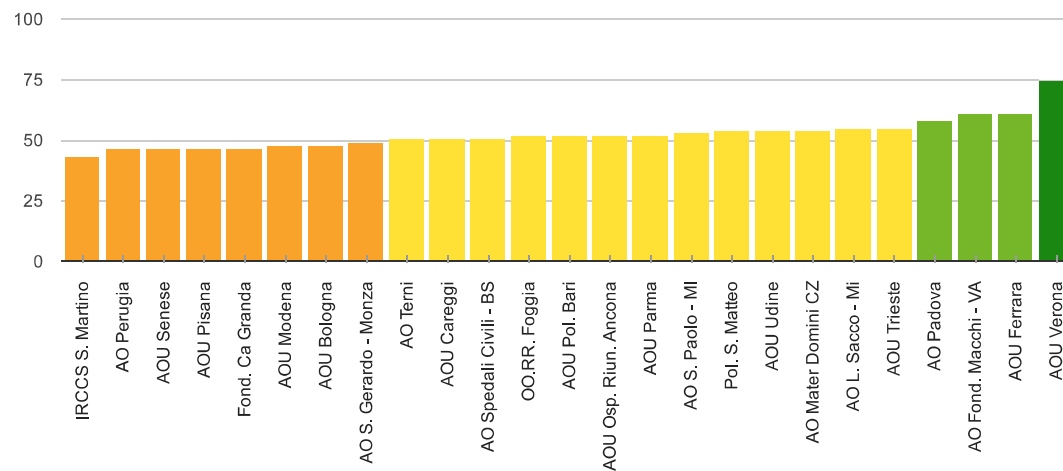
Definizione	Responsive Web Design (RWD)
Note	L'indicatore misura la capacità del sito web di adattarsi graficamente in modo automatico al dispositivo con cui è visualizzato. Intende misurare quanto i contenuti dei siti web dalle Aziende siano accessibili da diversi dispositivi senza problemi di visualizzazione, anche in versione mobile. La responsività del design del sito web è misurata su tre valori: 1 se il sito non è responsivo; 2 se è responsivo in una sola modalità delle due analizzate; 3 se è responsivo ad entrambe le modalità analizzate.
Fonte	Sito aziendale - Analisi MeS



B31.2.2.1.1 Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare

Predire, con criteri quantitativi, la facilità o difficoltà di lettura di un testo rispetto alla capacità di comprensione di un lettore ha portato alla nascita del concetto di leggibilità. Nella costruzione dell'indice di leggibilità sono utilizzate alcune variabili formali. In ambito anglosassone, gli indici di leggibilità sono focalizzati principalmente sulla lunghezza media delle frasi (espressa in parole per frase) e sulla lunghezza media delle parole (espressa in sillabe per parola) per costruire indici statistici di leggibilità (formula di Flesch, riadattata da Franchina e Vacca). In Italia, questa formula è approdata all'indice Gulpease. L'indice Gulpease fornisce una scala di valori con soglie di leggibilità per livello di istruzione, che consente di confrontare il risultato dell'analisi del testo con le soglie di leggibilità per i potenziali lettori a seconda del loro livello di istruzione (molto facile, facile, difficile, molto difficile, quasi incomprensibile). L'importanza di questo indice è data dalla possibilità di avere uno strumento per guardare i testi dal punto di vista del destinatario, tenendo presente l'universalità del servizio offerto e la necessità di rendersi comprensibili alla maggior parte degli utenti e potenziali utenti, se non a tutti.

- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). Gulpease. *Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, Scuola e Città, a. 3, n. 31, marzo 1988, pp. 57-68.
- Mastidoro N., Amizzone A. (1993). *Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni*, Bollettino della Società Filosofica Italiana, n. 149, maggio-agosto 1993, pp. 49-6
- Franchina V., Vacca R. (1986). *Taratura dell'indice di Flesch su testo bilingue italiano-inglese di unico autore*, in "Atti dell'incontro di studio su: Leggibilità e Comprensione", Linguaggi, a. III, n. 3, pp. 47-9



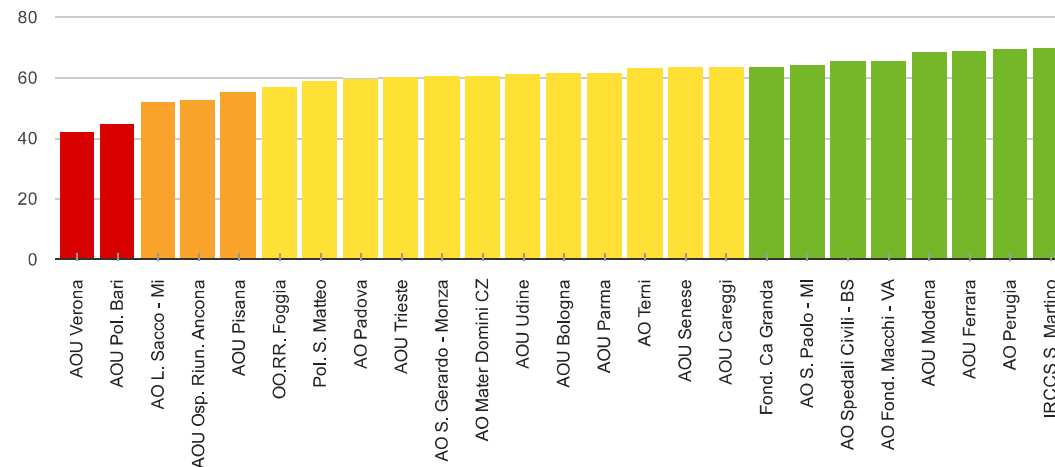
Definizione	Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare
Numeratore	$89 [300 * (N. frasi) - 10 * (N. lettere)]$
Denominatore	N. Parole
Note	L'indicatore analizza i testi dal punto di vista sintattico-lessicale, anche in termini di lunghezza delle frasi e lunghezza delle parole, e mostra lo scostamento medio, espresso in valore assoluto da 0 a 100, dell'Indice Gulpease dalle soglie di leggibilità, utilizzando il software online Corrige! - Eulogos. Intende misurare quanto i testi web dalle Aziende siano caratterizzati da frasi e parole dalla lunghezza tale da rendere più o meno leggibili i testi stessi. Per leggere correttamente l'indicatore, oltre alle fasce di valutazione adottate basate sulla distribuzione dei valori, si deve far riferimento a tre soglie minime di leggibilità: 40 per diploma superiore, 60 per licenza media, 80 per scuola elementare.
Fonte	Sito web aziendale (Parte testuale della pagina web relativa alla spiegazione delle prenotazioni presente sul sito aziendale)



B31.2.2.1.2 Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare

La semplicità del vocabolario nella comunicazione istituzionale è un requisito essenziale per la comprensibilità di un testo. Questo vale in particolare per testi accessibili potenzialmente a tutti gli individui tramite internet e teoricamente destinati a gran parte di loro, in quanto utilizzatori o potenziali utilizzatori di un servizio pubblico, come la sanità, indipendentemente dal loro grado di istruzione e alfabetizzazione. Questo indicatore si basa su un indice che riguarda le variabili lessicali. In Italia si fa riferimento al Vocabolario di Base della lingua italiana, che è il corpus di riferimento per la verifica dei criteri di comprensibilità del lessico. Il Vocabolario di Base è composta da Vocabolario Fondamentale, di Alto Uso e di Alta Disponibilità. I testi con una prevalenza di parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale, che include meno di 2.000 parole, sono più facilmente comprensibili. In generale si indica una soglia di comprensibilità nel range 80-95% della parole utilizzate appartenenti al Vocabolario Fondamentale.

- De Mauro T., Chiari I. (2005) [a cura di]. *Parole e numeri: analisi quantitative dei fatti di lingua*, Roma, Aracne
- De Mauro, T., et al. (1993). *Lessico di frequenza dell'italiano parlato (LIP)*, Milano, Etaslibri
- De Mauro T. (1994). Com'è nato il vocabolario di base, in Thornton, A.M., Iacobini, C., Burani, C. "Una base di dati sul Vocabolario di Base della lingua italiana", Roma, Istituto di psicologia del CNR, pp. 51-5



Definizione	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare
Numeratore	N. Parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale
Denominatore	N. Parole
Note	L'indicatore mostra lo scostamento medio, espresso in percentuale, dell'uso del Vocabolario Fondamentale nelle pagine web di spiegazione delle prenotazioni rispetto al totale delle parole utilizzate. Intende misurare quanto nei testi web dalle Aziende sia adottato un lessico facilmente comprensibile dai cittadini utenti dei servizi. Si utilizza il software online Corrige! – Eulogos per l'analisi dei testi. La valutazione dell'indicatore è riferita alla distribuzione dei valori. Tuttavia va tenuto conto della soglia minima di presenza di parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale nei testi (in media 88%), suggerita dalla letteratura.
Fonte	Sito web Aziendale - Parte testuale della pagina web relativa alla spiegazione delle prenotazioni presente sul sito aziendale.

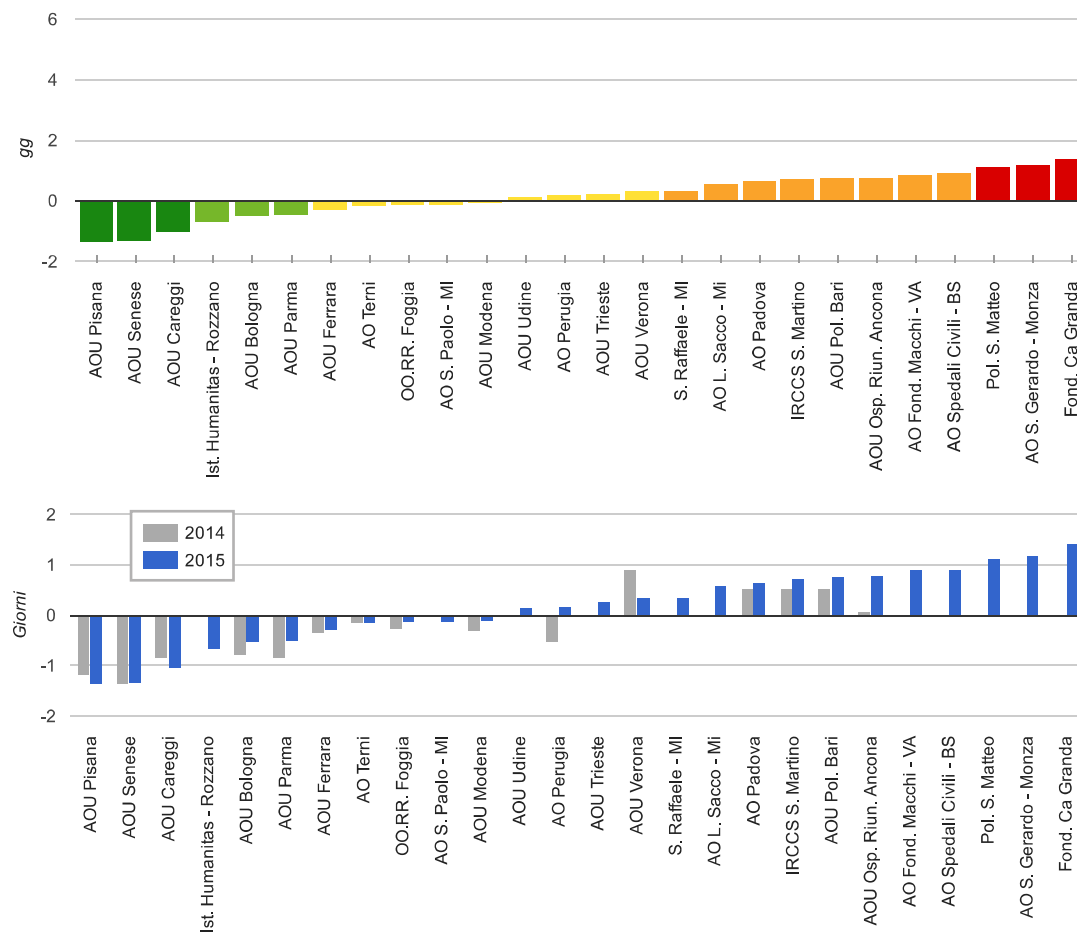




EFFICIENZA

C2a.M Indice di performance degenza media - DRG medici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2014 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri medici.

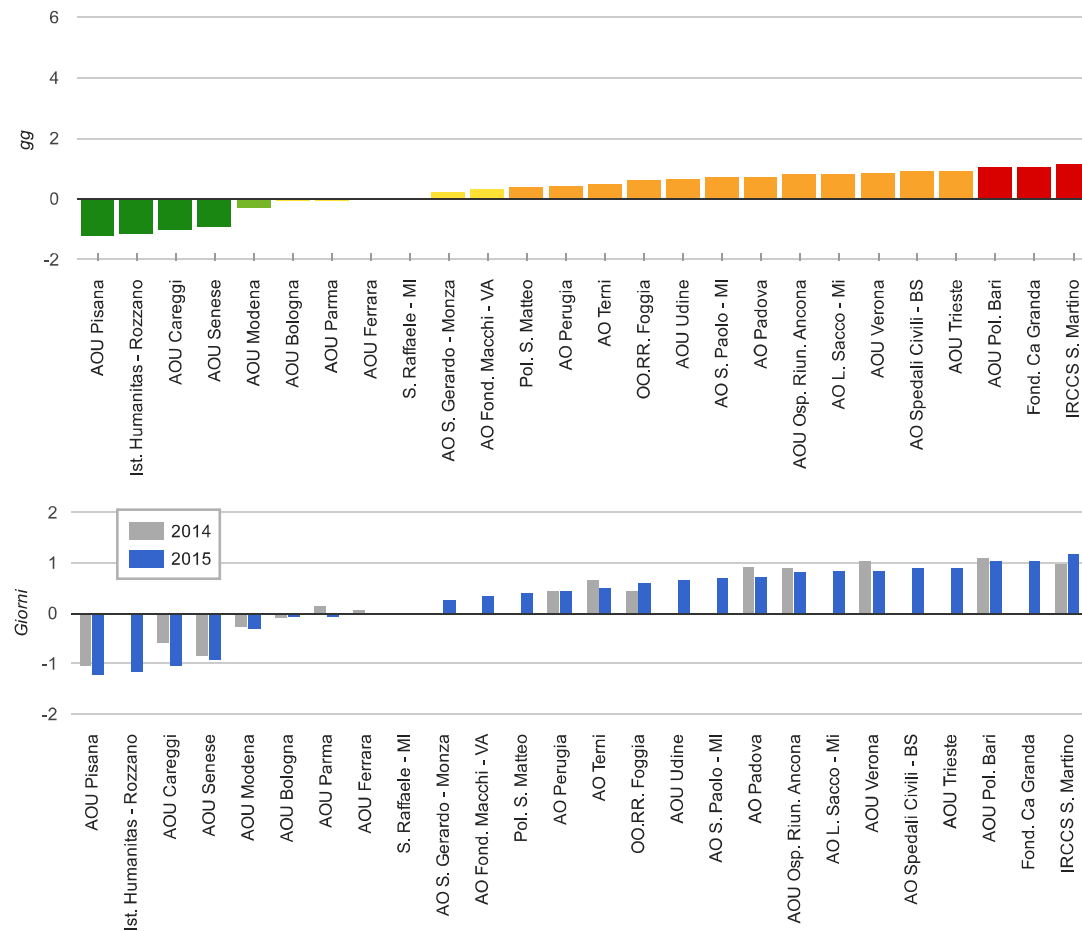


Definizione	Indice di performance degenza media - DRG medici
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Si considerano solo i ricoveri ordinari medici maggiori di 1 giorno. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), i neonati normali (DRG 391), i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni ed i deceduti. Si utilizza il DRG Grouper XIX. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. 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. La degenza di riferimento è la degenza media 2014 del network delle regioni.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2014 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri chirurgici.

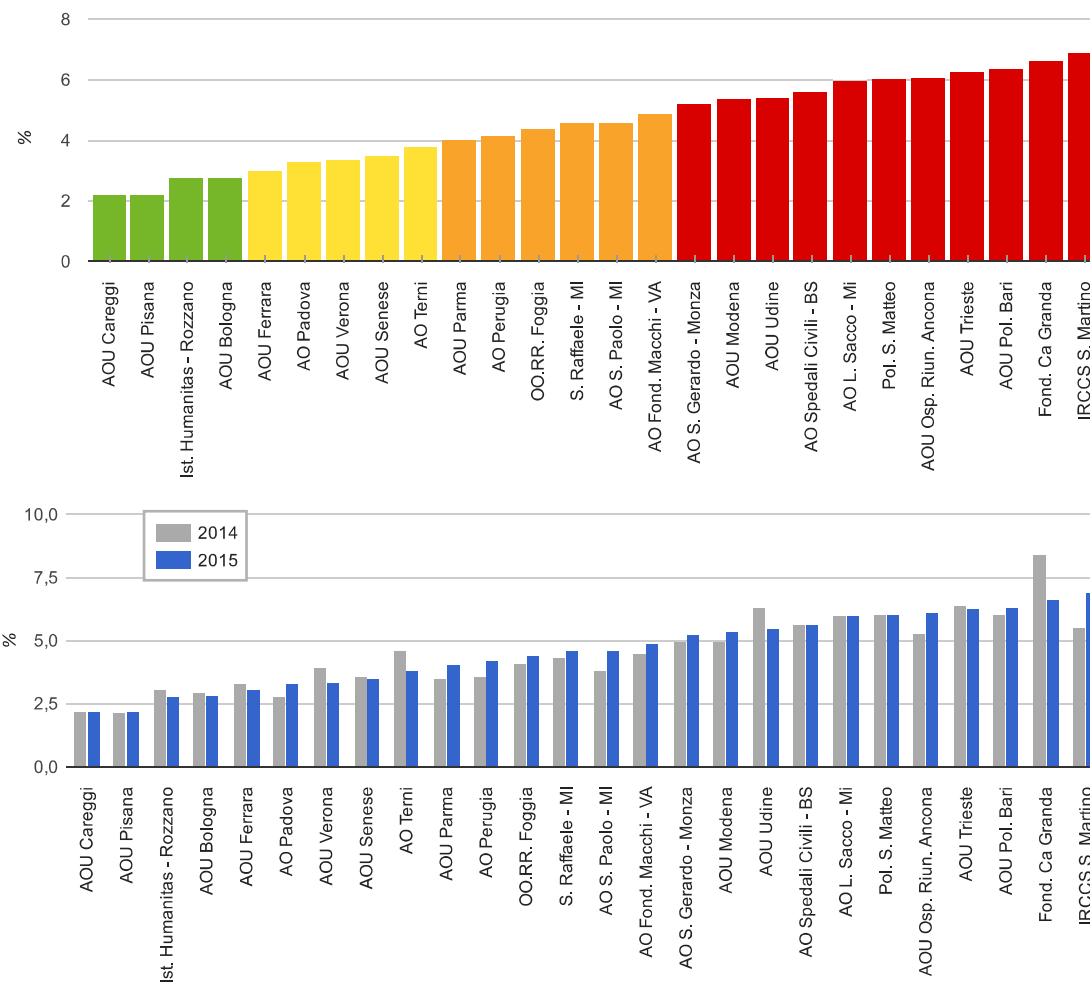


Definizione	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici
Numeratore	\sum [giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese]
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Si considerano solo i ricoveri ordinari chirurgici maggiori di 1 giorno. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), i neonati normali (DRG 391), i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni ed i deceduti. Si utilizza il DRG Grouper XIX. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. 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. La degenza di riferimento è la degenza media 2014 del network delle regioni.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltre soglia >=65 anni

L'indicatore C14.4 identifica i ricoveri acuti medici con un durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (es. mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr. Patto per la salute 2010-2012). Il tempo massimo previsto per un ricovero è denominato "valore soglia di un DRG"; 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. Si precisa che, essendo la casistica dei ricoveri medici oltre soglia particolarmente associabile alla popolazione di età superiore a 64 anni, vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età.



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	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 medici ordinari. Sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28 56, 60, 75, 99).
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

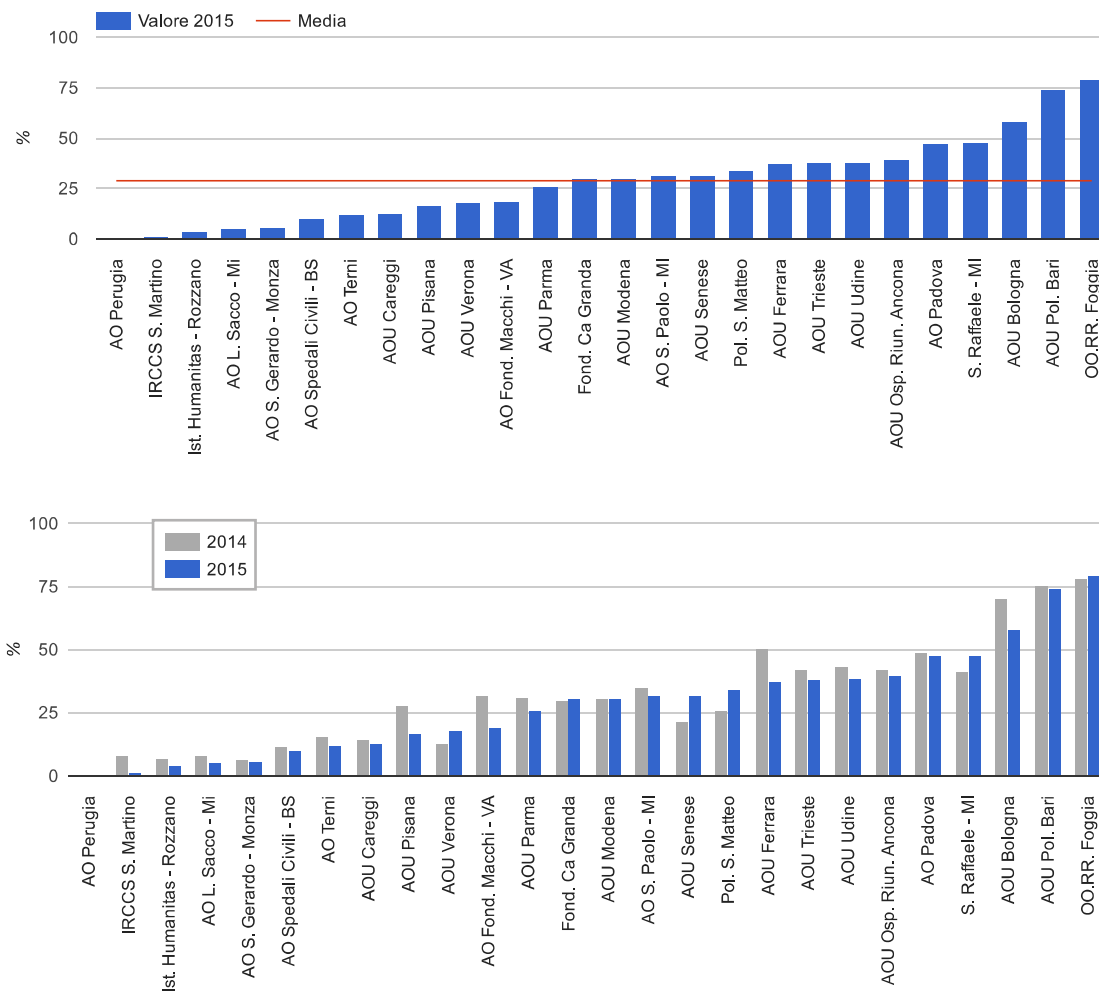




APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

C14.2 Percentuale di ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica (AOU, AO, Ircss)

I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. L'indicatore C14.2 misura la percentuale di Day Hospital medici effettuati ai soli fini diagnostici (Patto per la Salute 2010-2012).

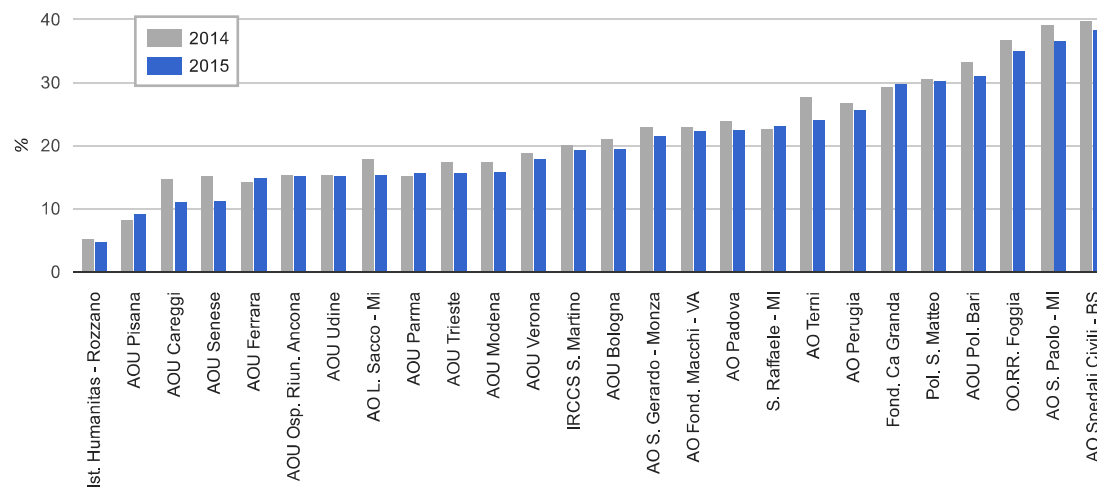
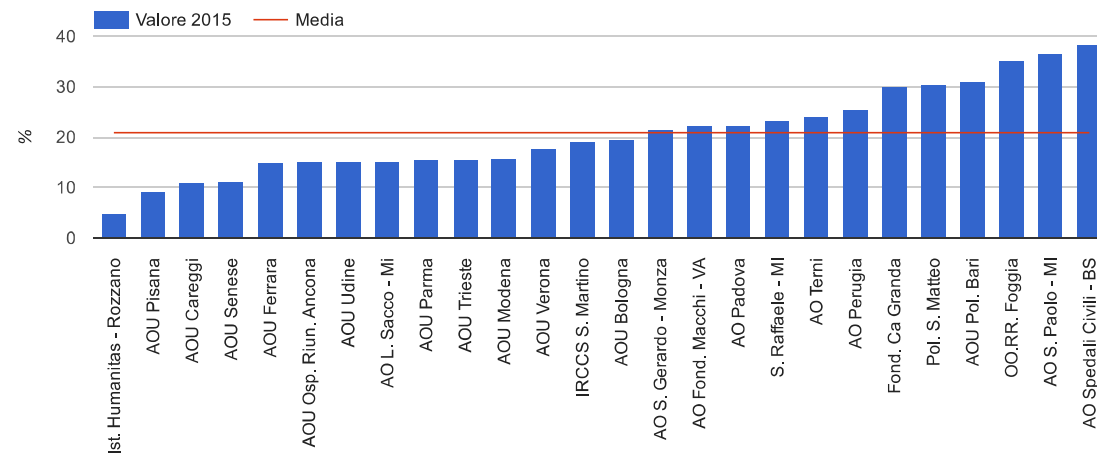


Definizione	Percentuale di ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica (AOU, AO, Ircss)
Numeratore	N. di ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica x 100
Denominatore	N. di ricoveri per acuti in DH medico
Note	<p>Si considerano i DRG medici in ricovero per acuti di Day Hospital. Nel campo campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diurno diagnostico".</p> <p>Si escludono :</p> <ul style="list-style-type: none"> • i codici 190.5, V10.84, V16.8, V42.1, 996.83, V42.6, 996.84 da qualsiasi diagnosi; • la specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro"; • i ricoveri dei dimessi per radioterapia e chemioterapia (diagnosi di dimissione V580 e V581); • i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenza neuroriabilitazione e cure palliative [28, 56, 60, 75, 99]; • i deceduti. <p>Nel totale regionale sono comprese tutte le strutture di erogazione.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C4.1 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici

L'indicatore C4.1 rileva il grado di inappropriata organizzativa risultante dalla dimissione da un reparto chirurgico di un paziente con DRG medico, senza che lo stesso sia stato sottoposto ad alcun intervento. Poiché il costo di un posto letto in un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è necessario ricercare soluzioni organizzative che limitino il più possibile tali ricoveri. Secondo le stime di riferimento, la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici, tendenzialmente, non dovrebbe superare il 20%.

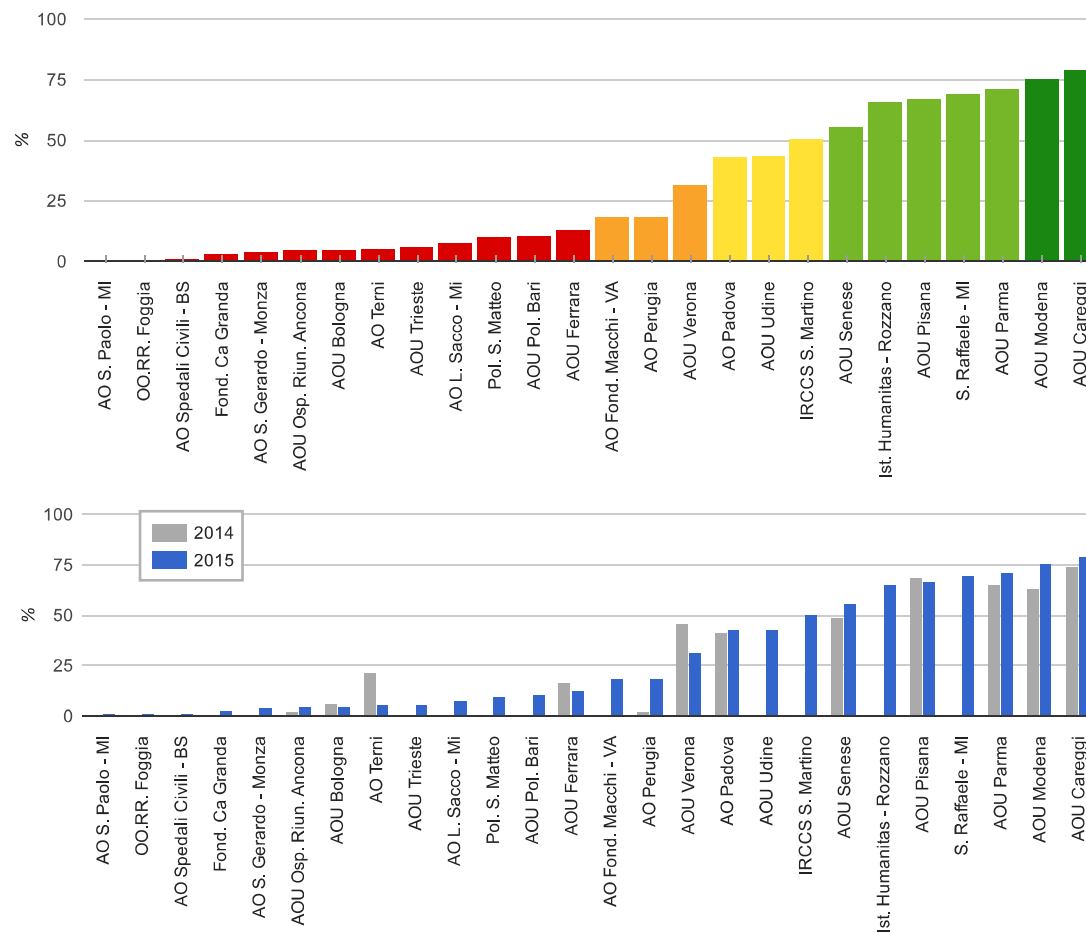


Definizione	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
Numeratore	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100
Denominatore	N. di dimessi da reparti chirurgici
Note	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 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, 48 nefrologia (abilitazione al trapianto del rene), 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery Sono esclusi: i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59); i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643); i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 (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.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica normalmente torna a casa in giornata o al massimo entro il giorno seguente. A livello internazionale lo standard di appropriatezza è stato definito all'80%, perché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga monitorato più a lungo. Al fine di garantire la massima precisione del dato, l'analisi è stata ristretta ai soli interventi programmati, così da escludere le eventuali complicanze legate ad un ricovero in urgenza (Calland et al 2001; Litwin, Mitchell 2008; National Institutes of Health 1992; Shea et al 1998; The Southern Surgeons Club 1991; Vaughan et al 2013).

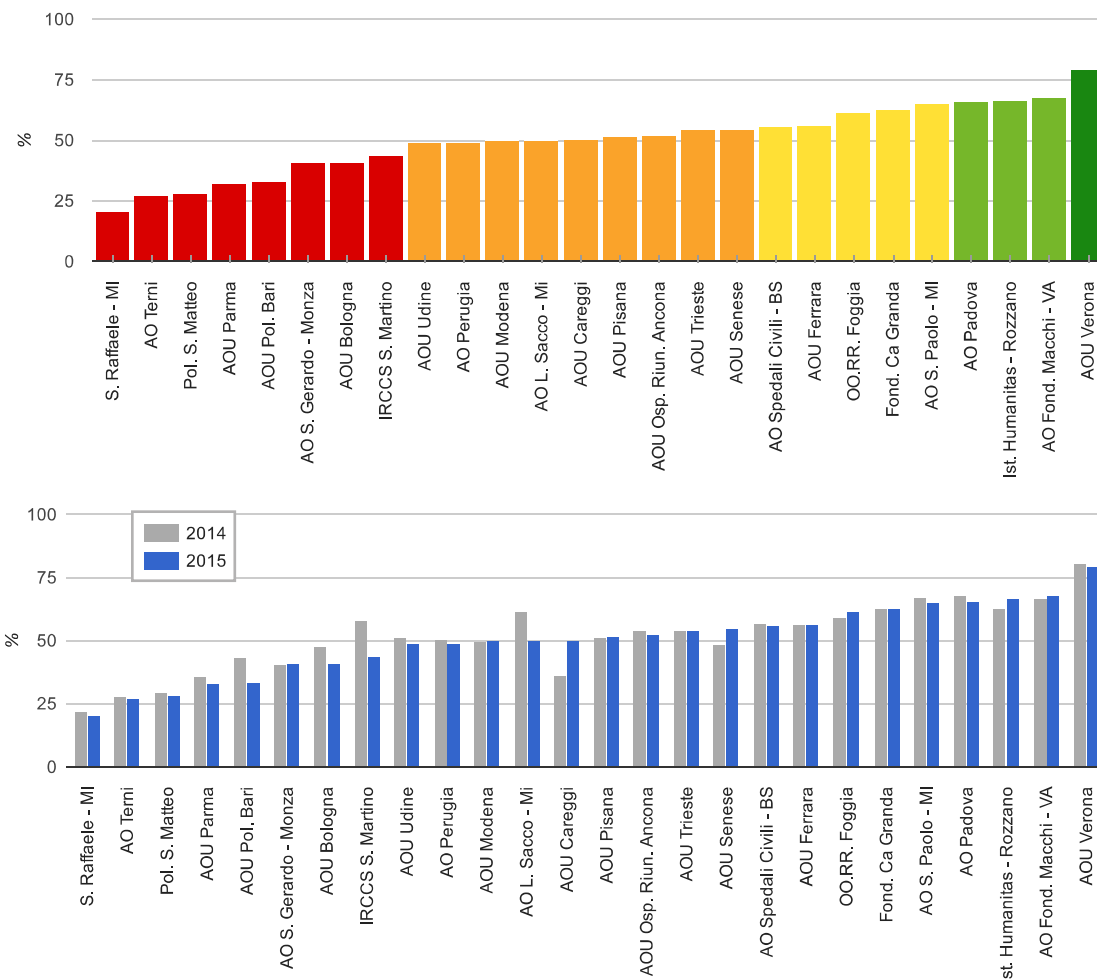


Definizione	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno
Numeratore	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno x 100
Denominatore	N. colecistectomie laparoscopiche
Note	L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Codifiche DRG Grouper XXIV: DRG 493-494 e codici ICD-9-CM 574.* in diagnosi principale o 575.* in diagnosi principale e 574.* in diagnosi secondaria, ovvero (DRG 493-494) AND ((ICD-9-CM 574.* in diagnosi principale) OR (575.* in diagnosi principale e 574.* in diagnosi secondaria)) Criteri di esclusione: ricoveri di pazienti non residenti in Italia; ricoveri di persone di età inferiore ai 18 anni e superiore a 100; ricoveri con interventi di colecistectomia laparotomica (procedura 51.22 in qualunque posizione); ricoveri in cui il paziente viene dimesso deceduto; ricoveri in cui il paziente viene trasferito ad altro ospedale (per acuti o di riabilitazione) o ad altro regime di ricovero nello stesso istituto.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C4.7 Percentuale di ricoveri in Day-Surgery per DRG LEA Chirurgici

Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni.



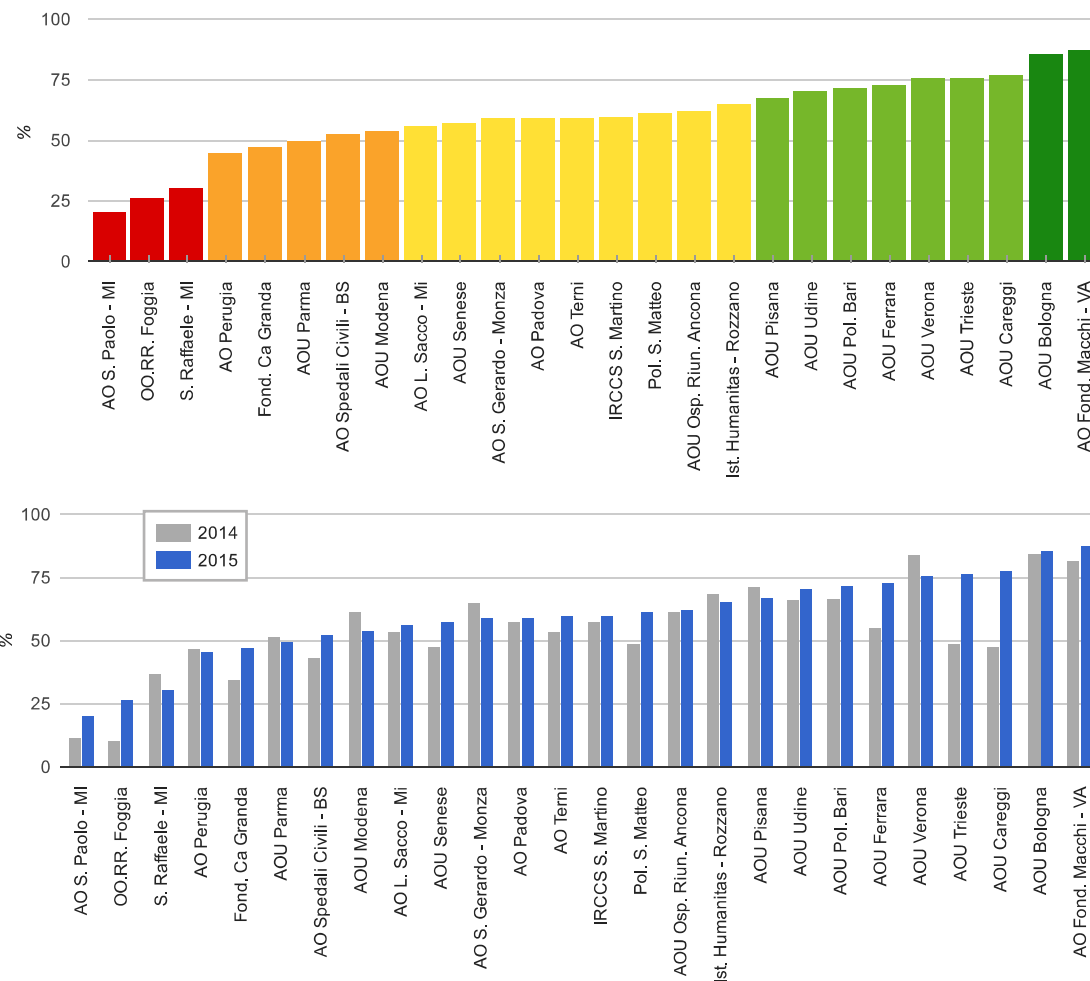
Definizione	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici
Numeratore	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici x 100
Denominatore	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici
Note	<p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 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 riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



QUALITÀ DEI PERCORSI

C5.2 Percentuale di fratture femore operate entro 2 gg

Le Linee guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia l'intervento chirurgico per la riduzione della frattura e la sostituzione protesica, che innalzano le possibilità di ripresa del paziente e di ritorno a funzionamento dell'arto. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale. Il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento o ritardi che possono anche variare fortemente. La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura di femore è quindi 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 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.

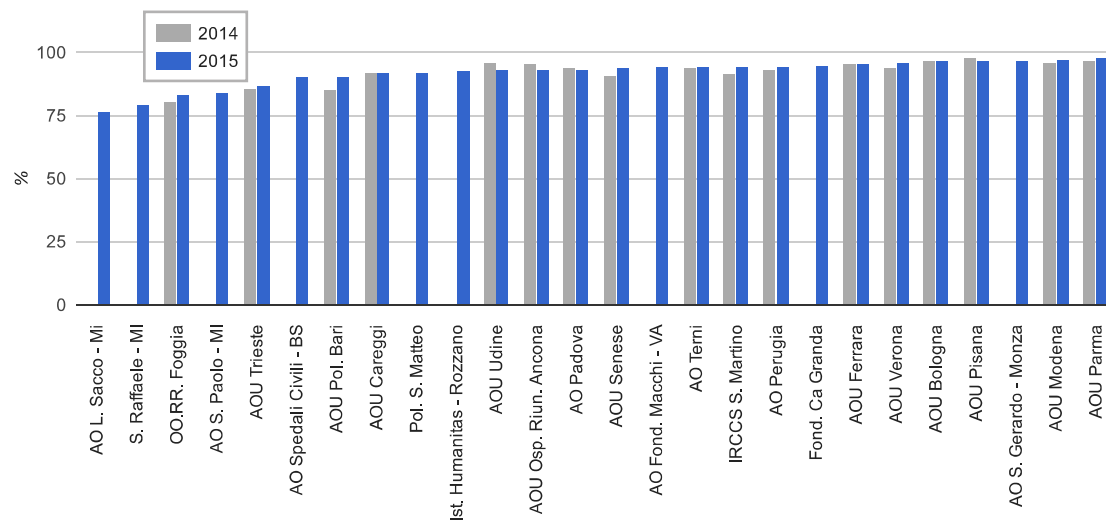
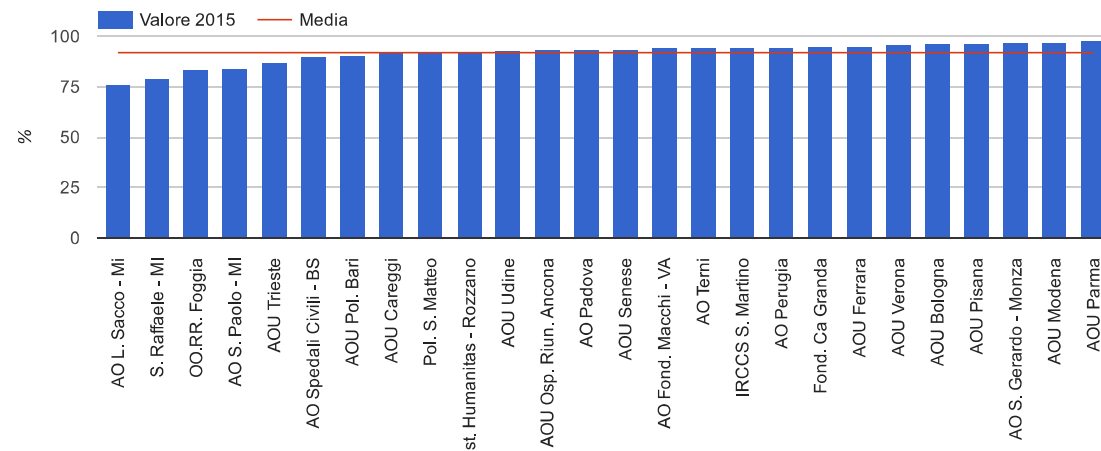


Definizione	Percentuale di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
Numeratore	Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100
Denominatore	Numero interventi per frattura del collo del femore
Note	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: 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
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C5.12 Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture 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.

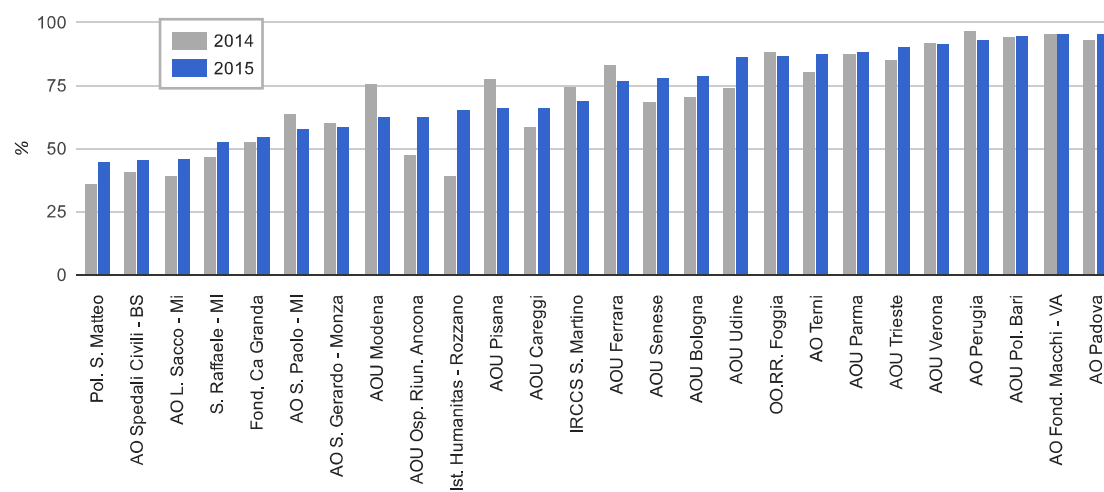
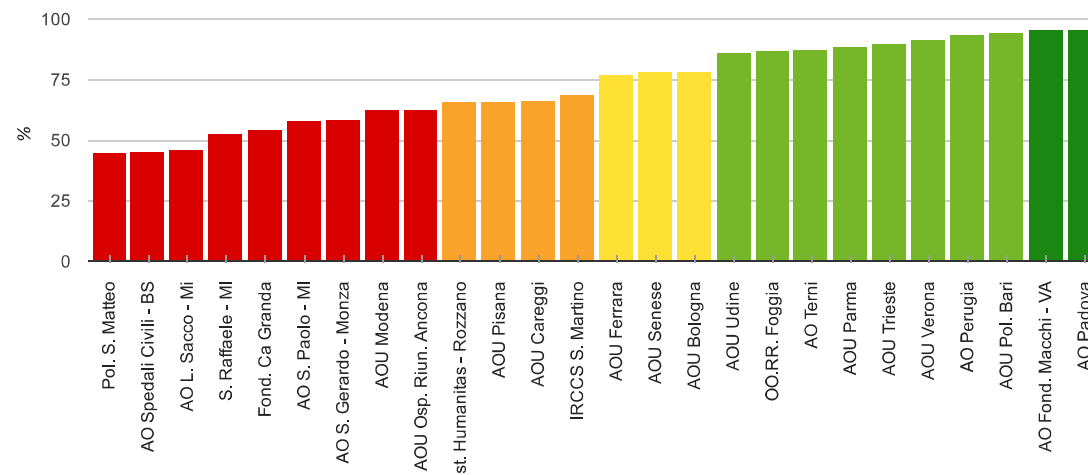


Definizione	Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate
Numeratore	Numero di interventi per fratture del femore x 100
Denominatore	Numero di diagnosi di fratture del femore
Note	Si considerano i ricoveri ordinari dei dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore [codice 820.xx]. NUM: codici intervento principale o secondari per frattura del femore: 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
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C5.3 Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale

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.

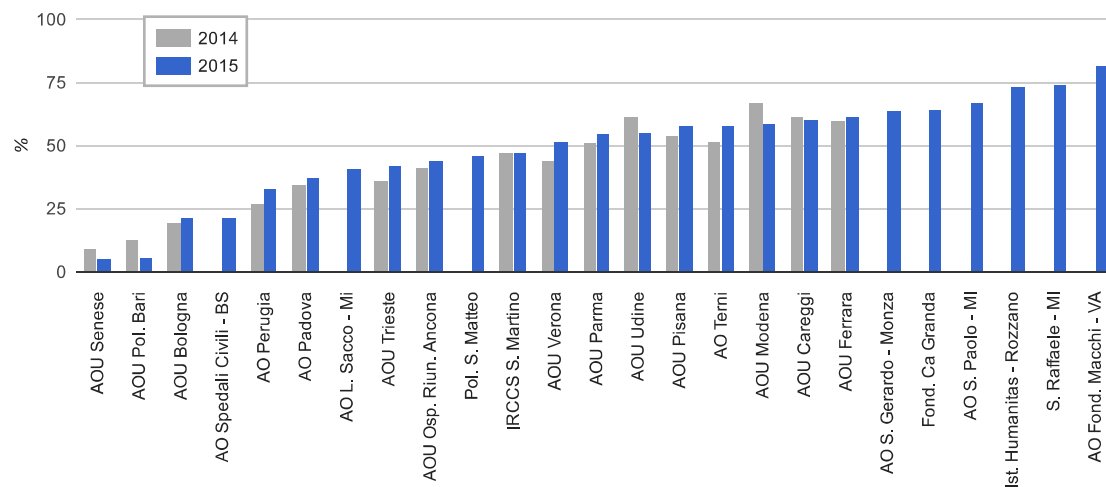
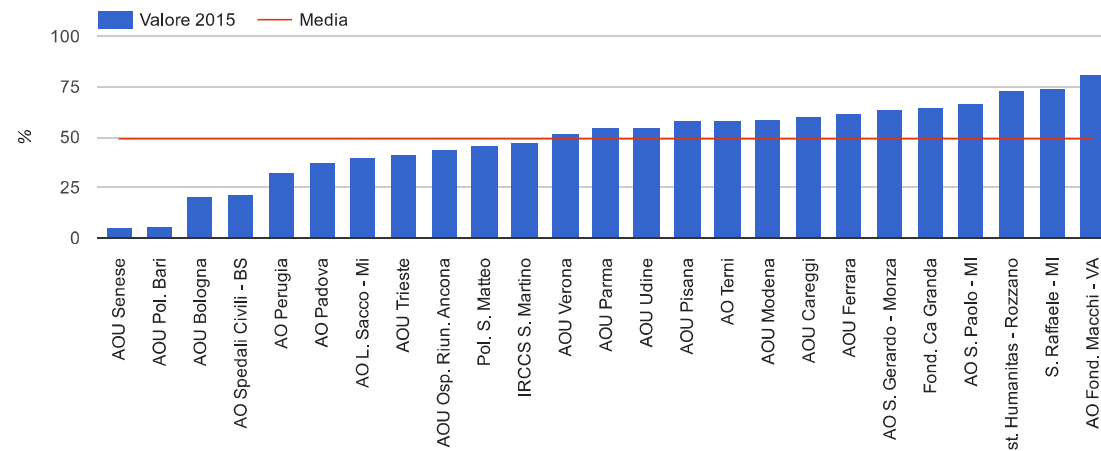


Definizione	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
Numeratore	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100
Denominatore	Numero interventi di prostatectomia
Note	Si escludono i casi di tumore maligno della prostata in diagnosi principale (185). Codifiche: Numeratore: Codice 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
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C5.10 Percentuale di 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.

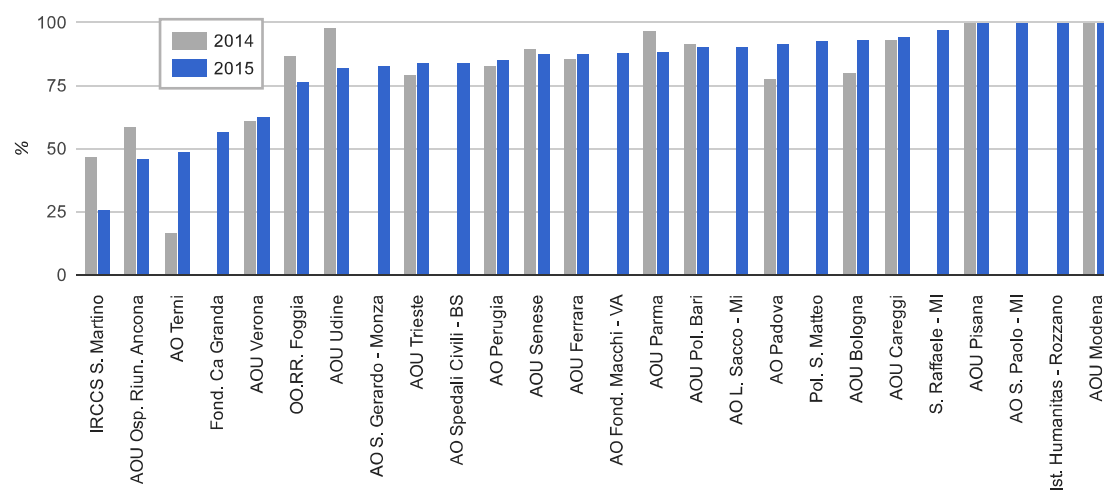
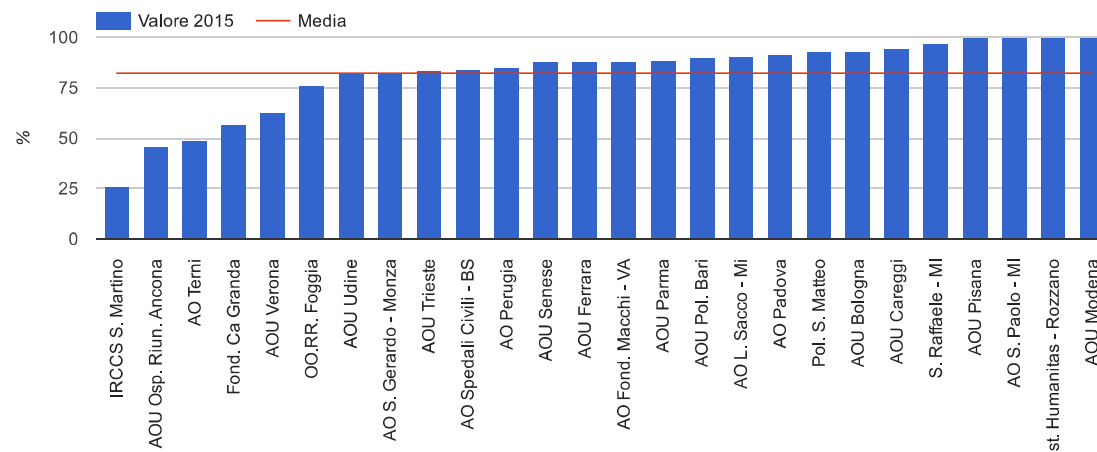


Definizione	Percentuale di interventi programmati al colon in laparoscopia
Numeratore	Numero di interventi programmati al colon in laparoscopia x 100
Denominatore	Numero di interventi programmati al colon
Note	Si considerano i ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Codici 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 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*.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C5.11 Percentuale di 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.

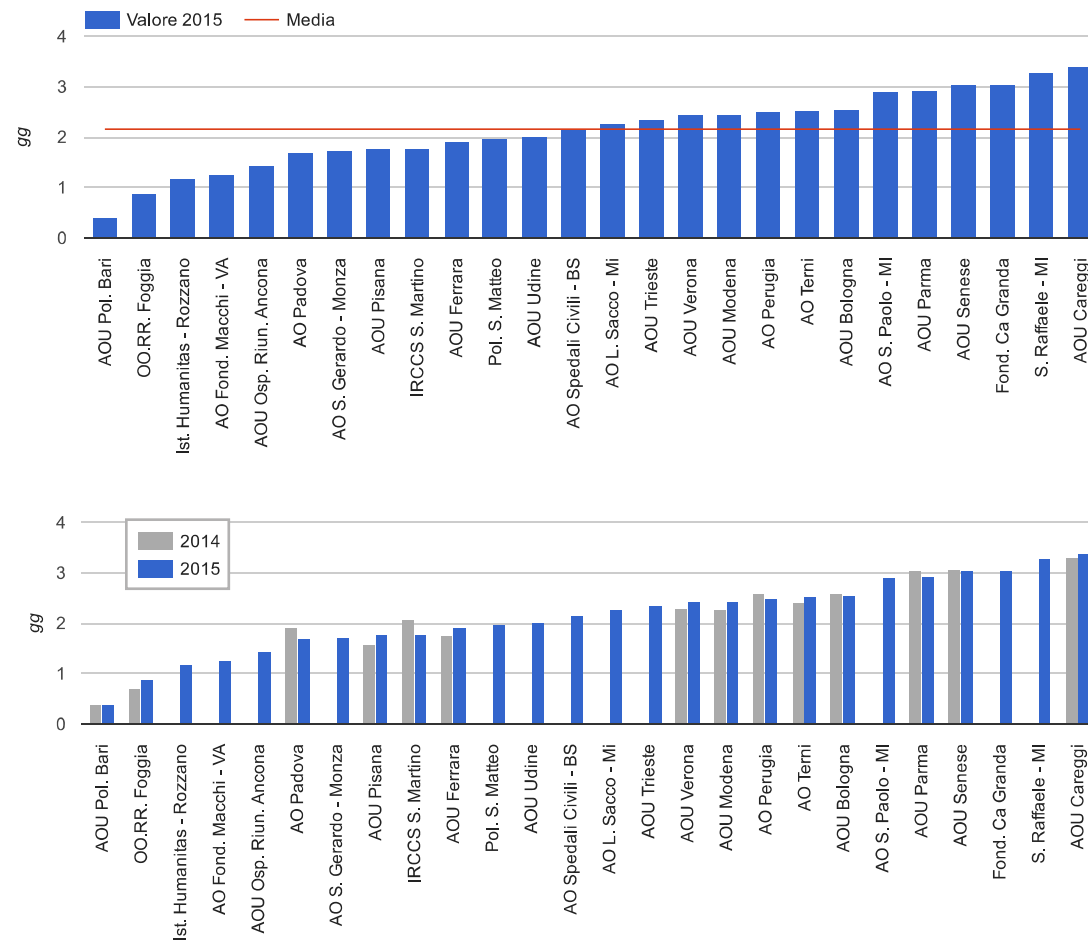


Definizione	Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni
Numeratore	Numero di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni x 100
Denominatore	Numero di appendicectomie urgenti per donne 15-49 anni
Note	Si considerano i ricoveri urgenti. Le procedure chirurgiche considerate, sia in interventi principale che secondario, sono: Numeratore: 47.01 [Appendicectomia laparoscopica] Denominatore: 47.01 [Appendicectomia laparoscopica], 47.09 [Altra appendicectomia]
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C5.18.1 Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti

A fianco all'indicatore C5.2 percentuale di fratture femore operate entro 2 giorni, viene monitorata l'attesa anche delle fratture diverse dal femore. Questo indicatore misura, per i ricoveri urgenti per fratture diverse dal femore, la degenza media preoperatoria che intercorre tra l'ammissione e la data di intervento.



Definizione Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti

Numeratore Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico

Denominatore Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico

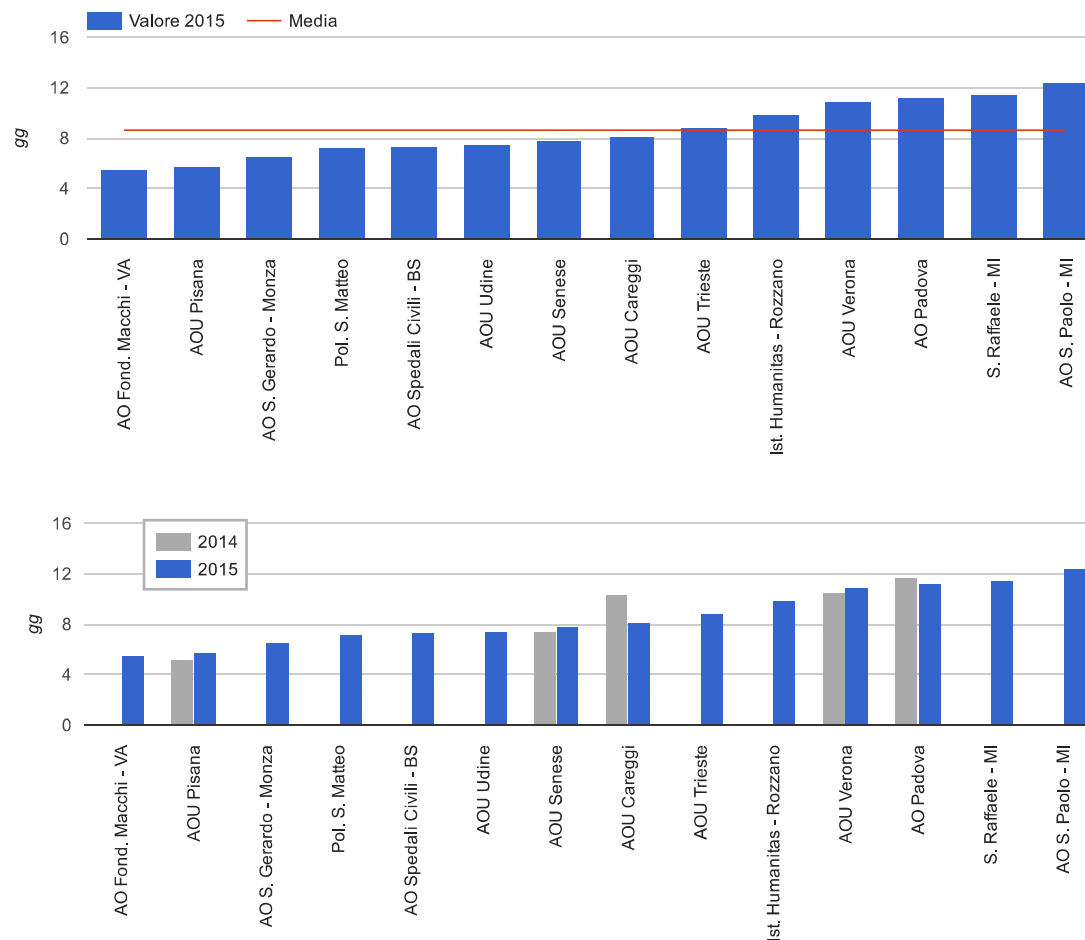
Note Si considerano: ricoveri urgenti, Codici ICD-9 CM di diagnosi, in qualsiasi posizione: 810*, 811*, 812*, 813*, 814*, 815*, 816*, 817*, 818*, 819*, 821*, 822*, 823*, 824*, 825*, 826*, Codici ICD-9CM di procedure chirurgiche, in qualsiasi posizione: 781*, 784*, 785*, 791*, 792*, 793*, 794*, 795*, 796*, 798*, 799*. Sono esclusi: i dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento; i dimessi che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore di 7; i dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione. La degenza è calcolata come differenza tra la data di ingresso e il primo intervento in ordine cronologico fra quelli in analisi

Fonte Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



C5.18.2 Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati

A fianco all'indicatore C5.2 percentuale di fratture femore operate entro 2 giorni, viene monitorata l'attesa anche delle fratture diverse dal femore. Questo indicatore monitora l'attesa media preoperatoria nel caso in cui ad un accesso al Pronto Soccorso per frattura diversa dal femore, susseguo un ricovero programmato per uno tra gli interventi chirurgici inclusi nell'analisi. L'attesa è calcolata come differenza tra la data di accesso al Pronto Soccorso e la data del primo intervento in ordine cronologico fra quelli in analisi.

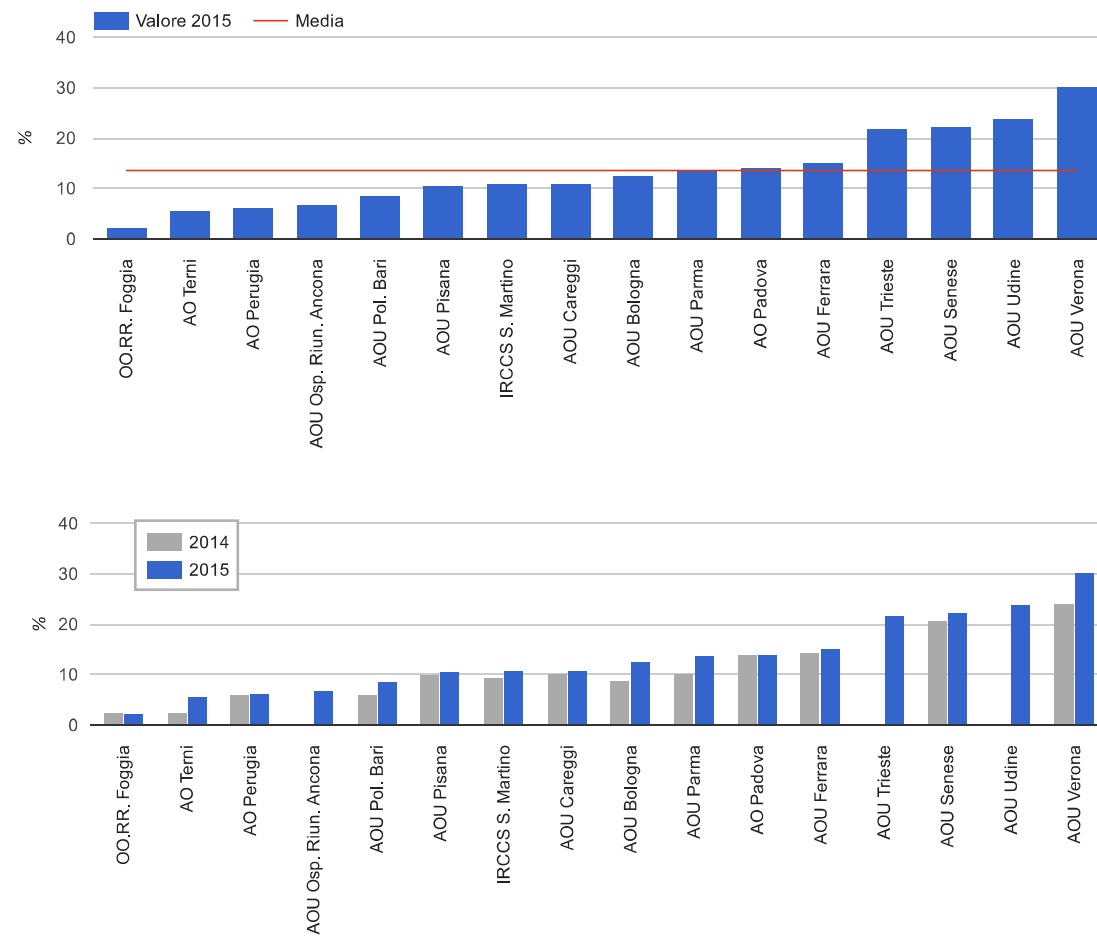


Definizione	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati
Numeratore	Numero giorni precedenti l'intervento chirurgico
Denominatore	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
Note	Si selezionano i ricoveri ospedalieri (flusso SDO) programmati con codici ICD-9CM di procedure chirurgiche, in qualsiasi posizione: 781*, 784*, 785*, 791*, 792*, 793*, 794*, 795*, 796*, 798*, 799*. Si considerano i ricoveri con data del primo intervento in ordine cronologico fra quelli in analisi compresa tra 1 Febbraio e 31 Dicembre. Si individuano da RFC 106 gli accessi in PS dall'1 Gennaio al 31 Dicembre con i seguenti codici di diagnosi ICD 9 CM: 810*, 811*, 812*, 813*, 814*, 815*, 816*, 817*, 818*, 819*, 821*, 822*, 823*, 824*, 825*, 826*, relativi ai pazienti precedentemente individuati da SDO. Sono esclusi: i pazienti (da RFC 106) con codice identificativo anonimo, i dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento, i dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di accesso al PS. L'attesa è calcolata come differenza tra la data di accesso al Pronto Soccorso e la data del primo intervento in ordine cronologico fra quelli in analisi. Si considera sempre la data di accesso al Pronto Soccorso più vicina alla data di ingresso SDO e non superiore a 30 giorni rispetto alla stessa data di ingresso. Si considerano esclusivamente i ricoveri e gli accessi in PS avvenuti nello stesso bacino geografico (Asl e AOU di riferimento). Ad esempio, un ricovero avvenuto nell'azienda territoriale 101 che sia preceduto da un accesso in PS nell'azienda territoriale 102 è escluso dal calcolo. L'attesa media è attribuita all'azienda che effettua il ricovero ospedaliero.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO , RFC 106 Pronto Soccorso



C5.20 Percentuale trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico

La trombolisi endovenosa effettuata il più precocemente possibile rispetto all'evento di ictus ischemico può notevolmente migliorare la prognosi del paziente. Deve, però, essere effettuata in centri specializzati e valutando le caratteristiche del paziente, proprio al fine di ottimizzare il rapporto rischio/beneficio della terapia. Pur essendo il trattamento maggiormente consigliato da linee guida nazionali ed internazionali, la percentuale di pazienti trattati registra un'ampia variabilità. Risulta dunque importante iniziare a monitorare il dato a livello aziendale per poterne approfondire le determinanti.

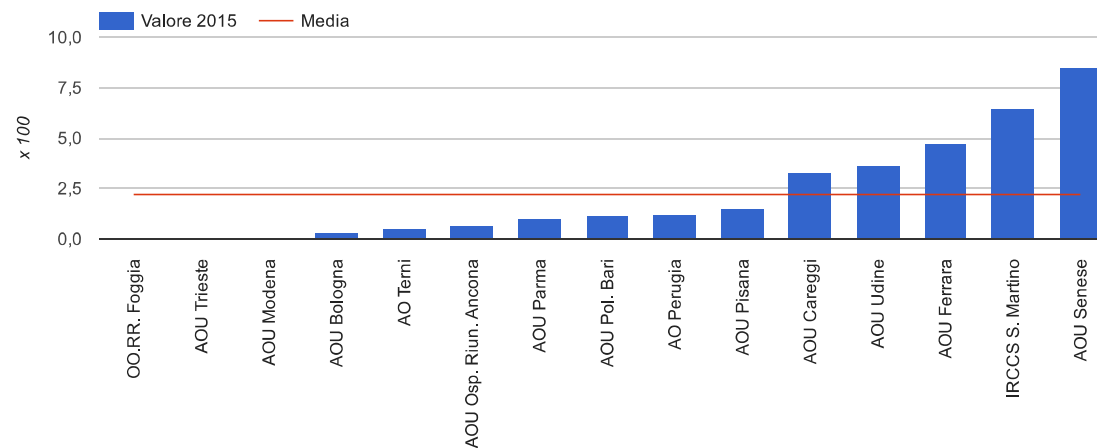


Definizione	Percentuale trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico
Numeratore	Numero di ricoveri ordinari per ictus ischemico con trombolisi endovenosa x 100
Denominatore	Numero di ricoveri ordinari per ictus ischemico
Note	Si considerano: Al denominatore i ricoveri ordinari con codici ICD9-CM in qualunque diagnosi: 433.x1 (Occlusione e stenosi delle arterie pre-cerebrali) o (434.x1 Occlusione e stenosi delle arterie cerebrali), erogati in aziende pubbliche o private accreditate, con durata della degenza inferiore a 300 giorni. Al numeratore i ricoveri ordinari con codice ICD9-CM 99.10 in qualunque procedura. Vengono esclusi: i ricoveri in specialità di lungodegenza e riabilitazione (28-unità spinale 56-Recupero e riabilitazione funzionale 60-Lungodegenti 75-neuroriabilitazione 99-cure palliative); I ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 anni (<=) e superiore a 80(<=); i pazienti per i quali la procedura di trombolisi risulta effettuata in Pronto Soccorso lo stesso giorno del ricovero o il giorno precedente
Fonte	Sistema informativo regionale - Flusso SDO

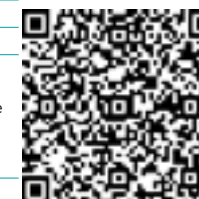


C34.2 Percentuale trombolisi arteriose per pazienti con ictus ischemico

A fianco dell'indicatore C5.20 che monitora il ricorso alla trombolisi endovenosa per pazienti con ictus ischemico, questa misura si propone di monitorare il ricorso alle procedure di trombolisi intra-arteriose, al fine di approfondire e discutere le determinanti della variabilità.

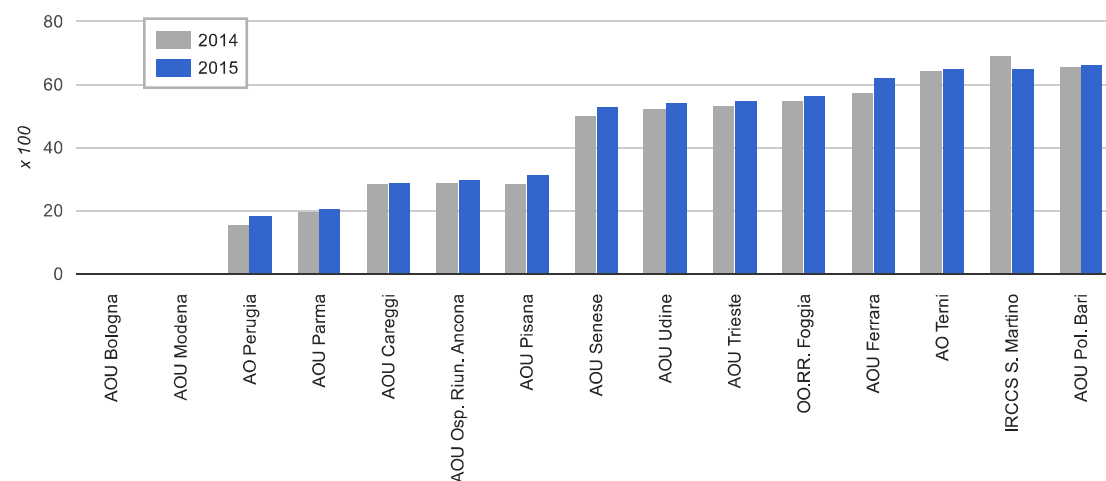
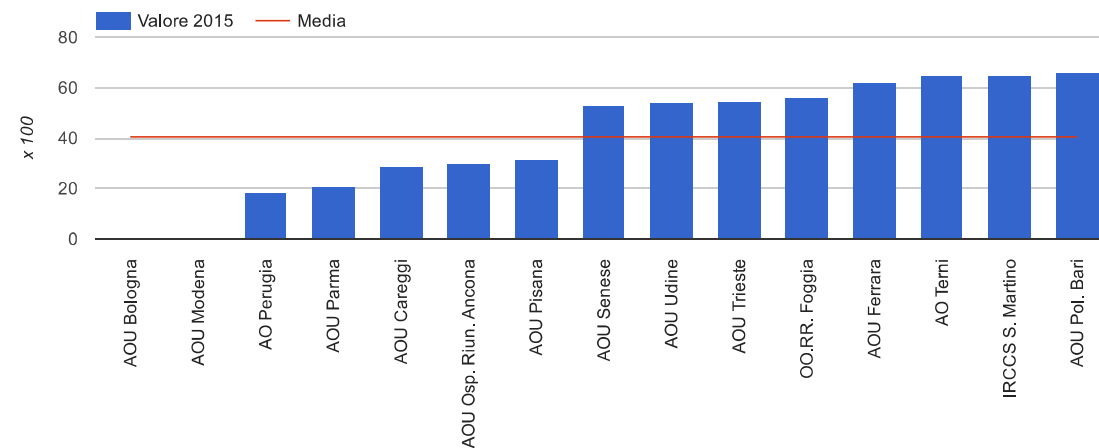


Definizione	% trombolisi arteriose per pazienti con ictus ischemico
Numeratore	Numero trombolisi arteriose per pazienti con ictus ischemico
Denominatore	Numero di ricoveri per ictus ischemico
Note	Si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti con età compresa tra 18 e 80 anni. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99). Si includono solo i ricoveri per ictus ischemico: Diagnosi principale o secondaria di: Ictus ischemico con indicazione della sede e tipo di occlusione (433.x1 e 434.x1) oppure Vasculopatia cerebrale acuta mal definita (436). Al numeratore si considerano i ricoveri ordinari associati a: almeno un codice nelle procedure principali o secondarie di: 99.10: infusione di agenti trombolitici OR 99.20 Iniezione e infusione di inibitore piastrinico (trattamento endovascolare farmacologico dell'ischemia cerebrale) E Almeno un codice nelle procedure principali o secondarie di: - 39.74 Rimozione endovascolare di ostruzione da vaso/idi testa e collo OR 38.91: cateterismo arterioso Sono escluse le strutture con denominatore < 30. Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



C34.4 Percentuale di pazienti con ictus ammessi, transitati o dimessi da Neurologia

Tale misura arricchisce il quadro informativo degli indicatori sull'area di Neurologia al fine di supportare l'interpretazione dei dati delle misure calcolate o in corso di validazione nell'ambito del Network AOU. L'indicatore monitora il numero di ictus ammessi, transitati o dimessi da un reparto di Neurologia.



Definizione % di pazienti con ictus ammessi, transitati o dimessi da Neurologia

Numeratore N. Ricoveri per ictus ammessi, transitati o dimessi da Neurologia

Denominatore N. Ricoveri per ictus totali

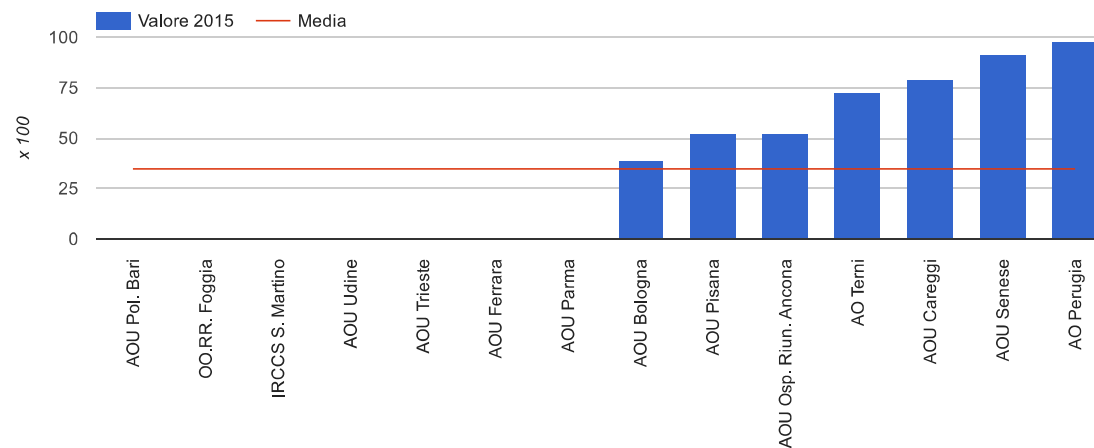
Note Si considerano i ricoveri ordinari. Si includono solo i ricoveri per ictus in presenza di almeno una diagnosi principale o secondaria di: Emorragia subaracnoidea (430), Emorragia cerebrale (431 e 432.x), Ictus ischemico con indicazione della sede e tipo di occlusione (433.x1 e 434.x1) o Vasculopatia cerebrale acuta mal definita (436). Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99). Si includono al numeratore i ricoveri per ictus con reparto di ammissione, trasferimento o dimissione in Neurologia (cod. spec. 32). Sono escluse le strutture con denominatore < 30. Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).

Fonte Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C36.1 Percentuale di prostatectomie computer-assistite

L'indicatore si propone di monitorare l'utilizzo di tecnologie video-guidate per gli interventi di prostatectomia. Questo indicatore consente di evidenziare le differenze nell'utilizzo di supporti tecnologici per tali interventi tra le aziende.

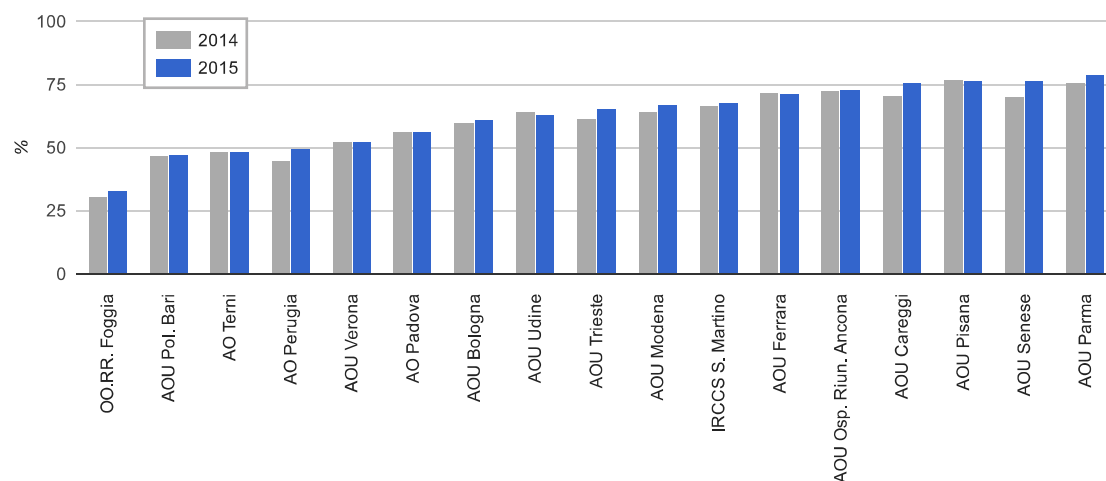
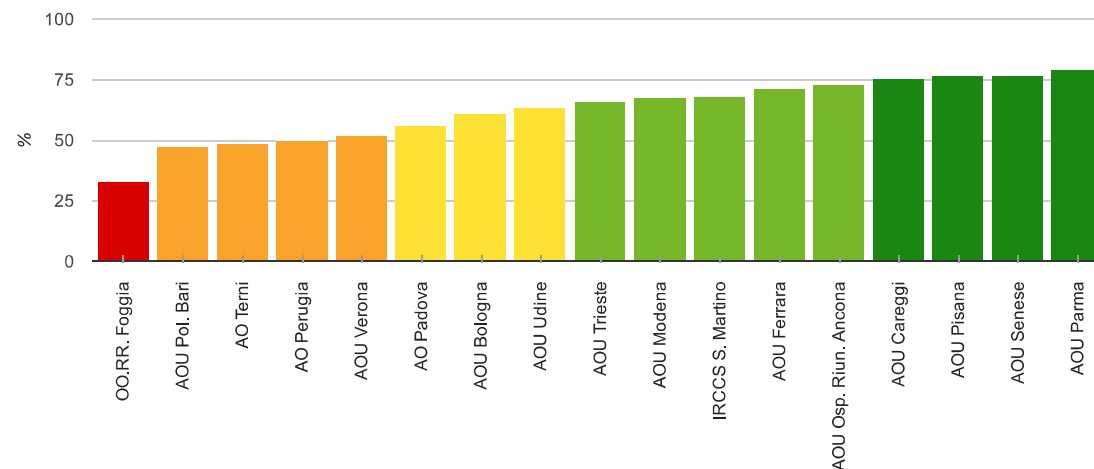


Definizione	% prostatectomie computer-assistite
Numeratore	N. prostatectomie computer-assistite
Denominatore	N. Prostatectomie
Note	Si considerano i ricoveri ordinari per interventi di prostatectomia radicale: - procedura principale o secondarie codice 60.5 Al numeratore si considerano gli interventi con associato, in un procedura principale o secondaria, almeno un codice tra: - 0031 chirurgia computer-assistita con ct/cta - 0032 chirurgia computer-assistita con mr/mra - 0033 chirurgia computer-assistita con fluoroscopia - 0034 chirurgia computer-assistita senza immagini 0035 chirurgia computer-assistita con dataset multipli 0039 altra chirurgia computer-assistita Sono escluse le strutture con denominatore < 30. Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



C16.7 Percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

L'indicatore C16.7 è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico rispetto ai ricoveri provenienti dal PS ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico o chirurgico. Questo indicatore è stato inserito sotto "Qualità dei percorsi" perché mette in luce gli aspetti relativi all'appropriatezza della scelta del setting assistenziale da parte del personale del PS e, secondariamente, all'efficienza organizzativa dell'ospedale nel suo complesso.



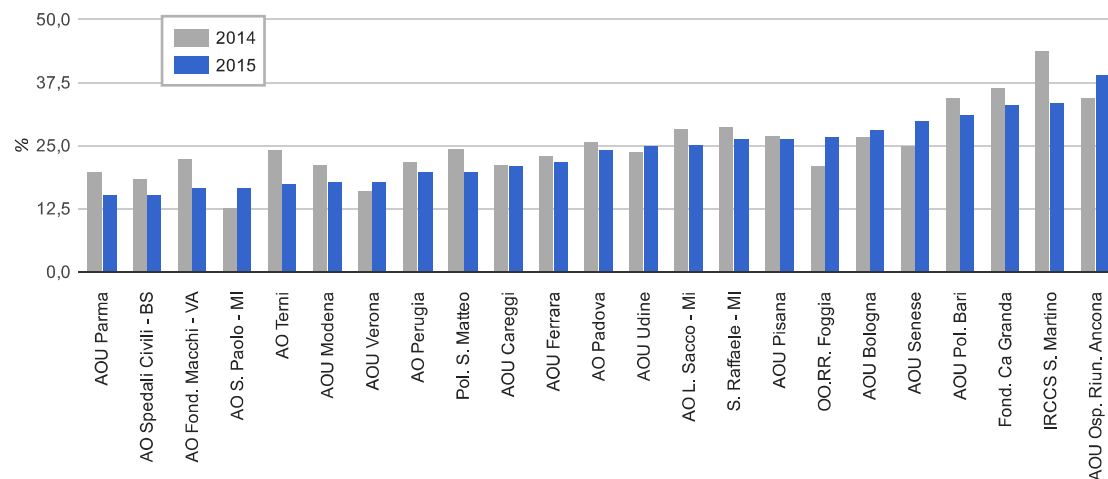
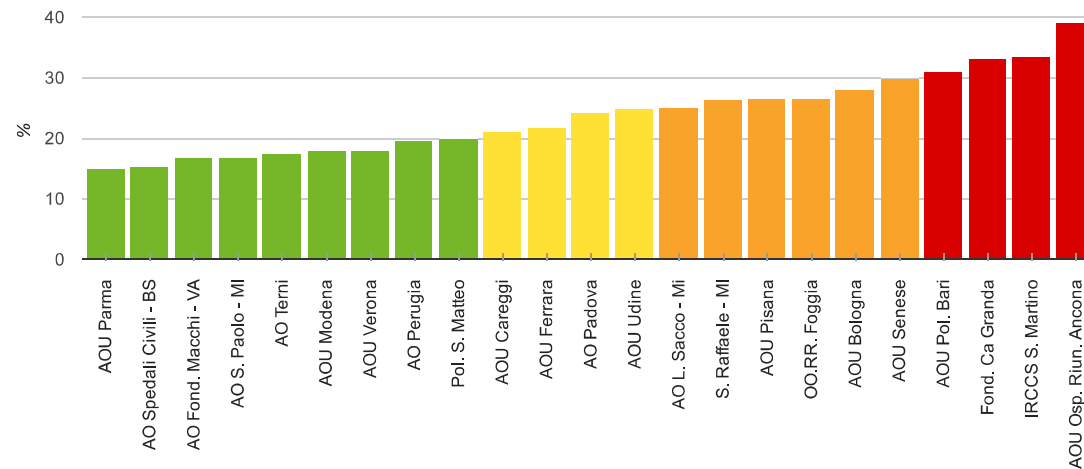
Definizione	Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione rispetto ai ricoveri in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione
Numeratore	N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
Denominatore	N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione
Note	Si considerano i ricoveri ordinari erogati dalle strutture pubbliche. Si considerano i reparti di ammissione chirurgici: 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. Non sono stati inclusi i reparti di ammissione: 37 ostetricia e ginecologia e 39 pediatria. Sono esclusi i dimessi con tipo drg nè medico nè chirurgico I ricoveri da PS sono individuati dal Flusso SDO. Sono esclusi dal calcolo le Aziende che non hanno Pronto Soccorso
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



PERCORSO MATERNO-INFANTILE

C7.1 Percentuale parti 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.



Definizione	Percentuale parti cesarei depurati (NTSV)
Numeratore	Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100
Denominatore	Numero di parti depurati (NTSV)
Note	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne primipare; • parto non gemellare; • parto a termine tra la 37⁰ e la 41⁶ settimana di amenorrea incluse; • bambino in posizione vertice. <p>Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP

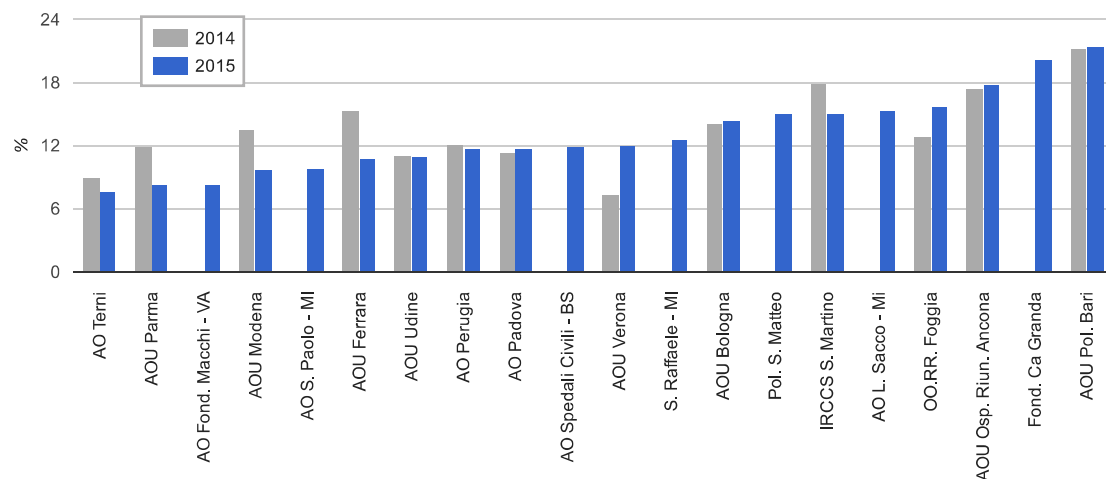
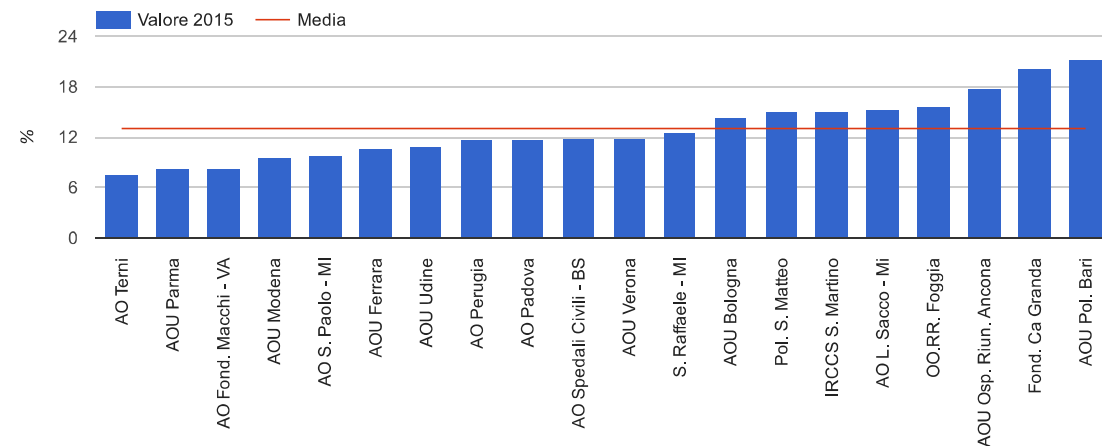


C7.1.2 Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)

La classificazione di Robson suddivide le pazienti sottoposte a taglio cesareo in 10 classi mutuamente esclusive definite in base alla parità, numero di feti, presentazione fetale, età gestazionale e decorso del travaglio e del parto. Tali categorie rendono possibile il paragone nel tempo tra i tassi di taglio cesareo nei presidi ospedalieri e in diverse popolazioni di riferimento.

L'indicatore C7.1.2, insieme al C7.1.3 ed al C7.1.4, mostra il dettaglio riferito alle prime due classi di Robson, che ricomprendono la casistica considerata nell'indicatore C7.1 - Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV).

In particolare questo indicatore fa riferimento alla classe 1 di Robson: parti depurati (nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane) con travaglio spontaneo e misura, all'interno del totale di parti con queste caratteristiche, la percentuale dei cesarei.

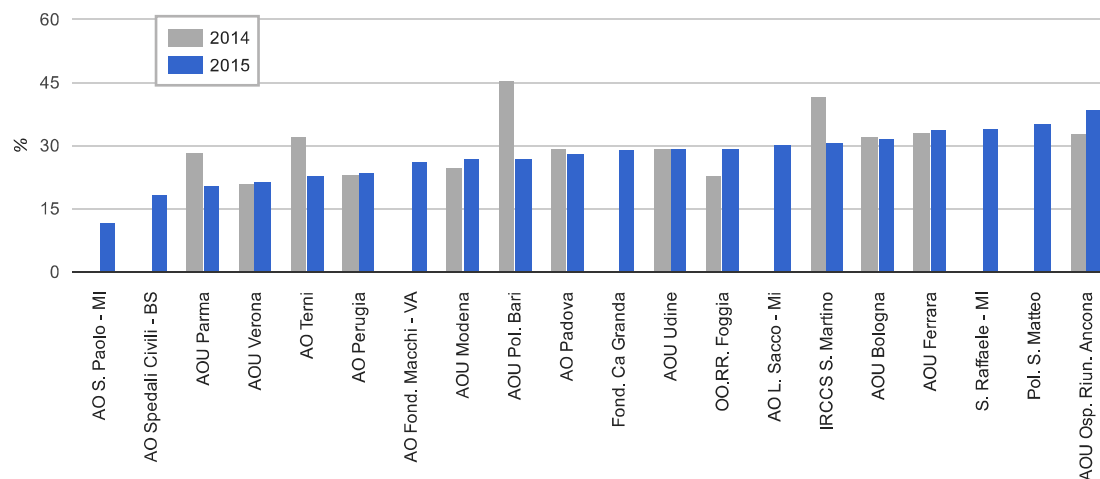
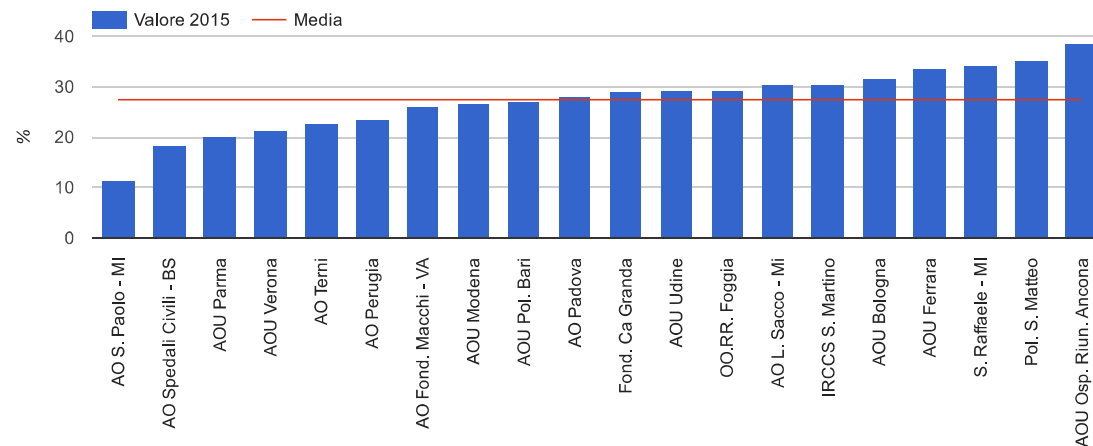


Definizione	Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)
Numeratore	Numero di parti cesarei NTSV dopo travaglio spontaneo x 100
Denominatore	Numero di parti NTSV con travaglio spontaneo
Note	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): donne primipare parto a termine ≥ 37 0 settimana di amenorrea parto non gemellare bambino in posizione vertice Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni con modalità iniziale del travaglio spontanea
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP



C7.1.3 Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)

L'indicatore fa riferimento alla classe 2a di Robson: parti depurati (nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale >=37 settimane) con travaglio indotto e misura, all'interno del totale di parti con queste caratteristiche, la percentuale dei cesarei.

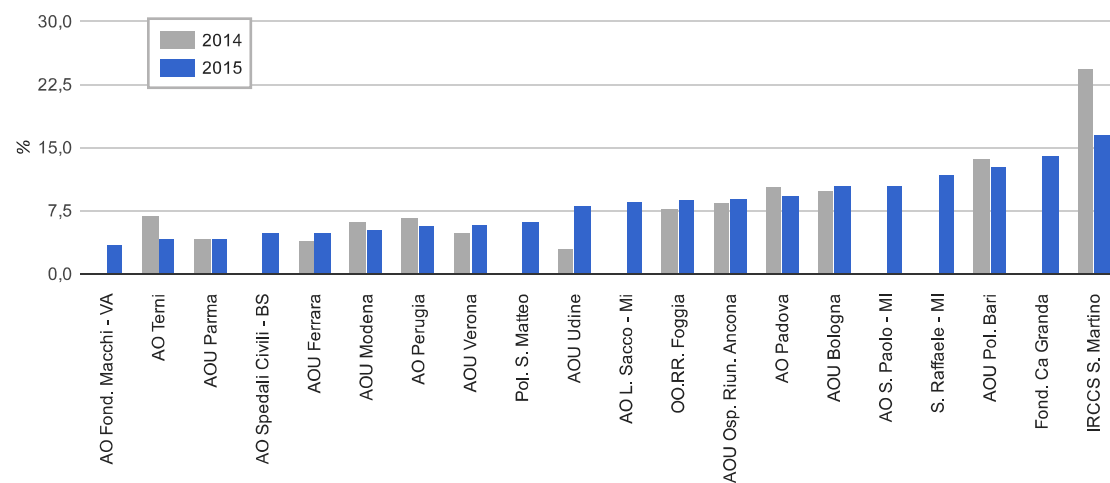
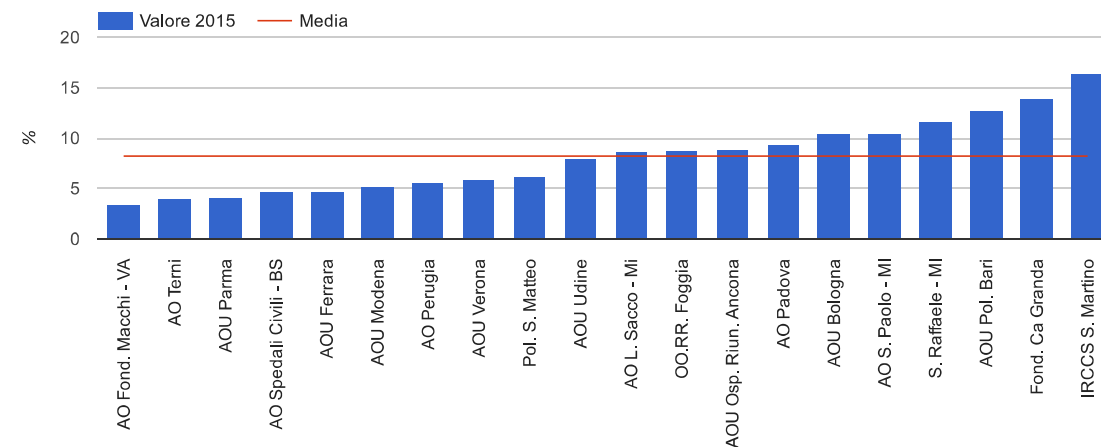


Definizione	Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)
Numeratore	Numero di parti cesarei NTSV dopo travaglio indotto x 100
Denominatore	Numero di parti NTSV con travaglio indotto
Note	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): donne primipare parto a termine > 37 0 settimana di amenorrea parto non gemellare bambino in posizione vertice Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni con modalità iniziale del travaglio indotta
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP



C7.1.4 Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati

L'indicatore fa riferimento alla classe 2b di Robson: parti depurati (nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane) con cesareo elettivo ed esprime la proporzione di cesarei elettivi sul totale dei parti cesarei depurati (NTSV).



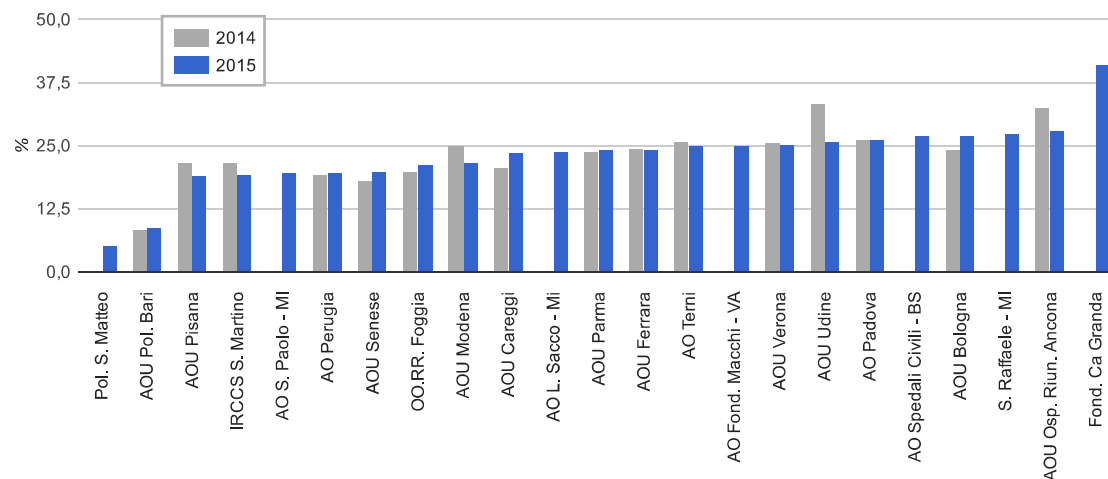
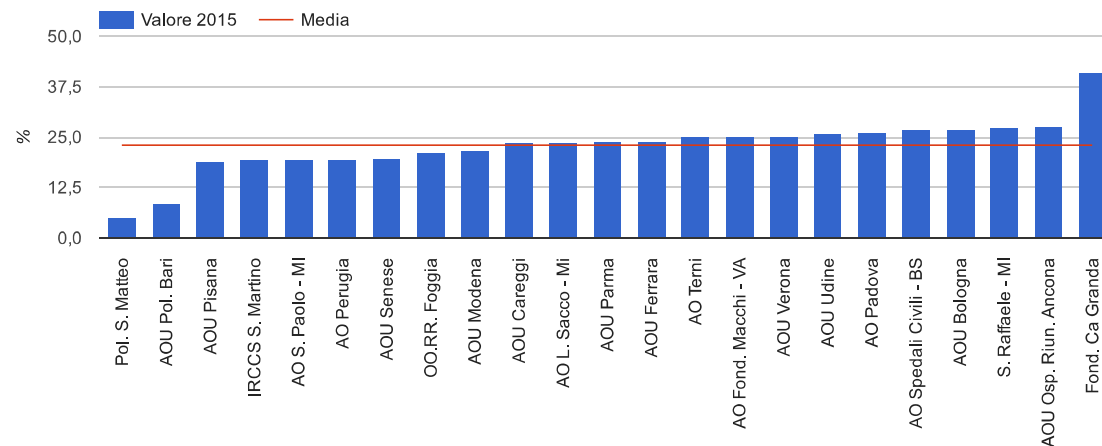
Definizione	Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati
Numeratore	Numero di parti cesarei elettivi NTSV x 100
Denominatore	Numero di parti NTSV
Note	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): donne primipare parto a termine ≥ 37 0 settimana di amenorrea parto non gemellare bambino in posizione vertice Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP



C7.2 Percentuale di parti indotti

Negli ultimi decenni, il ricorso all'induzione del travaglio è andato aumentando, in modo particolare nei Paesi occidentali. Tale pratica, comunemente utilizzata per avviare il travaglio, dovrebbe essere riservata solo a quelle situazioni in cui vi sono specifiche indicazioni mediche, secondo le raccomandazioni dell'OMS (1985), in nessuna regione geografica è giustificata una percentuale di travagli indotti più alta del 10%.

In riferimento alla Regione Friuli-Venezia Giulia, le caratteristiche della scheda CEDAP in vigore fino al 2014 non permettono di determinare la quota di induzioni non farmacologiche: l'informazione confluisce nella tipologia "travaglio pilotato", generando una sovrastima dell'indicatore. A partire dai dati 2015, grazie alle modifiche apportate alla scheda CEDAP, l'indicatore sarà corretto.

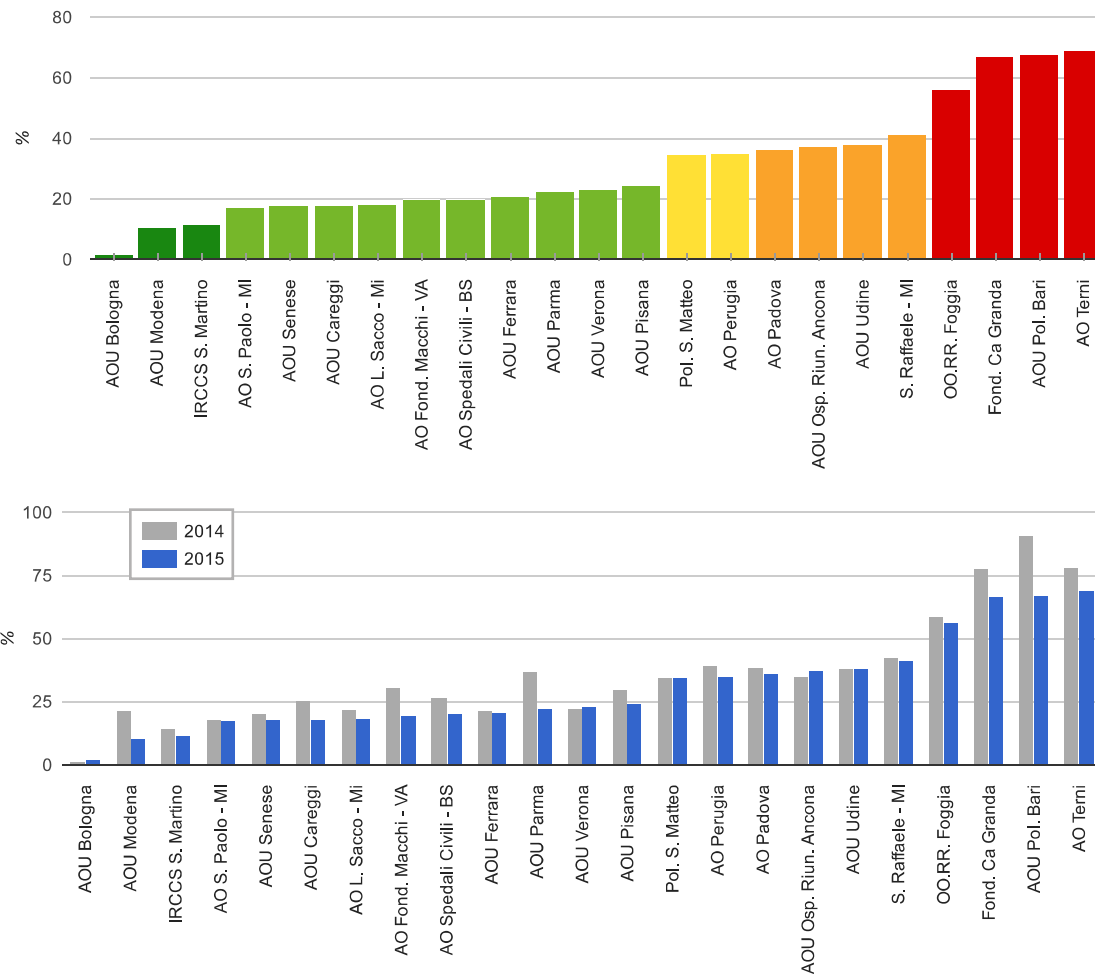


Definizione	Percentuale di parti con induzione
Numeratore	Numero di parti vaginali con induzione x 100
Denominatore	Numero di parti vaginali
Note	Num: modalità iniziale del travaglio: indotta. Den: modalità iniziale del travaglio: spontanea e indotta. Si escludono dal conteggio i parti dove la modalità del travaglio corrisponde a "non avvenuto", in cui il parto viene riconvertito in cesareo.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP



C7.3 Percentuale di episiotomie 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 e randomizzati, 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].

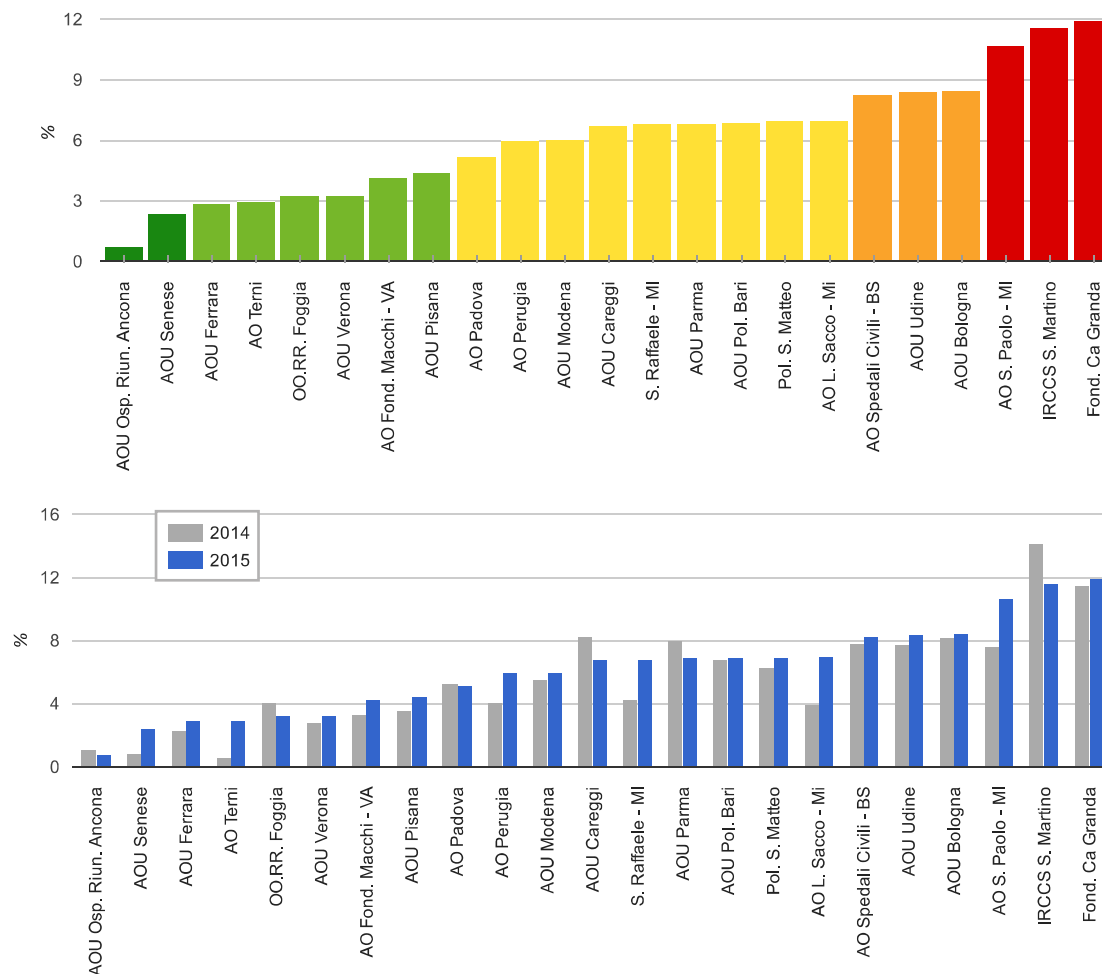


Definizione	Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)
Numeratore	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (NTSV) x 100
Denominatore	Numero di parti vaginali depurati (NTSV)
Note	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): donne primipare, parto a termine tra 37-41 settimane di amenorrea incluse, parto non gemellare, bambino in posizione vertice. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni. Parto vaginale: parto vaginale non operativo, 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 negli interventi principale o secondari: 72.5x, 72.6.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP; regioni: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli, Umbria e P.A. Bolzano flussi CEDAP e SDO



C7.6 Percentuale di 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.



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	Parto vaginale: parto spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP

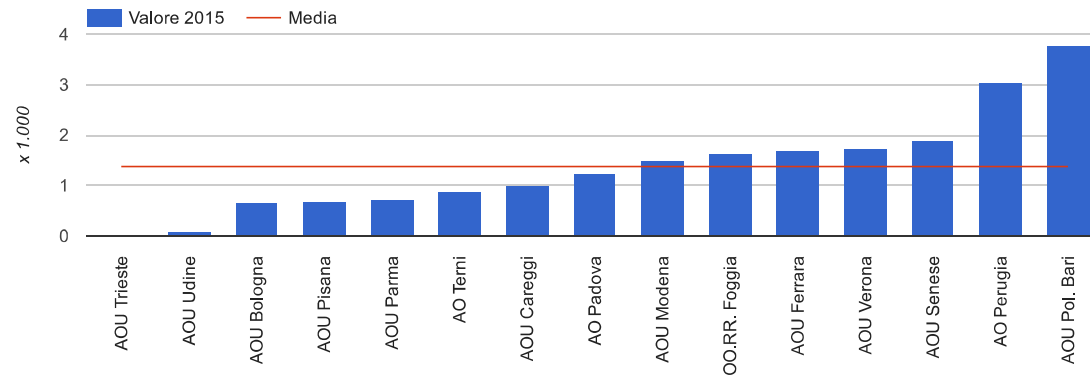


C7.20 Asfissie gravi peri/intra-partum

L'indicatore sulle asfissie gravi peri/intra-partum aggiunge un ulteriore contributo alla valutazione della qualità dell'assistenza durante il parto. L'indicatore si riferisce ai nati a termine (≥ 37 settimane) con asfissia grave o che sono stati sottoposti ad ipotermia.

L'asfissia grave viene identificata in presenza di almeno uno dei seguenti criteri (come definiti da linee guida SIN):

- Punteggio di Apgar ≤ 5 a 10 minuti di vita OPPURE
- Necessità di proseguire la rianimazione (con tubo endo-tracheale o maschera e pallone) ancora a 10 minuti di vita OPPURE
- Acidosi fetale o neonatale definita come: pH arterioso cordonale < 7.0 i OPPURE eccesso di basi >12 mmol/le
- E contemporaneamente segni o sintomi di interessamento neurologico.



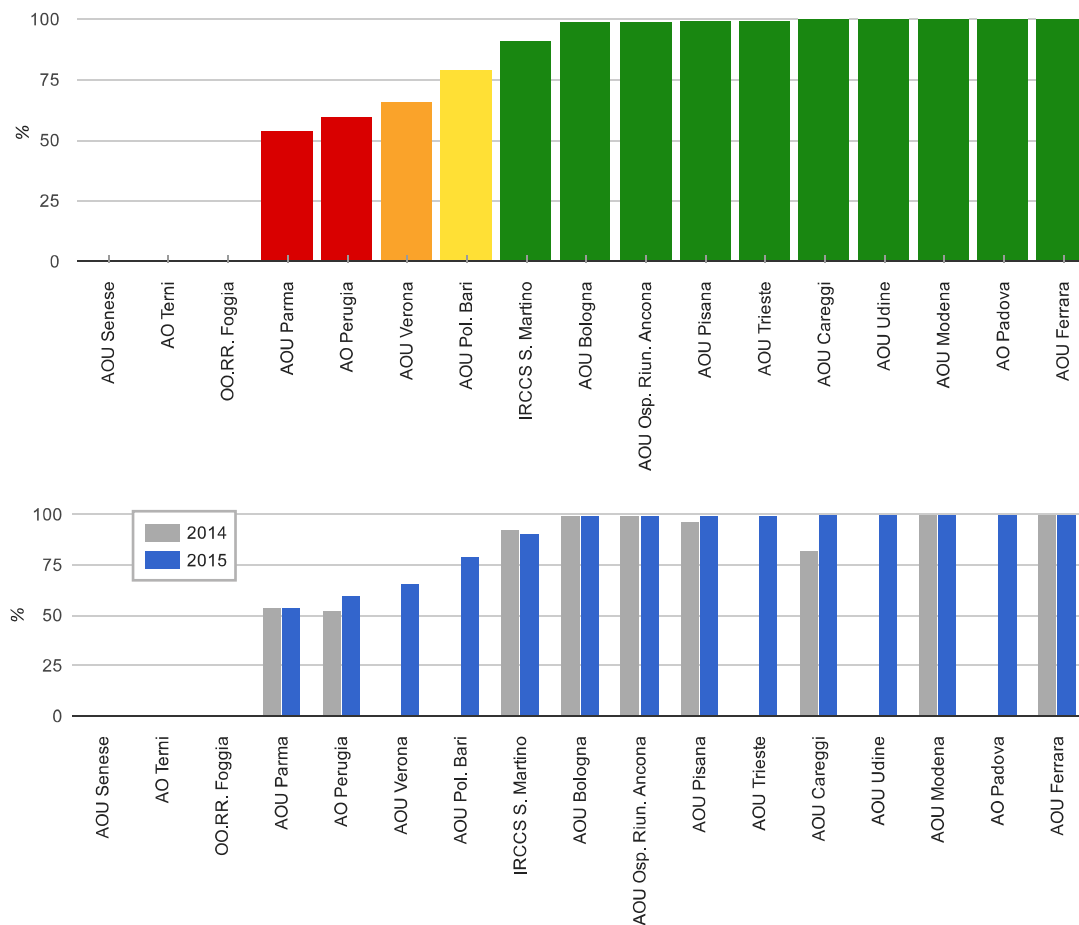
Definizione	Asfissie gravi peri/intra-partum
Numeratore	Numero di neonati con diagnosi di asfissia grave x 1.000
Denominatore	Numero di neonati
Note	<p>Si considerano i nati in regione nel triennio, con codice fiscale corretto ed età gestazionale a partire dalle 37 settimane di amenorrea (≥ 37 "settimane").</p> <p>Si selezionano, in tutte le diagnosi e le procedure del ricovero relativo alla nascita o dell'eventuale trasferimento, i codici ICD9-CM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 768.5: diagnosi di asfissia grave, oppure: • 99.81: procedura di ipotermia <p>L'evento nascita da flusso SDO viene individuato attraverso linkage con CEDAP Il neonato con diagnosi di asfissia grave viene attribuito all'azienda in cui è nato</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP e Flusso SDO



PERCORSO ONCOLOGICO

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

L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere. In particolare, misura la percentuale di ricoveri per tumore della mammella effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi chirurgici superiore al valore soglia (150/anno) rispetto al totale degli interventi per tumore della mammella erogati.

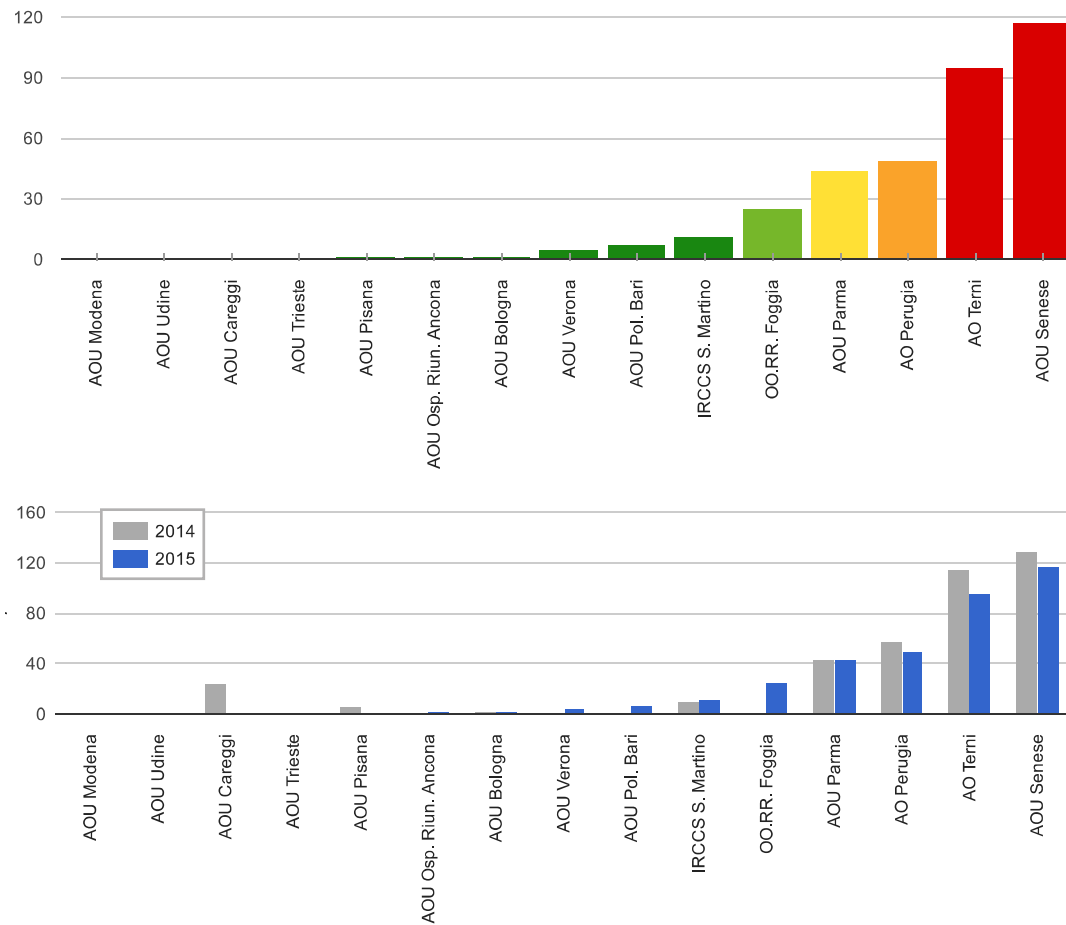


Definizione	Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
Numeratore	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
Denominatore	N. ricoveri erogati totali
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari e DH di pazienti donne, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno alla mammella (ICDIX-CM 174*, 198.81 233.0) e intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (85.20, 85.21 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).</p> <p>Per le pazienti che hanno effettuato più di un ricovero per tale tipologia di intervento, si considera solo il primo ricovero.</p> <p>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.</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015.</p> <p>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 reparto.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



C17.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore 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 (150/anno); 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), moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri erogati.

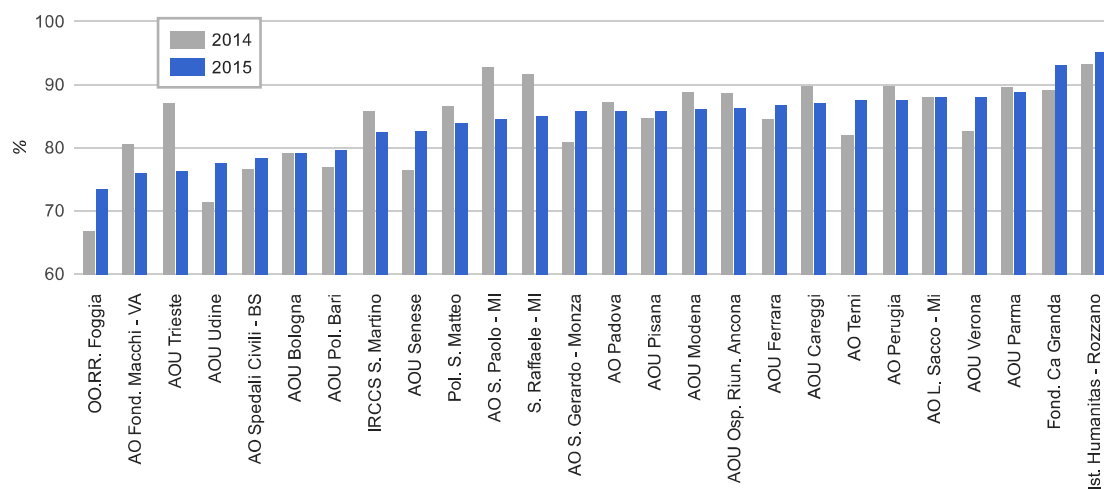
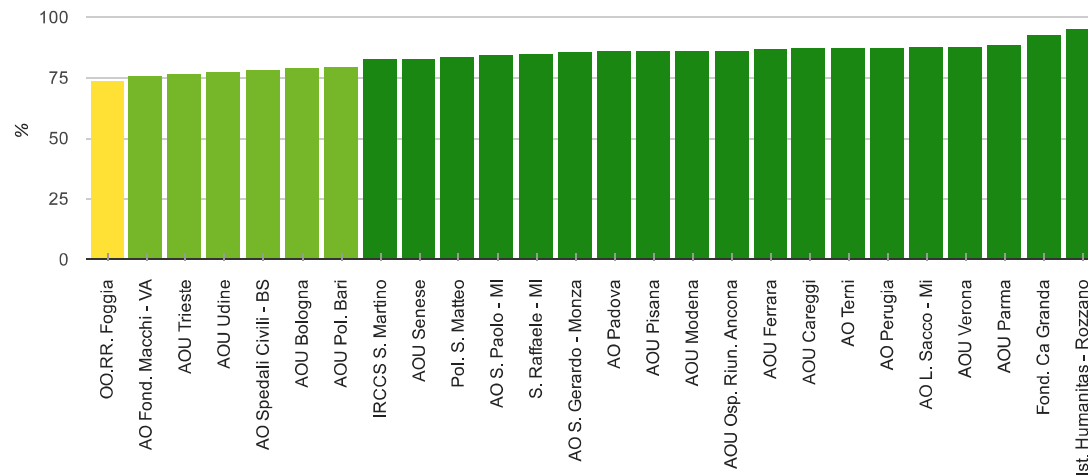


Definizione	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
Numeratore	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione
Denominatore	Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia
Note	Si considerano i ricoveri ordinari e DH con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174*, 198.81 233.0) e intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9- CM 85.20, 85.21 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 150 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. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno

L'indicatore C10.2.1 misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in conservative o demolitive. Questo indicatore supera questa netta classificazione proponendo di considerare, ai fini della valutazione della qualità del trattamento chirurgico, unitamente la percentuale di interventi conservativi e la percentuale di interventi che preservano la cute o il capezzolo o prevedono la ricostruzione, in contrapposizione alle mastectomie a cui non segue una ricostruzione. La valutazione dei risultati avviene tenendo conto degli standard individuati dall'European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) per gli interventi conservativi (Rosselli del Turco et al, 2010).

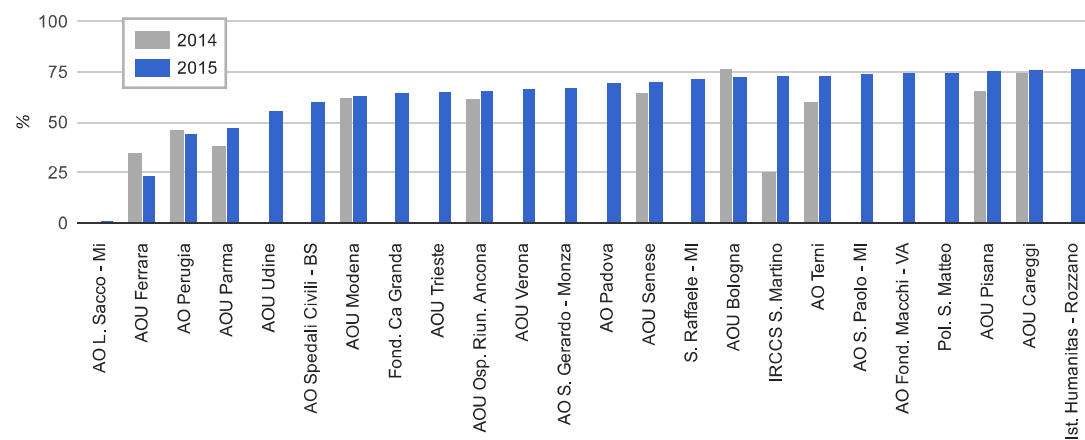
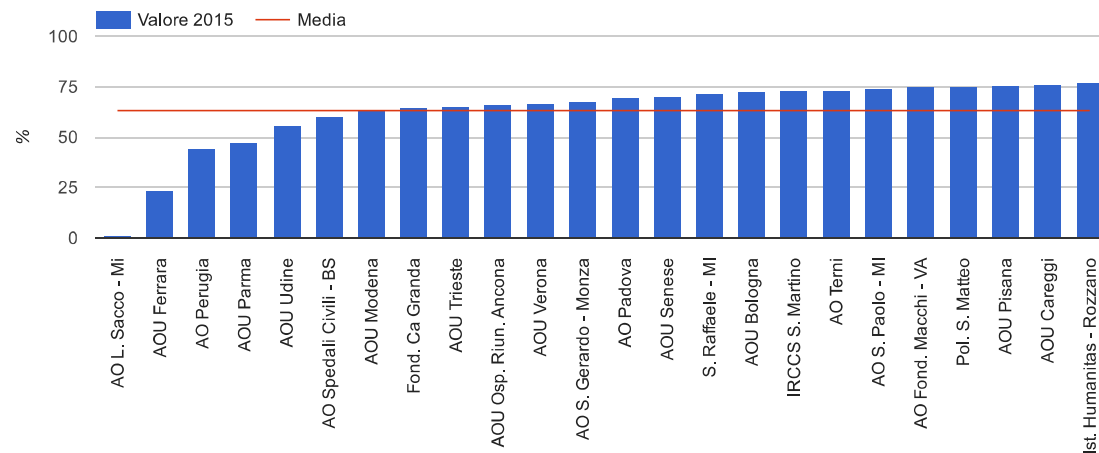


Definizione	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
Numeratore	Numero di interventi chirurgici conservativi o nipple/skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante e in situ x 100
Denominatore	Numero di interventi chirurgici alla mammella per carcinoma infiltrante e in situ
Note	Numeratore: A) Conservativi: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* Asportazione o demolizione di tessuto della mammella o 85.31 Mammoplastica riduttiva monolaterale o 85.32 Mammoplastica riduttiva bilaterale, con l'esclusione della casistica nipple/skin sparing (scheda C10.2.1.2) e 'demolitivi' (scheda C10.2.1.3); oppure: B) Nipple/Skin Sparing: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: 174.* o 233.0 e (Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: [85.4* Mastectomia e [85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella]) o 85.34 Altra mammectomia sottocutanea monolaterale o 85.36 Altra mammectomia sottocutanea bilaterale (85.53 o 85.54 o 85.95)) o 85.33 Mastectomia sottocutanea monolaterale o 85.35 Mastectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi). Attenzione: le procedure 85.34 e 85.36 non abbinate a [85.53 o 85.54 o 85.95] si considerano errori di codifica. Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale : Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: Interventi alla mammella: 85.2*, 85.3*, 85.4* Erogazione in Regione, ovunque residenti. Pazienti di genere femminile.
Fonte	Flusso SDO



C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente all'intervento per tumore alla mammella

L'indicatore misura la percentuale di donne sottoposte ad asportazione del linfonodo sentinella contestualmente all'intervento chirurgico per tumore al seno. La biopsia del Linfonodo Sentinella (SLNB) aggiunge elementi per la stadiazione del tumore e per la pianificazione dei trattamenti post-chirurgici.

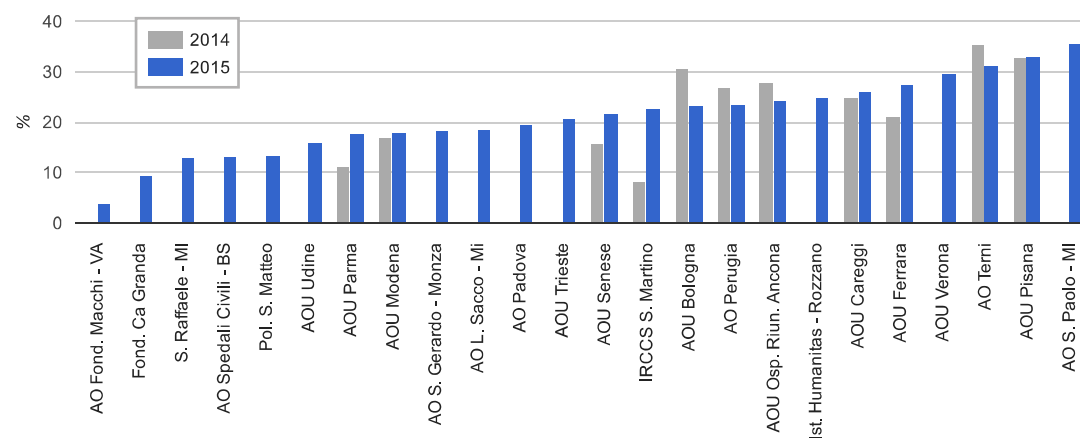
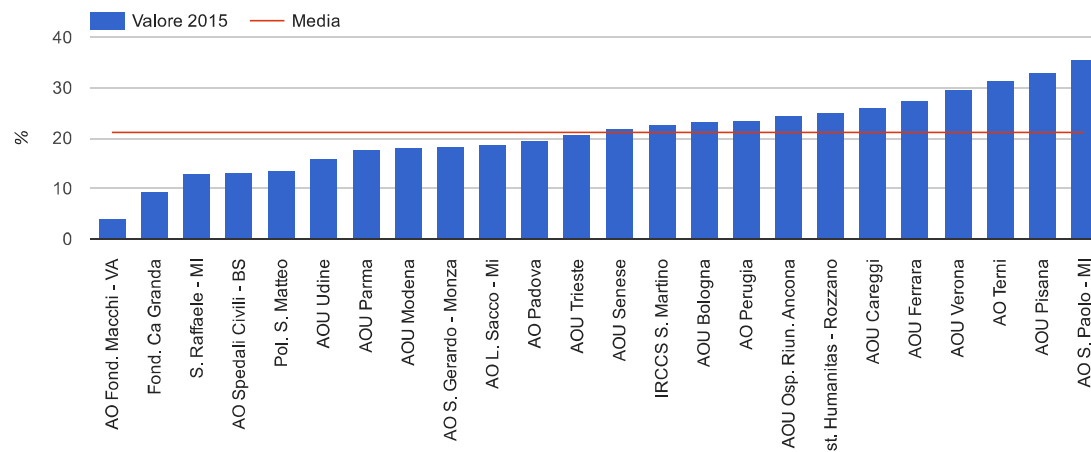


Definizione	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente all'intervento per tumore alla mammella
Numeratore	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore alla mammella sottoposte all'applicazione della metodica del linfonodo sentinella x 100
Denominatore	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore maligno della mammella
Note	Numeratore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* o 85.3* o 85.4* e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: Interventi di asportazione linfonodi: 40.2*. Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* o 85.3* o 85.4* Si considerano, per il calcolo del denominatore, i soli casi incidenti. Si considera incidente, il primo intervento dell'anno di osservazione (ICD9-CM di diagnosi principale 174.* con procedura principale o secondaria 85.2* o 85.3* o 85.4*). Vengono esclusi i pazienti con: Anamnesi V10.3 nelle diagnosi secondarie contestualmente all'intervento indice; Altro intervento (85.2*, 85.3*, 85.4*) nei 365 giorni precedenti l'intervento indice, associato a diagnosi principale 174* o V10.3. Si considera l'erogato nella regione per le residenti della regione stessa. Si considerano le procedure 40.2 effettuate durante lo stesso ricovero in cui c'è stato l'intervento indice per tumore alla mammella; tutte le procedure che si considerano sono in regime di ricovero ordinario o day hospital.
Fonte	Flusso SDO



C10.2.2.1 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente all'intervento per tumore alla mammella

L'indicatore rileva la percentuale di donne sottoposte ad asportazione del cavo ascellare contestualmente all'intervento per tumore al seno. I risultati vanno letti insieme a quanto misurato con l'indicatore C10.2.2 (linfonodo sentinella), per comprendere meglio l'appropriatezza delle cure in questa fase del processo di cura.

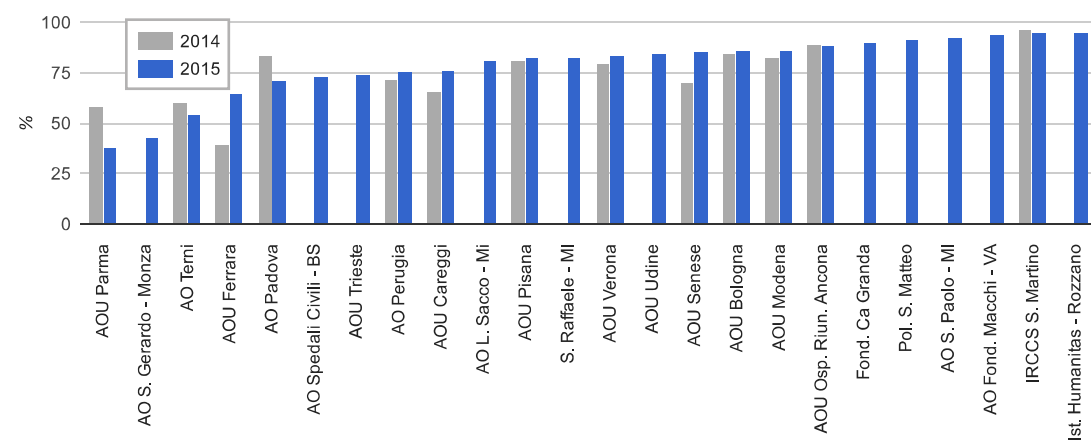
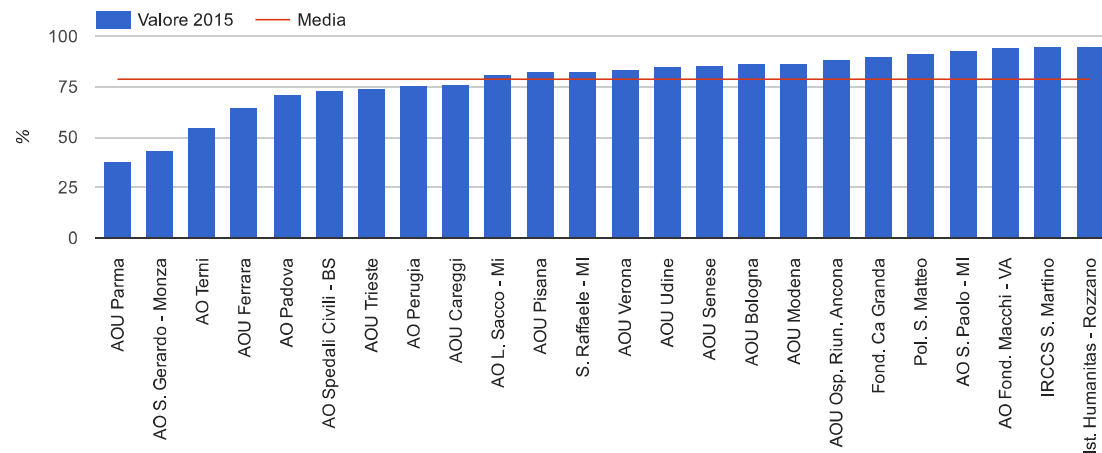


Definizione	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente all'intervento per tumore alla mammella
Numeratore	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore alla mammella sottoposte ad asportazione radicale dei linfonodi del cavo ascellare x 100
Denominatore	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore maligno della mammella
Note	Numeratore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* o 85.3* o 85.4* e codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: Interventi di asportazione linfonodi: 40.51] o [Codici ICD9-CM di diagnosi principale: 174.* e codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.43 o 85.44 o 85.45 o 85.46 o 85.47 o 85.48] Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: 174.* e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* o 85.3* o 85.4*. Si considerano, per il calcolo del denominatore, i soli casi incidenti. Si considera incidente, il primo intervento dell'anno di osservazione (ICD9-CM di diagnosi principale 174.* con procedura principale o secondaria 85.2* o 85.3* o 85.4*). Vengono esclusi i pazienti con: Anamnesi V10.3 nelle diagnosi secondarie contestualmente all'intervento indice; Altro intervento [85.2*, 85.3*, 85.4*] nei 365 giorni precedenti l'intervento indice, associato a diagnosi principale 174* o V10.3. Si considera l'erogato nella regione per le residenti della regione stessa. Si considerano le procedure 40.51 effettuate durante lo stesso ricovero in cui c'è stato l'intervento indice per tumore alla mammella; tutte le procedure che si considerano sono in regime di ricovero ordinario e day hospital.
Fonte	Flusso SDO



C10.2.5 Somministrazione di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario entro 8 settimane dall'intervento chirurgico

L'indicatore misura la percentuale di pazienti cui viene somministrata una chemioterapia adiuvante in seguito a un intervento chirurgico per tumore alla mammella. È ampiamente condivisa l'evidenza che i pazienti necessitanti di chemioterapia adiuvante (post intervento) debbano essere trattati entro le 8 settimane dopo l'intervento in percentuale >80%.

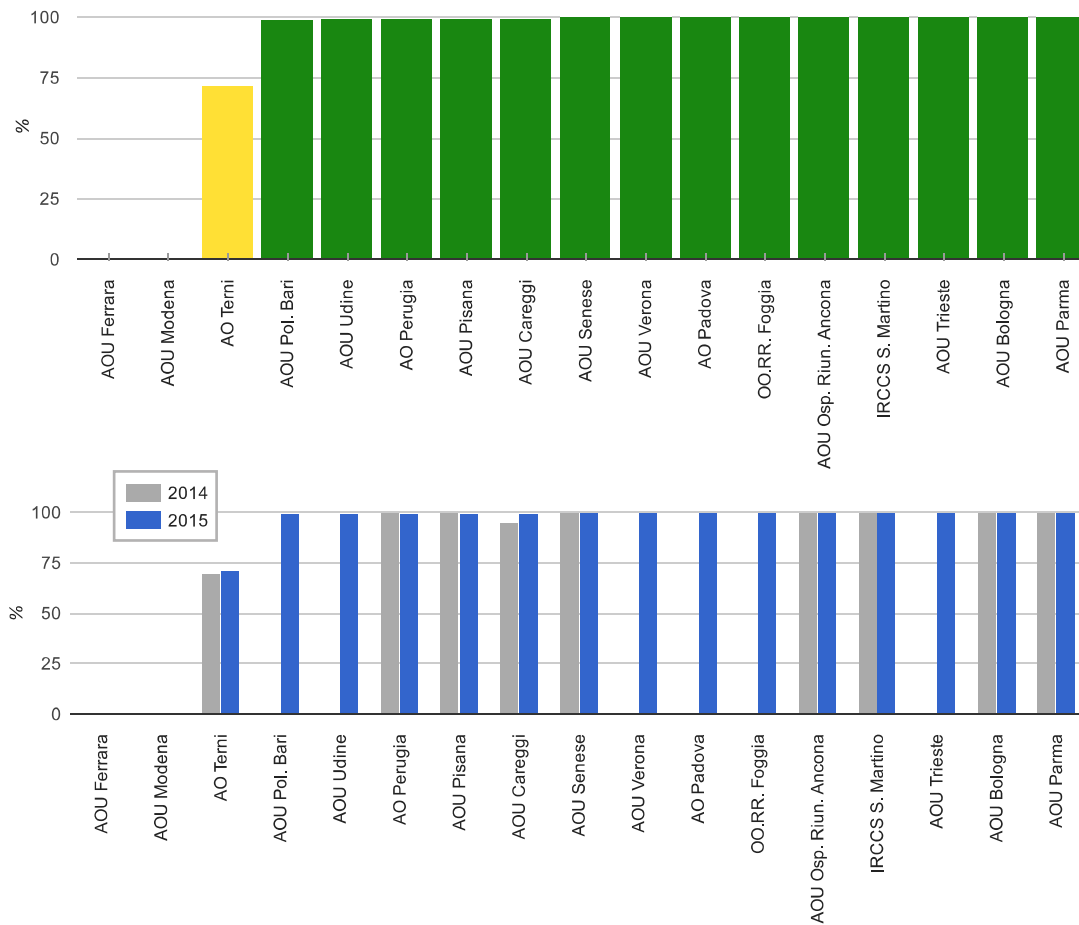


Definizione	Somministrazione di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario entro 8 settimane dall'intervento chirurgico per tumore della mammella
Numeratore	Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 8 settimane dall'intervento chirurgico per tumore della mammella
Denominatore	Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 24 settimane dall'intervento chirurgico per tumore della mammella.
Note	<p>Numeratore: Partendo dalla coorte delle donne con intervento chirurgico (Nota1 e Nota 2) per tumore mammario [codici ICD 9: diagnosi principale 174.* e procedure principali o secondarie 85.2* o 85.3* o 85.4*], si considerano tutte le donne che hanno ricevuto entro 8 settimane dall'intervento chirurgico un trattamento chemioterapico. La procedura di individuazione dei trattamenti chemioterapici è riportata di seguito.</p> <p>Denominatore: Partendo dalla coorte delle donne con intervento chirurgico (Nota1 e Nota 2) per tumore mammario [codici ICD 9: diagnosi principale 174.* e procedure principali o secondarie 85.2* o 85.3* o 85.4*], si considerano tutte le donne che hanno ricevuto entro 24 settimane dall'intervento chirurgico un trattamento chemioterapico.</p> <p>La procedura di individuazione dei trattamenti chemioterapici è riportata su http://performance.sssup.it/netval</p> <p>Nota 1: ai fini del calcolo dell'indicatore nell'anno corrente, per consentire l'identificazione dei trattamenti chemioterapici entro 24 settimane dall'intervento chirurgico, le donne da includere nella coorte dovranno essere state sottoposte a chirurgia nei primi 197 giorni dell'anno. In caso il paziente venga individuato da Flusso SDO con sola diagnosi principale o secondaria V58.1, quindi in mancanza di una specifica data che individui il trattamento chemioterapico, si considera la data di ammissione. Nota 2: nel caso in cui la donna sia stata sottoposta a più interventi, si considera l'ultimo intervento.</p>
Fonte	Flusso SDO, Flusso Prestazioni ambulatoriali, Flusso farmaceutica



C17.5.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata

L'indicatore valuta l'appropriatezza del volume di interventi per tumore della prostata delle singole strutture ospedaliere. In particolare misura la percentuale di interventi per tumore della prostata effettuati in reparti che eseguono un numero di interventi per tumore alla prostata superiore al valore soglia (50/anno), sul totale degli interventi per tumore della prostata erogati.

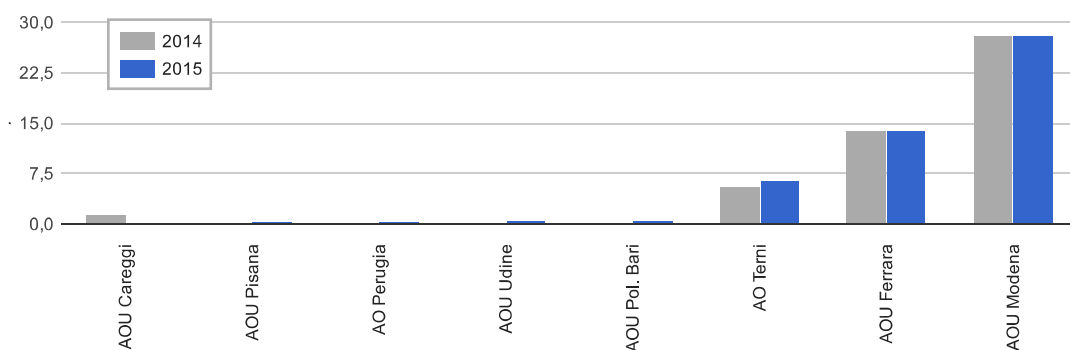
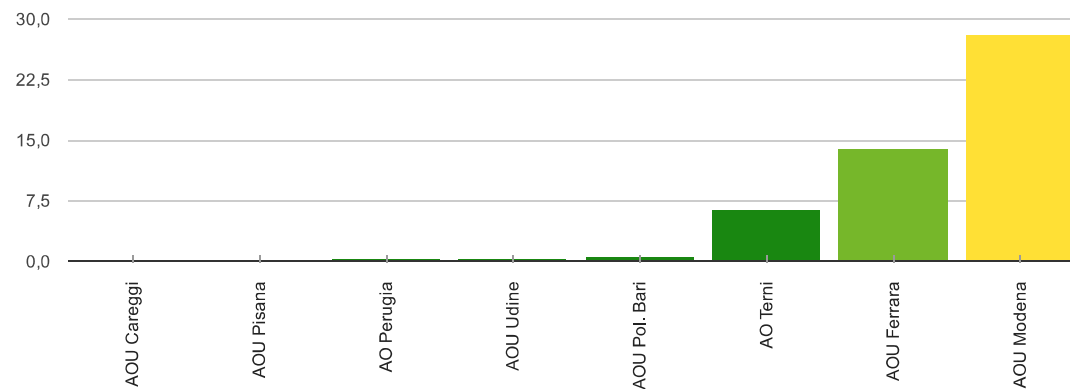


Definizione	Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata
Numeratore	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
Denominatore	N. ricoveri erogati totali
Note	Si considerano i ricoveri ordinari con codici ICDIX-CM di diagnosi principale o secondarie di tumore maligno alla prostata (185, 198.82) e di procedura principale o secondarie di resezione o asportazione della prostata (60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69) o intervento di resezione transuretrale della prostata (60.21, 60.29, 60.96, 60.97). Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di Chirurgia generale [09] e urologia [43]); si considera come reparto di intervento il primo di questi. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015. 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 reparto.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



C17.5.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata

Si prendono in considerazione solo i reparti nei quali il numero di primi interventi per tumore alla prostata è inferiore alla soglia prevista (50/anno); 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), moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri erogati.

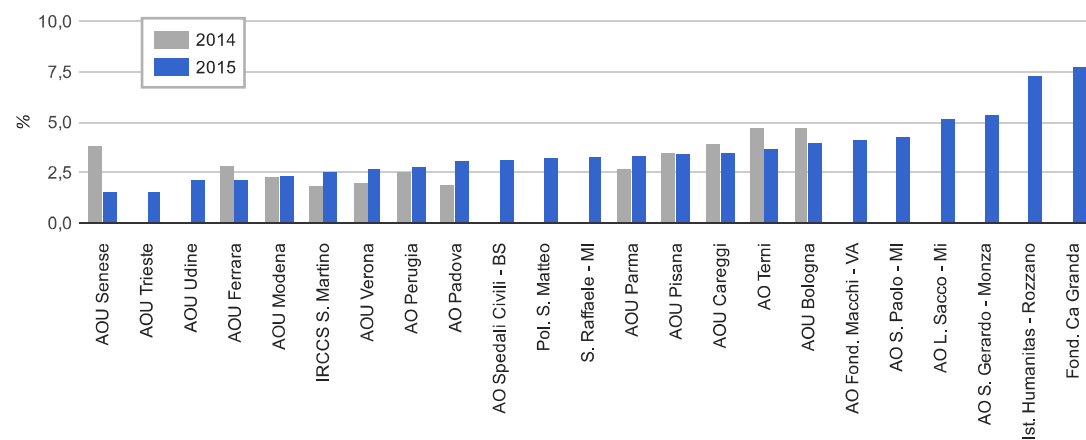
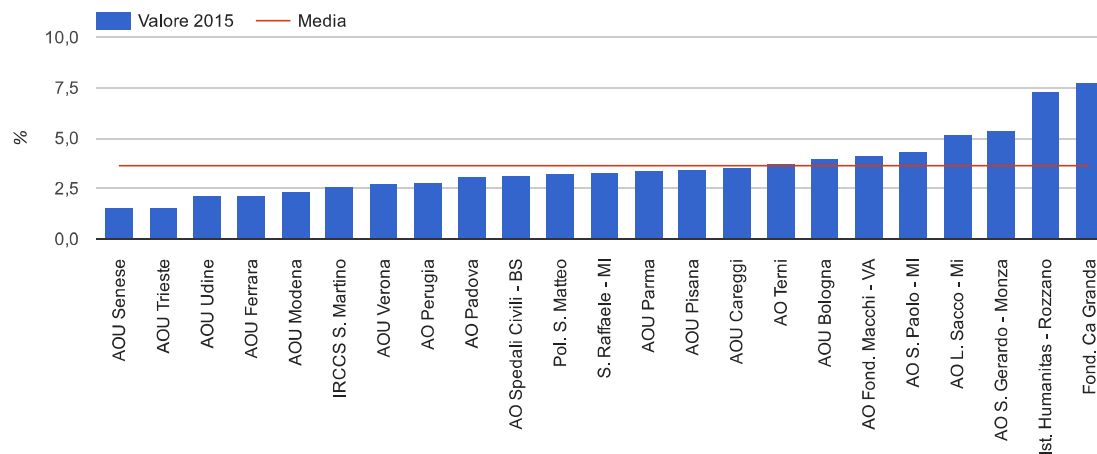


Definizione	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata
Numeratore	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione
Denominatore	Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia
Note	Si considerano i ricoveri ordinari con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondarie di tumore maligno della prostata [185, 198.82] e codici ICD9-CM di procedura principale o secondarie di resezione o asportazione radicale della prostata [60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69] o intervento di resezione transuretrale della prostata [60.21, 60.29, 60.96, 60.97]. Si selezionano i pazienti transitati (ammessi, trasferiti o dimessi) dai reparti di Chirurgia Generale [09] e urologia [43]; si considera come reparto di intervento il primo di questi. La soglia minima di volume di attività prevista è pari a 50 interventi annui. L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C10.3.1 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)

L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.

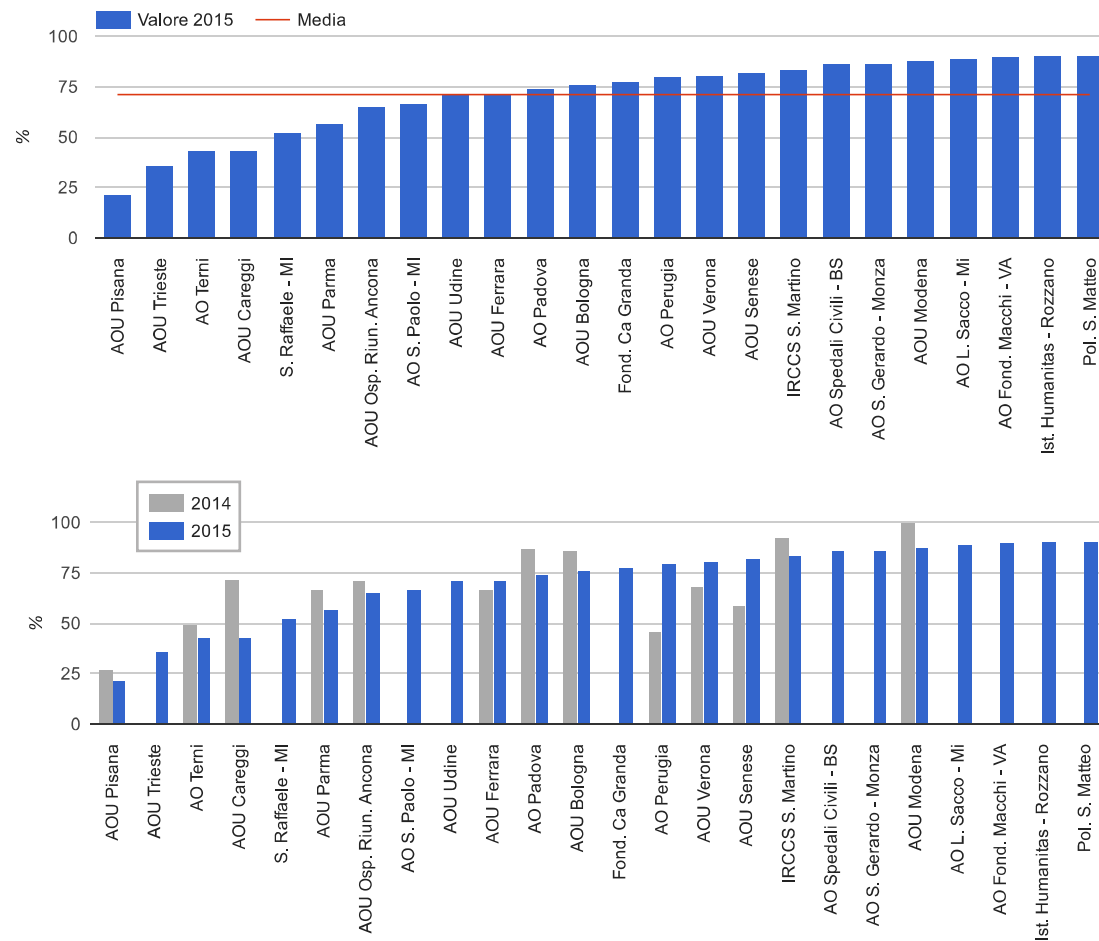


Definizione	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)
Numeratore	Numero di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon nei tre anni (ricovero indice)
Denominatore	Numero di pazienti con tumore al colon sottoposti ad intervento nei tre anni (ricovero indice)
Note	Numeratore: (il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.) Criteri per cercare il reintervento durante il ricovero indice per intervento al colon: si veda http://performance.sssup.it/netval Presidi pubblici. Erogazione e residenti in Regione per il denominatore, erogazione intra ed extra Regione a residenti in regione, nel pubblico o privato accreditato per il numeratore. Per il 2015, al denominatore, si considerano gli interventi effettuati nei primi 11 mesi dell'anno.
Fonte	Flusso SDO



C10.3.3 Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon

L'indicatore misura la percentuale di pazienti cui viene somministrata una chemioterapia adiuvante in seguito a un intervento chirurgico per tumore al colon. E' ampiamente condivisa l'evidenza che i pazienti necessitanti di chemioterapia adiuvante (post intervento) debbano essere trattati entro le 8 settimane dopo l'intervento in percentuale >80%.

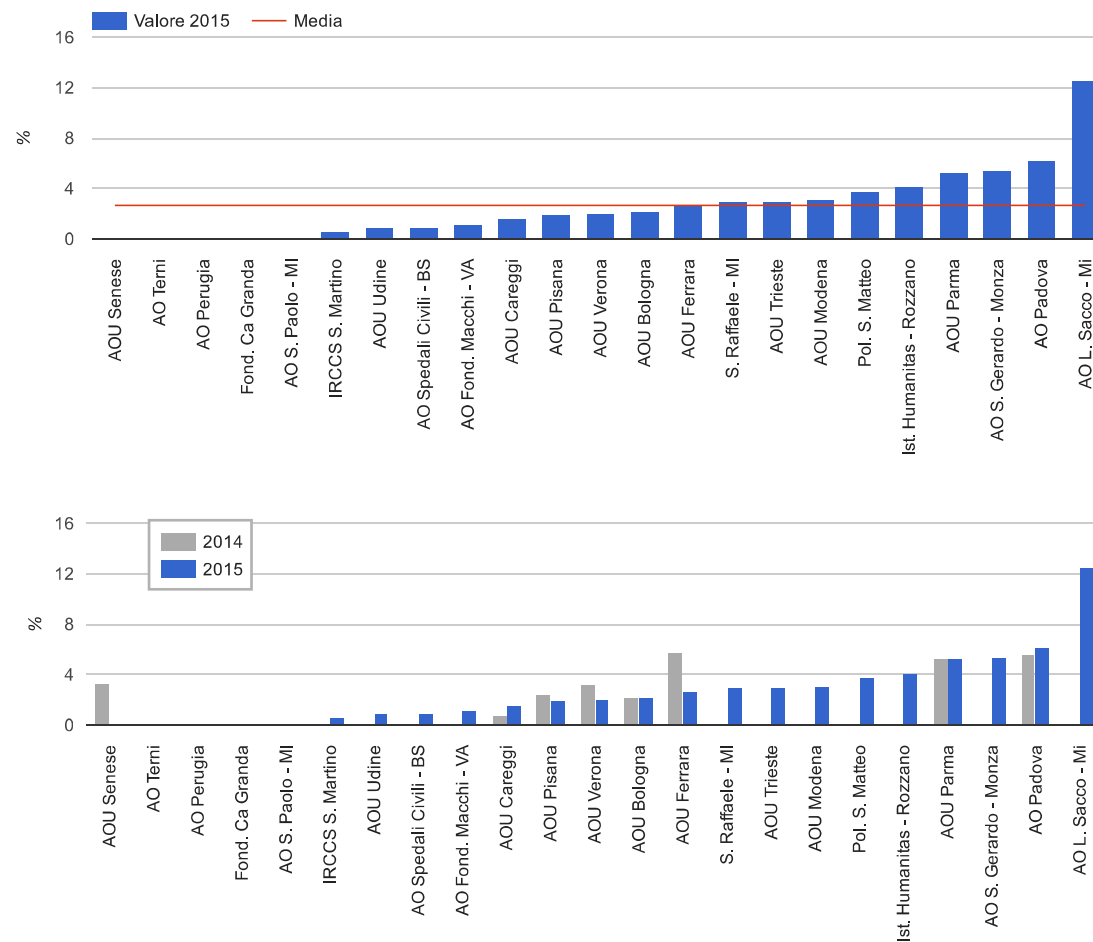


Definizione	Somministrazione di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon entro 8 settimane dall'intervento chirurgico per tumore al colon
Numeratore	Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 8 settimane dall'intervento chirurgico per tumore al colon
Denominatore	Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 24 settimane dall'intervento chirurgico per tumore al colon
Note	<p>Numeratore: Partendo dalla coorte dei soggetti con intervento chirurgico (Nota 1 e Nota 2) per tumore al colon (codici ICD 9: diagnosi principale 153.* e procedure principali 45.7* o 45.8*), si considerano tutti i pazienti che hanno ricevuto entro 24 settimane dall'intervento chirurgico un trattamento chemioterapico. La procedura di individuazione dei trattamenti chemioterapici è riportata di seguito.</p> <p>Denominatore: Partendo dalla coorte dei soggetti con intervento chirurgico (Nota 1 e Nota 2) per tumore al colon (codici ICD 9: diagnosi principale 153.* e procedure principali 45.7* o 45.8*), si considerano tutti i pazienti che hanno ricevuto entro 24 settimane dall'intervento chirurgico un trattamento chemioterapico. La procedura di individuazione dei trattamenti chemioterapici è riportata di seguito.</p> <p>Trattamenti chemioterapici: si veda http://performance.sssup.it/netval</p> <p>Nota 1: ai fini del calcolo dell'indicatore nell'anno corrente, per consentire l'identificazione dei trattamenti chemioterapici entro 24 settimane dall'intervento chirurgico, le donne da includere nella coorte dovranno essere state sottoposte a chirurgia nei primi 197 giorni dell'anno. In caso il paziente venga individuato da Flusso SDO con sola diagnosi principale o secondaria V58.1, quindi in mancanza di una specifica data che individui il trattamento chemioterapico, si considera la data di ammissione. Nota 2: nel caso in cui la donna sia stata sottoposta a più interventi, si considera l'ultimo intervento.</p>
Fonte	Flusso SDO, Flusso Prestazioni ambulatoriali, Flusso farmaceutica



C10.3.2 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)

L'indicatore, calcolato su base triennale, misura la percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.

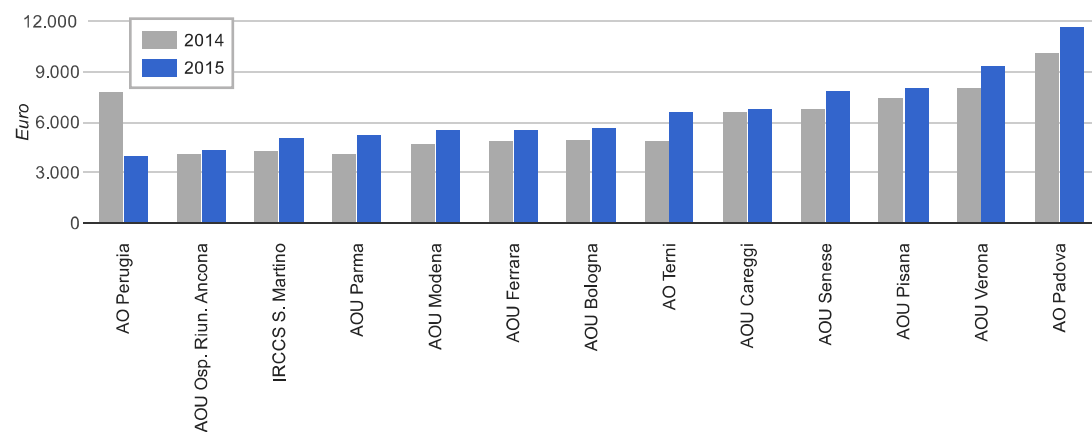
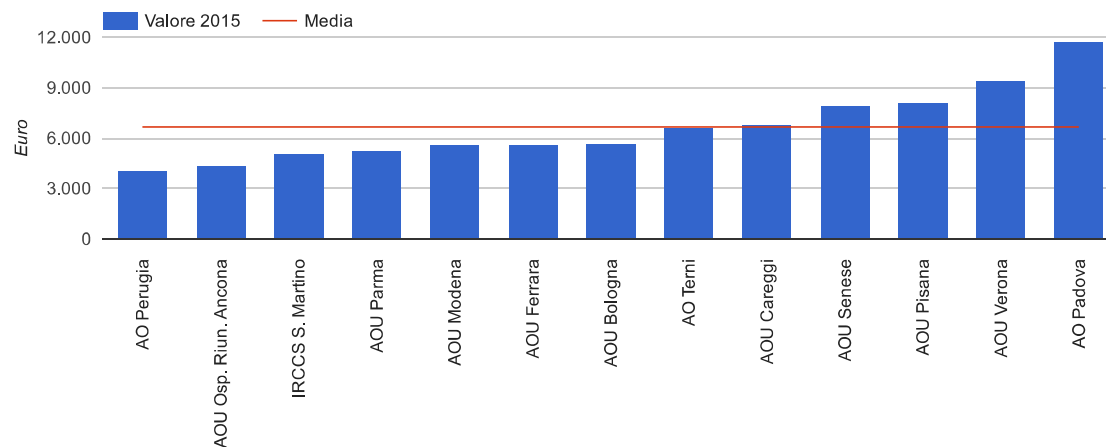


Definizione	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)
Numeratore	Numero di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dall' intervento al retto nei tre anni (ricovero indice)
Denominatore	Numero di pazienti con tumore al retto sottoposti ad intervento nei tre anni (ricovero indice)
Note	Numeratore: (il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.) Criteri per cercare il re-intervento durante il ricovero indice per intervento al retto: si veda http://performance.sssup.it/netval Presidi pubblici. Erogazione e residenti in Regione per il denominatore, erogazione intra ed extra-Regione a residenti in Regione, nel pubblico o privato accreditato per il numeratore. Per il 2015 si considerano, al denominatore, gli interventi effettuati nei primi 11 mesi dell'anno.
Fonte	Flusso SDO



F10.2.1b Spesa media per farmaci oncologici

Questo indicatore, ancora oggetto di confronto con le Regioni, misura la spesa farmaceutica pro-capite del paziente oncologico in trattamento chemioterapico. Esso considera la spesa farmaceutica oncologica sulla base della tipologia di farmaco utilizzato, considerando sia le formulazioni orali (uso esterno), sia quelle ad uso strettamente ospedaliero (iniettabili), indifferentemente dalla modalità di erogazione e dalla durata del trattamento.

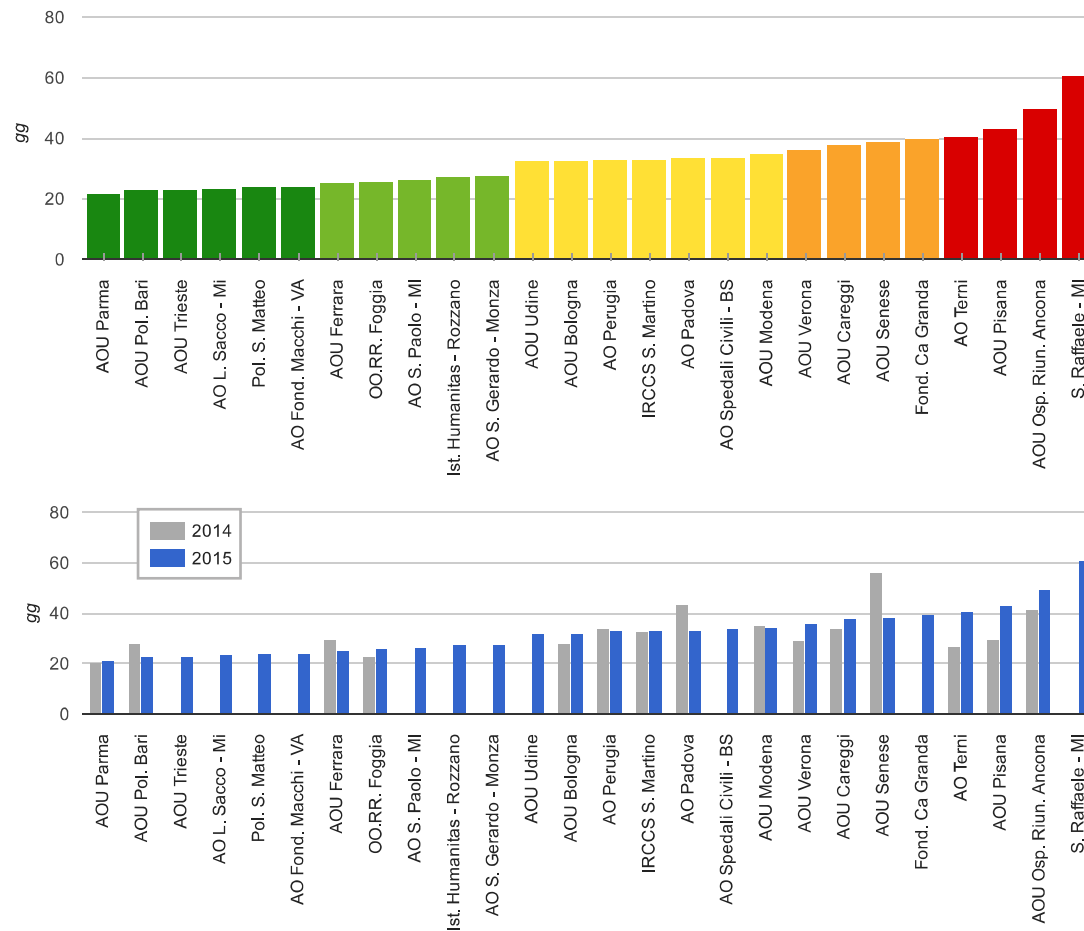


Definizione	Spesa Media per Farmaci Oncologici
Numeratore	Spesa per farmaci oncologici erogati, conto economico
Denominatore	Numero di utenti sottoposti a chemioterapia (per infusione o orale)
Note	<p>I farmaci oncologici sono stati identificati attraverso le ATC (classificazione anatomico-terapeutica). Si fa riferimento ai farmaci erogati nelle strutture e attraverso la distribuzione diretta e per conto; i consumi sono attribuiti all'azienda erogatrice, si considera anche l'erogato ai non residenti. Il denominatore è stato calcolato seguendo le selezioni:</p> <p>1) Pazienti ospedalieri (SDO): Diagnosi principale o secondaria di chemioterapia codici ICD9: V58.1, V58.11, V58.12 o procedura principale o secondaria di chemioterapia codici ICD9 99.25* o 99.28*</p> <p>2) Pazienti ambulatoriali (SPA), procedura di chemioterapia codici ICD9 99.25*</p> <p>3) Pazienti che ricevono farmaci attraverso la distribuzione diretta e per conto del farmaco [vedi Elenco in allegato].</p> <p>Al denominatore, nel caso in cui il paziente abbia ricevuto prestazioni erogate da Aziende diverse, esso viene attribuito alla prima Azienda in cui risulta aver fatto trattamenti chemioterapici (siano essi infusioni o farmaci orali). Per i pazienti a cui sono stati erogati farmaci direttamente o per conto ma non sono tracciati nel flusso SDO e SPA (punto 1 e 2) vanno fatte le seguenti considerazioni: Escludere i pazienti che hanno assunto i seguenti farmaci, codici ATC5: L01AA01, L01XX35, L01XC07 (solo min.san. 036680027), L01XC02; Includere solo soggetti maschi per i seguenti farmaci, codici ATC5: L02AE02, L02AE03, L02AE04.</p>
Fonte	Flusso SDO, Conto Economico, Farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto; Flusso Prestazioni Ambulatoriali

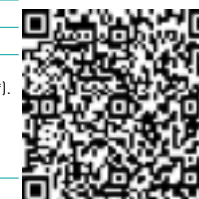


C10c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica

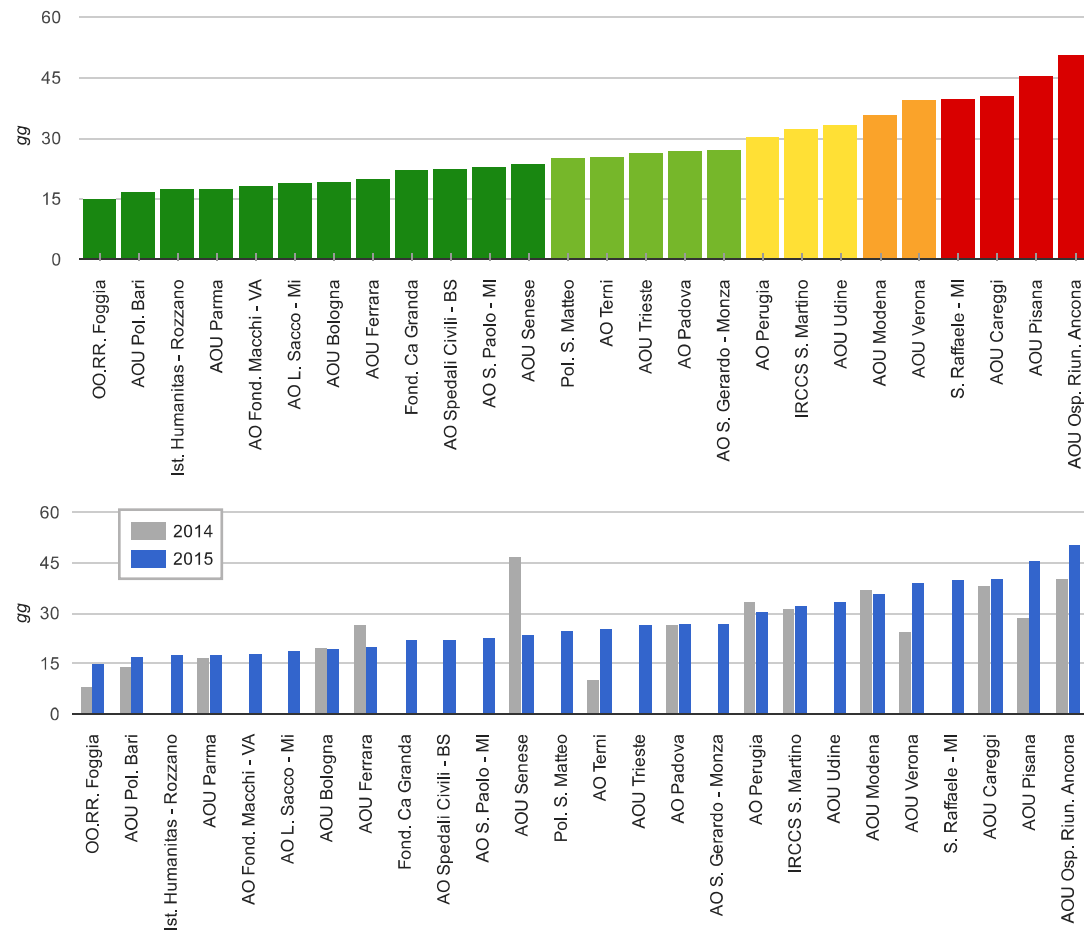
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e quelli per Trattamento Sanitario Volontario. Le patologie prese in considerazione sono il tumore alla mammella, alla prostata, al colon, al retto, al polmone e all'utero.



Definizione	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura: 85.2x, 85.3x, 85.4x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 233.0 o 174.xx; ovvero procedure (85.2x o 85.3x o 85.4x) AND diagnosi (233.0 o 174.*). 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69, 60.21, 60.29, 60.96, 60.97 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 185. 45.7x, 45.8 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 153.*. 48.3x, 48.4x, 48.5, 48.6x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8. 32.3x, 32.4x, 32.5x, 32.6x, 32.9x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 162.xx. 68.3x, 68.4x, 68.5x, 68.6x, 68.7x, 68.8, 68.9 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 180.*, 182.*, 183.*. Si escludono : i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni; i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99; i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo regionale - Flusso SDO



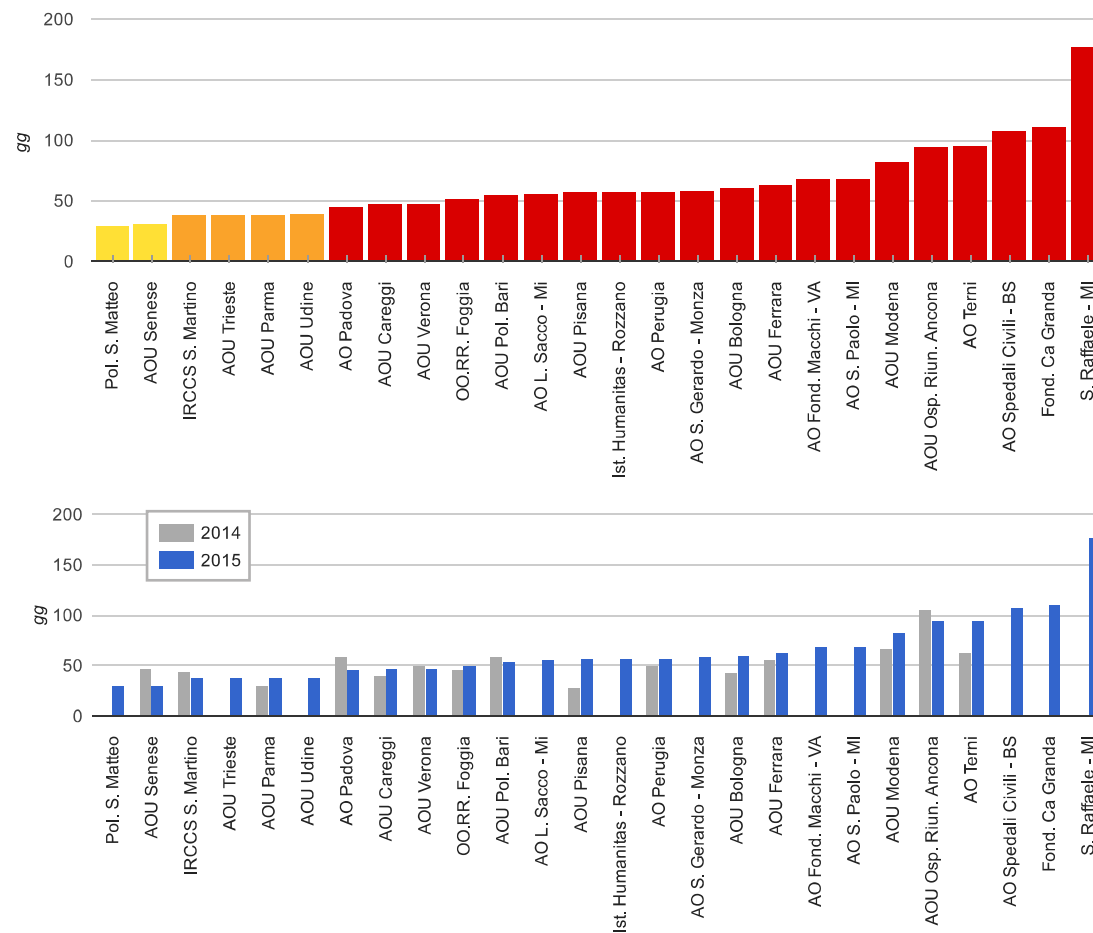
C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella



Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla mammella
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla mammella
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 85.2x, 85.3x 85.4x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 233.0 o 174.xx; ovvero procedure (85.2x o 85.3x o 85.4x) AND diagnosi (233.0 o 174.*). Si escludono : i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo regionale - Flusso SDO



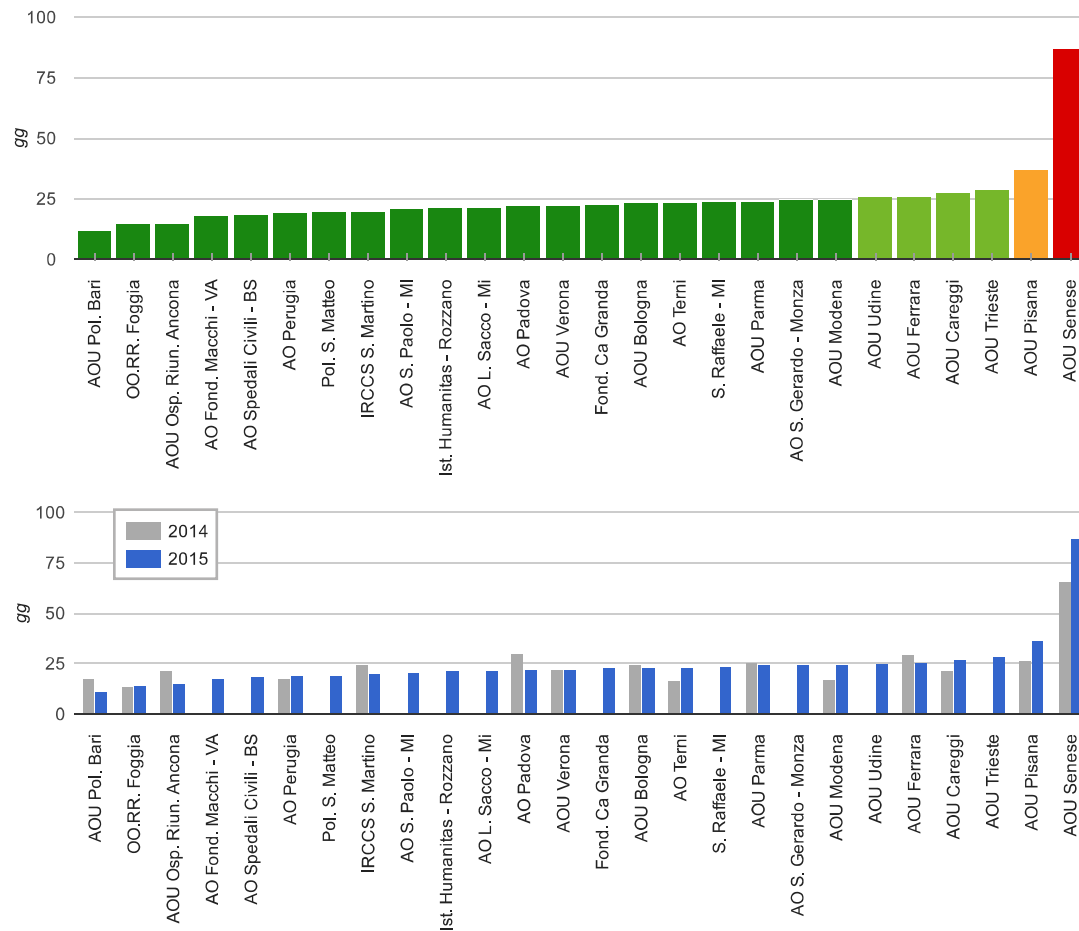
C10.4.2 Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata



Definizione	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla prostata
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla prostata
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69, 60.21, 60.29, 60.96, 60.97 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 185. Si escludono : i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



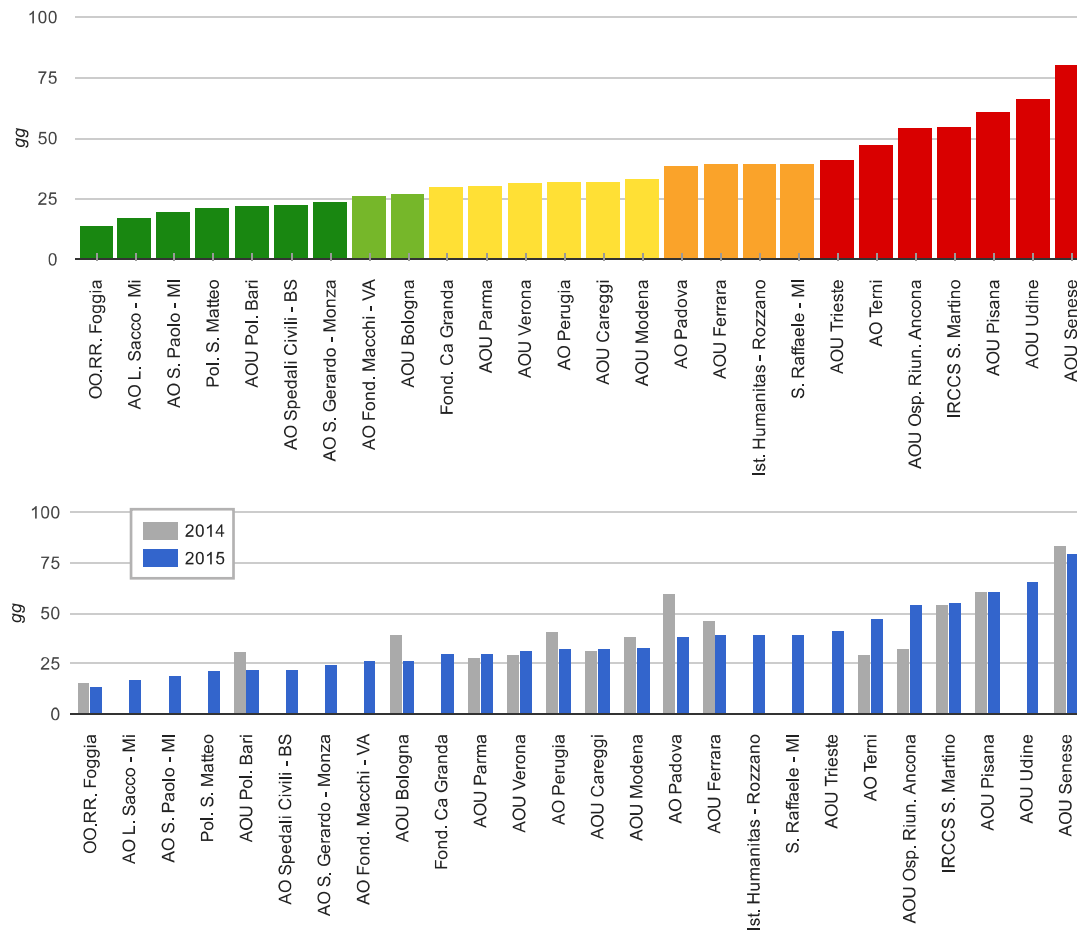
C10.4.3 Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore al colon



Definizione	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore al colon
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al colon
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al colon
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 45.7x, 45.8 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 153.*. Si escludono : i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



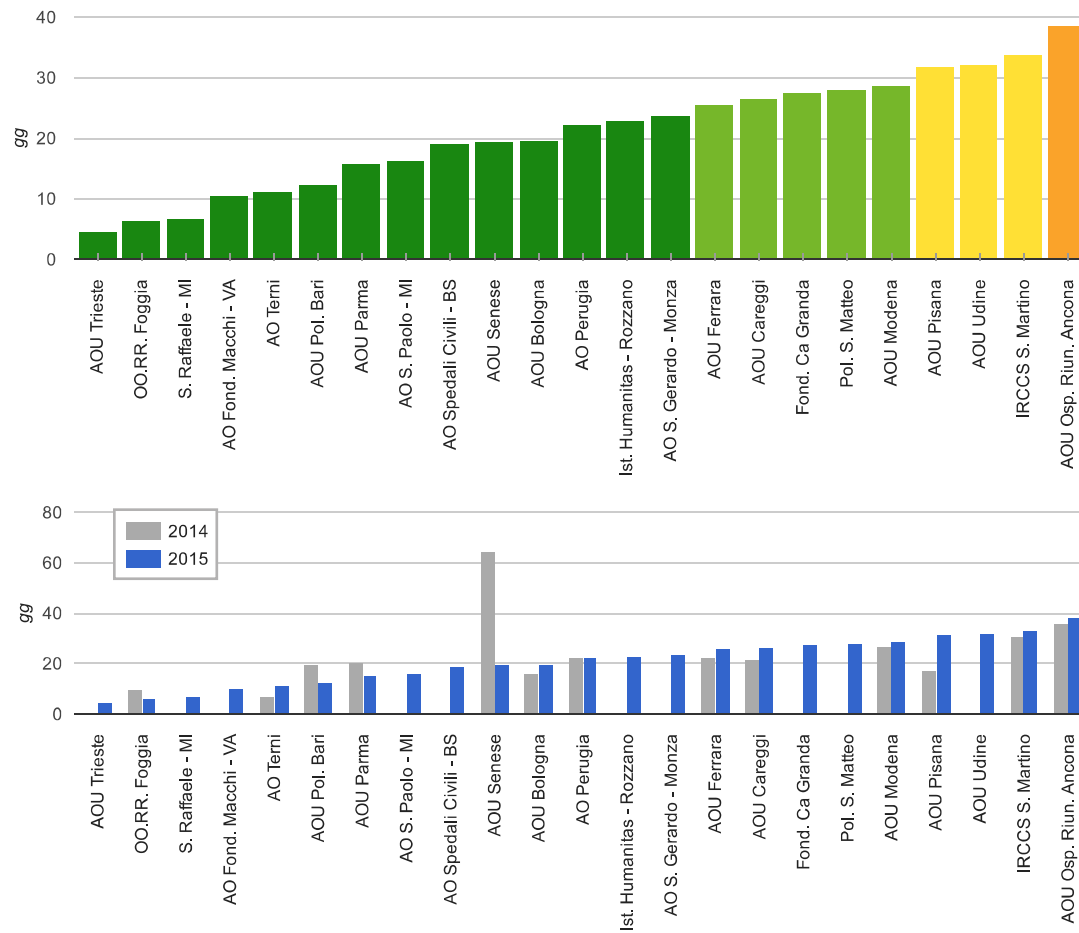
C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto



Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al retto
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al retto
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 48.3x, 48.4x, 48.5, 48.6x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8. Si escludono : i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



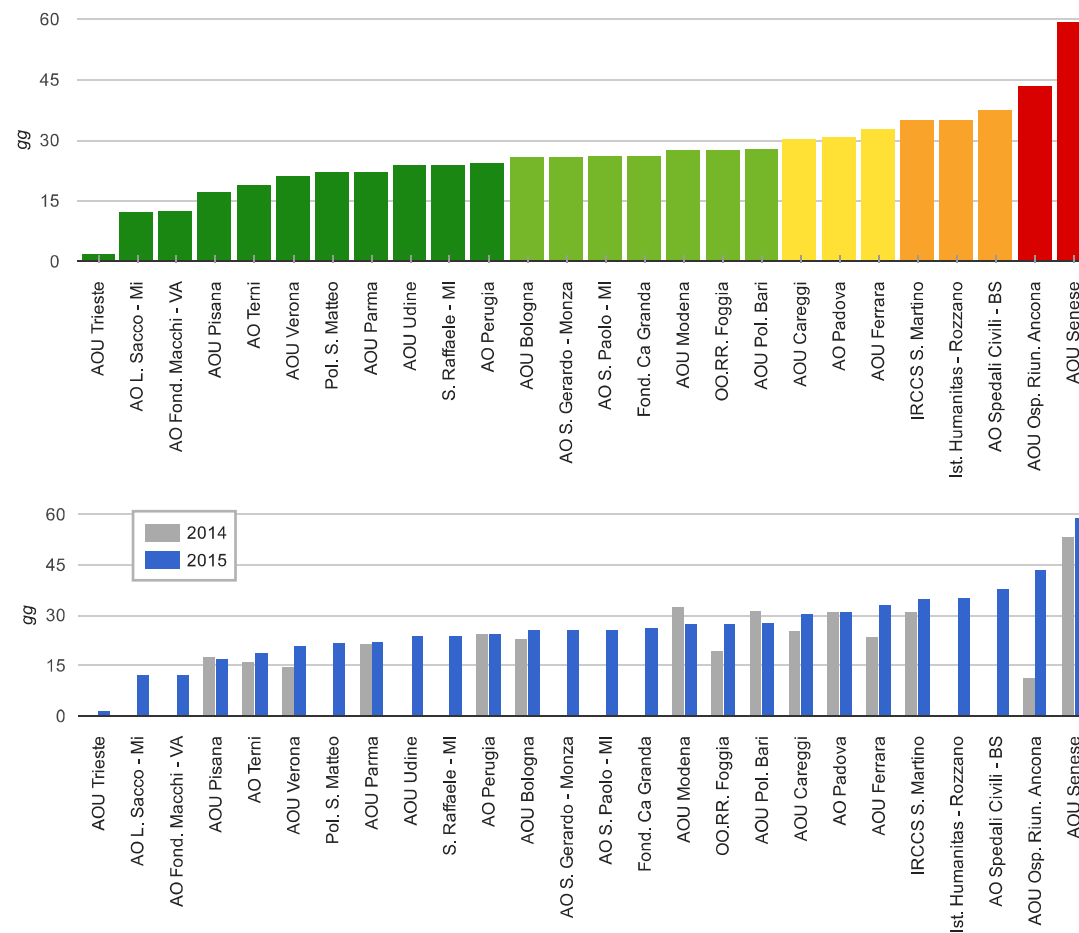
C10.4.5 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone



Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al polmone
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al polmone
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 32.3x, 32.4x, 32.5x, 32.6x, 32.9x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 162.xx. Si escludono : i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero



Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore all'utero
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore all'utero
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 68.3x, 68.4x, 68.5x, 68.6x, 68.7x, 68.8, 68.9 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 180.*, 182.*, 183.*. Si escludono : i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 i ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

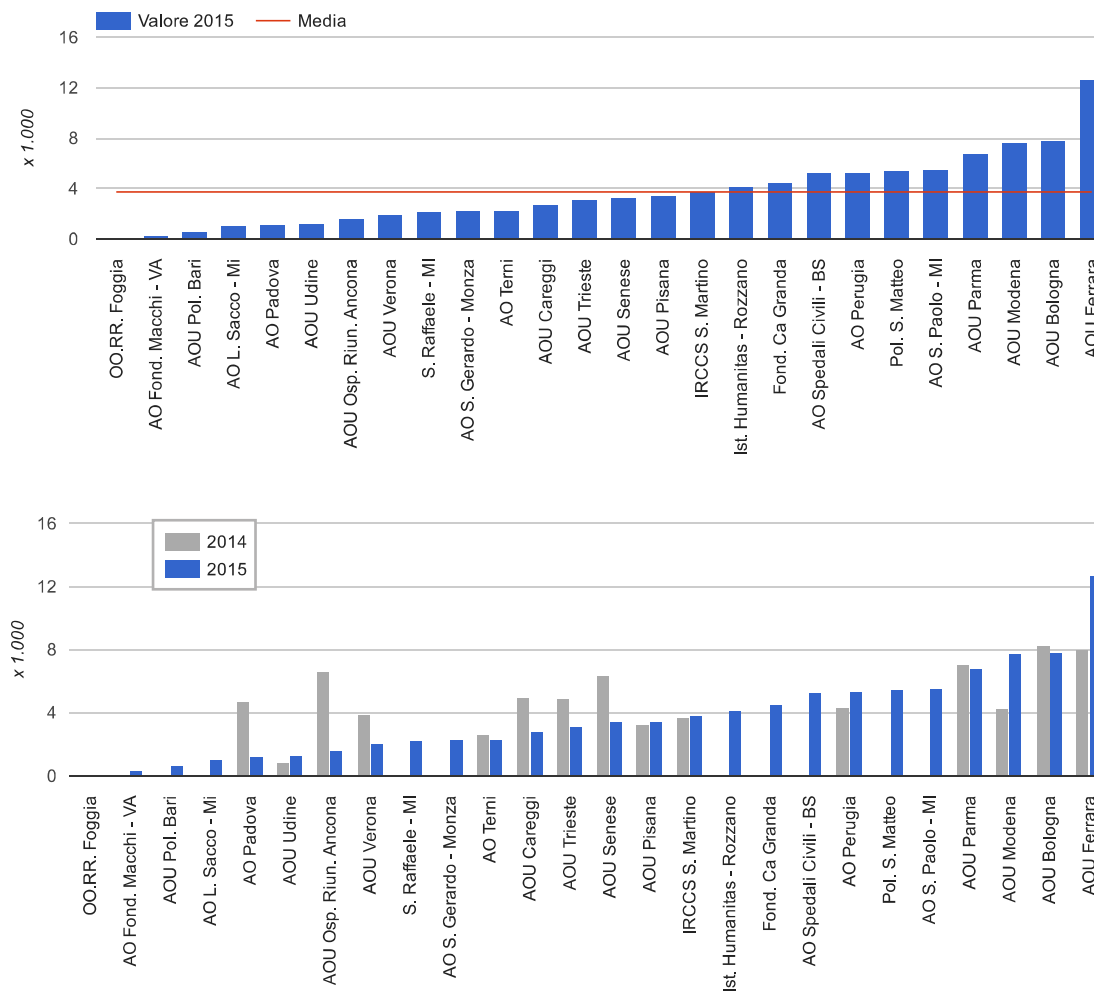




SICUREZZA DEL PAZIENTE E RISCHIO CLINICO

C6.4.1 Sepsì post-operatoria per chirurgia di elezione

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

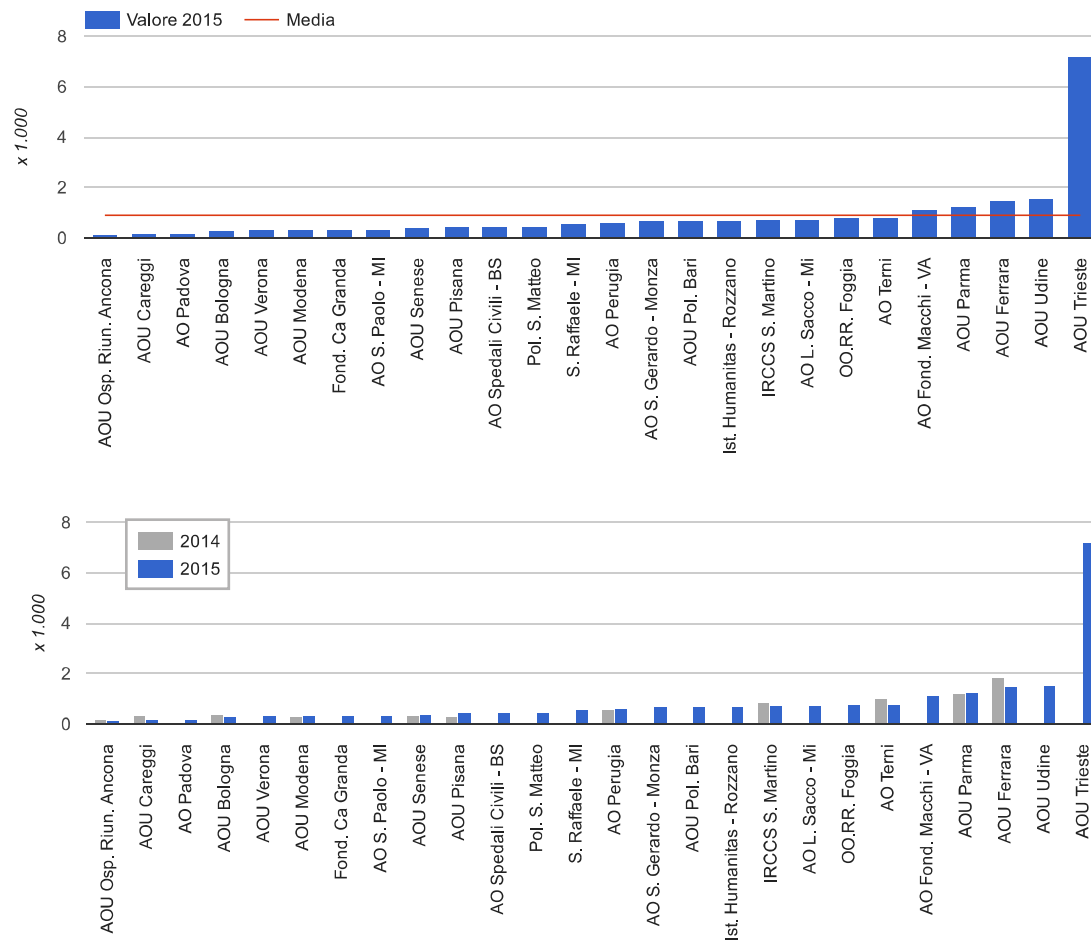


Definizione	Indice di sepsi per 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a 4 giorni
Numeratore	N. dimessi con sepsi in diagnosi secondaria x 1.000
Denominatore	N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico in elezione
Note	Si considerano i ricoveri 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. Codifiche ICD9-CM in diagnosi secondarie: Sepsì: 0380, 0381, 03810, 03811, 03819, 0382, 0383, 78552, 78559, 9980, 03840, 03841, 03842, 03843, 03844, 03849, 0388, 0389, 99591, 99592. Sono esclusi: 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. Esclusioni: si veda http://performance.sssup.it/netval
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO. Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 13 Postoperative sepsis



C6.4.2 Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità

L'indicatore C6.4.2 esprime il numero di deceduti in ospedale, ogni 1.000 pazienti, per DRG con un tasso di mortalità inferiore allo 0,5%. Essendo tali casistiche caratterizzate da un basso grado di rischio, il verificarsi di decessi può rappresentare un'anomalia sulla quale è auspicabile un approfondimento tramite cartella clinica. Come si vede dai numeri assoluti, si tratta di una casistica molto limitata, che si aggira su poche unità per azienda. Per il bersaglio 2015 l'indicatore è calcolato su tre anni; sia il numeratore, sia il denominatore sono la somma dei dati degli anni 2013, 2014 e 2015.

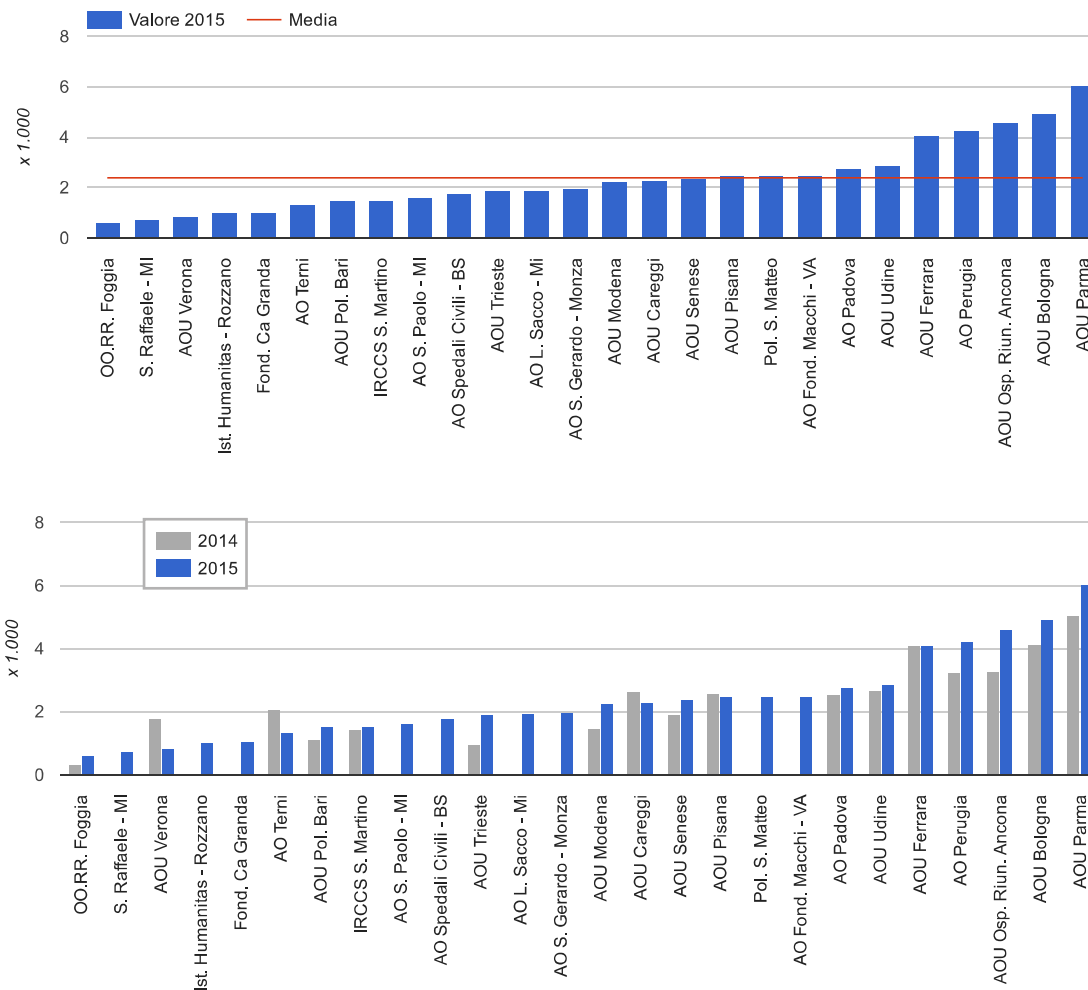


Definizione	Deceduti in ospedale per 1.000 pazienti con DRG con tasso di mortalità inferiore allo 0,5%
Numeratore	N. deceduti con DRG a bassa mortalità x 1.000
Denominatore	N. dimessi con DRG a bassa mortalità
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari per i dimessi maggiorenni (≥18 anni). Si considerano DRG a bassa mortalità quei DRG con un tasso di mortalità inferiore allo 0, 5%. Quando un DRG è presente " senza /con complicazioni", entrambi i DRG devono presentare un tasso di mortalità inferiore a 0, 5% per essere inclusi. Sono esclusi i dimessi con: diagnosi principale o secondarie di trauma, stato immunocompromesso o cancro; intervento principale o secondari di stato immunocompromesso.</p> <p>L'indicatore è calcolato su tre anni: per il bersaglio 2015, sia il numeratore, sia il denominatore sono la somma dei dati degli anni 2013, 2014 e 2015.</p> <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: si veda http://performance.sssup.it/netval</p>
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



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.



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	Si considerano i DRG chirurgici con almeno un codice di procedura tra 01 e 86, per i dimessi maggiorenni (>18 anni). Codifiche ICD9-CM in diagnosi secondarie: Embolia polmonare: 415.11; 415.19; Trombosi venosa profonda: 451.11; 451.19; 451.2; 451.81; 451.9; 453.8; 453.9; Sono esclusi: 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.
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

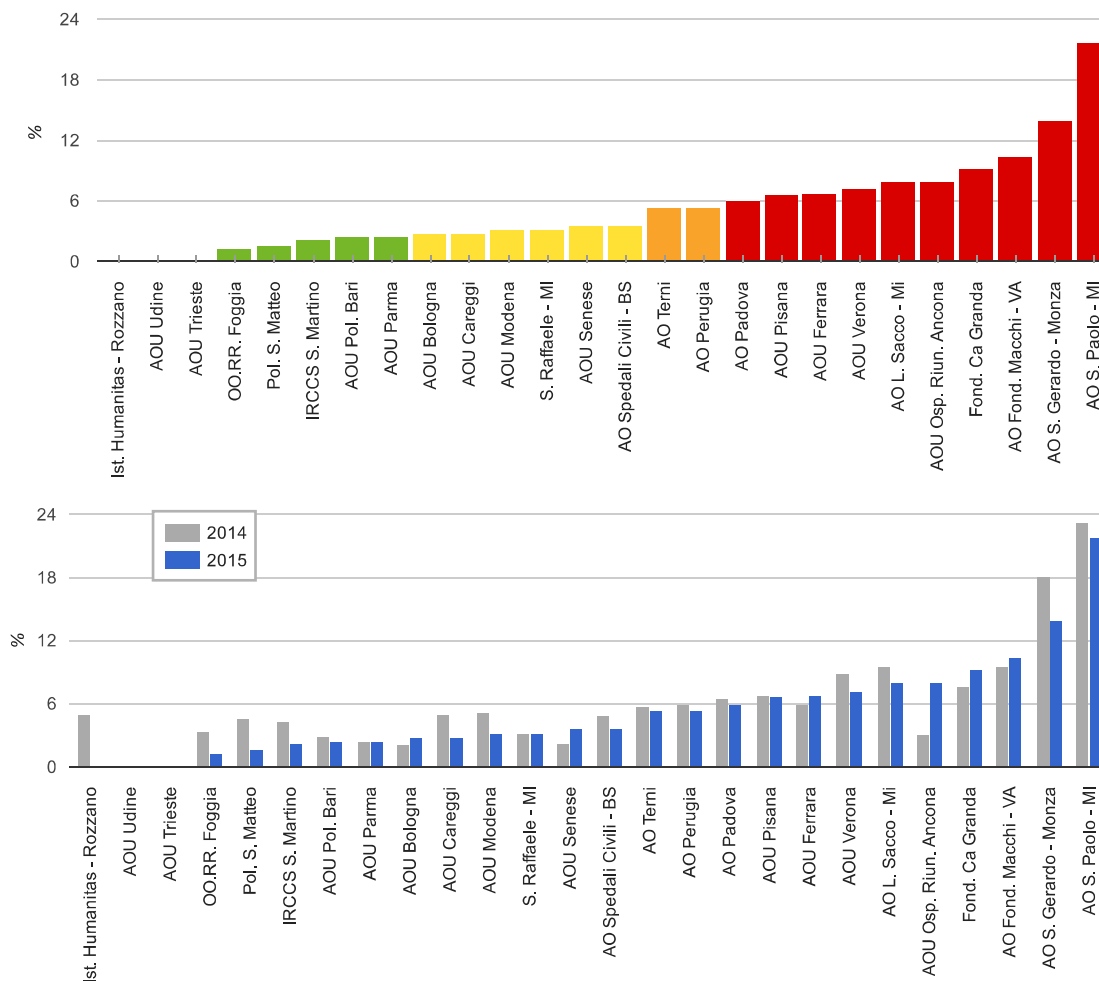




PERCORSO SALUTE MENTALE

C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche

Il re-ricovero di un paziente, entro 7 giorni dall'ultima dimissione, può evidenziare problematiche nella gestione ospedaliera delle casistiche di salute mentale. In questi casi la responsabilità di tale ricovero ripetuto è da attribuirsi quindi al soggetto erogatore.

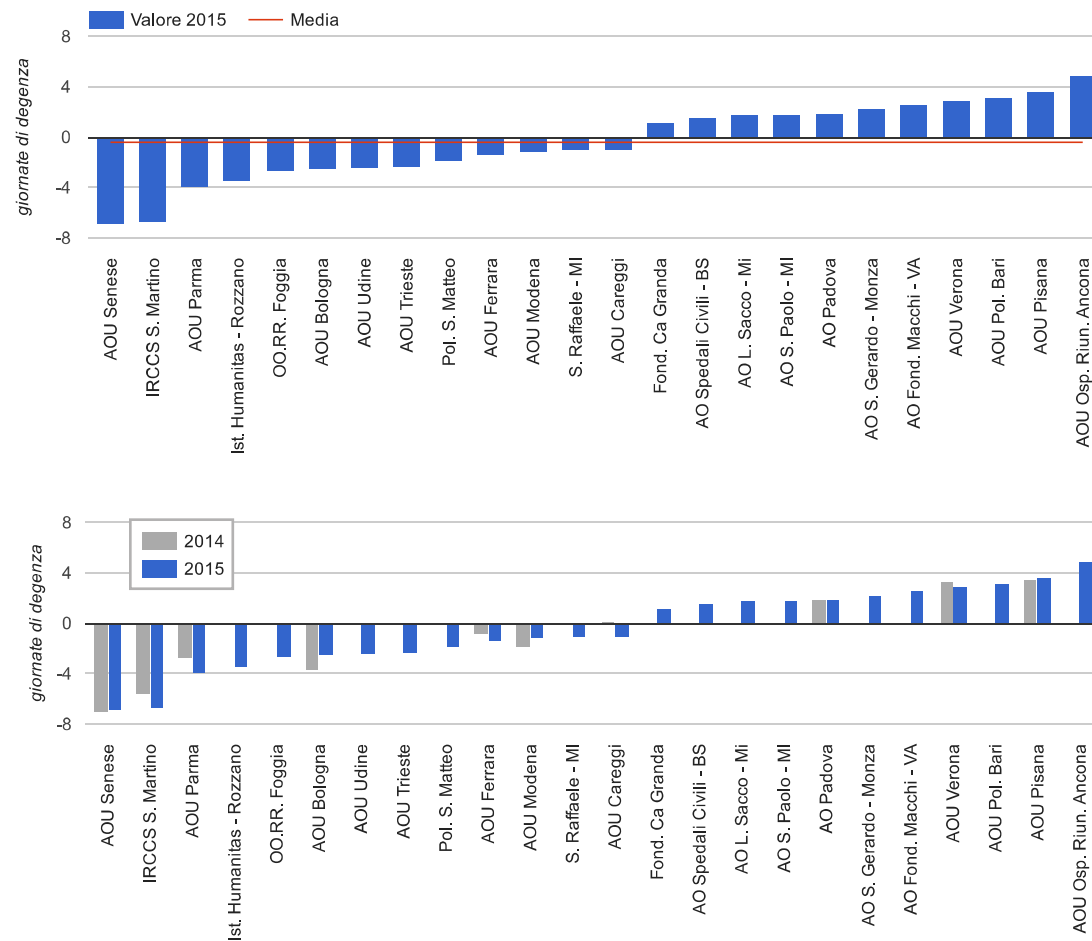


Definizione	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione per patologie psichiatriche
Numeratore	N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche entro 7 giorni dalla dimissione di pazienti maggiorenni x 100
Denominatore	N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni dal 1 gennaio al 24 dicembre
Note	<p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto. Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx. Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri: per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315; con codice fiscale anonimo; dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto.</p> <p>Non generano ricoveri ripetuti: i ricoveri con modalità di dimissione volontaria; i ricoveri con modalità di dimissione: 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 se la data di dimissione coincide con la data di ingresso del ricovero successivo.</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 ed erogato da una qualsiasi struttura pubblica, privata accreditata o non accreditata. 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>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



C15.8 Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche

L'indicatore misura l'intensità dell'utilizzo dei reparti ospedalieri confrontando la degenza media per ciascun ricovero psichiatrico con la media registrata nel 2014 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'Indice di Performance della Degenza Media dei ricoveri per patologie psichiatriche consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati.



Definizione	Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche
Numeratore	[giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese]
Denominatore	N. dimissioni per patologie psichiatriche
Note	Si considerano solo i ricoveri ordinari erogati in regione dei pazienti maggiorenni. Codifiche DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523. Sono esclusi: i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99); i ricoveri con durata della degenza <=1 giorno e superiore o uguale a 365 giorni; i pazienti deceduti. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza media regionale di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG. Per le giornate di degenza attese si fa riferimento alla degenza media 2014 del network delle regioni.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



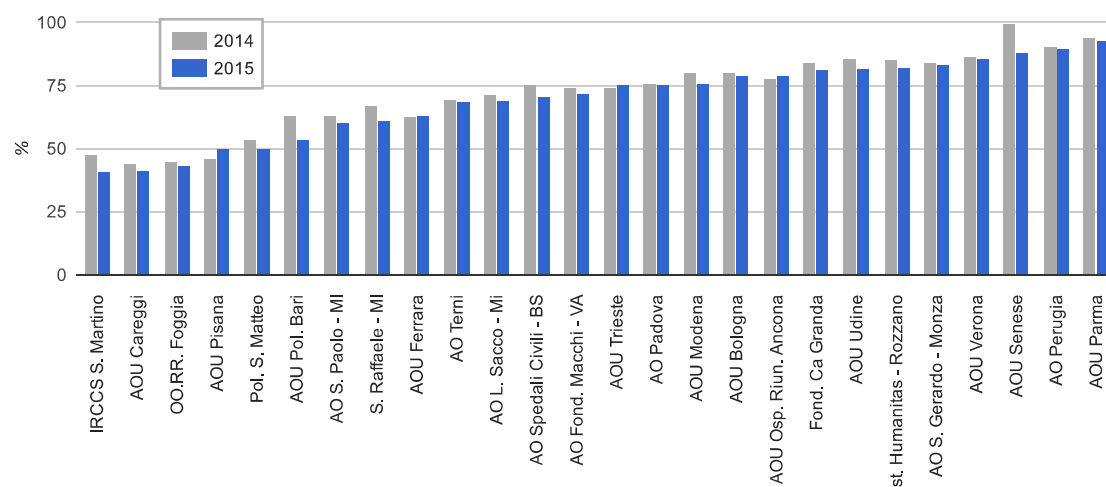
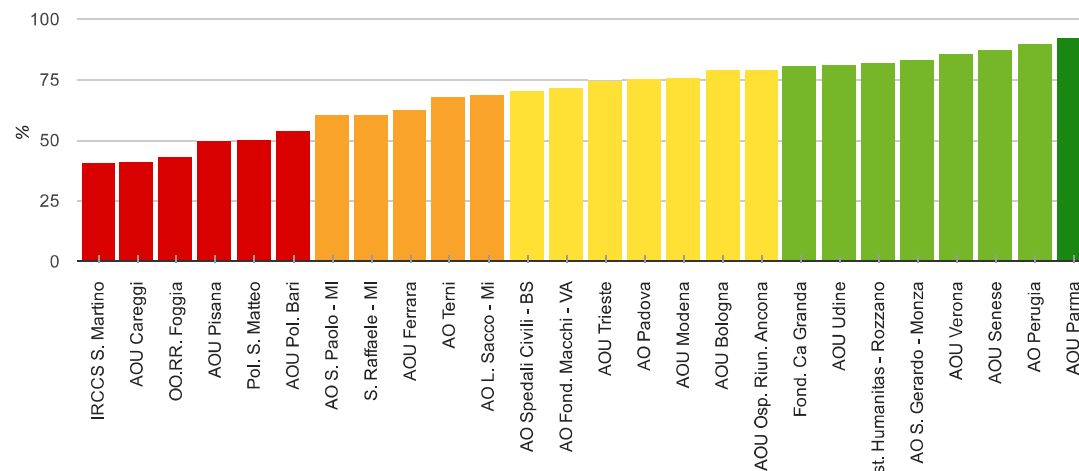
PRONTO SOCCORSO

C16.1 Percentuale di pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti

I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso, e questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto di lunghi tempi di attesa, in termini di tempestività delle visite, per i pazienti con codici di maggiore gravità in termini di qualità degli outcome, ma anche di insoddisfazione sia dei professionisti, sottoposti a elevato stress, sia dei pazienti. L'indicatore pertanto monitora la tempestività delle visite ai pazienti con codice giallo, misurando la percentuale di accessi con codice giallo che sono visitati dal medico entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).

Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, 16:1-10

Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443



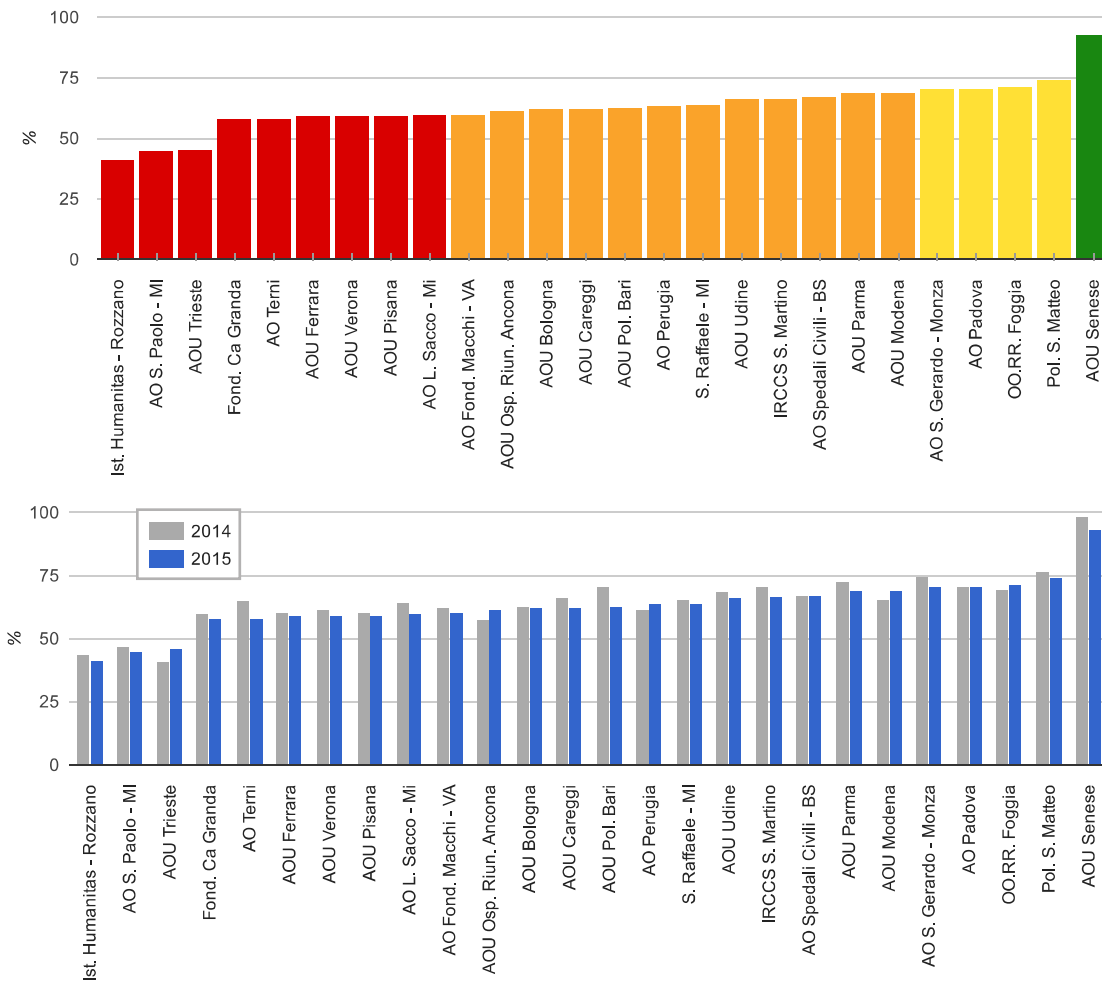
Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti
Numeratore	N. accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100
Denominatore	N. accessi in PS con codice giallo
Note	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



C16.2 Percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1 ora

L'indicatore monitora la percentuale di accessi con codice verde che sono visitati dal medico entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage). Questo indicatore rileva quindi l'efficacia del Pronto Soccorso nel rispondere ai bisogni dei pazienti con codici non urgenti, che potrebbero trovare risposta in altri setting assistenziali, ma che preferiscono rivolgersi al Pronto Soccorso in quanto punto di riferimento disponibile 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e da cui è possibile ricevere un servizio completo, comprensivo di diagnosi ed eventuali accertamenti. Questi pazienti costituiscono da tempo, ormai, una parte rilevante del totale degli accessi e tra cui spesso si registrano elevati livelli di insoddisfazione, connessi proprio ai tempi di attesa.

- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74:3-18
- 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
- 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

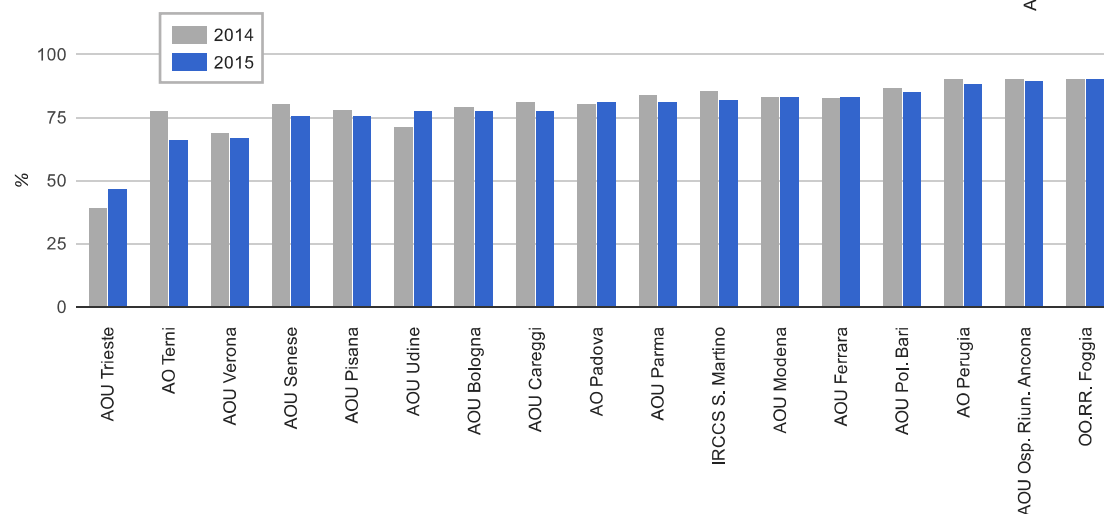
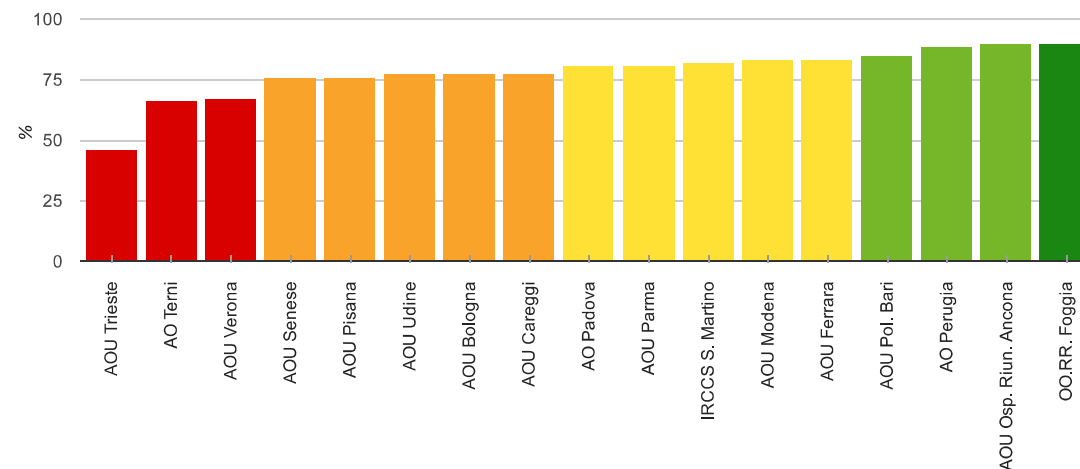


Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora
Numeratore	N. accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora x 100
Denominatore	N. accessi in PS con codice verde
Note	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



C16.3 Percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h

L'indicatore misura la percentuale di accessi con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore dal momento di assegnazione del codice colore. Questo indicatore, pertanto, misura l'efficienza dell'intero percorso del paziente, anche in termini di effettuazione di esami diagnostici o di visite tramite consulenze specialistiche.



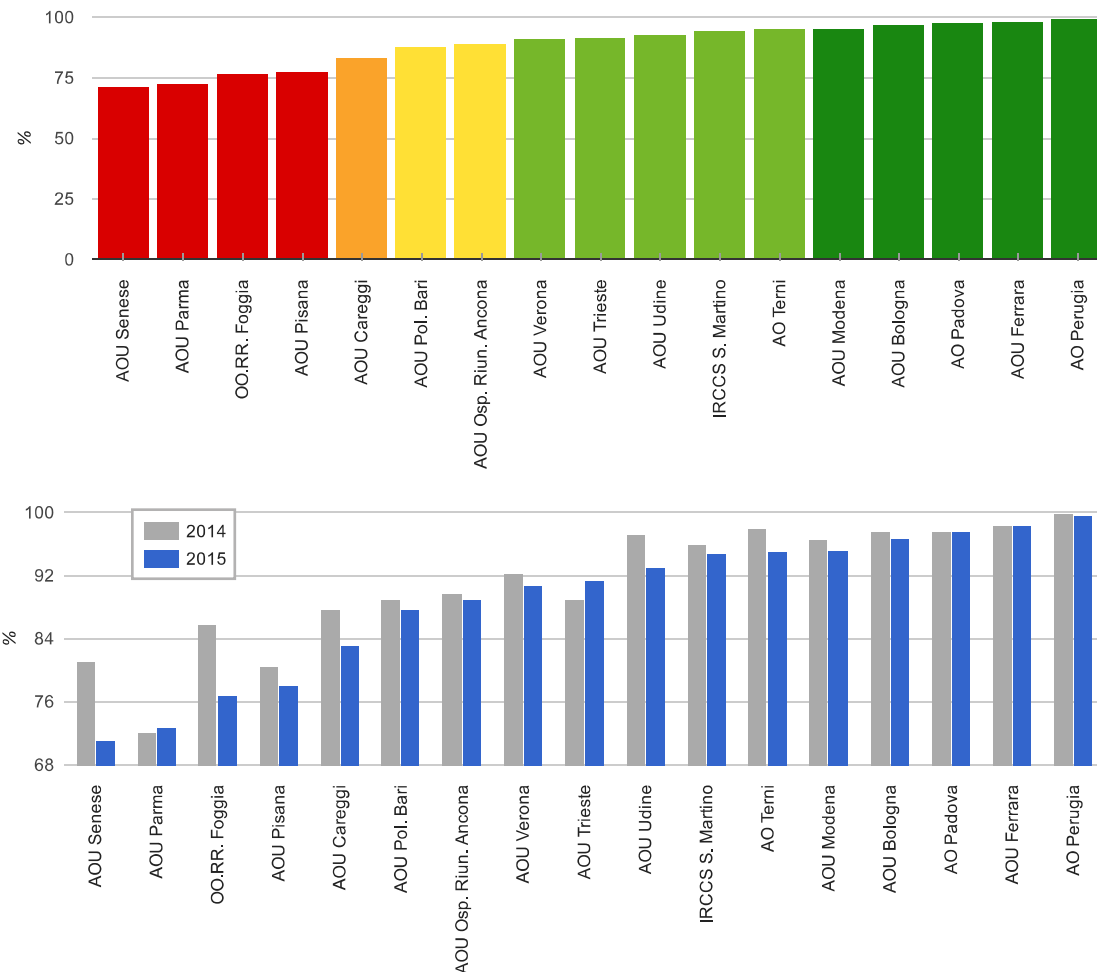
Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore
Numeratore	N. accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100
Denominatore	N. totale accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro e oltre 4 ore
Note	Si considera il colore triage verde(colore in entrata). Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve. Si considerano gli accessi con esito 1 "dimissione a domicilio" e 8 "dimissione a strutture ambulatoriali" (codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso). Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di dimissione e la data di accettazione.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



C16.4 Percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8 ore

L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di assegnazione del codice colore gravità alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve. Questo indicatore, pertanto, non misura solo l'efficienza del Pronto Soccorso, ma permette di valutare l'efficienza del sistema ospedale nel suo complesso. Misura infatti la tempestività con cui si è proceduto a sistemare in reparto i pazienti per i quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, indica la necessità di ricovero o di altri approfondimenti. La dilatazione del tempo di permanenza, infatti, può dipendere anche dalla capacità di "aspirazione" del reparto, ossia di rendere disponibili posti letto con tempistiche adeguate al ritmo delle attività di Pronto Soccorso, in mancanza della quale si genera il fenomeno del "boarding" (ossia il permanere in Pronto Soccorso di pazienti inviati a ricovero), attualmente ritenuto una delle criticità determinanti il sovraffollamento ed il protrarsi dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.

- Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. (2012), "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding", The Journal of Emergency Medicine , 42, 2: 186-196
- White B.A., Biddinger P.D., Chang Y., Grabowski B., Carignan S., Brown D.F.M. (2013), "Boarding Inpatients in the Emergency Department Increases Discharged Patient Length of Stay", The Journal of Emergency Medicine , 44, 1: 230-235



Definizione	Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
Numeratore	N. accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
Denominatore	N. Totale accessi inviati al ricovero
Note	Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve. Si considerano gli accessi con esito 2 "ricovero in reparto di degenza" e 3 "trasferimento ad altro istituto" (codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso). Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di dimissione e la data di accettazione.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



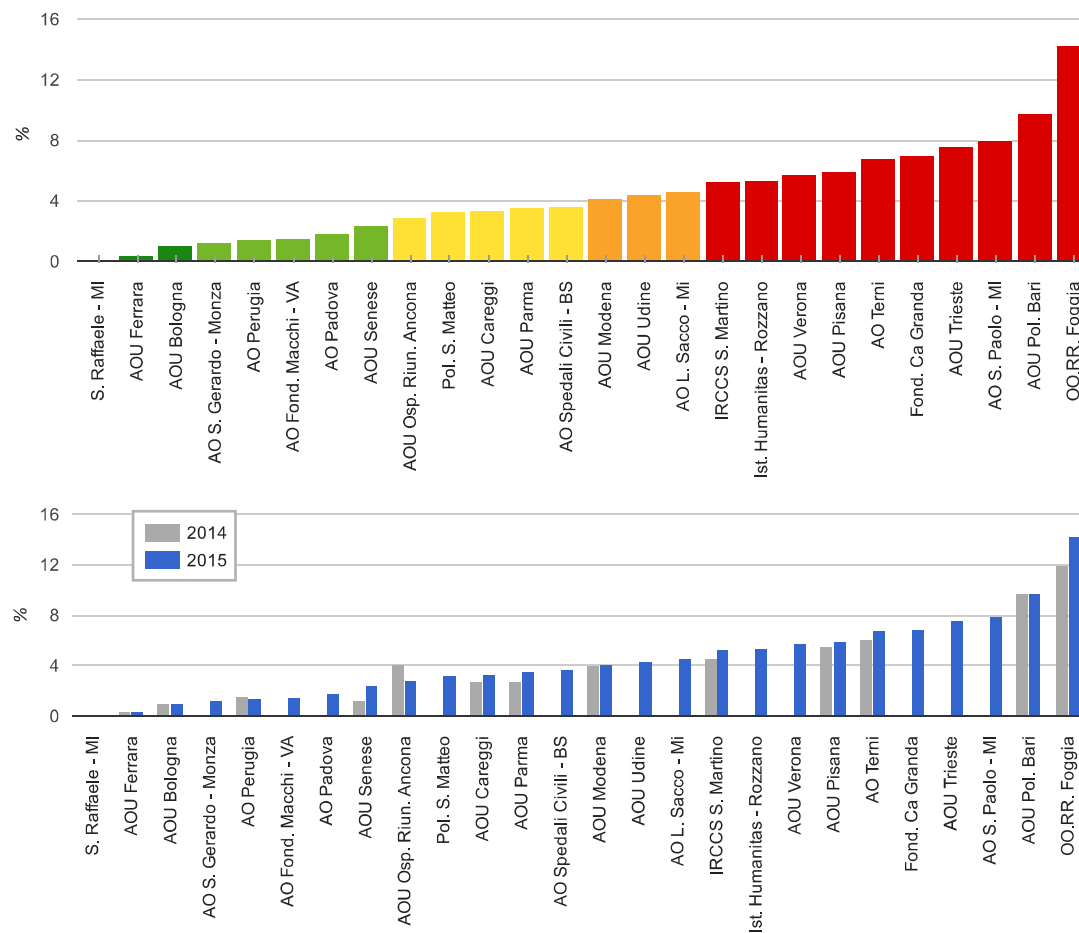
D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso

Il paziente che accede al Pronto Soccorso può decidere di abbandonare il percorso diagnostico-terapeutico. Questo aspetto va monitorato con attenzione, in quanto un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute e manifesta, come rilevato in letteratura, un'evidente insoddisfazione per il servizio erogato.

L'indicatore monitora pertanto il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage).

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.

- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20,4: 306-313
- Clarey A.J., Cooke M.W., (2012), "Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis", *Emergency Medicine Journal*, 29,8: 617-621



Definizione	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso
Numeratore	N. abbandoni dal Pronto Soccorso x 100
Denominatore	N. accessi in Pronto Soccorso
Note	Al numeratore sono considerati gli accessi: dei pazienti che lasciano il Pronto Soccorso prima della visita medica (esito «6» - codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso), dei pazienti che lasciano il Pronto Soccorso in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica (esito «7» - codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso), dei pazienti che abbandonano volontariamente il Pronto Soccorso avvertendo il personale (esito «V»); Al denominatore si considerano tutti gli accessi al Pronto Soccorso. Il codice esito «5» - rifiuta ricovero - non è incluso al numeratore. Alle Aziende territoriali vengono attribuiti esclusivamente gli abbandoni che si sono verificati nei PS a gestione diretta.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso

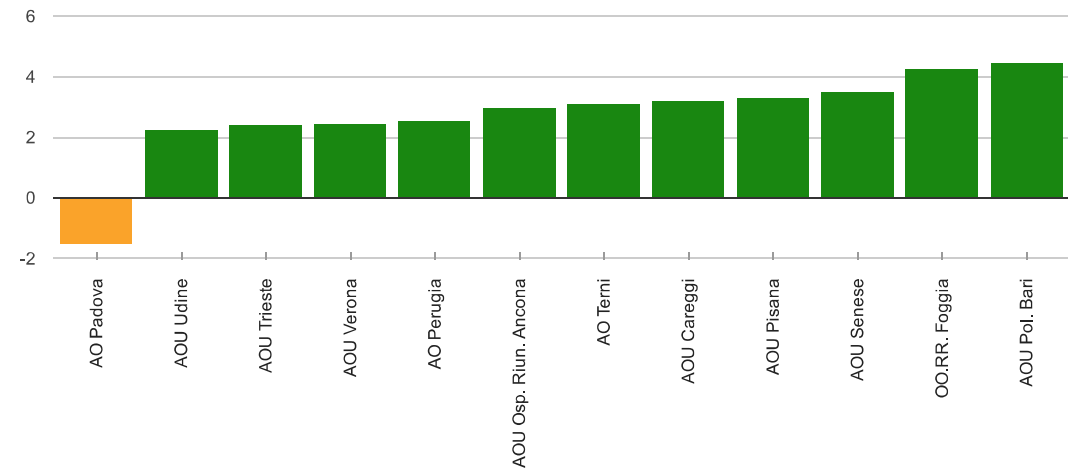




EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

F1.2 Equilibrio Economico Sanitario (ROS)

L'indicatore F1.2 indica la capacità dell'azienda di raggiungere l'equilibrio economico relativo all'attività tipica, escludendo quindi sia i fattori straordinari (plusvalenze o le sopravvenienze passive), sia i risultati positivi o negativi derivanti dalle altre gestioni. E' costruito come il rapporto fra il margine sanitario netto (l'equivalente del margine operativo netto), calcolato come differenza fra valore e costi della produzione, e il valore della produzione. Tale indice, molto utilizzato a livello internazionale, è noto con il nome di "ROS", Return On Sales. La fonte dei dati è il BILANCIO 2014.

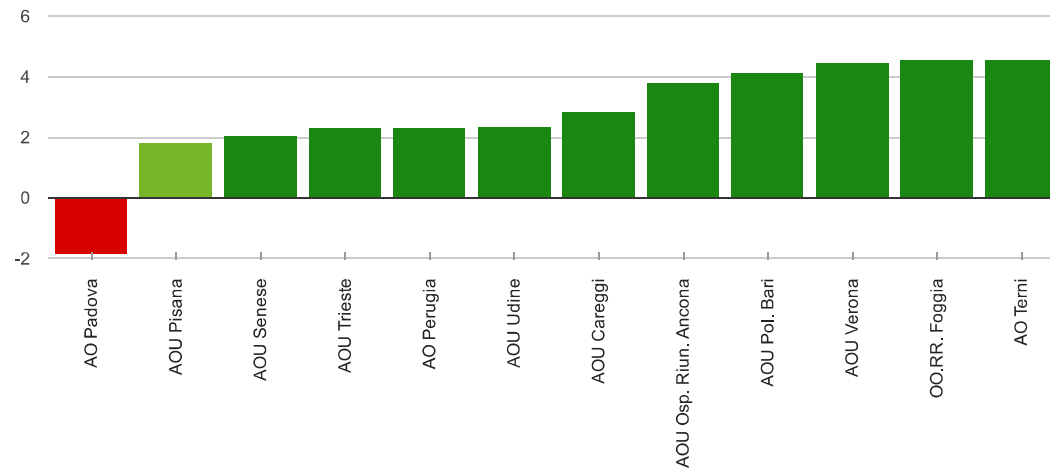


Definizione	Indica il risultato della gestione caratteristica dell'azienda sanitaria in relazione al valore della produzione, espresso in termini di valore percentuale
Numeratore	Margine Sanitario Netto x 100
Denominatore	Valore della produzione
Note	Il margine sanitario netto è calcolato come segue: Valore della produzione (codice AZ999 del Flusso CE) – Costi della produzione (codice BZ999 del Flusso CE)
Fonte	Flusso CE bilancio 2014



F1.3 ROI

Questo indicatore è calcolato come rapporto fra margine sanitario netto (differenza fra valore e costi della produzione) e capitale investito. E' previsto per le AO, AOU, IRCCS in quanto sono le uniche aziende che applicano un sistema di tariffazione delle prestazioni (DRG) che correla, seppur in parte, i ricavi al volume dell'attività svolta, diversamente da quanto accade nelle ASL. Questo indice esprime l'efficienza con la quale è utilizzato il capitale investito, ovvero la redditività del capitale investito (il cosiddetto return on investment). Nel caso del settore sanitario indica, quindi, il rapporto tra la necessità di garantire continui investimenti e la possibilità di offrire ai cittadini livelli di eccellenza delle prestazioni con adeguate strutture di ricerca. La fonte dei dati è il BILANCIO 2014.

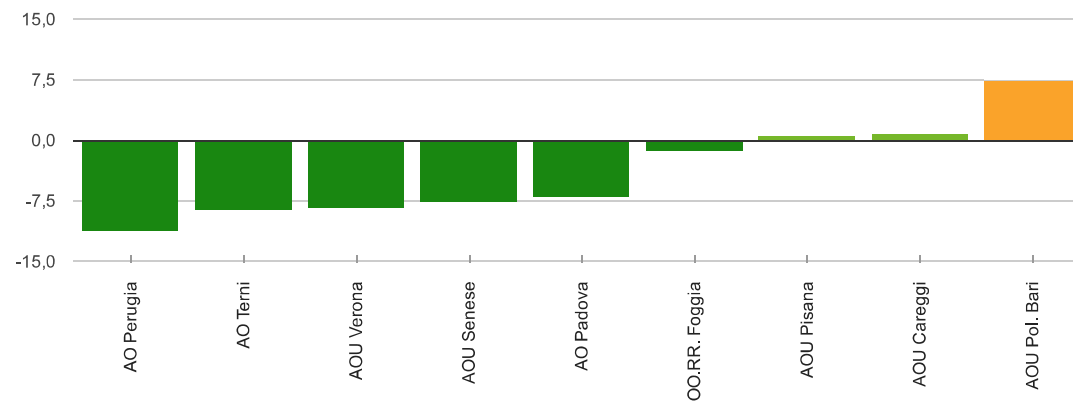


Definizione	Indica il risultato della gestione caratteristica dell'azienda sanitaria in relazione al capitale investito, espresso in termini di valore percentuale
Numeratore	Margine Sanitario Netto x 100
Denominatore	Totale Attivo
Note	Il margine sanitario netto è calcolato come segue: Valore della produzione (codice AZ999 del Flusso CE) – Costi della produzione (codice BZ999 del Flusso CE).
Fonte	Flusso CE – Flusso SP bilancio 2014



F1.4 Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)

L'indicatore introdotto dalla legge di stabilità n.208 del 2015 e dalle successive specifiche nel decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016, esprime l'efficienza gestionale dell'azienda calcolata come scostamento tra costi e ricavi determinati come remunerazione dell'attività. La metodologia di calcolo dello scostamento è stata individuata e approvato dal Ministero della salute attraverso il DM del 21 giugno del 2016 per la predisposizione dei piani di rientro di cui art.1 comma 528 della legge n.208. L'indicatore è calcolato come rapporto tra la differenza tra i costi e i ricavi massimi ammissibili, e la somma dei ricavi da prestazioni e del finanziamento per funzione massimo ammissibile. In base alle legge di stabilità lo scostamento massimo individuato è pari al 10%, in base a tale soglia sono state calcolate le fasce di valutazione. La fonte dati è il IV trimestre 2015.

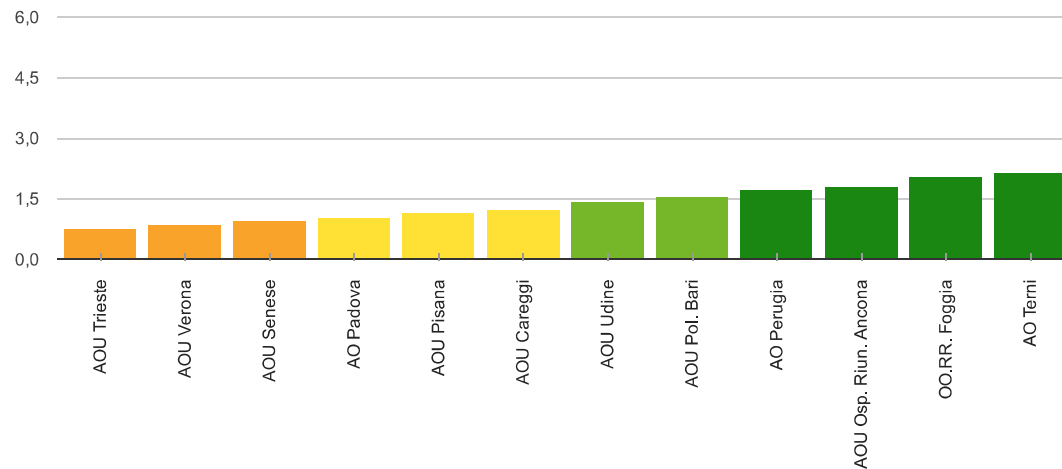


Definizione	Copertura percentuale dei costi per attività svolta (legge di stabilità n.208/2015)
Numeratore	Costi - Ricavi massimi ammissibili
Denominatore	Ricavi da prestazioni finanziamenti per funzioni massimo ammissibile
Note	La voce dei costi COSTI è la somma delle seguenti voci di bilancio: B.1), B.2), B.3), B.4), B.5), B.6), B.7), B.8), B.9), B.10), B.11), B.14), B.15), B.16), C.3), C.4), D.2), Y). I RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI sono la somma di: Ricavi da prestazioni, Finanziamento per funzioni massimo ammissibile, Altri ricavi. I Ricavi da prestazioni= ricavi da prestazioni - normalizzazione dei ricavi da ricovero. Ricavi da prestazione= A.4.A) - A.4.A.2) A.6) A.1.B.1.3). Normalizzazione= (A.4.A.1.1) + A.4.A.3.1) * delta tariffario indicato nell' Allegato A delle linee guida per la predisposizione dei piani di rientro. Finanziamento per funzioni massimo ammissibile=(x /1-x)*ricavi da prestazione. Altri ricavi: A.1.A.2), A.1.B.1.1), A.1.B.2.1), A.1.B.3), A.1.C), A.1.D), A.3), A.4.A.2), A.4.B), A.4.C), A.4.D), A.5), A.7), A.8), A.9), C.1), C.2), D.1). Per un dettaglio maggiore sulla metodologia di calcolo far riferimento al DM del 21 GIUGNO 2016.
Fonte	Flusso CE, IV trimestre 2015



F3.1 Indice di disponibilità

L'indice di disponibilità valuta la solvibilità dell'azienda, intesa come capacità di far fronte ai propri impegni a breve attraverso le disponibilità correnti, ossia cassa, crediti a breve rapidamente realizzabili e rimanenze di magazzino. L'indicatore è stato calcolato solo per le AO, AOU, IRCCS. La fonte dei dati è il BILANCIO 2014.

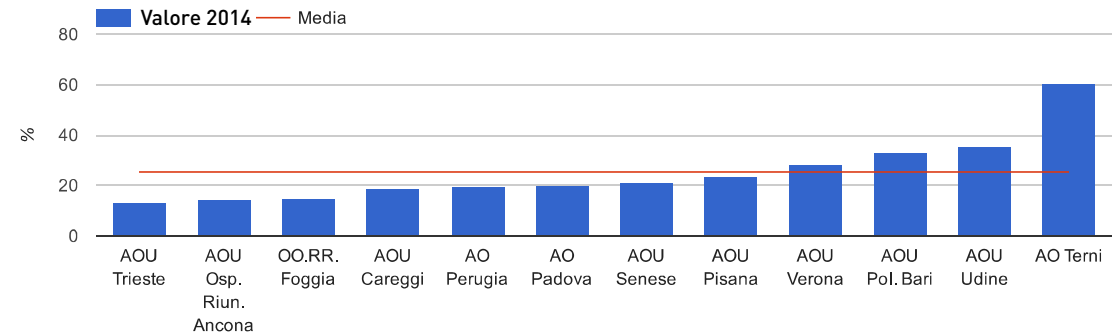


Definizione	Indica il rapporto tra attività e passività a breve termine
Numeratore	Attivo Circolante
Denominatore	Passivo Corrente
Note	Attivo circolante è calcolato prendendo in considerazione le voci del Flusso SP [codice ABZ999 ACZ999] Passivo corrente è calcolato prendendo in considerazione le voci del Flusso SP [codice PDA000, PDA010, PDA070, PDA130, PDA140, PDA240, PDA280, PDA310, PDA320, PDA330, PDA340, PEA000, PEA030] Sono state inserite solo le voci entro i 12 mesi come indicato nel bilancio aziendale
Fonte	Flusso SP e Bilancio aziendale anno 2014



F3.2.1 Incidenza dei canoni di leasing e noleggio

Questo indicatore mostra il ricorso a immobilizzazioni materiali non di proprietà, ed è costruito come rapporto tra canoni leasing e noleggio e sommatoria dei canoni leasing ed ammortamenti, con riferimento alle sole immobilizzazioni materiali. Mostra la scelta dell'azienda di ricorrere alle immobilizzazioni materiali di proprietà oppure a quelle di non proprietà. La fonte dei dati è il BILANCIO 2014.

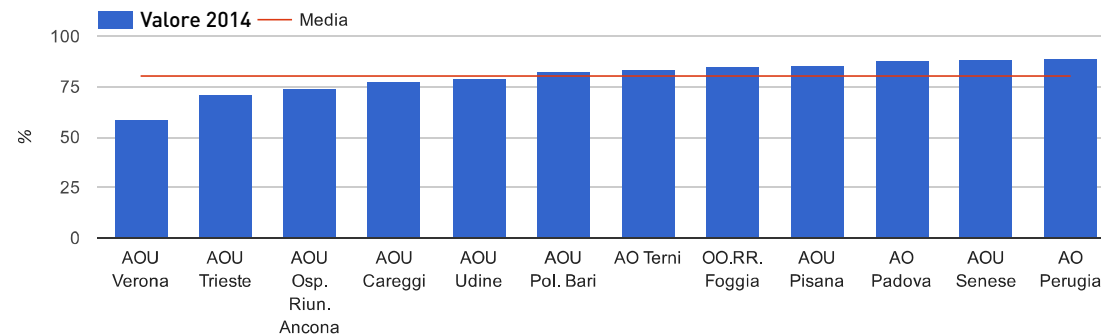


Definizione	Indica l'incidenza dei canoni leasing e noleggio sui totale degli ammortamenti delle immobilizzazioni materiali e dei canoni leasing e noleggio, espresso in termini di valore percentuale
Numeratore	Canoni di leasing e noleggio x 100
Denominatore	Canoni di leasing e noleggio Ammortamento immobilizzazioni materiali
Note	Canoni leasing (codice B02040), canoni di noleggio (BA2010) Ammortamento immobilizzazioni materiali (codice BA2580)
Fonte	Flusso CE anno 2014



F3.2.2 Obsolescenza degli impianti e macchinari

Il tasso di obsolescenza misura quanta parte del valore di alcune immobilizzazioni materiali, in particolare gli impianti e macchinari (sanitari e non sanitari) e le attrezzature sanitarie e scientifiche, è stato già ammortizzato. L'indicatore è pertanto costruito come il rapporto fra il fondo ammortamento sul valore di acquisto o produzione dell'immobilizzazione materiale. Un indicatore prossimo al 100% indica che in azienda tutti gli impianti e macchinari e le attrezzature sanitarie e scientifiche sono state ammortizzate per cui in teoria hanno terminato la vita utile al processo produttivo. Pertanto si ritiene che questo indicatore possa essere di supporto all'attività di programmazione e di sostituzione sistematica di impianti, macchinari ed attrezzature dell'azienda. La fonte dei dati è il BILANCIO 2014.

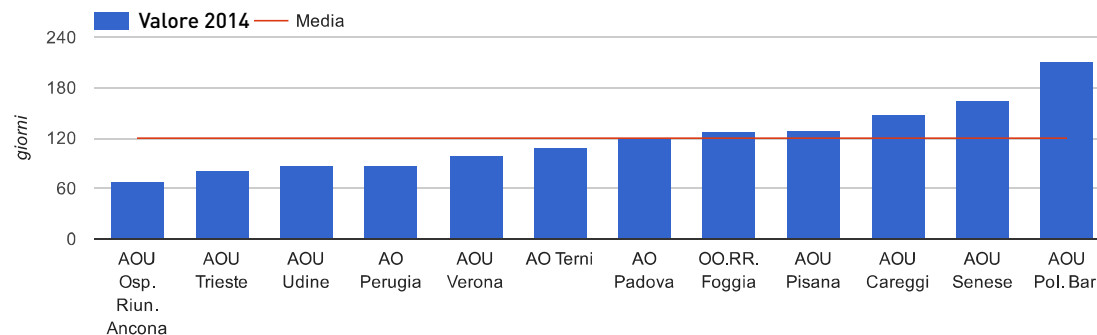


Definizione	Indica l'obsolescenza delle immobilizzazioni materiali data dal rapporto fra fondi di ammortamento sul costo storico, espressa in termini di valore percentuale
Numeratore	Totale fondi ammortamento delle immobilizzazioni materiali x 100
Denominatore	Valore di acquisto o produzione delle immobilizzazioni materiali
Note	Immobilizzazioni materiali: impianti e macchinari (sanitari e non sanitari), attrezzature sanitarie e scientifiche (con codice rispettivamente AAA390 e AAA420). Totale fondo ammortamento impianti e macchinari (sanitari e non sanitari), attrezzature sanitarie e scientifiche (codice AAA400 e AAA430).
Fonte	Flusso SP anno 2014



F3.4.2 Dilazione dei debiti

L'indicatore dilazione media dei debiti è dato dal rapporto fra i debiti verso i fornitori e gli acquisti di beni e servizi moltiplicato per 360 giorni. L'indice traduce in termini di numero di giorni il rapporto tra lo stock di debiti rilevati a fine anno rispetto al totale dei costi che generano indebitamento di fornitura durante l'anno. Tale risultato esprime la durata media dell'indebitamento, ovvero la durata media con cui sono pagati i debiti verso fornitori, evidenziando il potere contrattuale dell'azienda sanitaria ed il suo grado di correttezza dei rapporti con i fornitori. La fonte dei dati è il BILANCIO 2014.

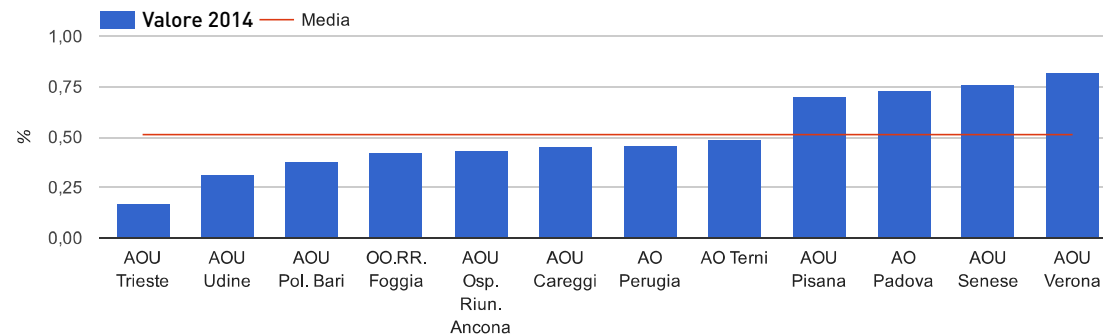


Definizione	Indica la durata media dell'indebitamento verso ai fornitori
Numeratore	Debiti verso fornitori x 360
Denominatore	Acquisti di beni e servizi (ivati)
Note	I Debiti verso fornitori (codice PDA280 del Flusso SP). Gli acquisti di beni e servizi sono calcolati considerando le seguenti voci del Conto Economico: (codice BA0030 del Flusso CE), (codice BA0210 del Flusso CE), (codice BA0250 del Flusso CE), (codice BA0260 del Flusso CE), (codice BA0270 del Flusso CE), (codice BA0280 del Flusso CE), (codice BA0290 del Flusso CE), (codice BA0310 del Flusso CE), (codice BA0420 del Flusso CE), (codice BA0570 del Flusso CE), (codice BA0580 del Flusso CE), (codice BA0630 del Flusso CE), (codice BA0680 del Flusso CE), (codice BA0690 del Flusso CE), (codice BA0740 del Flusso CE), (codice BA0790 del Flusso CE), (codice BA0840 del Flusso CE), (codice BA0940 del Flusso CE), (codice BA0950 del Flusso CE), (codice BA1000 del Flusso CE), (codice BA1070 del Flusso CE), (codice BA1080 del Flusso CE), (codice BA1130 del Flusso CE), (codice BA1180 del Flusso CE), (codice BA1190 del Flusso CE), (codice BA1380 del Flusso CE), (codice BA1530 del Flusso CE), (codice BA1560 del Flusso CE), (codice BA1910 del Flusso CE) tranne codice BA1980, (codice BA2000 del Flusso CE), (codice BA2010 del Flusso CE), (codice BA2040 del Flusso CE).
Fonte	Flusso CE e Flusso SP



F3.5 Indice di indebitamento

L'indice di indebitamento esprime il grado di indebitamento dell'azienda cioè la misura in cui ricorre al capitale di terzi per finanziarsi. Il dato è stato calcolato solo per le AO, AOU, IRCCS utilizzando i bilanci del 2014.



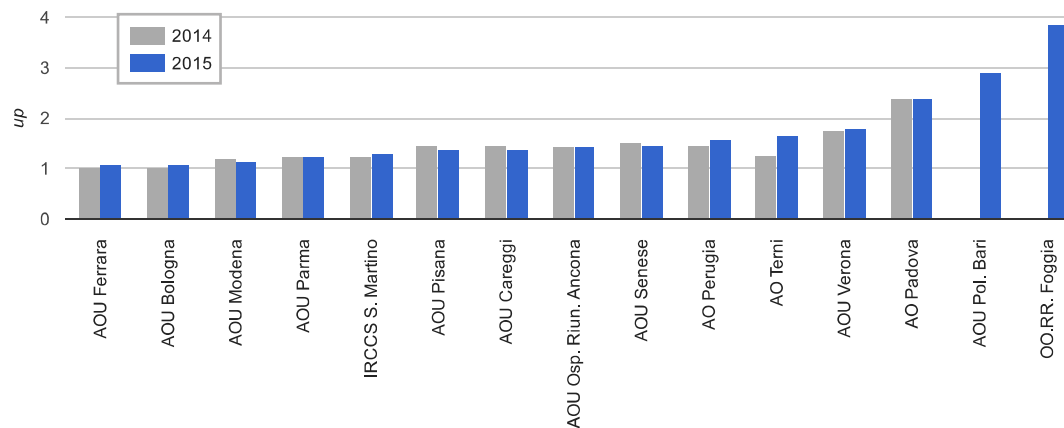
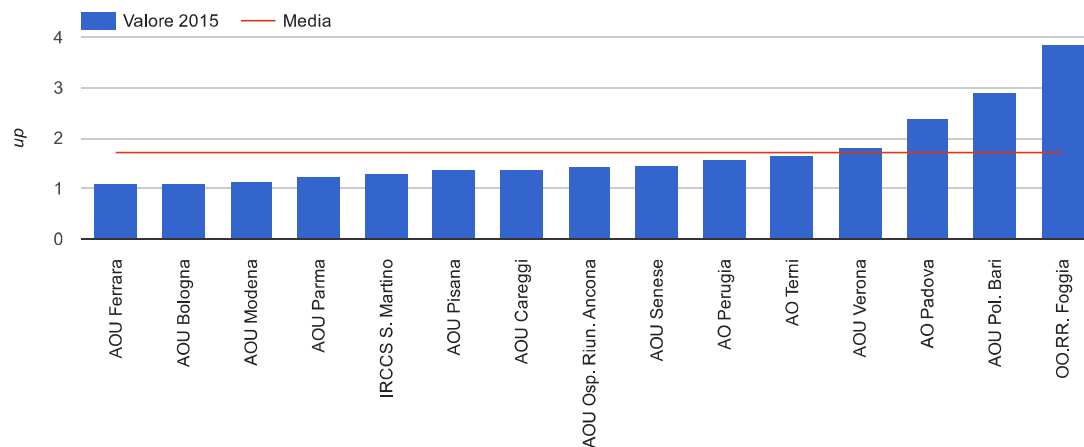
Definizione	Indica il grado di dipendenza da terzi finanziatori, evidenziando al numeratore il totale dei debiti dell'azienda e al denominatore il totale del capitale investito
Numeratore	Mezzi di terzi
Denominatore	Capitale investito
Note	Per il numeratore sono state considerate le seguenti voci: Fondi per rischi e oneri (codice PB999 del Flusso SP), Trattamento di fine rapporto (codice PC999 del Flusso SP), Debiti (codice PD999 del Flusso SP), Ratei e Risconti (codice PE999 del Flusso SP).
Fonte	Flusso SP anno 2014



ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI

C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti

L'eccessivo utilizzo degli antibiotici è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Si tratta di una situazione di particolare gravità nelle realtà ospedaliere dove, la fragilità dell'utenza e la convivenza di molteplici realtà cliniche, rende più facile lo sviluppo di infezioni incrociate. La prevenzione dell'infezione, da un lato, ed il trattamento, dall'altro, spingono ad un sempre maggiore utilizzo di antibiotici che però andrebbe limitato.

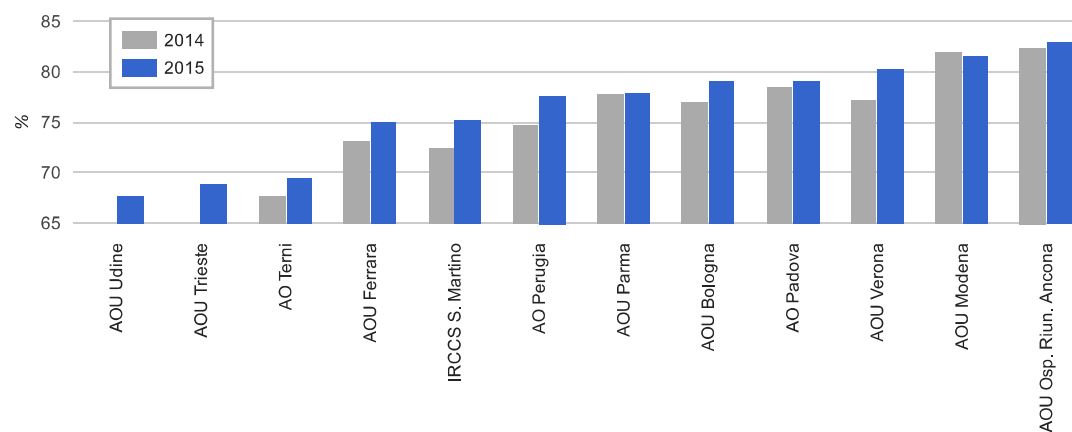
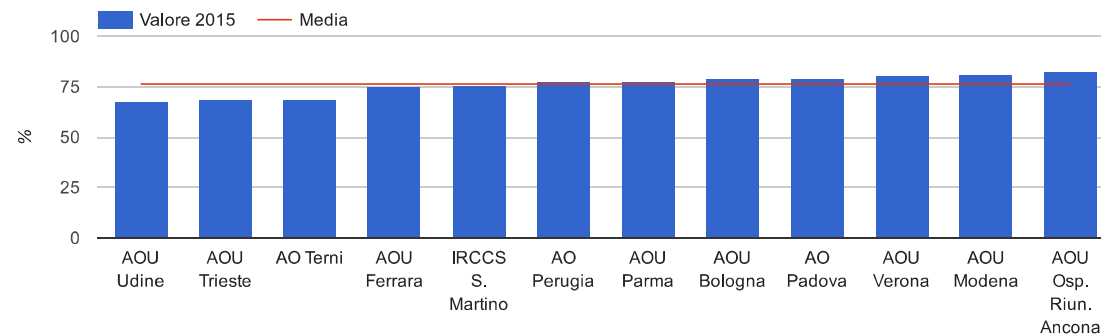


Definizione	Consumo di antibiotici erogati nei reparti
Numeratore	N. unità posologiche di antibiotici erogati nei reparti
Denominatore	N. di giornate di degenza
Note	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01 Si considera l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. (E' esclusa la distribuzione diretta). I dati sono per azienda erogatrice.
Fonte	Flussi della Farmaceutica



C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti

Il massiccio utilizzo di antibiotici nelle realtà ospedaliere ha portato ad una rapida diffusione all'interno di questi di microrganismi resistenti. La resistenza ai batteri è causa principale di fallimento del trattamento delle infezioni. L'insorgenza di resistenza alle terapie antibiotiche sta generando molto più spesso un prolungamento delle degenze, un incremento di casi di contagio ed aumento della mortalità all'interno delle strutture. Gli antibiotici iniettabili, maggiore fonte di inappropriately, dovrebbero essere utilizzati solo in pazienti con storia clinica grave o di fronte all'impossibilità oggettiva di assunzione di antibiotici in formulazioni orali.

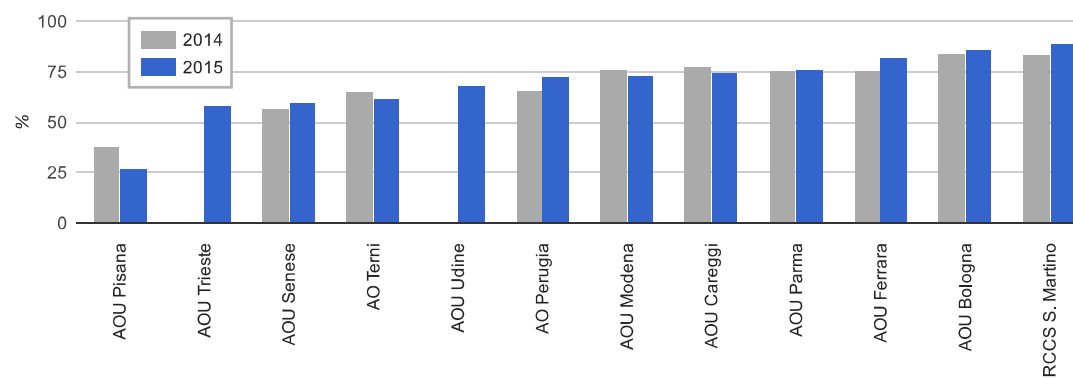
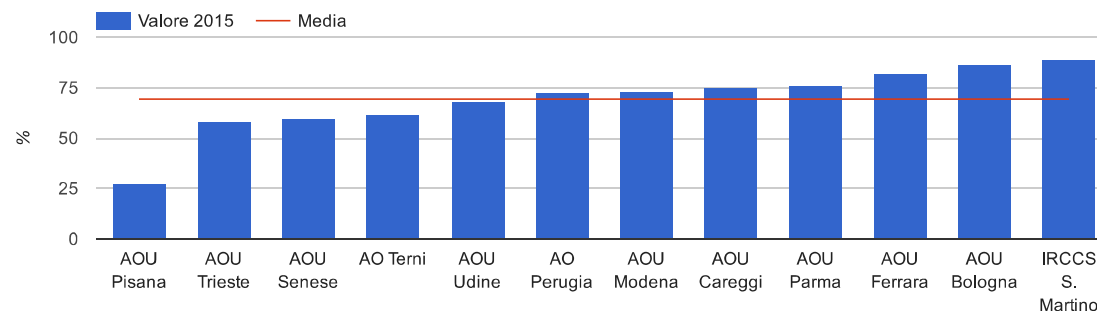


Definizione	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti
Numeratore	N. unità posologiche antibiotici iniettabili erogate x 100
Denominatore	N. unità posologiche antibiotici complessivamente erogate
Note	Incidenza degli antibiotici iniettabili rispetto agli antibiotici complessivamente erogati nei reparti. I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Si considera l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario, di Day Hospital e ambulatoriale. [E' esclusa la distribuzione diretta]. I dati sono per azienda erogatrice.
Fonte	Flussi Farmaceutica ospedaliera



C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione

Nei pazienti dimessi per IMA esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti, che si esprime in una migliore prognosi sia a breve che a lungo termine.

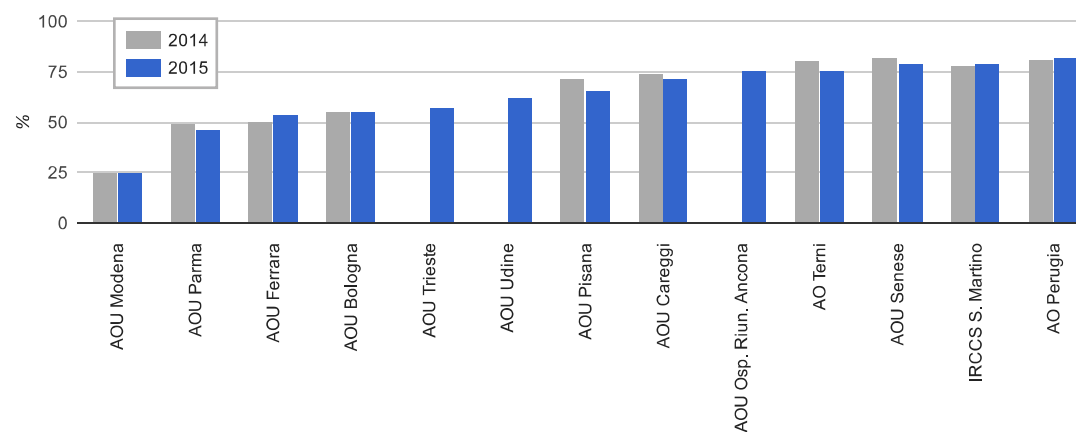
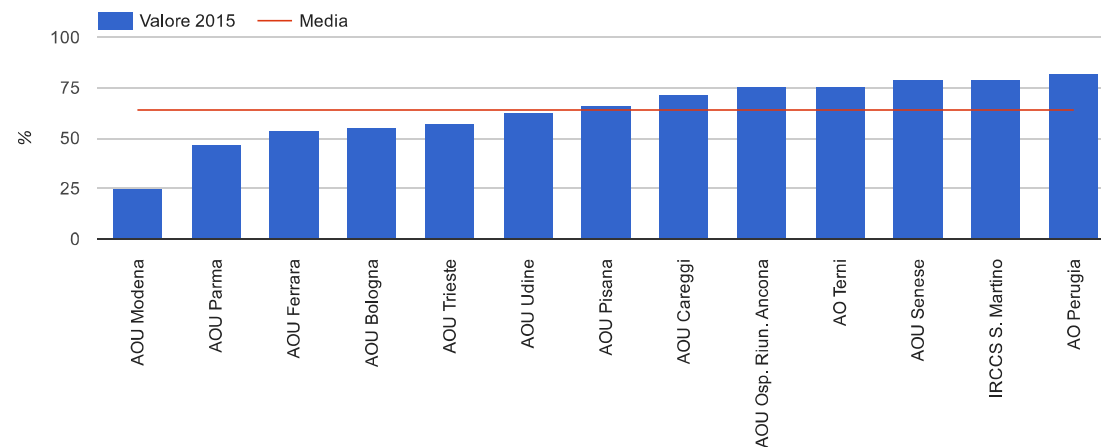


Definizione	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione
Numeratore	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore	Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta-bloccanti alla dimissione
Note	Numeratore: Pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti al primo ricovero per IMA nel periodo 1/01/2015 – 30/11/2015 (condizione: almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA) Denominatore: Si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI), nel periodo 1/01/2015 – 30/11/2015 tra i 18 e i 100 anni Criteri di inclusione a) Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1 – IMA – Episodio iniziale di assistenza) nel periodo 1/01/2015 – 30/11/2015 b) In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero c) solo dimissioni con durata di degenza > 3 giorni. Criteri di esclusione a) Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione ICD-IX: 426.0x, 426.12, 426.13, 427.81; b) Pazienti con asma identificati come segue: Almeno due prescrizioni di corticosteroidi per via inalatoria nei 6 mesi precedenti il ricovero indice – codici ATC: R03BA, R03AK06, R03AK07; OPPURE: Dimissione per asma (diagnosi in qualsiasi posizione 493.xx) nei 6 mesi precedenti il ricovero indice; c) Pazienti deceduti nel ricovero indice ATC selezione farmaci: C07AA, C07AB, C07AG, C07BB, C07CA, C07CB, C07CG.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) – Flussi regionali farmaceutica



C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o sartani

La letteratura scientifica sottolinea come l'utilizzo di ACE-inibitori determini effetti favorevoli dopo IMA che si esprime in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Inoltre, le linee guida sia americane che europee considerano ed indicano i sartani, in particolari condizioni come l'intolleranza, come un'alternativa terapeutica all'utilizzo di ACE-inibitori.

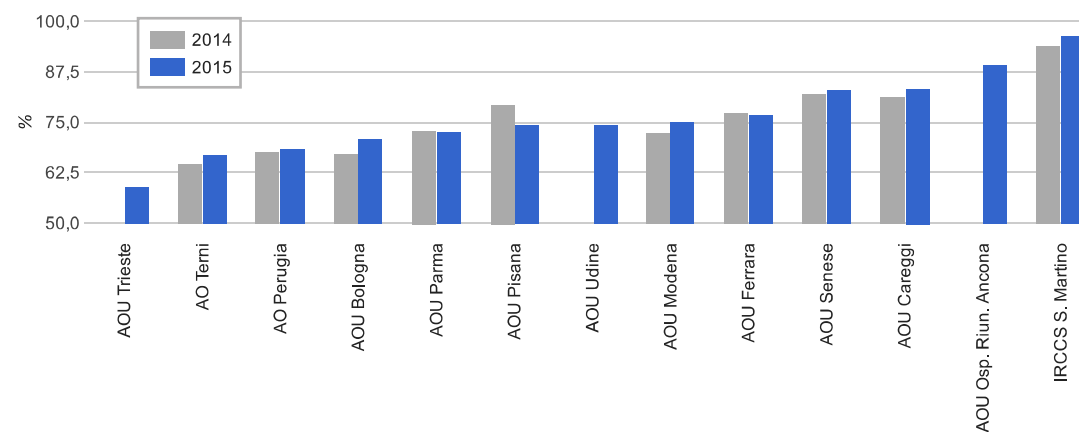
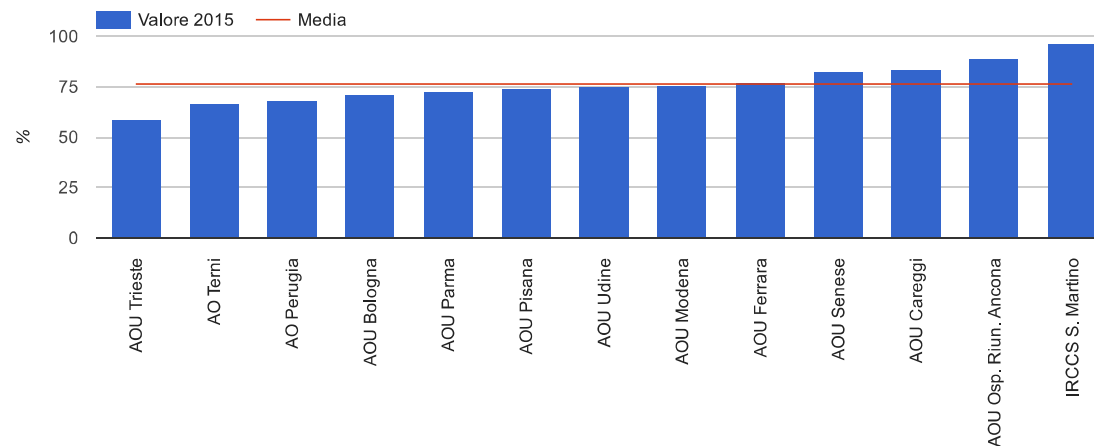


Definizione	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani
Numeratore	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore	Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con ACE inibitori o Sartani alla dimissione
Note	Numeratore: Pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione per IMA nel periodo 1/01/2015 – 30/11/2015 (condizione: almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA) Denominatore: Si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI), nel periodo 1/01/2015 – 30/11/2015 tra i 18 e i 100 anni Criteri di inclusione a) Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1) nel periodo 1/01/2015 – 30/11/2015 b) In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero c) solo dimissioni con durata di degenza > 3 giorni. Criteri di esclusione a) Pazienti con contro-indicazioni all'utilizzo degli ACE inibitori nei 12 mesi precedenti il ricovero indice – diagnosi in qualsiasi posizione ICD-IX: 440.1x, V56.0, V56.8, 39.95, 54.98, 788.5x, 586.xx, 403.01, 403.11, 403.91, 404.02, 404.03, 404.12, 404.13, 404.92, 404.93, 584.5x, 584.6x, 584.7x, 584.8x, 584.9x, 585.5x, 585.6x, 425.1x, V22, V23, 277.6x; b) Pazienti con diagnosi in qualsiasi posizione, nell'anno precedente al ricovero indice, di: 570.xx, 571.xx, 573.3x; b) Pazienti deceduti nel ricovero indice ATC selezione farmaci: C09A, C09B, C09C, C09D.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) – Flussi regionali farmaceutica



C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

Alla dimissione da infarto miocardico acuto, l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggregante e statine in letteratura è stata ampiamente dimostrata ed è fortemente indicata al per la sua prevenzione secondaria.

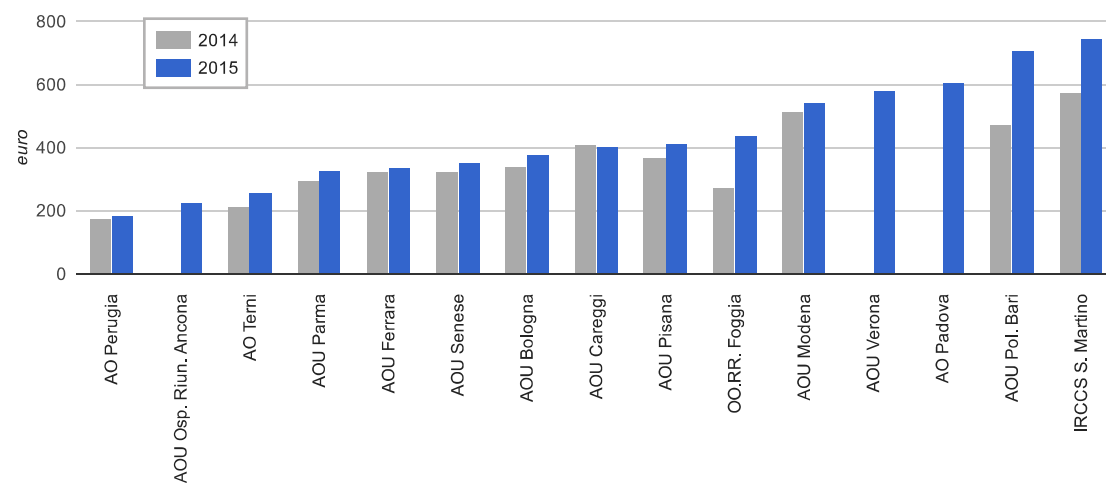
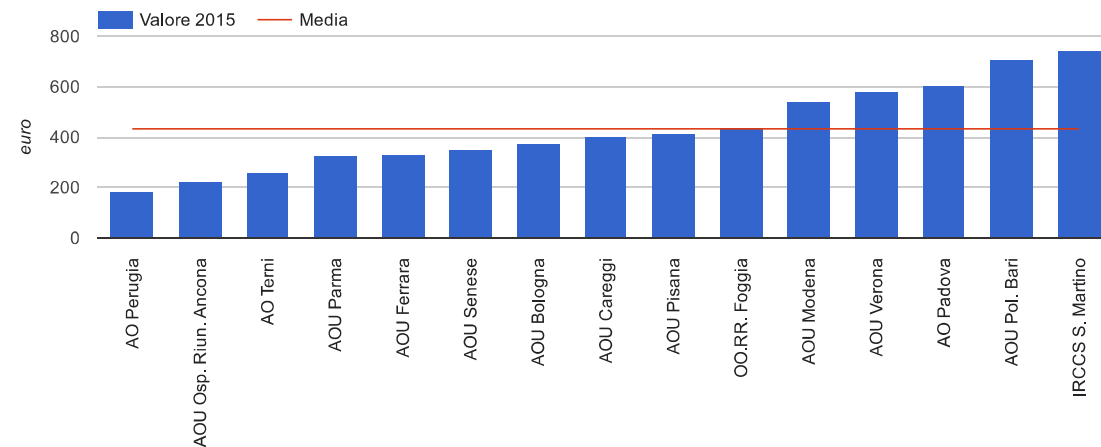


Definizione	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione
Numeratore	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro dei due farmaci entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore	Numero di pazienti contestualmente eleggibili alla terapia con antiaggregante e statine alla dimissione
Note	Indicatore espresso in percentuale Numeratore: Pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali è stata prescritta terapia contestuale di antiaggregante e statine dopo la dimissione. (condizione: almeno un ritiro dei due farmaci entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA nel periodo 1/01/2015 – 30/11/2015) Denominatore: Si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI), nel periodo 1/01/2015 – 30/11/2015 tra i 18 e i 100 anni Criteri di inclusione a) Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (410.x1) nel periodo 1/01/2015 – 30/11/2015 b) In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero c) solo dimissioni con durata di degenza ≥ 3 giorni. Criteri di esclusione antiaggregante a) Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: 530.1x; 530.2x; 531.xx eccetto 531.9x; 532.xx eccetto 532.9x; 533.xx eccetto 533.9x; 534.xx eccetto 534.9x; 535.x1; 562.02, 562.03, 562.12, 562.13; 238.7x; 286.xx; 287.0x; 287.3x; 287.4x; 287.5x; 446.6x; 432.9x; 573.8x; b)Pazienti deceduti nel ricovero indice Criteri di esclusione per Statine: a) Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: 570.xx; 571.xx; 573.3x; 358.xx; 359.xx; b)Pazienti deceduti nel ricovero indice ATC selezione farmaci: acido acetilsalicilico [B01AC06], clopidogrel [B01AC04], ticlopidina [B01AC05], prasugrel [B01AC22], ticagrerol [B01AC24], DUOPLAVIN Agrenoxx [B01AC30] e Codici ATC: statine [C10AA]
Fonte	Sistema Informativo Regionale – SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) – Flussi regionali farmaceutica



F10.2 Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG

L'indicatore è finalizzato al monitoraggio del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera. L'indicatore, che quest'anno non è oggetto di valutazione, rileva la spesa farmaceutica per pazienti in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. Non ricomprende invece la distribuzione diretta.

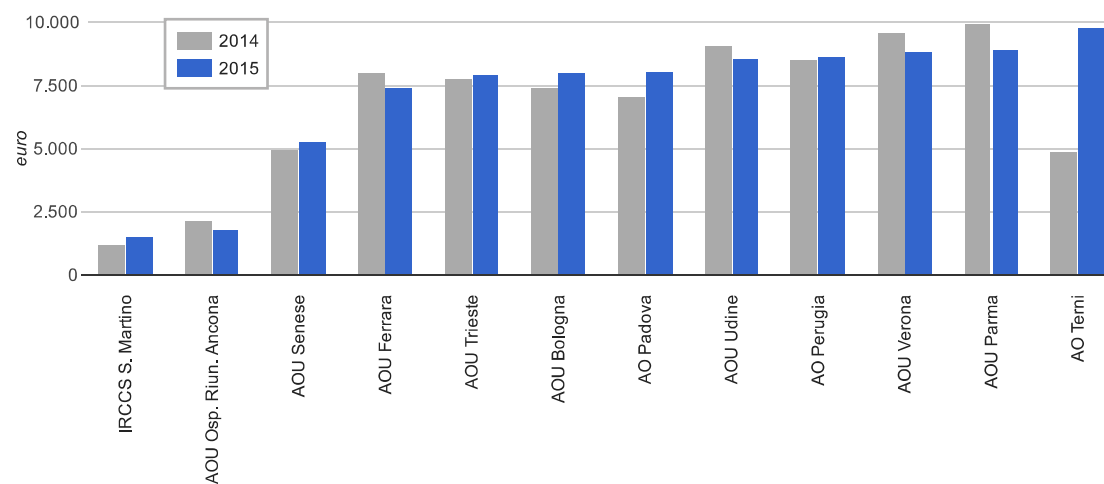
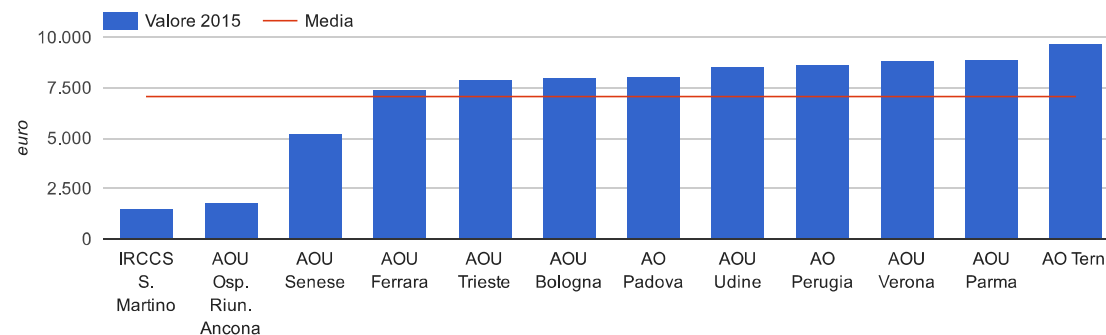


Definizione	Spesa farmaceutica ospedaliera per pazienti in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital
Numeratore	Spesa per farmaci somministrati nei reparti
Denominatore	Punti DRG
Note	Si considera l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. E' esclusa la distribuzione diretta. I dati sono per azienda di erogazione. Sono inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza. Per "punti DRG" si intende la sommatoria del prodotto tra peso DRG e ricoveri con il DRG corrispondente. Per la Liguria, i dati dell'Area Metropolitana Genovese (ASL 3, IRCCS San Martino, Osp. Evangelico e E.O. Galliera) vanno considerati complessivamente, per tenere conto della specializzazione oncologica dell'IRCCS e dell'accentramento di alcune funzioni di somministrazione farmaceutica di elevata specializzazione e costo.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica, flusso SDO



F10.2.2 Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa

Gli inibitori del TNF alfa rappresentano una classe di farmaci utilizzati da più di 10. Hanno come bersaglio il TNF alfa (fattore di necrosi tumorale alfa), citochina coinvolta nell'infiammazione sistemica, sostanza prodotta dal sistema immunitario. Negli individui sani l'eccesso di TNF alfa nel sangue è bloccato naturalmente ma in coloro che presentano particolari condizioni patologiche, gli elevati livelli di TNF alfa nel sangue provocano una infiammazione massiva, distruzione articolare e sintomi persistenti. Gli inibitori del TNF alfa possono modificare l'effetto della malattia sull'organismo controllando l'infiammazione a carico delle articolazioni, del tratto gastrointestinale e della pelle. I farmaci inibitori del TNF-alfa sono approvati per il trattamento di diverse condizioni che comprendono: artrite reumatoide, artrite idiopatica giovanile, artrite psoriasica, psoriasi a placche, spondilite anchilosante e malattia di Crohn. Appartengono alla classe degli immunosoppressivi L04AB (01-02-04-05-06), farmaci biologici ad alto costo. Per diminuire gli effetti collaterali ed i costi, la maggior parte dei pazienti affetti da patologia lieve o moderata sono trattati con metotrexato prima di passare ad un agente anti TNF alfa o combinarlo con quest'ultimo. Gli anti TNF alfa possono essere usati da soli o in combinazione con metotrexato, idrossiclorochina, leflunomide e sulfasalazina.

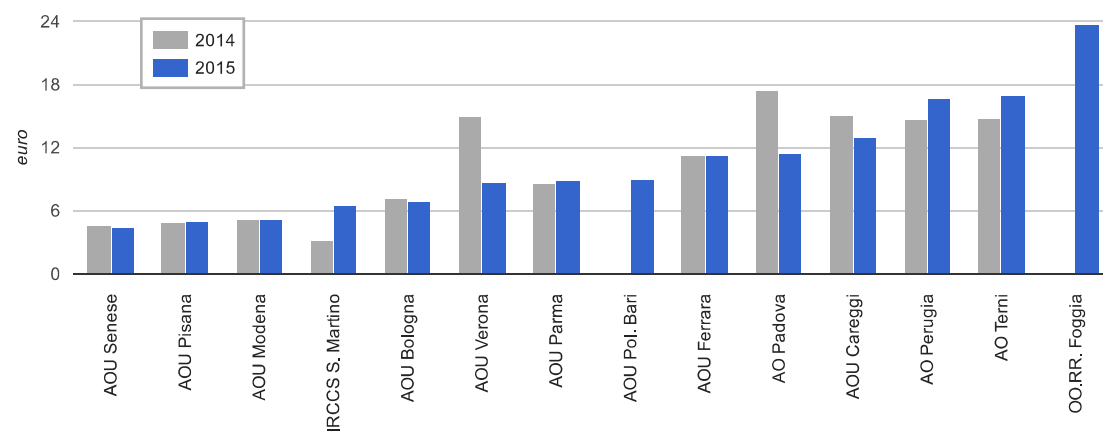
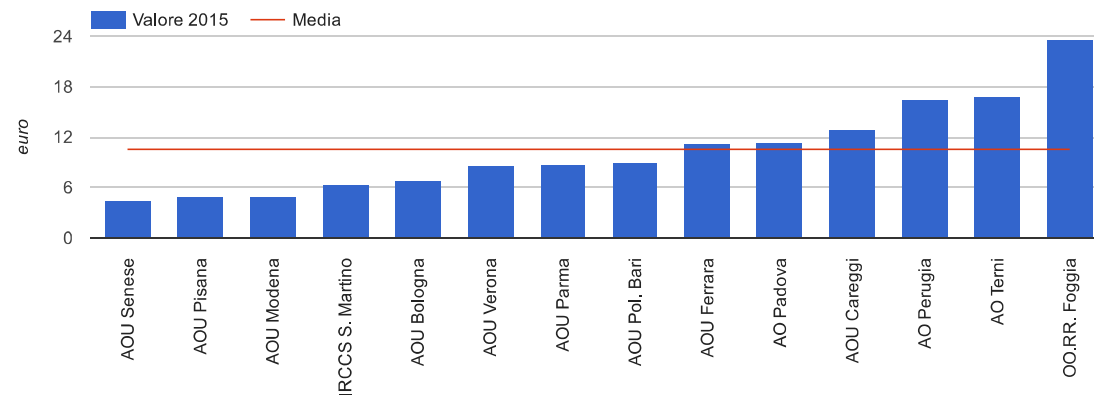


Definizione	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa
Numeratore	Spesa per farmaci inibitori di TNF alfa erogati direttamente o per conto e in regime convenzionato
Denominatore	Numero di utenti trattati con farmaci inibitori di TNF alfa
Note	I farmaci inibitori di TNF alfa appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) L04AB. Si fa riferimento ai farmaci erogati direttamente o per conto e in regime convenzionato; i consumi sono attribuiti all'azienda erogatrice.
Fonte	Flussi regionali farmaceutica



F10.3.1 Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG

L'avanzamento tecnologico solo in parte spiega l'ampiezza di offerta ed i crescenti costi dei dispositivi medici utilizzati negli ospedali. Infatti, il costo sostenuto mediamente dalle aziende ospedaliere per i dispositivi medici ha superato oggi quello dei farmaci ospedalieri. L'indicatore è finalizzato al monitoraggio della spesa inerente ai dispositivi medico-chirurgici per il perseguimento della razionalizzazione e il contenimento della relativa spesa. I valori sono espressi come spesa media sostenuta per i dispositivi medico-chirurgici per punto DRG.

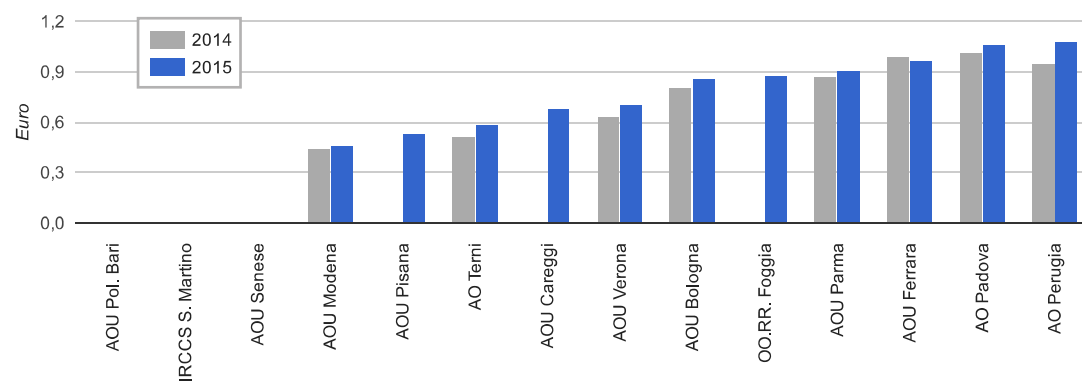
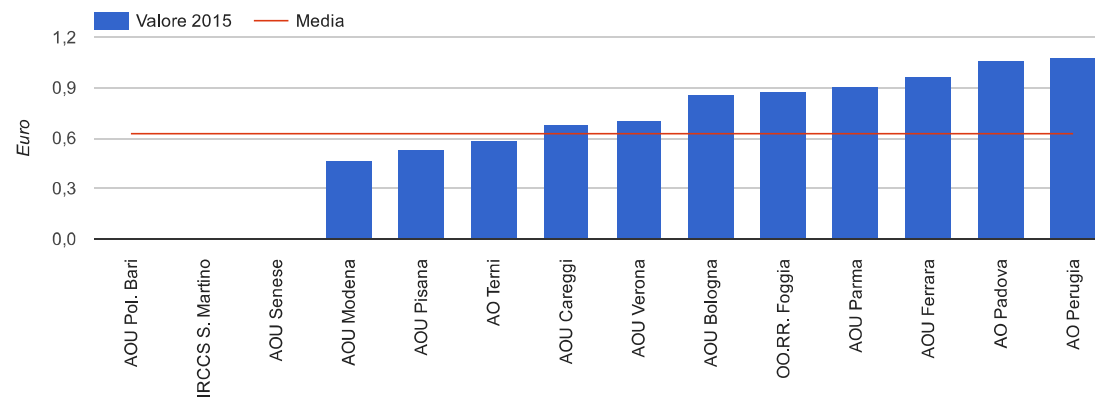


Definizione	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza
Numeratore	Spesa totale sostenuta per siringhe, guanti e dispositivi di assorbenza in regime di ricovero
Denominatore	Punti DRG
Note	Si considera il consumo in regime di ricovero (ricovero ordinario e day hospital). Sono inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza. Per "punti DRG" si intende la sommatoria del prodotto tra peso DRG e ricoveri con il DRG corrispondente.
Fonte	Dati Flusso DiMe (DES Toscana), flusso SDO



F10.3.3 Spesa guanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza

La spesa per i guanti non chirurgici in regime di ricovero, per giornata di degenza, è un indicatore rappresentativo del livello annuale di spesa sostenuta dalla struttura ospedaliera per i dispositivi medico-chirurgici. Tale indicatore è stato costruito al fine di garantire un monitoraggio atto alla razionalizzazione dei consumi e al perseguimento del contenimento della spesa.

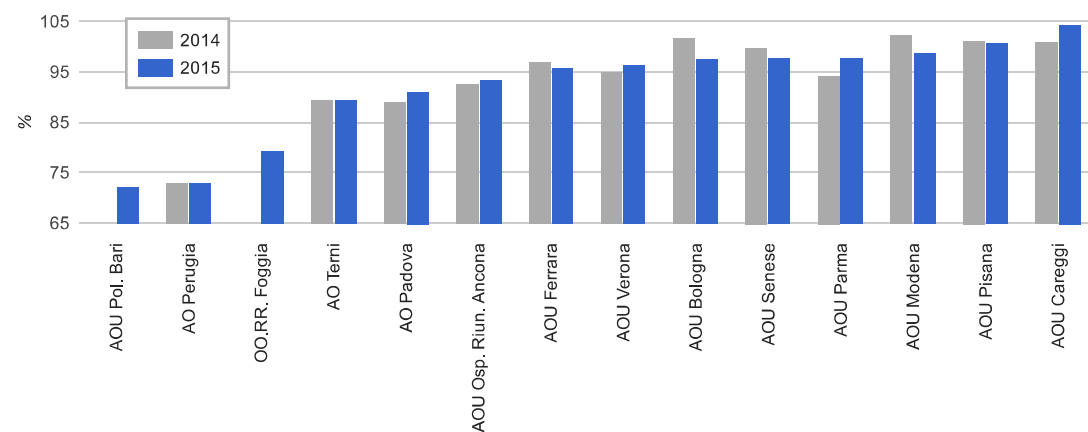
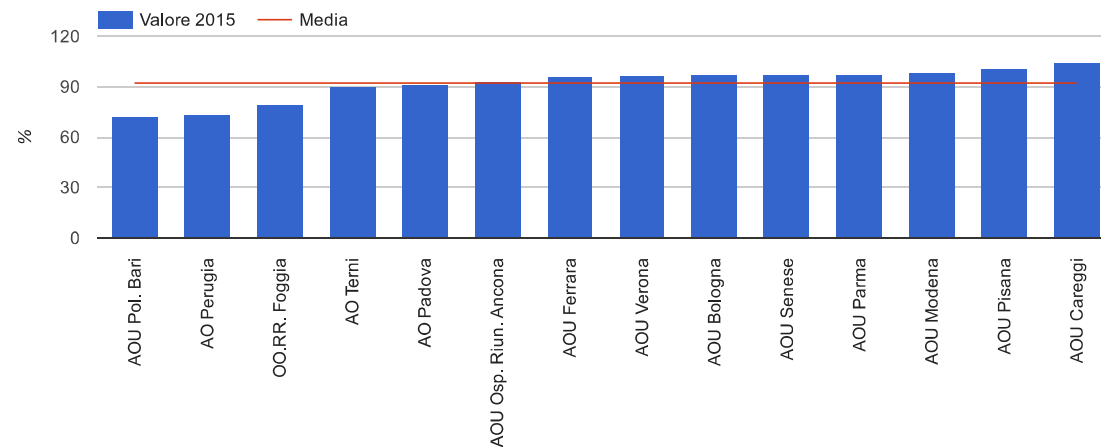


Definizione	Spesa guanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza
Numeratore	Spesa guanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza
Denominatore	N. giornate di degenza, corretto per complessità
Note	Spesa per giornata di degenza per i guanti non chirurgici impiegati in regime di ricovero. Si considera il consumo in regime di ricovero ('101', '102', '103', '105', '106', '000'). Si considerano tutti i ricoveri dell'anno, avvenuti nelle strutture pubbliche regionali. Per ICM si intende il rapporto tra il peso medio aziendale e il riferimento regionale. I guanti non chirurgici sono identificati dalla CND T0102.
Fonte	Dati Flusso DiMe, flusso SDO



F10.3.4 Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico

L'obiettivo del consolidamento del flusso informativo Di.Me. risulta essenziale per monitorare in modo più accurato i consumi dei dispositivi medici, controllare l'andamento della spesa rispetto al tetto prefissato ed eventualmente monitorare il grado di adesione delle Aziende sanitarie alle gare di acquisto centralizzate.

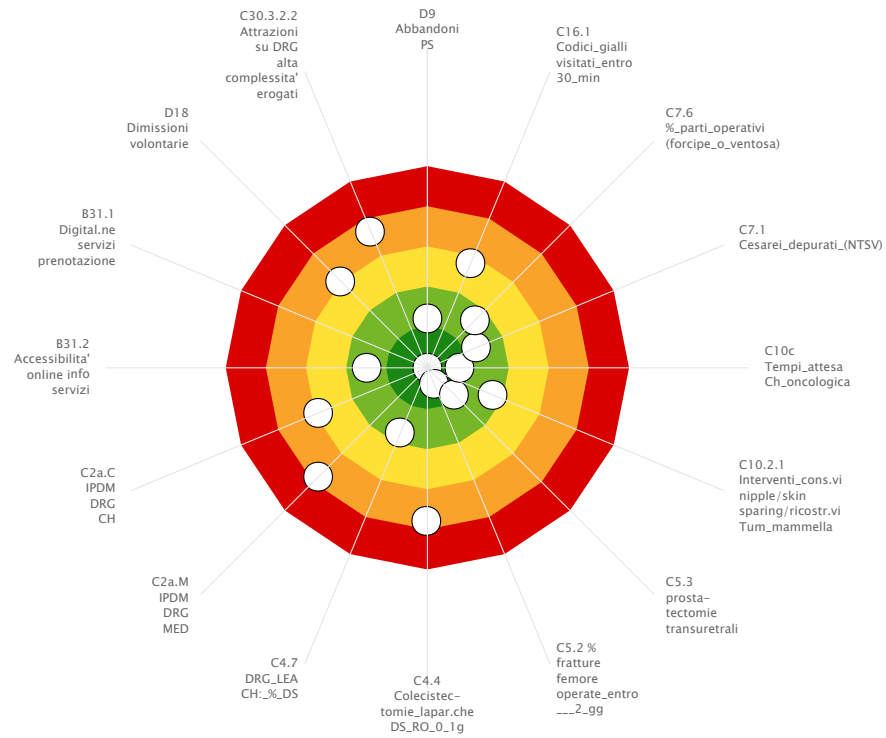


Definizione	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico
Numeratore	Spesa rilevata nel flusso DiMe
Denominatore	Spesa rilevata nel Piano dei conti relativa agli acquisti di beni sanitari-dispositivi medici
Note	Copertura della rilevazione del flusso DiMe (consumi) rispetto alla rilevazione del Conto Economico (acquisti) Dal PdC per calcolare i valori di confronto aziendali: Sommare (B.09.01.008 - 011 - 036 - 039 - 063 - 064 - 072 - 073 - 083 - 084 - 085 - 096 - 097 - 098) Sottrarre (A.03.06.008 - 011 - 032 - 033 - 034 - 035 - 036) Rispetto alle voci che confluiscono nel conto ministeriale dei Dispositivi medici sono escluse quelle relative agli IVD. Dal flusso DiMe sono da escludere i valori relativi alle classi CND Z11, Z12 e W.
Fonte	Dati Flusso DiMe, flusso Conto Economico



I BERSAGLI E LE GRIGLIE
DI VALUTAZIONE CRISP-MES
DELLE AOU

AO FONDAZIONE MACCHI



Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS *

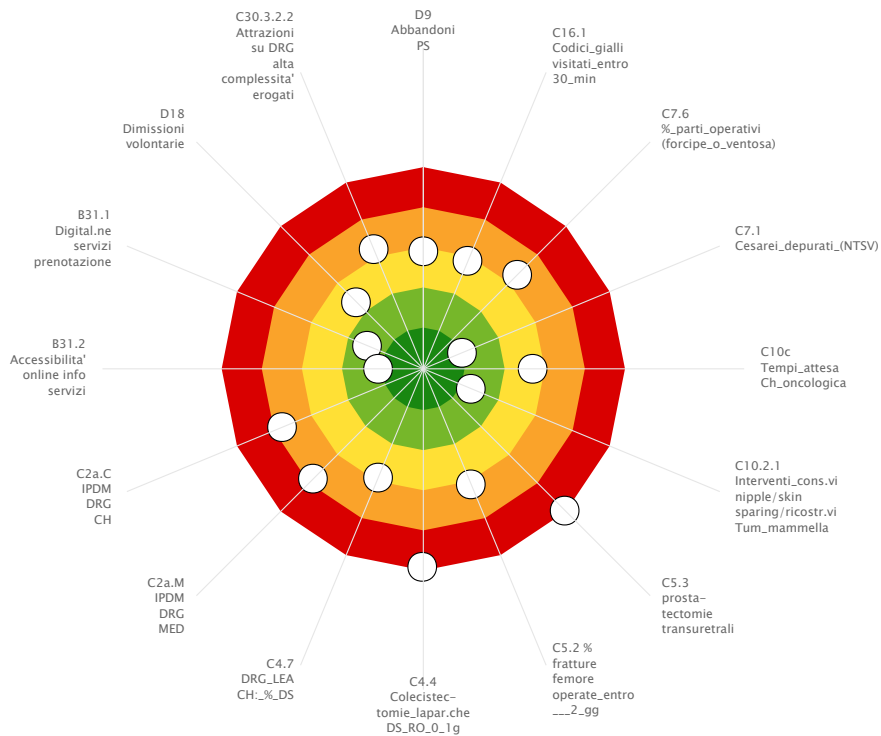
Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	
	02	●	●	●	
	03	●	●	●	
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	
Ortopedia	01	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

* Dati riferiti al codice struttura 030901

AO SPEDALI CIVILI BRESCIA



Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS *

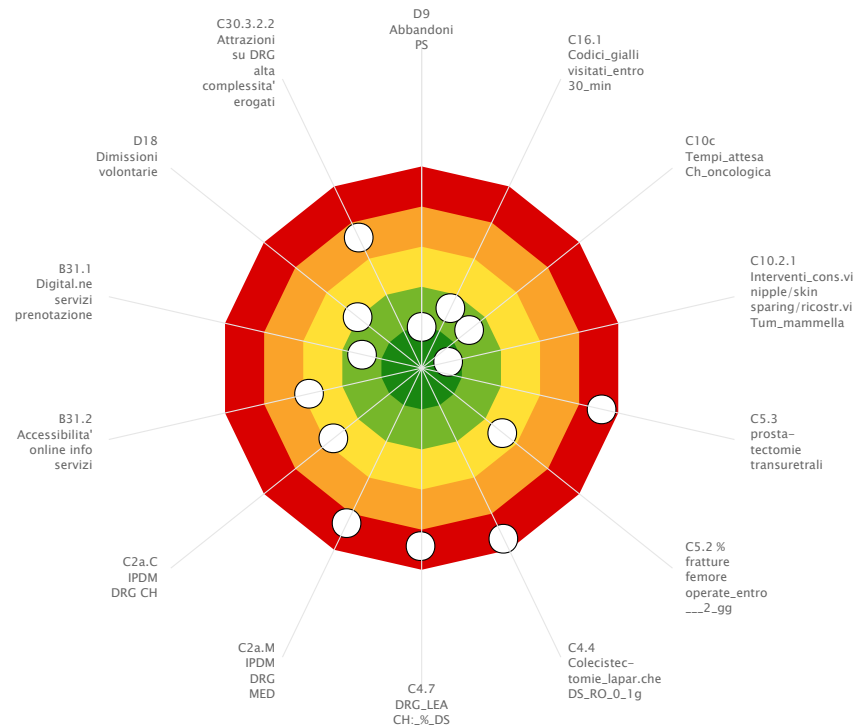
Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
	02		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
	02		●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
	06	●	●	●	●
Medicina	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

* Dati riferiti al codice struttura 030901

AO S. GERARDO - MONZA



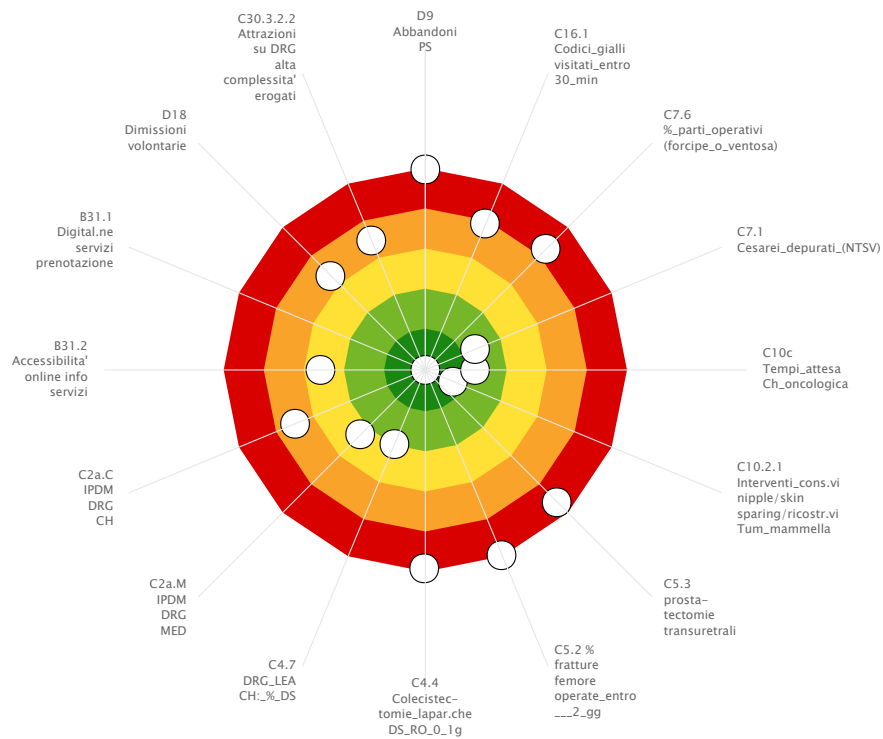
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	●	●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01	●	●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

AO S. PAOLO - MILANO



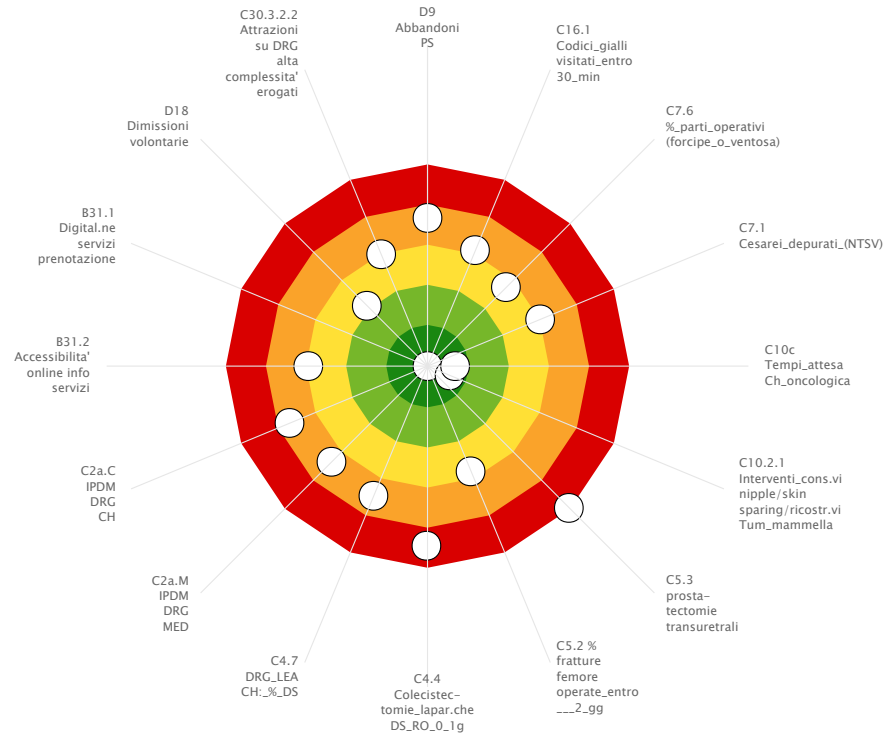
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	01	●	●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	
	02	●	●	●	
	03	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	
	06	●	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

AO L. SACCO - MILANO



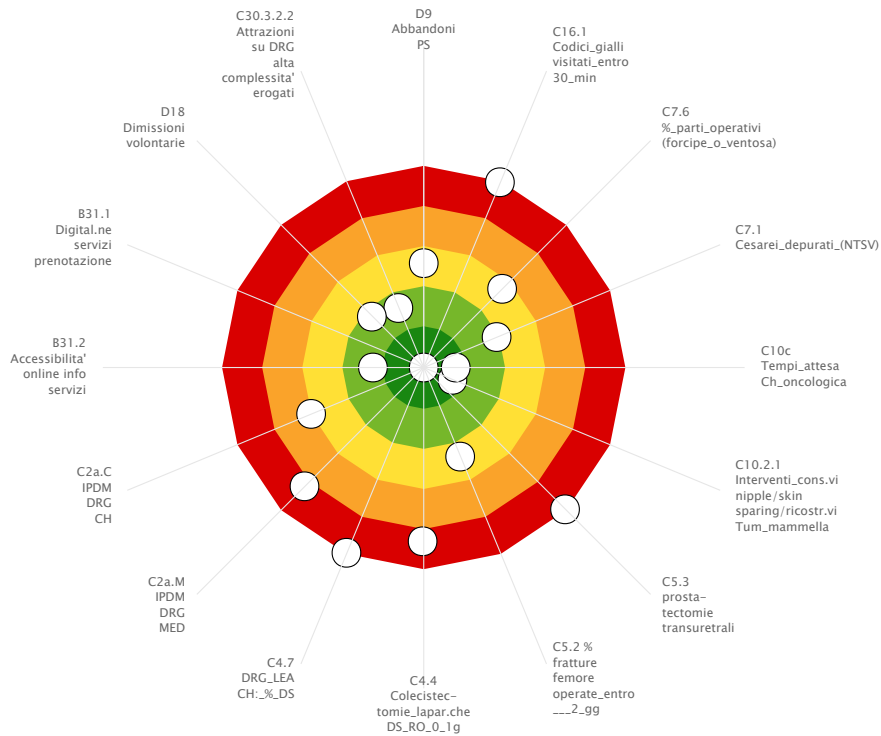
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
Chirurgia generale	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
Medicina	02	●	●	●	
	03	●	●	●	
	04	●	●	●	
Neurologia	01	●	●	●	
Ortopedia	01	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

POLICLINICO S. MATTEO - PAVIA



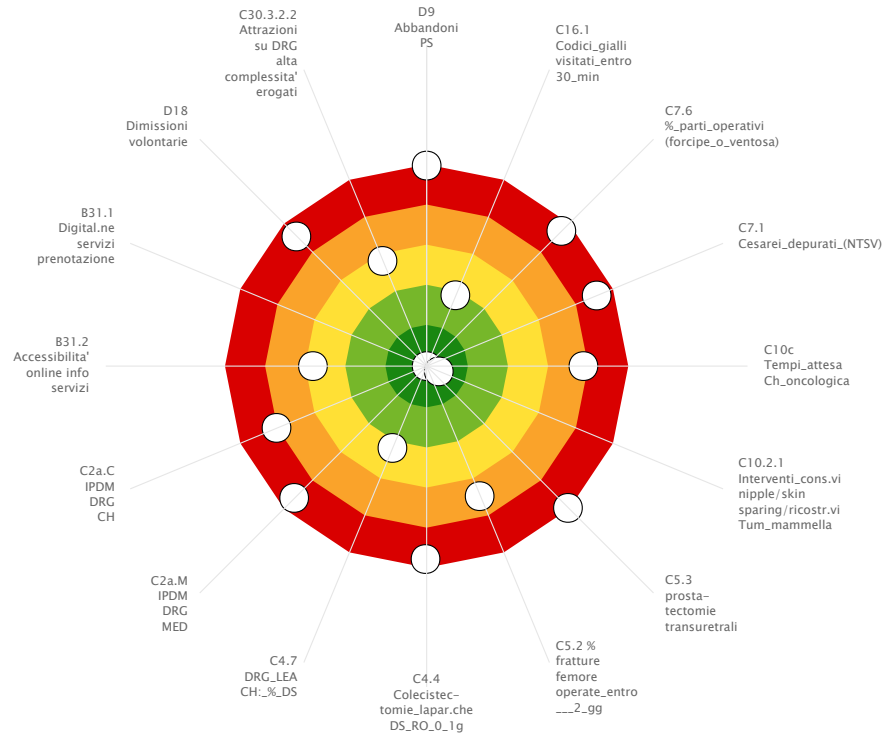
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurochirurgia	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
Chirurgia generale	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	
	02	●	●	●	
	03	●	●	●	
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA



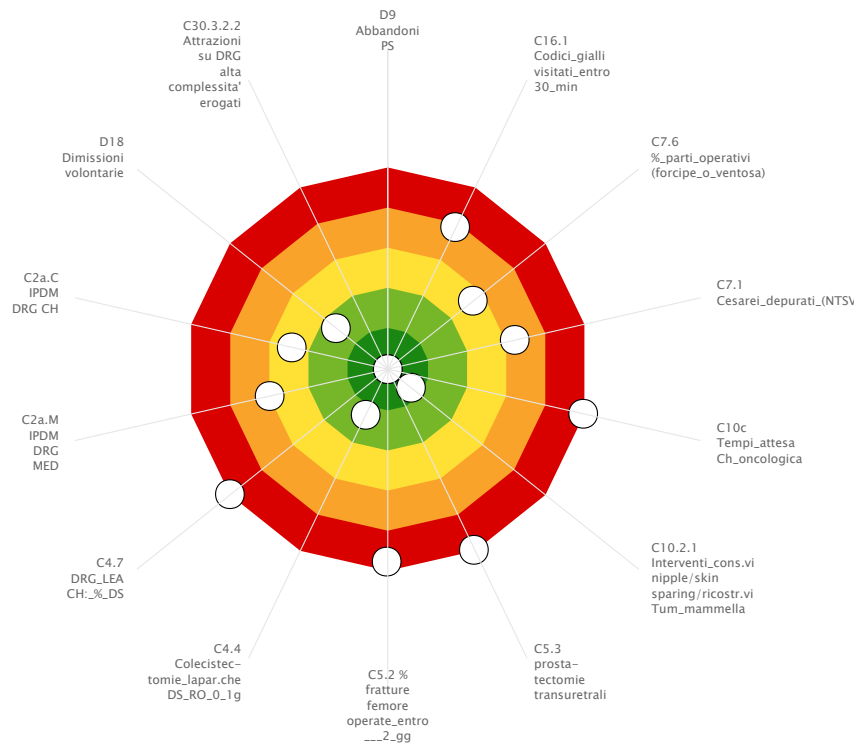
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	01	●	●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	07	●	●	●	●
	10	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	●
	06	●	●	●	●
	08	●	●	●	●
	09	●	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

IRCCS S. RAFFAELE - MILANO



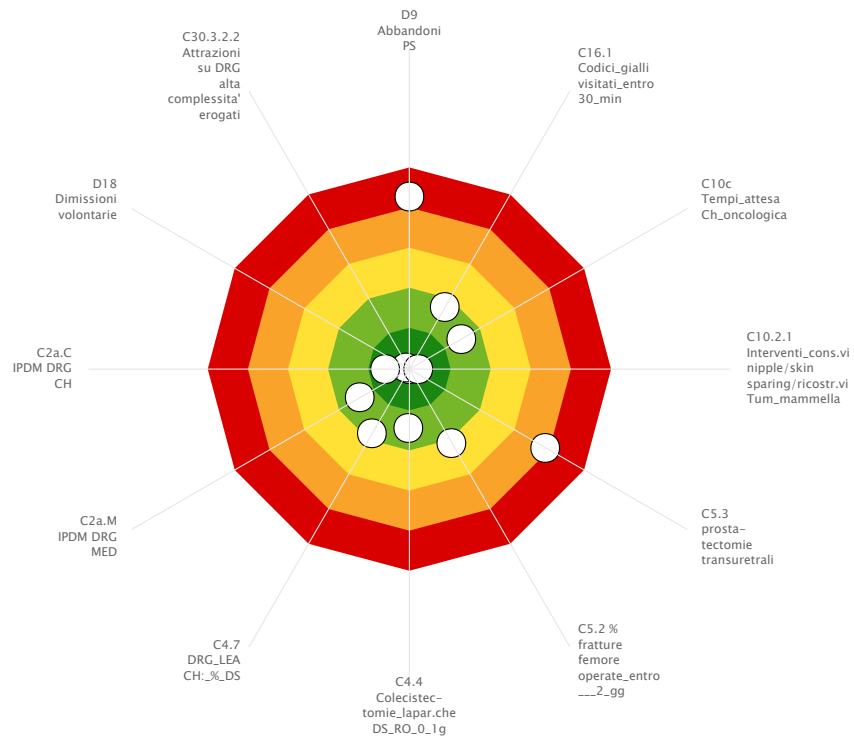
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	01	●	●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

IST. HUMANITAS - ROZZANO



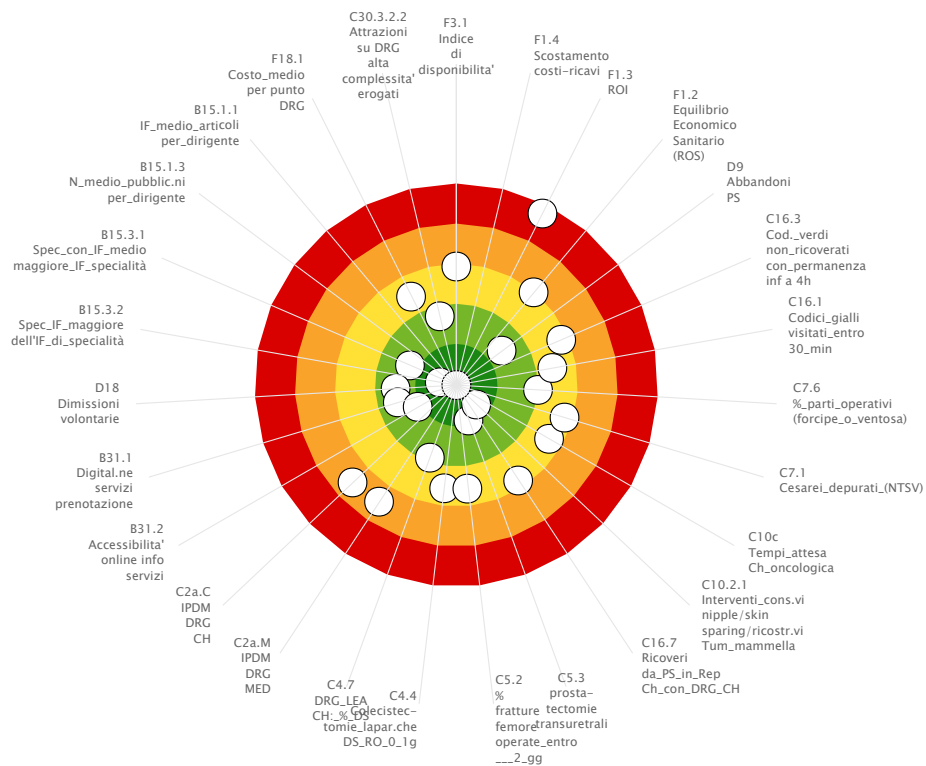
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
	06	●	●	●	●
	07	●	●	●	●
	08	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	
	12	●	●	●	
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	
	02	●	●	●	
Ortopedia	02	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
	08	●	●	●	●
	09	●	●	●	●
	10	●	●	●	●
	11	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

AO PADOVA



Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

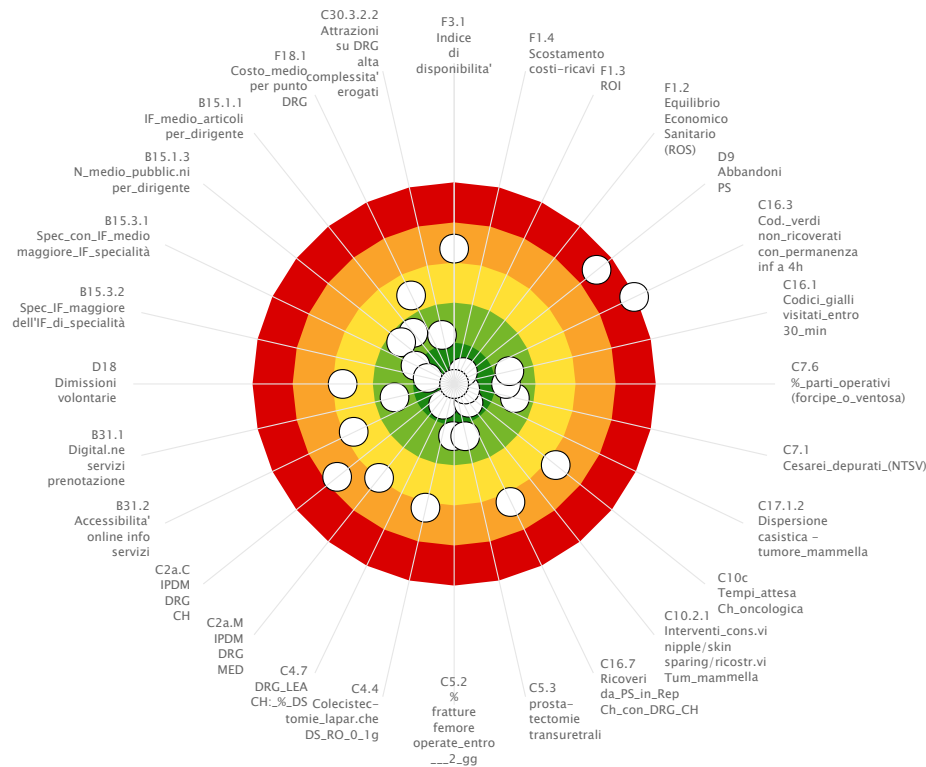
Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
Chirurgia generale	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
	07	●	●	●	●
	14	●	●	●	●
Medicina	03	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
	07	●	●	●	●
	10	●	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
Neurologia	02	●	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

AOU VERONA

Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

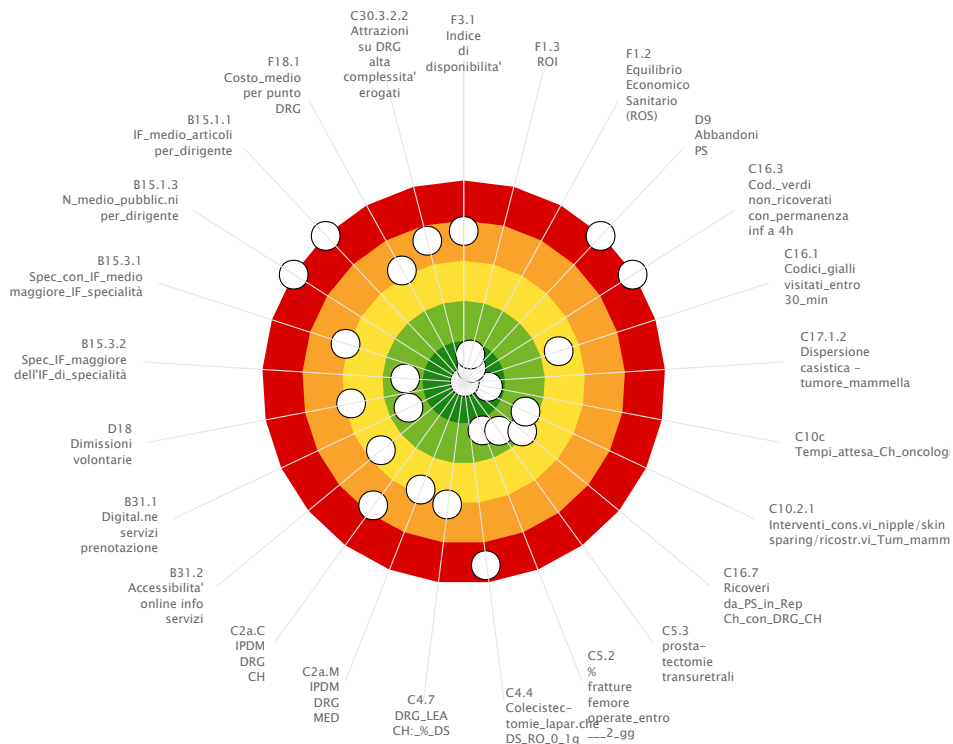
Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●



Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01 CIV		●	●	●
Cardiologia	01 CIV	●	●	●	●
Chirurgia generale	01 CIV	●	●	●	●
	02 CIV	●	●	●	●
	05 CIV	●	●	●	●
	05 POL	●	●	●	●
	06 POL	●	●	●	●
Medicina	01 CIV	●	●	●	●
	04 POL	●	●	●	●
	05 POL	●	●	●	●
	08 POL	●	●	●	●
Neurochirurgia	01 CIV	●	●	●	●
	02 CIV	●	●	●	●
Neurologia	01 CIV	●	●	●	●
	04 POL	●	●	●	●
Ortopedia	01 CIV	●	●	●	●
	02 CIV	●	●	●	●
	04 POL	●	●	●	●
Urologia	01 POL	●	●	●	●
	03 CIV	●	●	●	●

AOU OSPEDALI RIUNITI TRIESTE



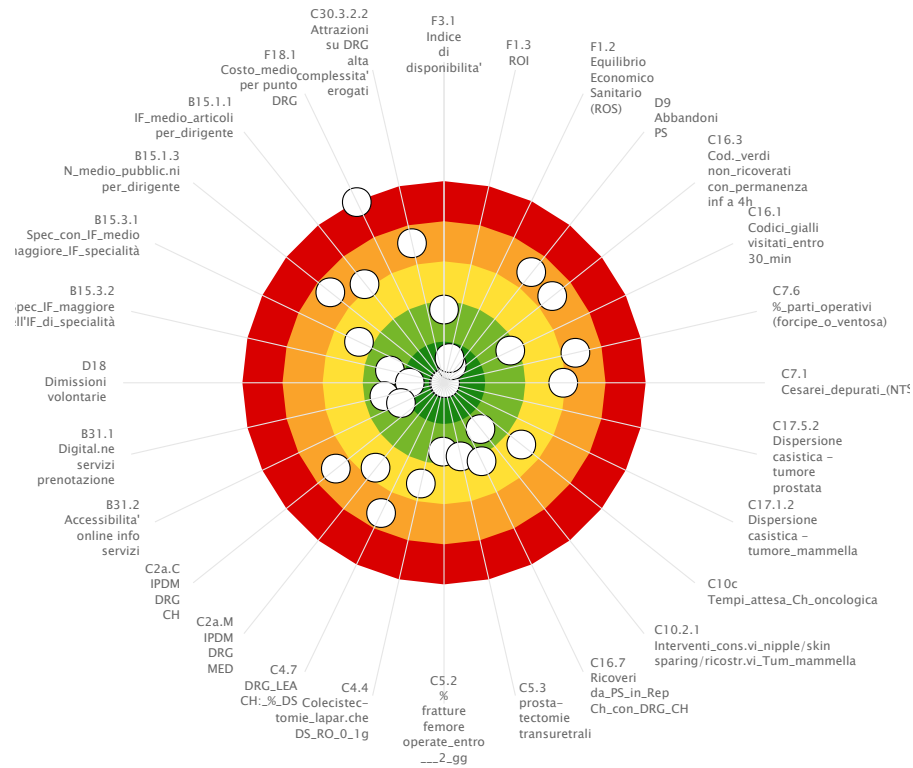
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
Chirurgia generale	04	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
Medicina	02	●	●	●	
	03	●	●	●	
	05	●	●	●	
	06	●	●	●	
	07	●	●	●	
08	●	●	●		
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
Neurologia	02	●	●	●	
Ortopedia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Urologia	02	●	●	●	●

AOU UDINE



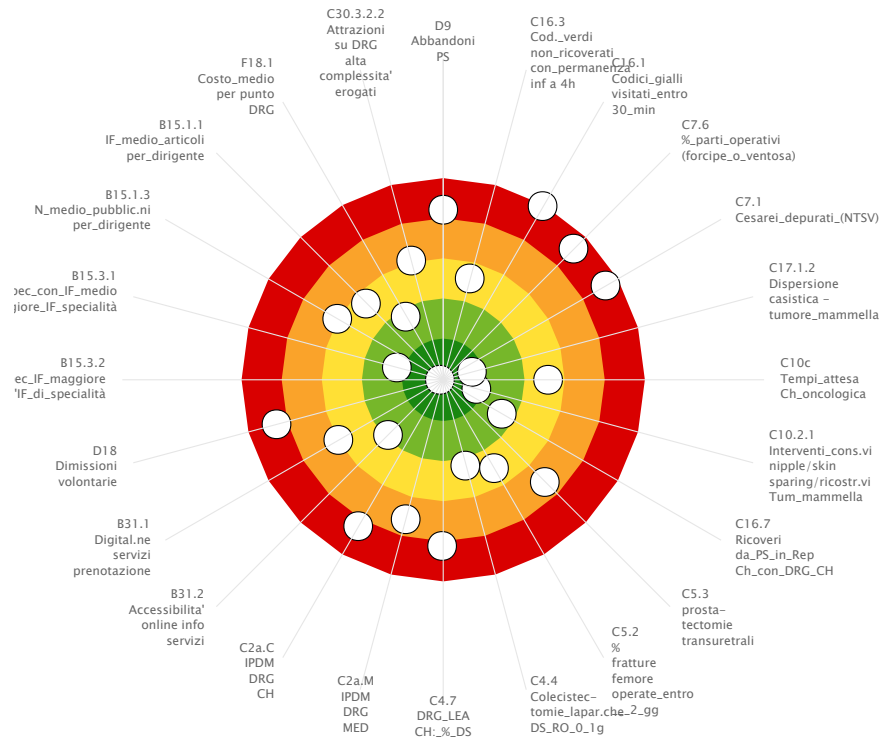
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01 UDI		●	●	●
Cardiologia	01 UDI	●	●	●	●
Chirurgia generale	01 UDI	●	●	●	●
	05 UDI	●	●	●	●
Medicina	02 UDI	●	●	●	
	03 UDI	●	●	●	
	05 UDI	●	●	●	
	06 CIV	●	●	●	
Neurochirurgia	07 UDI	●	●	●	
	01 UDI	●	●	●	●
	01 UDI	●	●	●	
Neurologia	01 UDI	●	●	●	
	02 UDI	●	●	●	
Ortopedia	01 UDI	●	●	●	●
	02 UDI	●	●	●	●
Urologia	01 UDI	●	●	●	●

IRCCS S.MARTINO



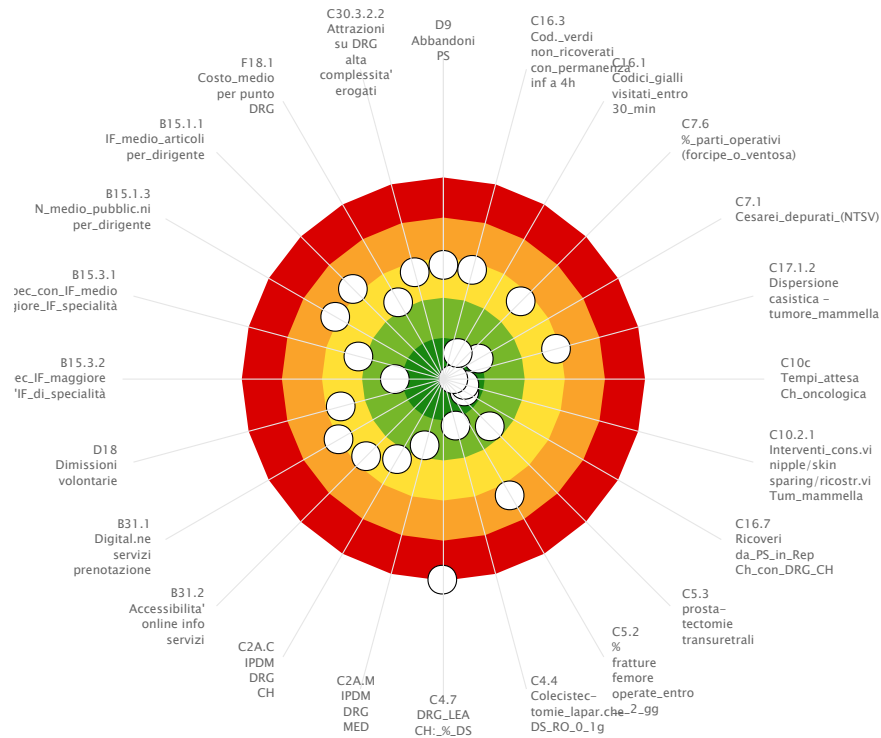
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	02		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	10	●	●	●	●
	12	●	●	●	●
	21	●	●	●	●
	22	●	●	●	●
	24	●	●	●	●
	25	●	●	●	●
	26	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	
	05	●	●	●	
	06	●	●	●	●
	09	●	●	●	
	10	●	●	●	
	13	●	●	●	
	14	●	●	●	
	14	●	●	●	●
Neurochirurgia	03	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	
	02	●	●	●	●
Ortopedia	02	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
Urologia	02	●	●	●	●

AOU PARMA



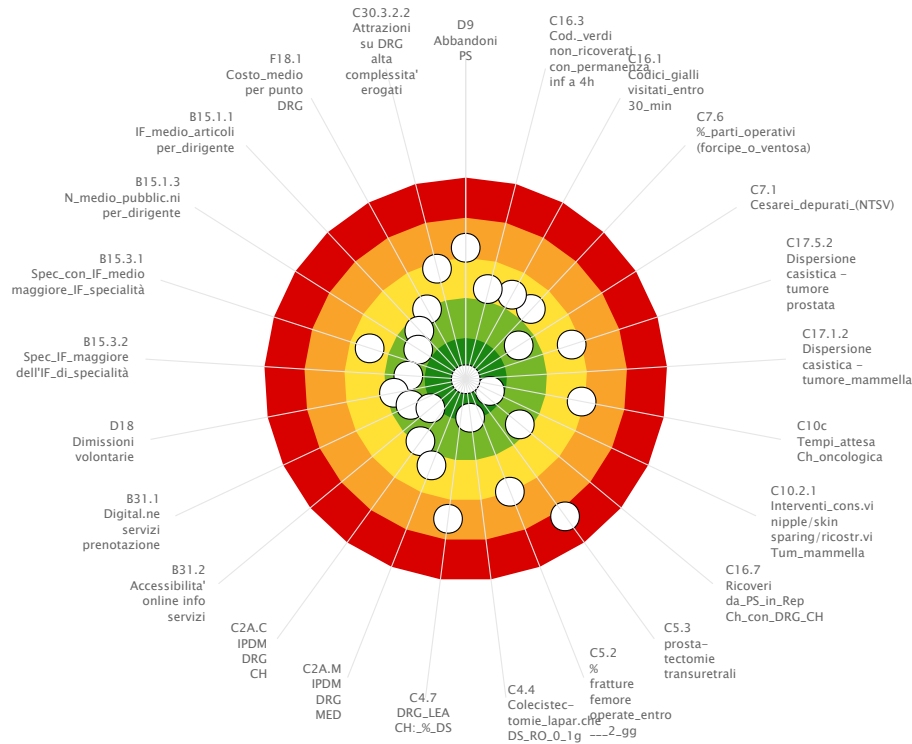
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
Chirurgia generale	03	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
	06	●	●	●	●
	06	●	●	●	●
Medicina	02	●	●	●	
	06	●	●	●	●
	08	●	●	●	●
	09	●	●	●	●
	11	●	●	●	●
	13	●	●	●	●
	14	●	●	●	●
	15	●	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	
Ortopedia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

AOU MODENA



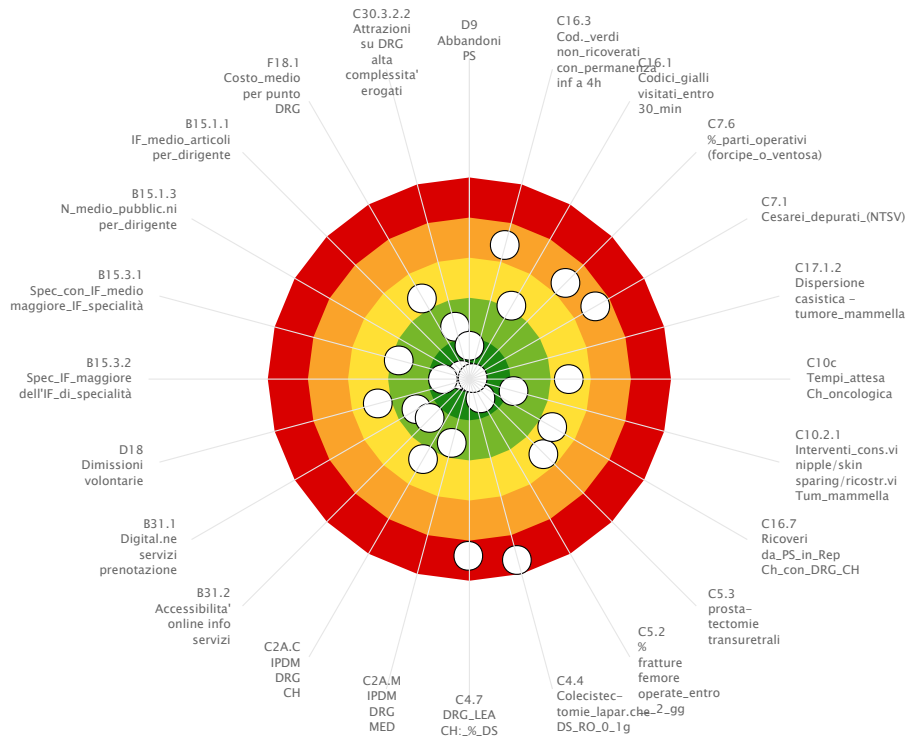
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
Medicina	02	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

AOU BOLOGNA



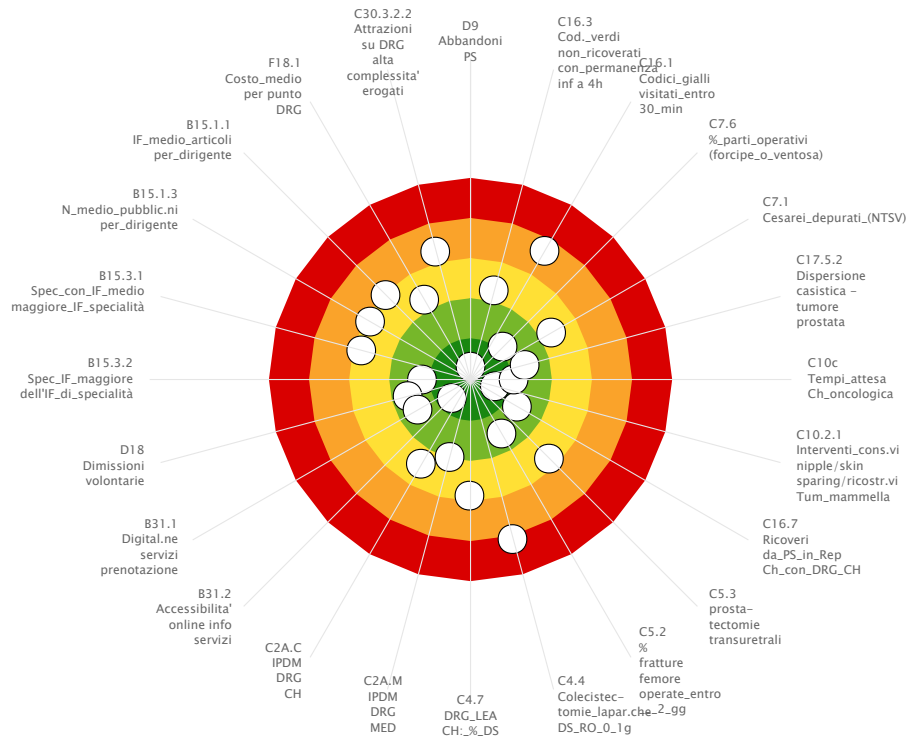
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
	01	●	●	●	●
Chirurgia generale	03	●	●	●	●
	01	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
	10	●	●	●	●
	12	●	●	●	●
Medicina	13	●	●	●	●
	14	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
	05	●	●	●	●
	06	●	●	●	●
	07	●	●	●	●
	08	●	●	●	●
	17	●	●	●	●
Ortopedia	20	●	●	●	●
	01	●	●	●	●
	01	●	●	●	●
Urologia	06	●	●	●	●
	07	●	●	●	●
	07	●	●	●	●

AOU FERRARA



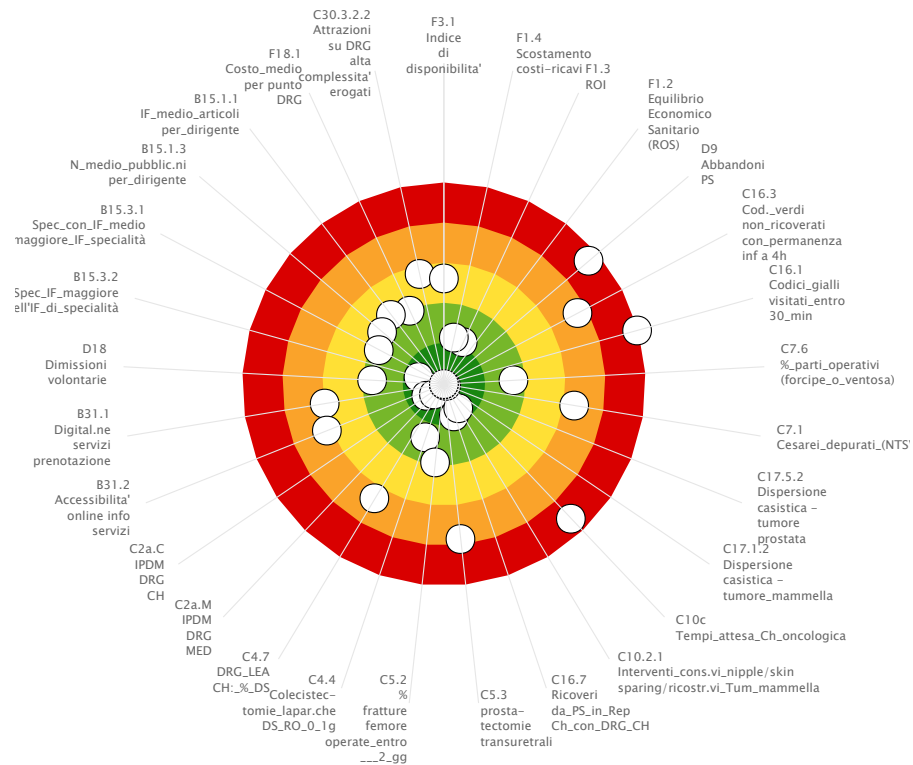
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	01	●	●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
Neurologia	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

AOU PISANA



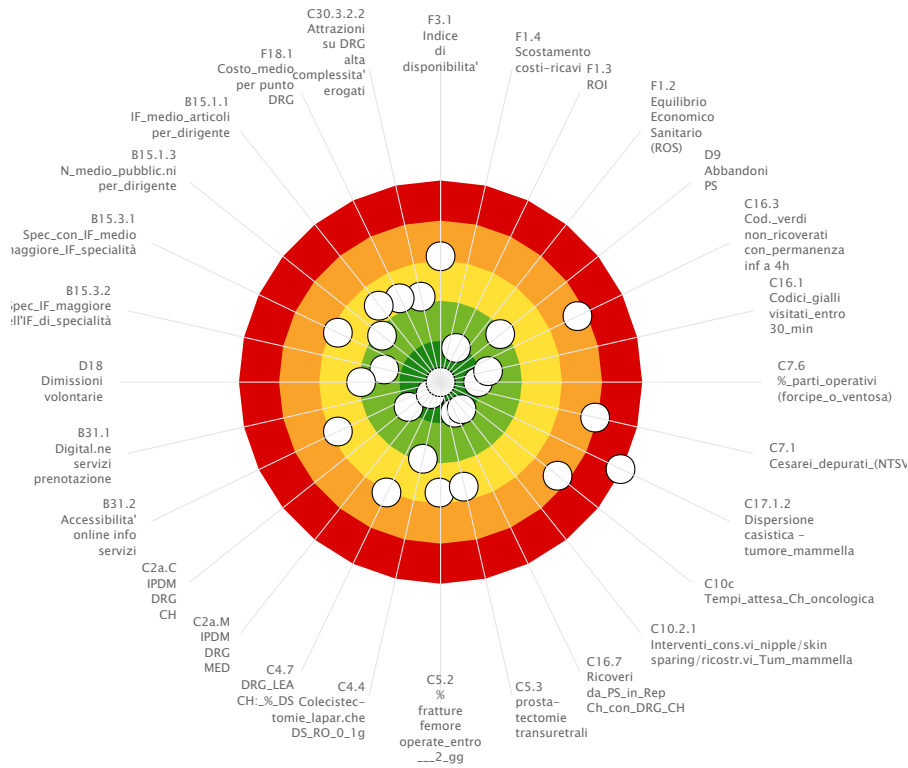
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.	
Cardiochirurgia	01		●	●	●	
Cardiologia	01	●	●	●	●	
	02	●	●	●	●	
Chirurgia generale	02	●	●	●	●	
	03	●	●	●	●	
	07	●	●	●	●	
	08	●	●	●	●	
	09	●	●	●	●	
	11	●	●	●	●	
	12	●	●	●	●	
	14	●	●	●	●	
	15	●	●	●	●	
	16	●	●	●	●	
Medicina	01	●	●	●	●	
	02	●	●	●	●	
	04	●	●	●	●	
	05	●	●	●	●	
	07	●	●	●	●	
	09	●	●	●	●	
	10	●	●	●	●	
	02	●	●	●	●	
	Neurologia	01	●	●	●	●
		02	●	●	●	●
03		●	●	●	●	
Urologia	01	●	●	●	●	
	02	●	●	●	●	

AOU SENESE



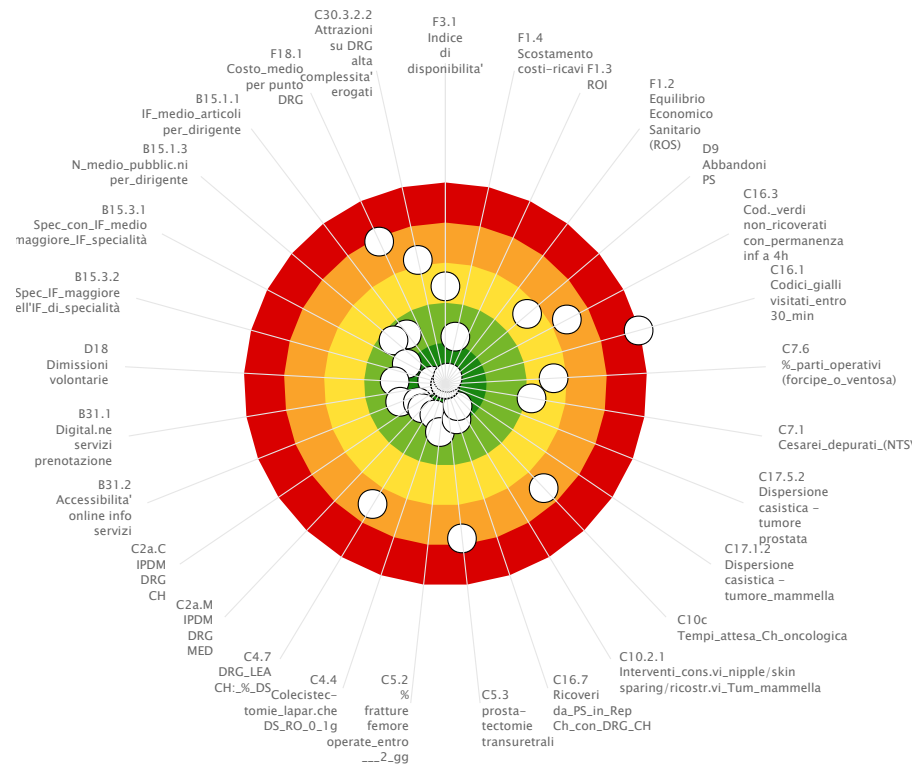
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	●
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	02		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Chirurgia generale	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	08	●	●	●	●
	14	●	●	●	●
Medicina	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	08	●	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
Neurologia	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●

AOU CAREGGI



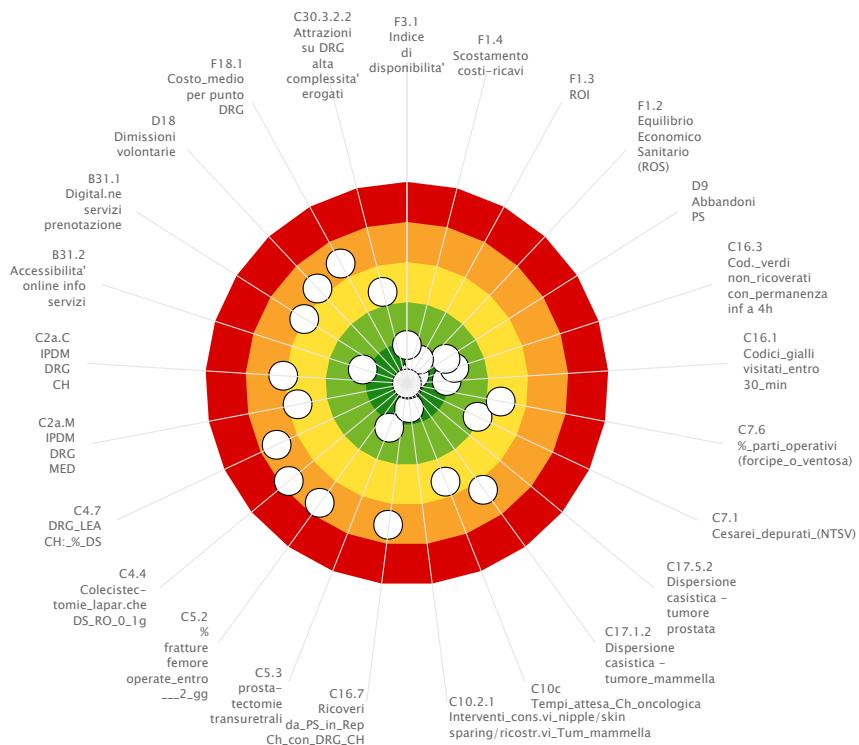
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
Cardiologia	03	●	●	●	
	07	●	●	●	
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
	07	●	●	●	●
	11	●	●	●	●
	17	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	07	●	●	●	●
	10	●	●	●	●
	12	●	●	●	●
	15	●	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	
	02	●	●	●	
	03	●	●	●	
Ortopedia	01	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
	06	●	●	●	●
	18	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●

AO PERUGIA



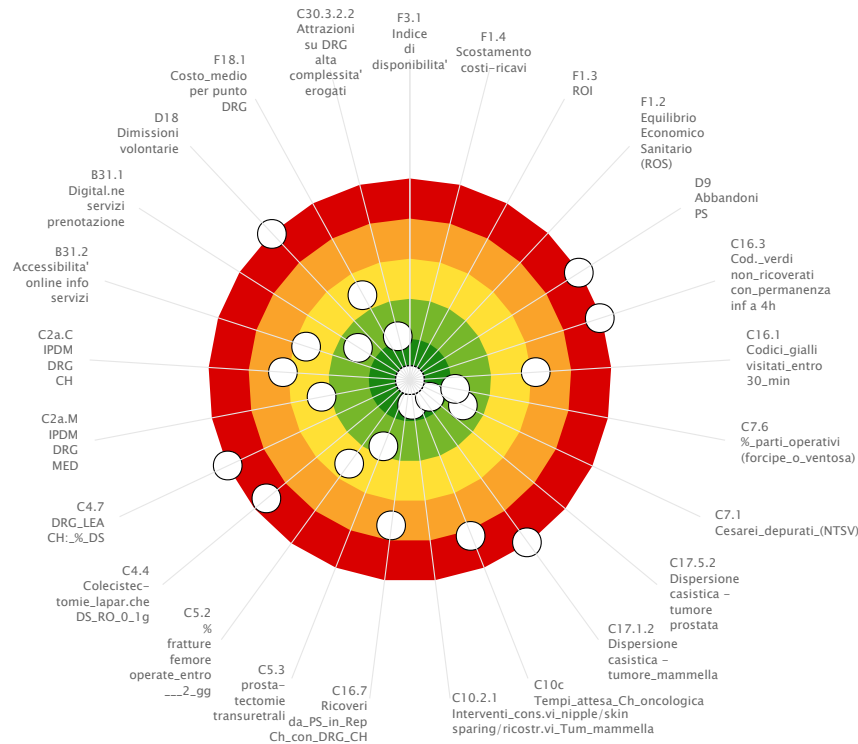
Valutazione degli esiti per specialit . Metodologia CRISP-MeS

Specialit�	Dimissioni volontarie	Mortalit� totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia		●	●
Cardiologia	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●
Medicina	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●
Neurologia	●	●	●
Ortopedia	●	●	●
Urologia	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialit�	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalit� totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia	01		●	●
Cardiologia	01	●	●	●
Chirurgia generale	02	●	●	●
	03	●	●	●
	04	●	●	●
	05	●	●	●
Medicina	01	●	●	●
	02	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●
	02	●	●	●
	03	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●
	02	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●
	02	●	●	●
Urologia	01	●	●	●
	02	●	●	●

AO TERNI



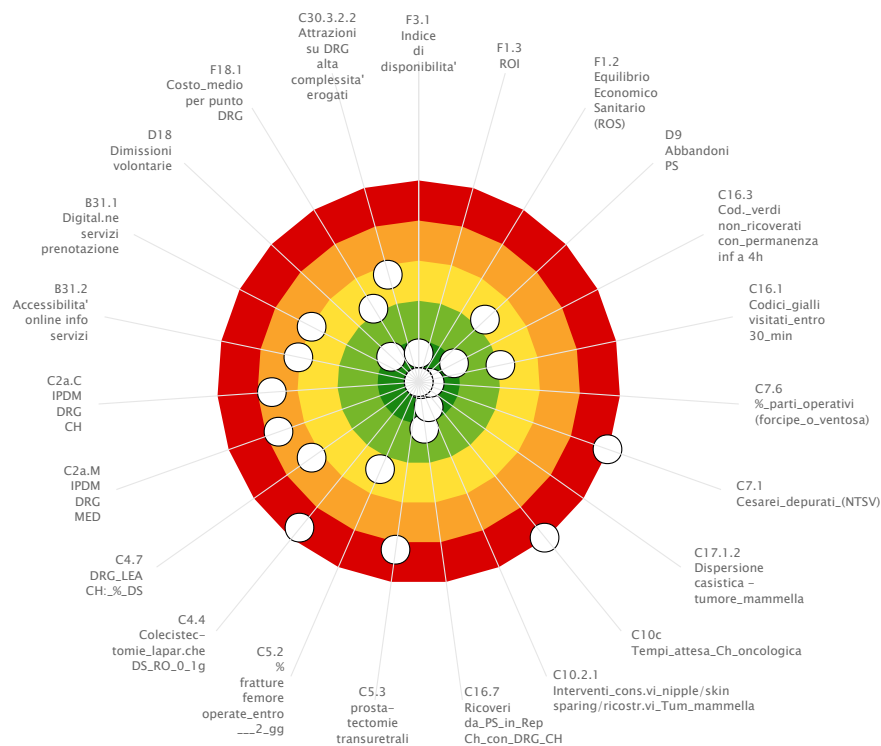
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia		●	●
Cardiologia	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●
Medicina	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●
Neurologia	●	●	●
Ortopedia	●	●	●
Urologia	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia	01		●	●
Cardiologia	01	●	●	●
	02	●	●	●
	03	●	●	●
Chirurgia generale	07	●	●	●
	09	●	●	●
	10	●	●	●
Medicina	01	●	●	●
	04	●	●	●
	06	●	●	●
Neurochirurgia	01	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●
Ortopedia	01	●	●	●
	03	●	●	●
Urologia	01	●	●	●
	02	●	●	●

AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA



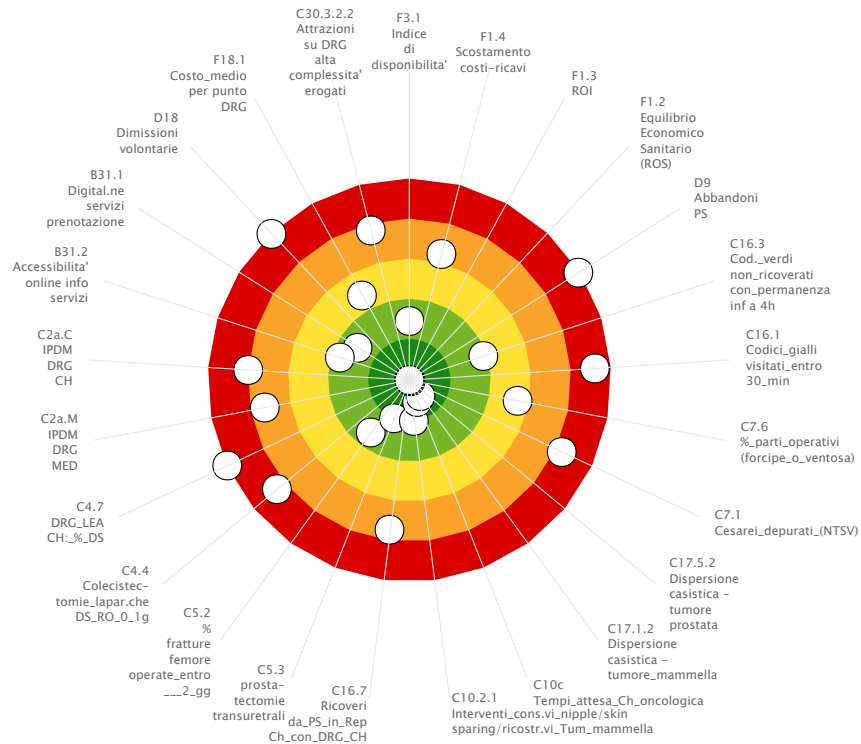
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia		●	●
Cardiologia	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●
Medicina	●	●	●
Neurochirurgia	●	●	●
Neurologia	●	●	●
Ortopedia	●	●	●
Urologia	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia	21 LAN		●	●
Cardiologia	21 LAN	●	●	●
	22 LAN	●	●	●
Chirurgia generale	11 UMI	●	●	●
	12 UMI	●	●	●
	14 UMI	●	●	●
	15 UMI	●	●	●
Medicina	11 UMI	●	●	●
	13 UMI	●	●	●
Neurochirurgia	13 UMI	●	●	●
	14 UMI	●	●	●
Neurologia	11 UMI	●	●	●
	12 UMI	●	●	●
Ortopedia	11 UMI	●	●	●
	12 UMI	●	●	●
	34 SAL	●	●	●
Urologia	12 UMI	●	●	●

AOU POLICLINICO BARI



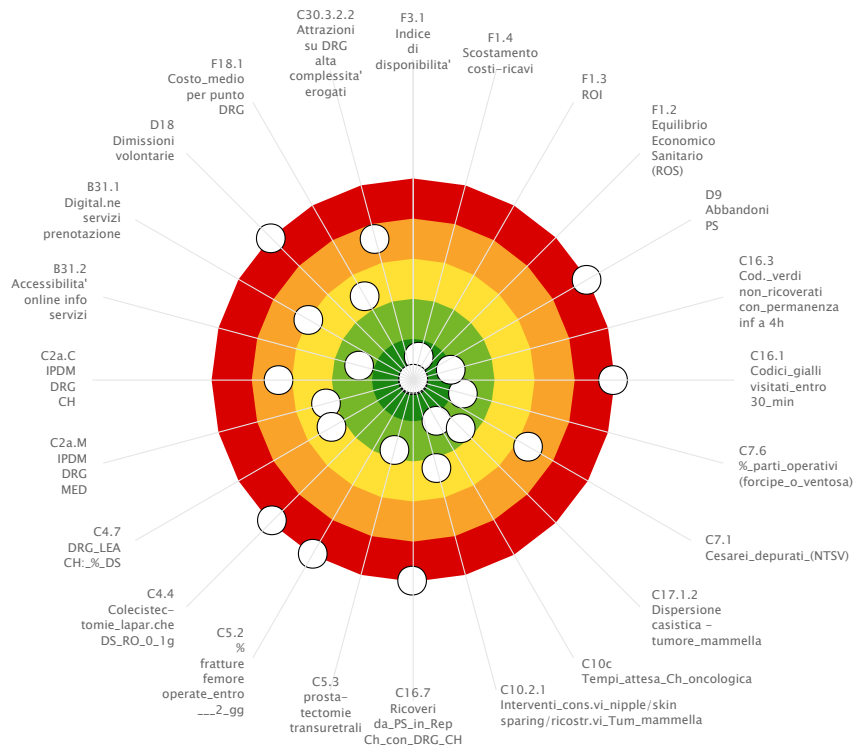
Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia		●	●	●
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	01		●	●	●
Cardiologia	01	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
	06	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	
	02	●	●	●	
	03	●	●	●	
	05	●	●	●	
	05	●	●	●	
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
	01	●	●	●	
Neurologia	02	●	●	●	
	03	●	●	●	
	12	●	●	●	
	12	●	●	●	
Ortopedia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	08	●	●	●	●
Urologia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●

00. RR. FOGGIA



Valutazione degli esiti per specialità. Metodologia CRISP-MeS

Specialità	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	●	●	●	●
Chirurgia generale	●	●	●	●
Medicina	●	●	●	
Neurochirurgia	●	●	●	●
Neurologia	●	●	●	
Ortopedia	●	●	●	●
Urologia	●	●	●	●

Dettaglio reparti di dimissione

Specialità	Reparto	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	
Chirurgia generale	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
	03	●	●	●	●
	04	●	●	●	●
Medicina	01	●	●	●	
	03	●	●	●	
Neurochirurgia	01	●	●	●	●
Neurologia	01	●	●	●	
	02	●	●	●	
Ortopedia	01	●	●	●	●
	02	●	●	●	●
Urologia	02	●	●	●	●

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Nazionale del Farmaco (2009), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2008, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2014), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2013, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2015), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OSMED 2014, disponibile all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.it>
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in management complex organizations", *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-17
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), "Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, 16(2), pp. 105-120
- Aidemark L.G. (2001), "The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization", *Financial Accountability & Management*, 17 (1), pp. 23-40
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna
- AIOM-AIRTUM I numeri del cancro in Italia 2014", http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, ACOG, Washington D.C.
- Audiweb (2016), *Total digital audience*, Report Gennaio 2016
- Baibergenova K.L., Jokovic A., Gushue S. (2006), "Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen", *Healthcare Policy*, 1(4), pp. 35-42
- Barsanti S., Giovanelli S., Nuti S. (2014), Come valutare la ricerca nelle Aziende Ospedaliere-Universitarie? Metodi e proposte operative. *Mecosan*, 90, 9:32
- Barsanti S., Nuti S. (2013), *The equity lens in the Health care performance evaluation system*, International Journal of Health Planning and Management, Vol. 29, Issue 3, pp. 233-246
- Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R., et al. (2009), "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, 16:1-10
- Berta P., Seghieri C., Vittadini G. (2013), *Comparing health outcomes among hospitals: the experience of the Lombardy Region*, Health Care Management Science, Issue 1
- Bini B., Nuti S., Vainieri M. (2015), *Definizione delle priorità di intervento in sanità: approcci socio-tecnici a confronto*. In: MECOSAN. Management e economia sanitaria, 2015, vol. 2015/93, issue 93, pages 49-73
- Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C., (2007), *Certificato di Assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2004*, pubblicazione del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf
- Bonciani, M., Lupi, B.; Nuti, S. (2015), *Performance evaluation in healthcare: the experience of maternity pathway from Tuscany to the Italian network of regions*. In Italian Journal of Pediatrics 2014, 40(Suppl 1):A35
- Cape J. (2002), "Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation", *British Journal of General Practice*, 52, pp. 1004-1006
- Chang L., Lin S.W., Northcott D.N. (2002), "The NHS Performance Assessment Framework. A balanced scorecard approach?", *Journal of Management in Medicine*, 16, p. 345
- Ciappei, C. (2002), "La governance politica di impresa. Consenso, identità, interessi e potere nel governo imprenditoriale", in Ciappei C., Ninci D., *Il governo imprenditoriale*, Firenze, Firenze University Press, par. 2.1
- Cisco Visual Networking Index (2015), *Global Mobile Data Traffic Forecast Update, 2015-2020 White Paper*
- Clarey A.J., Cooke M.W., (2012), "Patients who leave emergency departments without being seen: literature review and English data analysis", *Emergency Medicine Journal*, 29,8: 617-621
- Cramer J.A., Rosenheck R. (1998), Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders, *Psychiatr Serv*, Volume 49, Issue 2, February 1998, pp. 196-201 <http://dx.doi.org/10.1176/ps.49.2.196>
- Cumbey D.A., Alexander J.W. (1998), "The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing", *Journal of Nursing Administration*, 28(5), pp. 39-46
- De Mauro T. (1994), Com'è nato il vocabolario di base, in Thornton, A.M., Iacobini, C., Burani, C. (1994), *Una base di dati sul Vocabolario di Base della lingua italiana*, Roma, Istituto di psicologia del CNR, pp. 51-5
- De Mauro T., Chiari I. (2005) (a cura di), *Parole e numeri: analisi quantitative dei fatti di lingua*, Roma, Aracne.
- De Mauro, T., et al. (1993), *Lessico di frequenza dell'italiano parlato (LIP)*, Milano, Etaslibri
- EURO-PERISTAT Project. European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013; 60-2 URL: <http://www.europeristat.com>
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), "Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study", *Diabetes Care*, 32(5), pp. 822-7
- Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), *La valutazione di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO*, Ministero della Salute, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1001_allegato.pdf
- Forrest C.J., Koji T., Eugene F., Bovbjerg V.E., Markey D.W., Blome S., Minasi J.S., Hanks J.B., Moore M.M., Young J.S., Scott J.R., Schirmer B.D., Reid A.B. (2001), "Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway", *Annals of Surgery*, 233(5), pp. 704-15
- Franchina V., Vacca R. (1986), Taratura dell'indice di Flesch su testo bilingue italiano-inglese di unico autore, in *Atti dell'incontro di studio su: Leggibilità e Comprensione, Linguaggi*, a. III, n. 3, pp. 47-9
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), "Trends in

- hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States 1988-2002", *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 2712-2719
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.L. (1994), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Jossey Bass, San Francisco (Ca.)
- Governo Italiano - Agenzia per l'Italia Digitale (2016), *Linee guida di design per i siti web della pubblica amministrazione*. Linee guida online.
- ISTAT (2014), *Cittadini e nuove tecnologie*, Report 2014
- OECD (2009), *Health at glance 2009. OECD Indicators*, OECD
- OECD (2011), *Health at glance 2011. OECD Indicators*, OECD
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication. Canada Health Act Division, Canada Health Act*
- Higginson I. (2012), "Emergency department crowding", *Emergency Medicine Journal*, 29:437-443
- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, vol. 74, pp. 75-85
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, vol. 4, pp. 53-79
- Kennedy M., MacBean C.E., Brand C., Sundararajan V., Taylor D.McD. (2008), "Leaving the emergency department without being seen", *Emergency Medicine Australasia*, 20,4: 306-313
- Kitzmiller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmithy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting diabetes and pregnancy*, American Diabetes Association, Alexandria (Virginia)
- Litwin D., Cahan M.A. (2008), "Laparoscopic cholecystectomy", *Surgical Clinics of North America*, Dec. 88(6), pp. 1295-313.
- Lucisano P., Piemontese M.E. (1988). *Gulpease. Una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana*, Scuola e Città, a. 3, n. 31, marzo 1988, pp. 57-68
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli Editore, Milano
- Mastodoro N., Amizzoni A. (1993), Linguistica applicata alla leggibilità: considerazioni teoriche e applicazioni, *Bollettino della Società Filosofica Italiana*, n. 149, maggio-agosto 1993, pp. 49-6
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems Series*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- McMullan J.T., Veser, F.H. (2004), "Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment", *Southern Medical Journal*, vol. 97 (8), pp. 729-733
- McNair C.J., Leifried K.H.J (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York
- Ministero della Salute, *Progetto SIVEAS*, disponibile su <http://salute.gov.it>
- Ministero della Salute (2010), *Dispositivi medici. Aspetti regolatori e operativi*, Conferenza nazionale sui dispositivi medici, Roma, disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1238_allegato.pdf
- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010), "Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana", *Mecosan*, 74:3-18
- Mazzoleni, F., et al. (2011), Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale, *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*, 5: 11-16
- Murante A.M., Seghieri C., Brown A., Nuti S. (2013), "How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach", *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), pp. 247-260
- National Institutes of Health (NIH) (1992), "Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy", *NIH Consensus Statement*, September 14-16, <http://consensus.nih.gov/1992/1992GallstonesLaparoscopy090html.htm>
- Nutbeam D. (1998), *Health promotion glossary*, in *Health promotion international*, Oxford University Press, vol. 13 (4), pp. 349-364
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Bini, B., Grillo Ruggieri T. (2016), Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany. *International Journal of Integrated Care*, 16(2)
- Nuti S., Daraio C., Speroni C., Vainieri M. (2011), *Relationships between technical efficiency and the quality and costs of health care in Italy*, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 23, No. 3, pp. 324-330
- Nuti S., Grillo Ruggieri, T. (eds), *La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto*, Il Mulino, Bologna, 2016.
- Nuti S., Grillo Ruggieri T., Podetti S. (2016), *Do university hospitals perform better than general hospitals? A comparative analysis among Italian regions*, *BMJ Open* 2016
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), "Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system", *Journal of Healthcare Management*, vol. 53, n. 3, pp. 182-198
- Nuti S., Seghieri C. (2014), *Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy*, *Health Policy*, Vol. 114 (2014) pp. 71-78.
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), "Segmentazione e marketing per la sanità pubblica", *Mercati e competitività*, fasc. 1, pp. 119-39
- Nuti S., Vainieri M., Bonini A. (2010), "Disinvestment for reallocation: a process to identify priorities in healthcare", *Health Policy*, vol. 95, n. 2-3, pp. 137-143
- Nuti S., Vainieri M. (2012), *Managing waiting times in diagnostic medical imaging*, *British Medical Journal* BMJ

- Nuti S., Vainieri M., Frey M., [2012], *Healthcare resources and expenditure in financial crisis: scenarios and managerial strategies*, The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, Vol. 25 No. S4, pp. 48-51
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M. [2012], *Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany Region experience*, The Journal of Management and Governance, May 2012.
- OHA (1999), *Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Ontario Hospital Association, Toronto (Ontario)
- OHA (2006), *The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management*, Queen's Printer for Ontario, Toronto (Ontario)
- Panero C., Nuti S., Marcacci L., Rosselli A. [2016] (a cura di), *Il quaderno del Pronto Soccorso*, Polistampa Editore, Firenze
- Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. [2012], "What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions", *British Medical Journal – Quality and Safety*, 21(2), pp. 127-134, doi: 10.1136/bmjqs-2011-000218
- Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. [2001], "Creating a Balanced Scorecard for Hospital System", *Health Care Finance*, 27(3), pp. 1-20
- Politecnico di Milano [2016], *Osservatorio Mobile & App Economy*
- Powell E.S., Khare R.K., Venkatesh A.K., Van Roo B.D., Adams J.G., Reinhardt G. [2012], "The relationship between inpatient discharge timing and emergency department boarding", *The Journal of Emergency Medicine*, 42, 2: 186-196
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2005), *Rapporto Osservasalute 2004*, Osservasalute, Roma
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2010), *Rapporto Osservasalute 2009*, Osservasalute, Roma
- Scognamiglio A., Matterelli G., Pistelli F., Baldacci S., Carrozzi I., Viegi G. [2003], "L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 39, n. 4, pp. 467-484
- Shea J.A., Berlin J.A., Bachwich D.R., Staroscik R.N., Malet P.F., McGuckin M., Schwartz S., Escarce J.J. [1998], "Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and post-laparoscopic eras", *Annals of Surgery*, 227(3), pp. 343-50
- Speroni C., Barsanti S., Seghieri C., Nuti S. [2011], *La promozione della salute: una sfida per il management delle Aziende sanitarie*, Politiche Sanitarie, Vol. 12, No.1, pp. 13-21.
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. [2011], "Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries", *PLoS One*, 6(11), e28060, doi: 10.1371/journal.pone.0028060
- Studnicki J., Murphy F.V., Malvey D., Costello R.A., Luther S.L., Werner D. [2002], "Toward a Population Health Delivery system: first steps in performance measurement", *Health Care Management Review*, 27(1), pp. 76-95
- 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.
- Sutter Women's & Children's Services (2001), *First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources*, Sutter Health, California
- The Southern Surgeons Club (1991), "A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies", *New England Journal of Medicine*, 324(16), pp. 1073-8.
- Tockner M., Marchionna G., Tazza R., Rossi S. [2005], *La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile"*, 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre 2005
- 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
- Vainieri M., Vinci B., d'Amato L., Attanasio F. [2016], Health care policies between rationing and rationalization: the role and evolution of the monitoring system for pharmaceutical assistance at regional level, *Giornale Italiano di Farmacoeconomia*
- Vaughan J., Gurusamy K.S., Davidson B.R. [2013], "Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, art. CD006798, doi: 10.1002/14651858.CD006798.pub4
- Vinogradova Y., Coupland C., Brindle P., Hippisley-Cox J. [2016], Discontinuation and restarting in patients on statin treatment: prospective open cohort study using a primary care database, *BMJ*; 353:i3305
- Viswanathan M., Hartmann K., Palmieri R., Lux L., Swinson T., Lohr K.N., Gartlehner G., Thorp J.Jr. [2005], *The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (MD)
- White B.A., Biddinger P.D., Chang Y., Grabowski B., Carignan S., Brown D.F.M. [2013], "Boarding Inpatients in the Emergency Department Increases Discharged Patient Length of Stay", *The Journal of Emergency Medicine*, 44, 1: 230-235
- World Health Organization (1985), "Appropriate technology for birth", *Lancet*, vol. 2, pp. 436-437
- WHO (1991), The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals, <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000*, World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (2014), *Preventing suicide: A global imperative*, World Health Organization, Geneva
- Zanetti L., Capon A., D'Ascanio I., Di Lallo D. [2005], "Variabilità del tasso di ospedalizzazione in un gruppo di pediatri di famiglia di una Azienda Sanitaria Locale della città di Roma", *Medico e Bambino*, 8(9), http://www.medicoebambino.com/?id=RI0509_10.html

Collane MeS

- Barsanti S., Bonciani M., Roti L., (2016), *Il Quaderno delle Case della Salute*, Tipografia Editrice Polistampa, Firenze
- Panero C., Nuti S., Marcacci L. Rosselli A., (2016) *Il Quaderno del Pronto Soccorso*, Tipografia Editrice Polistampa, Firenze
- Vainieri, M., Nuti, S., (2015), *Governance e meccanismi di incentivazione nei sistemi sanitari regionali*, Edizioni Il Mulino, Bologna
- Øvretveit J. (2014) *Il miglioramento del valore nei servizi sanitari. Un metodo basato sulle evidenze*, Edizione italiana a cura di Bellandi T. e Grillo Ruggieri T., Editore il Mulino, Bologna, n. pag. 354
- Murante A.M., Nuti S., Matarrese D. (2014), *Il Quaderno del Percorso Materno Infantile*, Tipografia Editrice Polistampa, Firenze, n. pag. 79.
- Nuti S., Fantini M.P., Murante A.M. (2014), *Valutare i percorsi in sanità. I percorsi della salute mentale e il percorso oncologico. Un progetto della Commissione parlamentare d'inchiesta del Senato sull'efficienza e l'efficacia del SSN*, Edizioni Il Mulino, Bologna, n. pag. 277
- Nuti, S., Vainieri M. (2013), *Priority setting in sanità: l'esperienza del percorso scompenso cardiaco e diabete mellito di tipo 2*, Edizioni Il Mulino, Bologna, n. pag. 330
- Niccolai F., Nuti S. (2012), *Intensità di Cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l'ospedale*, Edizioni ETS, Pisa, n. pag 303
- Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), *Immigrazione e Salute. Percorsi di integrazione sociale*, Edizioni Il Mulino, Bologna, n. pag. 296.
- Nuti S., Furlan M. (2012), *La formazione manageriale per il cambiamento organizzativo in sanità*, Edizioni ETS, Pisa, n. pag.140
- Nuti S., Vainieri M. (2011), *Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio Sanitario Nazionale. Un binomio possibile*, Edizioni Il Mulino, Bologna, n. pag. 238
- Barretta A. D., (2009), *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca operativa ed esperienze operative a confronto*, Edizioni il Mulino, Bologna
- Frey M., Meneguzzo M., Floriani G., (2009), *La sanità come volano dello sviluppo economico*, Edizioni ETS, Pisa, n. pag. 439.
- Nuti S., Vainieri M. (2009), *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana – Una sfida aperta*, Collana "Creare valore nella sanità pubblica", Edizioni ETS, Pisa, n. pag. 194.
- Nuti S. (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Edizione Il Mulino, Bologna, pp. 772.
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), *Rischio clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, Bologna, n. pag. 281.
- Nuti S. (2005), *Innovare in sanità - Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto*, Edizioni ETS, Pisa, n. pag. 228.
- Miolo Vitali P., Nuti S. (a cura di), (2004) *Sperimentazione dell'activity based management nella sanità pubblica: l'esperienza dell'azienda USL 3 di Pistoia*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Vitali P.M., Nuti S., (2003) *Ospedale in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*, Franco Angeli, Milano, n. pag. 136.
- Cinquini L., Vitali P.M., Nuti S. (2003), *La dinamica economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie Toscane: analisi a confronto*, Franco Angeli, Milano, n. pag. 192
- Nuti, S., Grillo Ruggieri, T. (eds), *La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto*, Il Mulino, Bologna, 2016.



Del Gallo Editori
Via Dei Tornitori 7, 06049 Spoleto (PG)
info@delgalloeditori.com - www.delgalloeditori.com
Finito di stampare nel mese di ottobre 2016

Il Laboratorio Management e Sanità (MeS), costituito nel 2004 dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, lavora nell'ambito della ricerca e formazione in economia e management sanitario con Istituzioni sanitarie pubbliche e private a livello regionale, nazionale e internazionale.

La sua missione consiste nel valorizzare le logiche fondanti del sistema sanitario pubblico, nello studio e valutazione delle sue specificità, nel confronto tra diversi sistemi regionali e internazionali, nell'innovazione organizzativa e gestionale a beneficio della tutela della salute e infine nella sistematizzazione di *know-how* manageriale per chi opera nel mondo della sanità.

www.meslab.sssup.it

