



in collaborazione con



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
a confronto

Report 2016



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 2016

A cura di Sabina Nuti, Tommaso Grillo Ruggieri, Giuseppe D'Orio

© Copyright 2017 Laboratorio MeS

ISBN 978-88-6995-229-6



IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI:
I risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto
Report 2016

Laboratorio Management e Sanità (Istituto di Management – Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa)

Responsabile Scientifico: Sabina Nuti

Coordinamento operativo: Tommaso Grillo Ruggieri, Giuseppe D’Orio

Coordinamento operativo: Andrea Carlo Livraghi, Federico Vola, Francesca Ferrè, Sabina de Rosi, Daniel Adrian Lungu

Sistemi informativi: Domenico Cerasuolo.

Laboratorio MeS: Pietro Amat, Francesco Attanasio, Sara Barsanti, Nicola Bellé, Cristiana Bettelli, Manila Bonciani, Maria Sole Bramanti, Letizia Bertoli, Francesca Brocchini, Gianluca Cafagna, Martina Calovi, Iliaria Corazza, Federica Covre, Gaetano Esposito, Manuela Furlan, Giorgio Giacomelli, Alessandro Giari, Francesca Guarneri, Nicola Mario Iacovino, Emmanuel Kumah, Barbara Lupi, Maria Mateos Irigoyen, Anna Maria Murante, Nicola Nenci, Guido Noto, Linda Palatella, Elisa Palermo, Cinzia Maria Rita Panero, Emiliano Pardini, Francesca Pennucci, Giulia Polidori, Silvia Podetti, Giorgio Presicce, Maria Cristina Rizzo, Antonella Rosa, Valentina Rosellini, Chiara Salsiri, Chiara Seghieri, Simone Ticcianti, Milena Vainieri, Bruna Vinci.

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, Michele Recine, Vito Mancusi, Annarita Lucia, Vincenzo Perneti.

Regione Emilia-Romagna: Kyriakoula Petropulacos, Voci Claudio, Stefano Sforza, Chiara Ventura, Camilla Lupi, Servio Battaglia, Marzia Cavazza, Monica Fiorini, Lucia Nironi, Silvana Borsari, Vittorio Basevi, Anselmo Campagna, Rossana De Palma, Laura Maria Beatrice Belotti.

Regione Friuli Venezia Giulia: Loris Zanier, Elena Clagnan, Stefania Del Zotto, Michele Gobbato, Jenny Fabro, Francesca Tosolini, Sara Anzilutti, Marzia Cicuttini, Caterina Morassutto.

Regione Liguria: Walter Locatelli, Francesco Quaglia, Domenico Gallo, Roberto Oneto, Bruno Buonopane, Michele Bonfiglio, Roberto Carloni, Claudio Castagneto, Paolo Forno, Laura Lassalaz, Enrica Orsi, Camilla Sticchi, Germana Torasso, Sergio Vigna, Roberta Zanetti, Marco Manoni, Carlo Olivari, Paolo Romairone.

Regione Lombardia: Maurizio Bersani, Danilo Cereda, Giovanni Daverio, Michele Ercolanoni, Maria Gramegna, Luca Merlino, Gjiliola Cukaj.

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

P.A. Bolzano: Michael Mayr, Laura Schrott, Silvia Capodaglio, Carla Melani, Mirko Bonetti, Antonella Di Munno, 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: Giancarlo Ruscitti, Giovanni Gorgoni, Vito Bavaro, Antonio Alfio Circhetta, Antonio Vieli, Benedetto Pacifico, Lucia Bisceglia, Vito Petrarolo, Anna Salvatore, Cinzia Tanzarella, Annamaria Nannavecchia, Antonio Chieti, Francesca Zampano, Antonio Tommasi, Rossella Caccavo, Cinzia Germinario, Domenico Martinelli.

Regione Toscana: Emanuela Balocchini, Katia Belvedere, Marco Brintazzoli, Lucia Grazia Campanile, Mario Cecchi, Cecilia Chiarugi, Tiberio Corona, Maria Teresa Mechi, Andrea Mercatelli, Moraldo Neri, Monica Piovi, Carla Rizzuti, Alessandro Rosselli, Lorenzo Roti, Barbara Trambusti, 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, Marcello De Giorgi, David Franchini, Giulio Agostinelli, Tiziana Bacelli, Donatella Bosco, Ombretta Checconi, Simona Guzzo, Gabriella Madeo, Alessandro Montedori, 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 Salmaso, Anna Ferrante, Daniela Perin, Luca Heller, Chiara Ziprani, Maria Chiara Corti, Michele Pellizzari, Elisabetta Pinato, Mauro Bonin, Stefano Nicola, Matteo Cella, Maddalena Momo, Alessandro Ruzza, Giuseppe Feltrin, Tommaso Maniscalco, Alessandra Belfontali.

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 2016

Introduzione	
Introduzione	8
La valutazione e rappresentazione degli indicatori del Sistema di valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali	9
La valutazione degli esiti per specialità di dimissione con la metodologia CRISP-MeS	14
Mission	19
Efficienza	41
Appropriatezza organizzativa	55
Qualità dei percorsi	63
Compliance	79
Percorso oncologico	85
Percorso materno-infantile	109
Sicurezza del paziente e rischio clinico	119
Percorso salute mentale	125
Pronto soccorso	131
Equilibrio economico-finanziario	145
Assistenza farmaceutica e dispositivi	153
La valutazione della performance delle AOU	163
Bibliografia	218

INTRODUZIONE

Introduzione

a cura di Sabina Nuti

Il gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa lavora da anni sul tema della valutazione della performance in sanità. Fin dalle prime sperimentazioni in Toscana degli anni 2004-2005, e poi ancora negli anni successivi fino ad oggi, più volte sia nel nostro team di ricerca, sia nel confronto con i referenti regionali e con il management delle Aziende Sanitarie, ci siamo domandati se le Aziende Ospedaliero-Universitarie potessero essere valutate con gli stessi meccanismi e strumenti delle altre aziende operanti nel Sistema Sanitario Nazionale o se la loro specifica missione meritasse un differente approccio al tema della misurazione dei risultati.

Il problema dell'applicabilità degli indicatori e delle relative dimensioni di valutazione al contesto delle AOU rispetto alle Aziende Sanitarie Locali si pose fin dalla sperimentazione del Sistema di Valutazione in Toscana nel 2004, tanto che nel 2006, in accordo con i tre Atenei toscani e con la Regione Toscana, fu avviata un'ampia iniziativa di «ricerca laboratorio» in cui tutti i direttori dei Dipartimenti Aziendali Integrati (DAI) delle tre Aziende Ospedaliero-Universitarie toscane furono invitati a partecipare ad un percorso di analisi, ricerca e condivisione finalizzato ad individuare un set di indicatori specifici capaci di cogliere la missione composita delle AOU. Questo percorso, per quegli anni assai innovativo, fu facilitato grazie al lavoro di conduzione dei docenti di management dei tre Atenei toscani segnalati dai relativi Rettori e coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna.

Al termine di questo lungo percorso, i direttori dei DAI condivisero oltre un centinaio di indicatori di valutazione che, successivamente al confronto con le relative direzioni sanitarie aziendali e con la Regione, furono inseriti nel Sistema di Valutazione regionale. Con un set di misure più consistente e con un processo di condivisione alle spalle, fin dal 2006 le AOU toscane sono entrate a pieno titolo nel Sistema di Valutazione della Scuola Superiore Sant'Anna [<http://performance.sssup.it/tosval>] basato sul benchmarking regionale dei risultati. Risultava chiaro tuttavia che il confronto apparisse limitato e che fosse auspicabile un ampliamento del numero di AOU da comparare. In particolare, la domanda frequente che il nostro gruppo di ricerca si poneva, così come il management di questa tipologia di aziende, era se la loro specificità nel Sistema Sanitario Regionale imponesse un confronto specifico solo con aziende comparabili in termini di dimensione e missione. In questa prospettiva appariva fondamentale la diffusione del sistema in altre Regioni italiane.

La costituzione del Network tra la maggior parte delle Regioni italiane per condividere il Sistema di Valutazione proposto dal Laboratorio Management e Sanità dal 2008 in poi (Liguria, Lombardia, Veneto, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Basilicata, Puglia, Calabria - <http://performance.sssup.it/netval>) ha permesso, grazie alla disponibilità

di molti più dati, di attivare un network nel network, ossia il confronto tra tutte le AOU polispecialistiche delle Regioni. Questo confronto viene effettuato tra le aziende o i presidi ospedalieri che, pur con assetti istituzionali differenti e specifici, sono sede di corsi di specializzazione di area medica e non sono focalizzate su di un'unica area clinica.

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

Azienda	Regione
AOU Parma	Emilia Romagna
AOU Modena	
AOU Bologna	
AOU Ferrara	Friuli Venezia Giulia
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste	
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine	Liguria
IRCCS San Martino - Genova	
IRCCS Policlinico San Matteo - Pavia	Lombardia
Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico - Milano	
Ospedale San Raffaele - Milano	
Istituto Clinico Humanitas - Rozzano	
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Varese	
Presidio Ospedaliero Spedali Civili di Brescia	
Ospedale L. Sacco - Milano	
Ospedale San Paolo - Milano	Marche
Ospedale San Gerardo - Monza	
AOU Ospedali Riuniti di Ancona	Puglia
AOU Policlinico Bari	
OO. RR. Foggia	
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza - San Giovanni Rotondo (FG)	Toscana
AOU Pisana	
AOU Senese	
AOU Careggi	Umbria
AO Terni	
AO Perugia	Veneto
AO Padova	
AOU Verona	

Per disegnare un Sistema di Valutazione efficace per queste istituzioni, in grado di supportare i processi di programmazione e di controllo, è fondamentale il collegamento con la strategia, ossia la coerenza con gli obiettivi strategici che l'organizzazione si pone. In tal senso, le AOU non possono essere considerate come strutture a sé stanti ma come parti di un duplice sistema, quello sanitario e quello universitario. I loro obiettivi strategici in primis devono tenere conto del ruolo svolto e delle attese di ciascun sistema in cui operano. Da un lato, il Sistema Sanitario Regionale richiede alle AOU di contribuire nella sfida della gestione dell'aging della popolazione, nel superamento dei setting assistenziali a favore di una maggiore continuità ed integrazione assistenziale tra ospedale e territorio, nonché alla creazione di sempre maggior valore per euro speso per il paziente ponendo attenzione alla qualità delle cure, alla tempestività di risposta e alla sostenibilità finanziaria. Dall'altro, il sistema universitario richiede alle AOU di svolgere tutte e tre le funzioni di ricerca, assistenza e formazione congiuntamente, per attivare un circuito virtuoso che si basi su autonomia nella ricerca, finanziamenti adeguati e condizioni logistiche appropriate per garantire dignità a docenti e discenti.

Tra queste due componenti le AOU operano cercando di perseguire la loro missione che l'OECD [Smith e Whitchurch 2002] considera «supercomplessa»:

«the roles and relationships at the interface of health and education in teaching hospitals might be described as "extra supercomplex", in that they have to continually evaluate organisational arrangements to deliver teaching, research and service activity because of discrete strategies in components of the mission. The sheer scale of these changes over the last ten years or so has meant that maintaining a delicate balance of organisational objectives in the partnership is increasing difficult».

Con queste premesse è stato impostato il Sistema di Valutazione a confronto delle AOU. Quest'ultimo ha mantenuto la prospettiva già proposta del Sistema di Valutazione adottato dal Network delle Regioni, ossia la volontà di essere uno strumento di apprendimento e di miglioramento continuo, nonché un'opportunità per individuare gli aspetti su cui investire risorse e competenze e gli ambiti da valorizzare in termini di best practice, ricercati mediante un confronto trasparente dei risultati su basi volontarie.

La valutazione e la 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 delle Regioni 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 300 indicatori, di cui circa 140 di valutazione e la restante parte di osservazione.

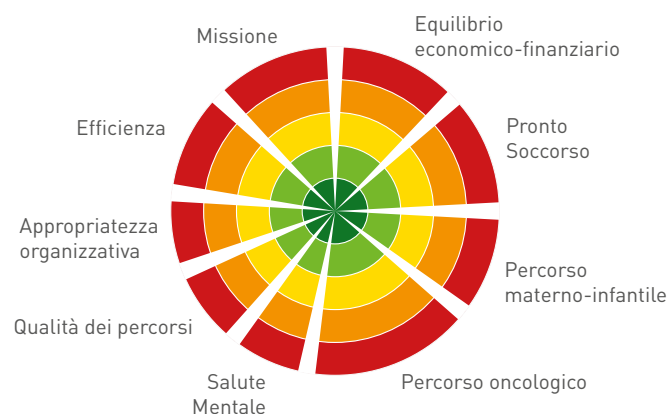
Agli indicatori di valutazione viene legato un punteggio derivante dal posizionamento nel confronto in benchmark, tenendo conto degli standard nazionali o internazionali. In assenza di standard di riferimento, le Regioni condividono il livello di performance adeguato per ciascun indicatore. Seguendo 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.

Figura 1 Le fasce di valutazione

VALUTAZIONE	COLORE FASCIA	PERFORMANCE
4 - 5	VERDE SCURO	OTTIMA
3 - 4	VERDE	BUONA
2 - 3	GIALLO	MEDIA
1 - 2	ARANCIONE	SCARSA
0 - 1	ROSSO	MOLTO SCARSA

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 alcuni casi (ad esempio, gli indicatori della ricerca). 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 Il bersaglio AOU e le aree nelle quali sono aggregati gli indicatori in esso posizionati



Lo schema del bersaglio viene adottato al fine di offrire un quadro di sintesi sulla performance ottenuta da Regioni e Aziende, permettendo di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza delle regionali ed aziendali. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna. Come descritto nel successivo paragrafo, per le Aziende Ospedaliere-Universitarie a partire dal 2015 la costruzione dei bersagli tramite il posizionamento degli indici sintetici è stata rivista prevedendo invece l'inserimento delle singole misure di valutazione.

Il focus sulle Aziende Ospedaliere-Universitarie¹

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

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 (cardiochirurgia, neurochirurgia, ecc).

Come discusso in introduzione, 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.

A seguito dell'adesione al Sistema di Valutazione da parte di più Regioni, il numero più ampio di Aziende Ospedaliere-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

¹ 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.

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 2016 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 2015. 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, nonché i 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. Diversamente dai bersagli abitualmente predisposti, infatti, dall'anno scorso il Bersaglio AOU presenta direttamente i 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 non più attraverso le sei dimensioni di analisi tradizionalmente in uso sul Sistema di Valutazione, ma attraverso aree maggiormente coerenti con l'attività delle AOU. Inoltre, data la loro rilevanza, da quest'anno gli indicatori di valutazione dell'attività di ricerca sono posizionati fuori da bersaglio per darne ulteriore evidenza.

Il 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. 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.² Sono ancora assenti indicatori sulla funzione formativa in quanto i dati non sono ancora disponibili;

- **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;
- **Compliance**, che include alcune misure relative alla prescrizione appropriata di farmaci a seguito della dimissione ospedaliera di pazienti con Infarto Miocardico Acuto;
- **Percorso oncologico**, che racchiude numerose misure riferite a tale percorso;
- **Percorso materno-infantile**, che include un focus sugli indicatori di questa area;
- **Sicurezza del paziente e rischio clinico**, che include alcuni indicatori di osservazione;
- **Percorso salute mentale**, con tre 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 spesa e consumo di farmaci e due misure relative ai dispositivi.

² 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.

Di seguito sono riportati in Tabella gli indicatori inclusi nel 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 articoli per dirigente	
B15.1.3	Numero medio pubblicazioni per dirigente	
B15.3.1	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	
B15.3.2	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor di specialità riportato da ISI	
<i>C1.5</i>	<i>Indice di case mix</i>	
<i>C1.6</i>	<i>Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (Griglia LEA)</i>	
D18	Percentuale di dimissioni volontarie	
<i>C30.3.1.1</i>	<i>Volumi attrazioni extra-regione</i>	
<i>C30.3.1.2</i>	<i>Percentuale 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 attrazioni extra-regione - DRG alta complessità</i>	
<i>C30.3.3.1</i>	<i>Volumi attrazioni extra-regione - DRG media complessità</i>	Mission
<i>C30.3.3.2</i>	<i>Percentuale attrazioni extra-regione - DRG media complessità</i>	
<i>C32.3.1.1</i>	<i>Volumi attrazioni extra-regione per DRG cardiocirurgici</i>	
<i>C32.3.2.1</i>	<i>Percentuale attrazioni extra-regione per DRG cardiocirurgici</i>	
F18.1	Costo medio per punto DRG	
B6.1.2	Percentuale donatori procurati	
<i>B6.1.6</i>	<i>Segnalazione di morte encefalica</i>	
<i>B6.1.9</i>	<i>Opposizione alla donazione</i>	
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti Ricoveri per DRG medico	
C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti Ricoveri per DRG chirurgico	
C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia > 65 anni	Efficienza
<i>C2a.7</i>	<i>Indice di performance degenza media per acuti Specialità Cardiocirurgia</i>	
<i>C2a.8</i>	<i>Indice di performance degenza media per acuti Specialità Cardiologia</i>	
<i>C2a.9</i>	<i>Indice di performance degenza media per acuti Specialità Chirurgia Generale</i>	
<i>C2a.26</i>	<i>Indice di performance degenza media per acuti Specialità Medicina</i>	
<i>C2a.30</i>	<i>Indice di performance degenza media per acuti Specialità Neurochirurgia</i>	
<i>C2a.32</i>	<i>Indice di performance degenza media per acuti Specialità Neurologia</i>	
<i>C2a.36</i>	<i>Indice di performance degenza media per acuti Specialità Ortopedia e Traumatologia</i>	
<i>C2a.43</i>	<i>Indice di performance degenza media per acuti Specialità Urologia</i>	
<i>C34.3</i>	<i>Indice di Performance della degenza media per Ictus ischemico</i>	
C4.7	Percentuale ricoveri in Day-Surgery per Drg LEA Chirurgici	Appropriatezza Organizzativa
<i>C4.13</i>	<i>DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Griglia LEA)</i>	
C4.4	Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 giorno	
<i>C4.1</i>	<i>Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici</i>	
<i>C14.2</i>	<i>Percentuale ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica (AOU, AO, IRCCS)</i>	

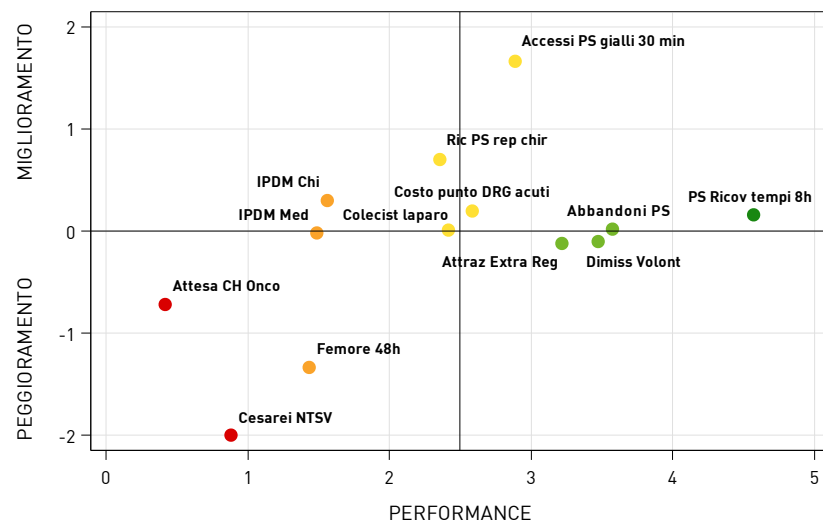
Codice Indicatore	Indicatore	Area
C5.2	Percentuale di fratture al femore operate entro 2 giorni	Qualità dei percorsi
C5.12	Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate	
<i>C5.18.1</i>	<i>Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - Ricoveri urgenti</i>	
<i>C5.18.2</i>	<i>Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - Accessi in PS e ricoveri programmati</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>	
C16.7	Percentuale ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	
<i>C16.8</i>	<i>Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica</i>	
<i>C5.20</i>	<i>Trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico</i>	
<i>C34.2</i>	<i>Percentuale trombolisi arteriose per pazienti con ictus ischemico</i>	Compliance
<i>C34.4</i>	<i>Percentuale di pazienti con ictus ammessi, transitati o dimessi da Neurologia</i>	
<i>C36.1</i>	<i>Percentuale prostatectomie computer-assistite</i>	
<i>C8a.20</i>	<i>Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno: Ricoveri ordinari</i>	
C21.2.1	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	
C21.2.2	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	
C21.2.3	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	
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	
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Percorso Oncologico
C17.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	
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	
<i>C10.2.2</i>	<i>Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella dopo l'intervento per tumore maligno alla mammella</i>	
<i>C10.2.2.1</i>	<i>Percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari dopo l'intervento per tumore maligno alla mammella</i>	
<i>C10.2.4</i>	<i>Percentuale di donne sottoposti a radioterapia entro 4 mesi da intervento per tumore alla mammella</i>	
<i>C10.2.5</i>	<i>Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario</i>	
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	
<i>C10.3.1</i>	<i>Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)</i>	
<i>C10.3.3</i>	<i>Somministrazione entro 8 settimane di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon</i>	Percorso Oncologico
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	
<i>C10.3.2</i>	<i>Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)</i>	
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	
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	Percorso Oncologico
<i>C10.6.1</i>	<i>Percentuale di uomini sottoposti a radioterapia che iniziano il trattamento entro 6 mesi dall'intervento per tumore alla prostata</i>	
<i>F10.2.1d</i>	<i>Spesa media per farmaci oncologici (AO/AOU/HUB)</i>	

Codice Indicatore	Indicatore	Area	
C7.1	Percentuale cesarei depurati (NTSV)	Materno-infantile	
C7.1.2	Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)		
C7.1.3	Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)		
C7.1.4	Percentuale parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati		
C7.2	Percentuale parti indotti		
C7.20	Percentuale di asfissie gravi peri/intra-partum		
C7.3	Percentuale episiotomia depurate (NTSV)		
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)		
C6.4.1	Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione		Sicurezza 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	Salute Mentale	
C8a.13.2b	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni in psichiatria		
C15.8	Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche		
C16a.t1	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice rosso (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti	Pronto Soccorso	
C16a.t2	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo (urgenza) ricoverati, deceduti o trasferiti		
C16a.t3	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde (urgenza differibile) ricoverati, deceduti o trasferiti		
C16.1	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti		
C16.2	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora		
C16.3	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 4 ore		
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8 ore		
C16.5	Percentuale accessi in Osservazione Breve		
C16.5.1b	Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 36 ore		
C16.18	Percentuale accessi in Osservazione Breve con durata inferiore alle 6 ore		
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	Equilibrio economico-finanziario	
F1.4	Scostamento tra costi e ricavi (Legge di Stabilità n.208/2015)		
F3.1	Indice di disponibilità		
F3.2.1	Incidenza dei canoni di leasing e noleggio		
F3.2.2	Obsolescenza degli impianti e macchinari		
F3.4.2	Dilazione dei debiti		
C9.12	Consumo di antibiotici nei reparti		Farmaceutica e Dispositivi
C9.13	Incidenza antibiotici iniettabili nei reparti		
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 quanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza		
F10.3.4	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico		

Quest'anno, il Report AOU si completa inoltre con la pubblicazione, a fianco dei bersagli e delle Griglie CRISP-MeS, di tre ulteriori strumenti di monitoraggio che completano un cruscotto sintetico di punti di forza e di debolezza aziendali:

- La treemap PNE, strumento di sintesi degli indicatori di esito PNE 2015 registrati dai diversi stabilimenti ospedalieri, che riassume i risultati raggiunti su 7 specifiche aree cliniche oggetto di monitoraggio annuale. Per la metodologia utilizzata si rimanda al documento predisposto da PNE, disponibile al link http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/sintesi/sintesi_vis/croc/Treemap_metodi_2016_v2.pdf. Pur considerando che i dati delle Treemap forniti da AGENAS - PNE sono del 2015 mentre tutti gli altri prospetti si riferiscono al 2016, si ritiene utile per il management e per tutti i professionisti avere un prospetto riassuntivo della performance aziendale.
- Un grafico ad anello che sintetizza la capacità di miglioramento suddividendo gli indicatori di valutazione tra:
 - 1) migliorati: indicatori con trend 2015-2016 in miglioramento;
 - 2) stabili: con trend 2015-2016 compreso tra -1 e 1%;
 - 3) peggiorati: indicatori con trend 2015-2016 in peggioramento.
- Una mappa performance/trend che analizza ancor più nel dettaglio la capacità di miglioramento per una selezione di indicatori di valutazione rilevanti e con dati biennali disponibili, incrociando sull'asse delle y il trend 2015-2016 registrato dall'azienda o presidio ospedaliero (riproporzionato in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2, dove -2 indica capacità di miglioramento pessima e +2 ottima) e, sull'asse delle x, la performance (valutazione) tra 0 e 5 ottenuta nel 2016. L'incrocio di tali dimensioni individua 4 aree e aiuta a identificare altrettante aree di attenzione:
 - 1) Quadrante in alto a destra: area con indicatori con performance buone o ottime e in miglioramento, per le quali è richiesto un mantenimento nel tempo dei risultati ottenuti;
 - 2) Quadrante in alto a sinistra: area cd. "sulla strada giusta", con indicatori con performance sotto la media ma in miglioramento, che identificano le misure per le quali si assiste ad una evoluzione positiva da mantenere auspicabilmente anche in futuro;
 - 3) Quadrante in basso a destra: area cd. "di attenzione" che include indicatori con performance buone o ottime ma in peggioramento, cioè misure che richiedono un'attenzione specifica per evitare di far registrare in futuro risultati negativi;
 - 4) Quadrante in basso a sinistra: cd. "area da migliorare" con indicatori con performance sotto la media e in peggioramento, che identificano misure per le quali occorre un'attenzione prioritaria.

Figura 3 La mappa di performance/trend



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

a cura di Paolo Berta, Giuseppe D'Orio, Tommaso Grillo Ruggieri e Giorgio Vittadini

In combinazione ai bersagli, anche nel report di quest'anno sono presentate le griglie di valutazione degli esiti per specialità di dimissione per l'anno 2016, elaborate secondo la metodologia CRISP-MeS.

L'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. A queste misure di esito, a partire da quest'anno, è stato aggiunto l'indice di performance della degenza media (IPDM), misura di efficienza calcolata come differenza tra le giornate di degenza osservate per ciascun DRG e le giornate di degenza attese (prendendo come riferimento le degenze medie per DRG delle AOU del Network), il tutto rapportato alla numerosità dei ricoveri. L'analisi di questi indicatori si concentra su otto specialità che rappresentano una quota consistente dei ricoveri ospedalieri: Cardiochirurgia, 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). Come inoltre specificato in seguito, sono inoltre riattribuiti i ricoveri dimessi dai reparti intensivi, ove collegabili univocamente ad uno dei reparti afferenti alle specialità oggetto di analisi. 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 per le quattro misure di esito 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 (vedi 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 i ricoveri dei pazienti non residenti nella Regione dell'ospedale di dimissione (pazienti extraregionali). Si escludono inoltre i ricoveri per pazienti con età alla dimissione inferiore a 18 anni.

Tabella 3 Variabili di risk adjustment incluse nel modello per le 4 misure di esito

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)
Peso DRG	Continua	Questa variabile fornisce una misura del consumo medio di risorse associato al ricovero
Comorbidità Elixhauser	Dicotomiche	Vengono incluse nel modello 30 variabili dicotomiche che segnalano la presenza di una tra le comorbidità incluse nell'indice di Elixhauser. Ciascuna variabile per la rispettiva comorbidità ricerca nel singolo ricovero del paziente i codici ICD-9-CM traccianti della patologia ricercata
DRG elettrofisiologia e emodinamica	Dicotomica	La variabile, utilizzata solo nel modello relativo alle cardiologie individua la casistica di elettrofisiologia emodinamica erogata da questi reparti, includendo i DRG 117, 118, 515, 525, 535, 536, 551,552, 555, 556, 557, 558, 518.

Sono infine eliminati dai modelli i DRG per i quali tutte le Regioni hanno registrato una mortalità pari allo 0,05% (cd DRG a bassa mortalità) e 100% (cd DRG ad alta mortalità).

Come anticipato, a ciascun reparto sono riattribuiti i pazienti dimessi da Terapie Intensive o Unità coronariche che sono precedentemente transitati esclusivamente in un reparto oggetto di analisi. Ciò consente di evitare di sottostimare gli outcome per quei reparti i cui pazienti vengono maggiormente dimessi dai reparti dell'Area critica.

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 degenza in reparto (Murante et al. 2013) 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 in modo completo tale esito. 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; 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.

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. Tale modalità di costruzione dell'elenco di interventi 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.

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.

Alle quattro misure di esito, da quest'anno si affianca l'indicatore indice di performance

della degenza media (IPDM), che confronta, per ciascun DRG, le giornate di degenza osservate da quelle attese (quest'ultime computate come degenza media dei singoli DRG registrata nel 2016 dalle specialità oggetto di analisi delle AOU del Network). L'indicatore al numeratore riporta la somma di tutte le differenze tra osservato ed atteso per ciascun DRG; al denominatore sono incluse le dimissioni totali. Tale formula consente di leggere la misura come numero di giornate di degenza in più o meno che mediamente sono registrate da una AOU, a parità di casistica dimessa. Un valore negativo è dunque indice di maggiore efficienza. Per il computo di questo indicatore sono inclusi i ricoveri ordinari dimessi dalle otto specialità di dimissione inclusi nel modello CRISP-MeS erogati per pazienti residenti nella Regione dell'ospedale. Sono esclusi le dimissioni volontarie e i ricoveri con modalità di dimissione "Deceduto", in presenza di giornate di degenza superiori a 365 giorni e per DRG 391 – Neonato normale. Anche per questo indicatore, vengono esclusi i reparti con meno di 100 dimissioni annue. Non è invece previsto il risk adjustment predisposto per gli indicatori di esito. In base alla distribuzione dei risultati, sono infine assegnate le fasce di valutazione a 5 colori con le stesse modalità utilizzate per gli indicatori MeS.

La restituzione dei risultati prevede la costruzione di una "griglia di valutazione" aziendale che include in primis la valutazione dei quattro indicatori di esito 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 Cardiocirurgia, 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. L'indice di performance della degenza media (IPDM) è invece incluso nella griglia inserendo il numero di giornate in più o in meno mediamente registrate dalle specialità e dai reparti a parità di casistica dimessa, segnalando al contempo il colore della valutazione a 5 fasce (dalla performance peggiore alla migliore, rispettivamente: rossa, arancione, gialla, verde chiaro, verde scuro).

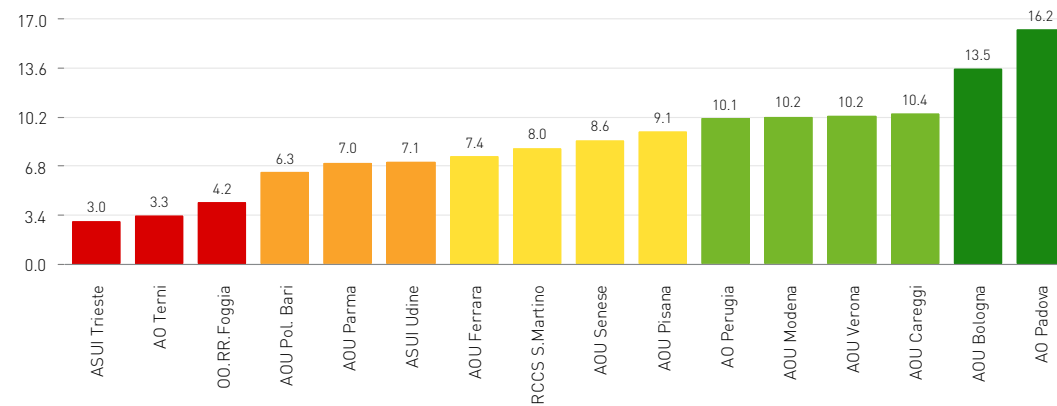


MISSIONE

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.

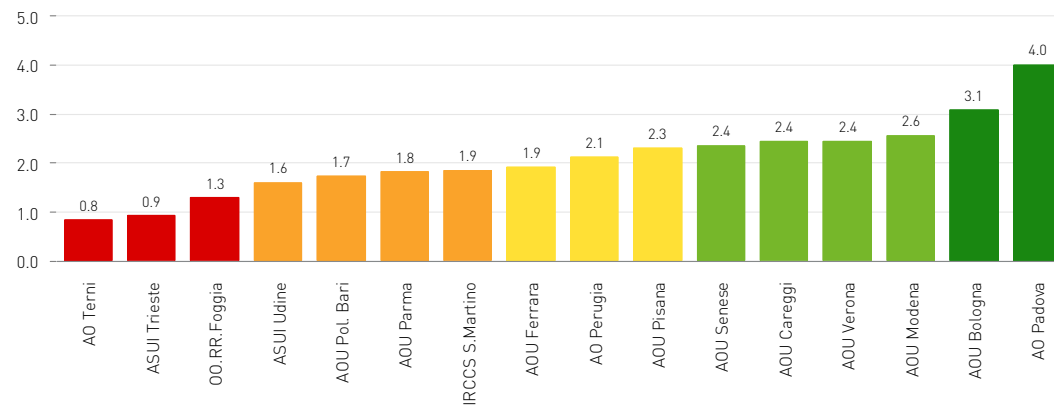


Definizione	Impact Factor Medio per Dirigenti
Numeratore	Somma IF per articolo
Denominatore	N. dirigenti medici sia universitari che ospedalieri
Note	Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 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.

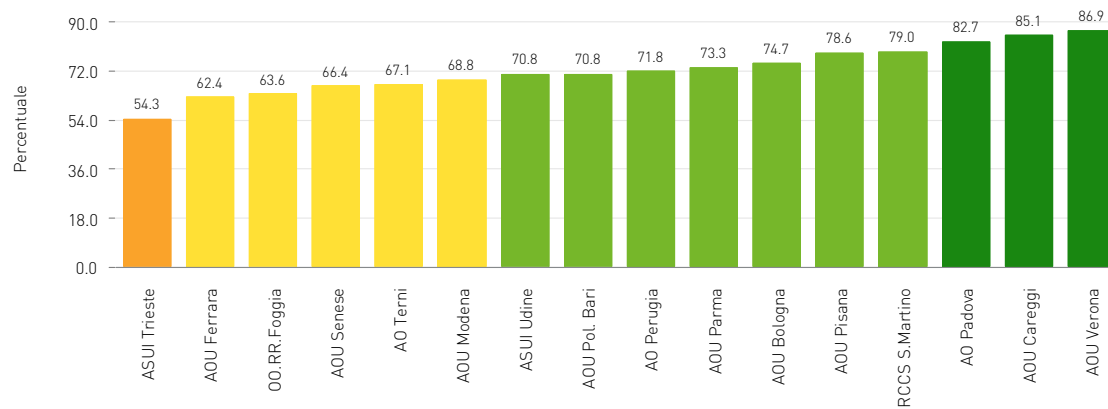


Definizione	Numero medio pubblicazioni per dirigente
Numeratore	Totale pubblicazioni
Denominatore	Numero dirigenti
Note	Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015. La realizzazione 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 (Journal Citation Report), 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, etc.) 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.

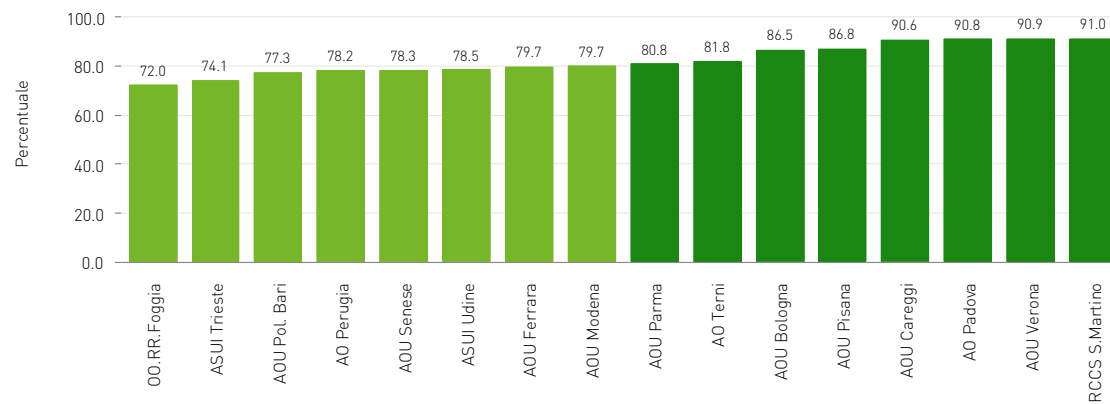


Definizione	Percentuale specialità con Impact Factor medio maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI
Numeratore	N. di specialità con IF medio di azienda maggiore dell'IF aggregato riportato da ISI
Denominatore	N. di specialità in cui ogni azienda risulta aver pubblicato
Note	Si considerano 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 (Journal Citation Report), 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, etc.) 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.

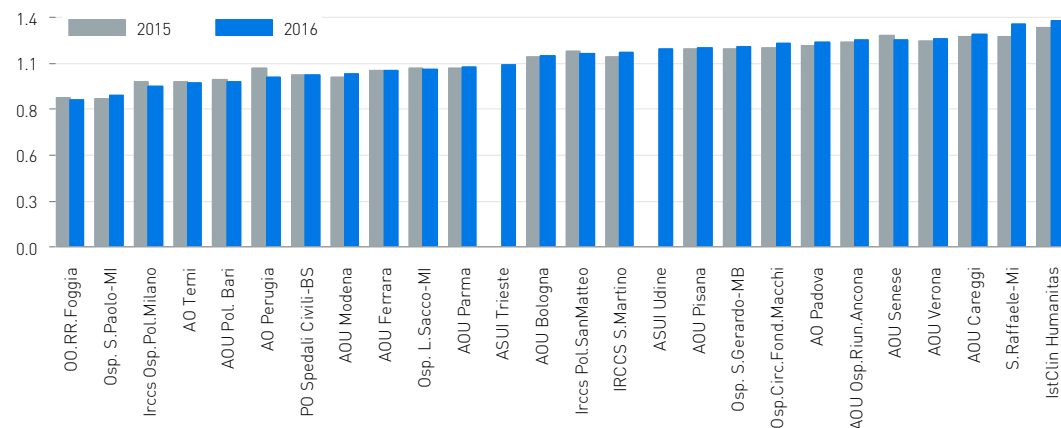
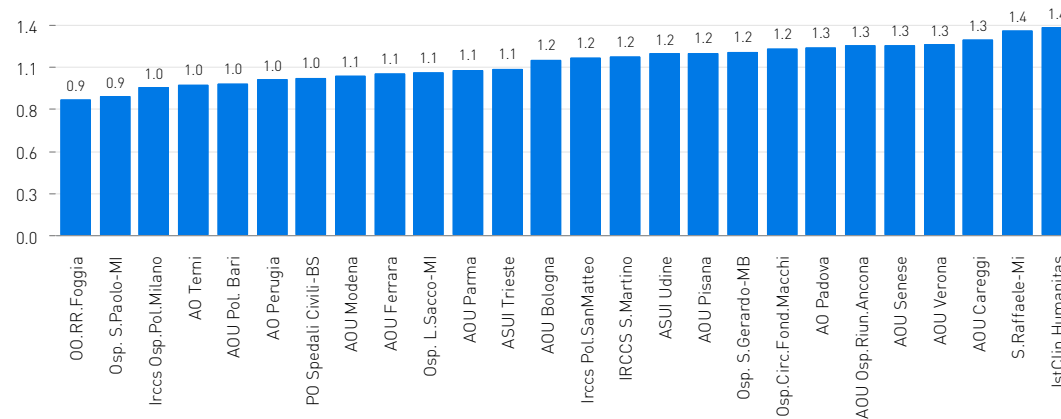


Definizione	Percentuale specialità con Impact Factor mediano maggiore dell'Impact Factor per specialità riportato da ISI
Numeratore	Numero di specialità con IF mediano di azienda maggiore dell'IF mediano riportato da ISI
Denominatore	Numero di specialità in cui ogni azienda risulta aver pubblicato
Note	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.

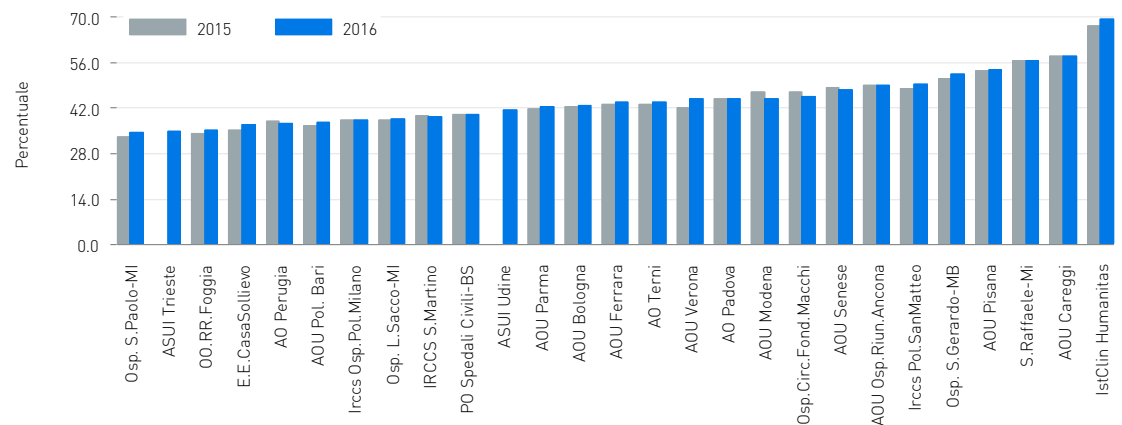
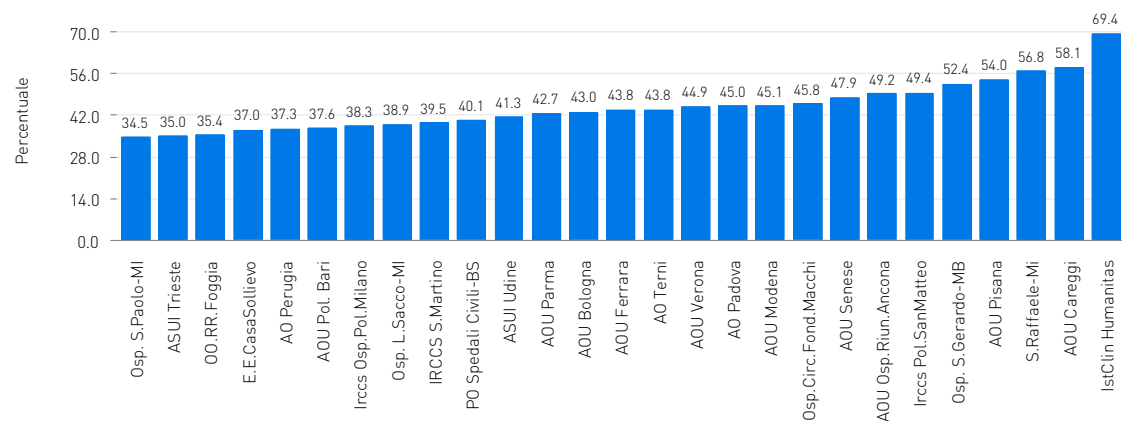


Definizione	Indice di case mix
Numeratore	$\frac{[\sum(\text{numero di dimissioni per DRG per azienda} \times \text{Peso DRG})]}{\sum \text{numero di dimissioni per azienda}}$
Denominatore	Peso medio DRG nazionale (1.17)
Note	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari, inclusa la One Day Surgery. 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 2015 del Ministero)
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C1.6 Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (griglia LEA)

L'indicatore vuole monitorare l'appropriato utilizzo delle strutture ospedaliere a prevalente attività chirurgica. E' un indicatore previsto dalla Griglia LEA.



Definizione	Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici sul totale dei ricoveri ordinari
Numeratore	N. ricoveri ordinari con DRG chirurgico x 100
Denominatore	N. di ricoveri ordinari
Note	Si considerano le dimissioni di residenti e non residenti in regione, in regime di ricovero ordinario per acuti. Sono esclusi: i dimessi da reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione, cure palliative (specialità 28, 56, 60, 75, 99); i ricoveri con DRG 391 (Neonato normale).
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

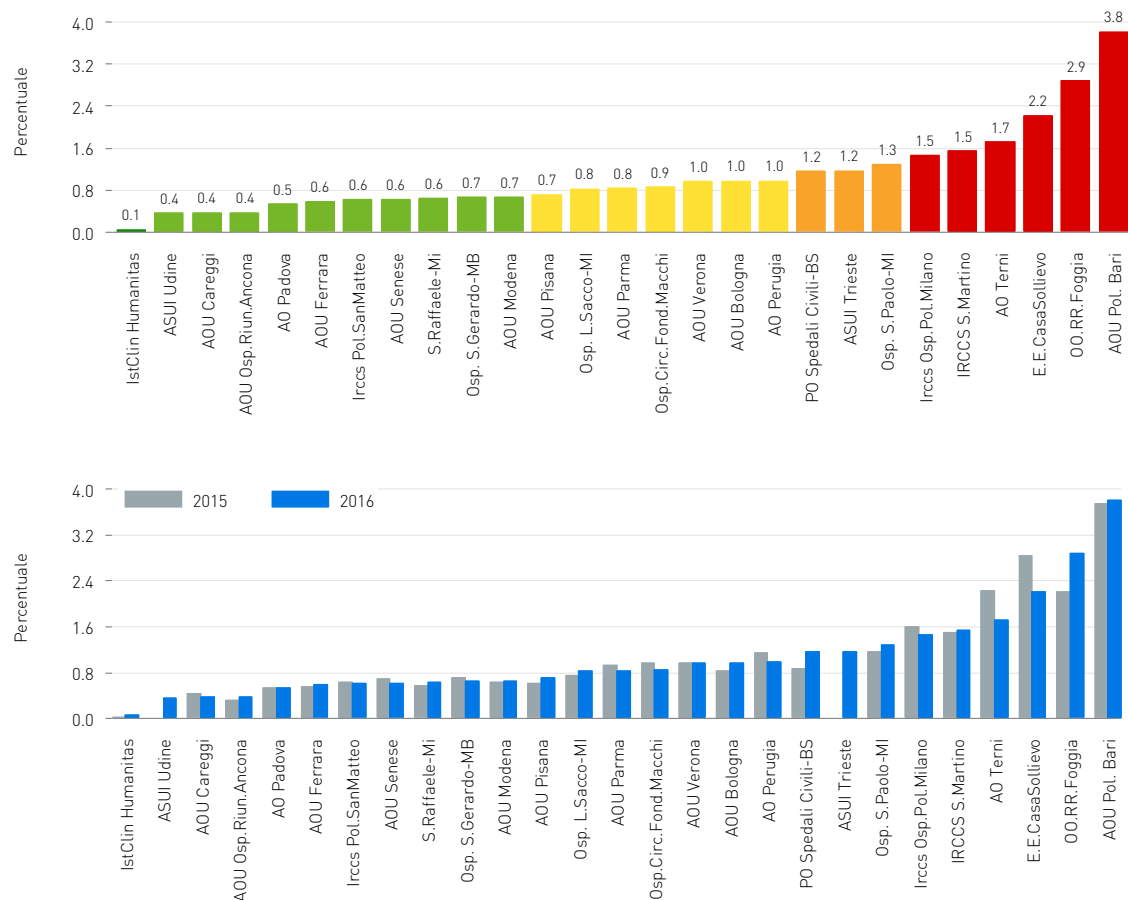


D18 Percentuale di dimissioni volontarie

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 nell'area Missione in quanto, considerando che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente, monitora la capacità delle AOU di essere valutati come centri di eccellenza.

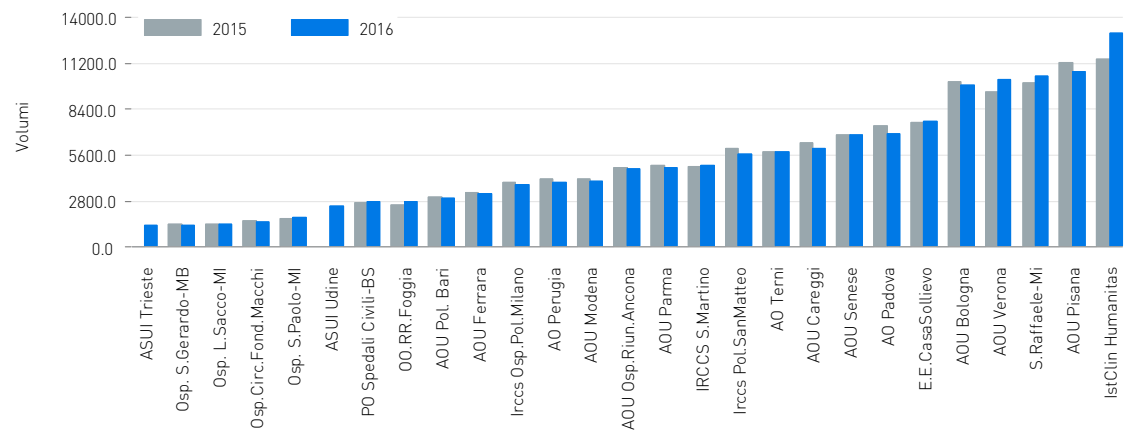
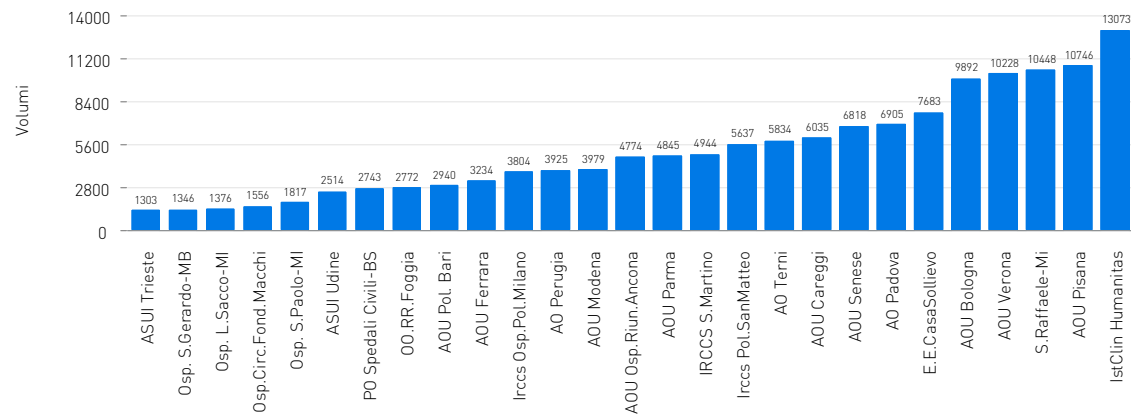


Definizione	Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero
Numeratore	Numero di dimissioni volontarie x 100
Denominatore	Numero di ricoveri
Note	Si considera volontaria una dimissione avvenuta con modalità di dimissione volontaria. Sono esclusi: l'interruzione volontaria farmacologica 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



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, in particolare, misura la capacità delle AOU di essere attrattive per l'attività cardiocirurgica, monitorando i volumi erogati per DRG valvolari e bypass.



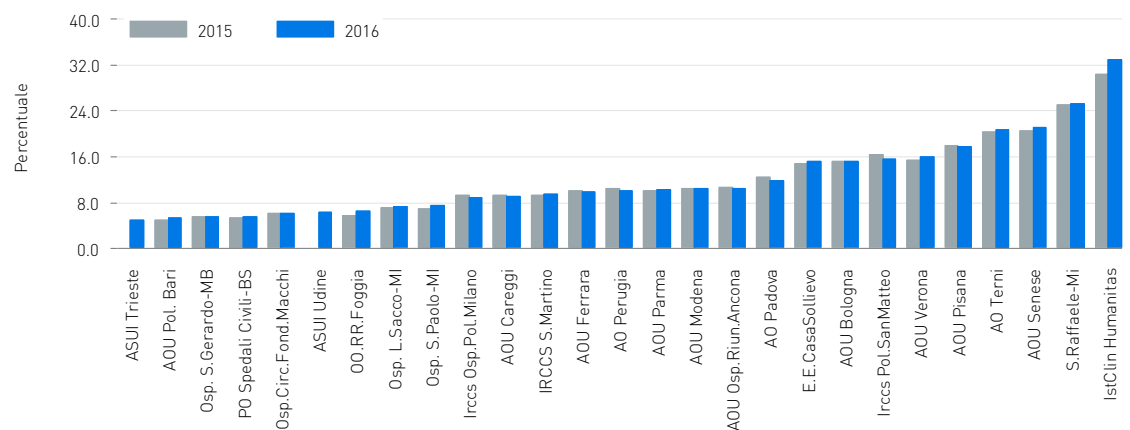
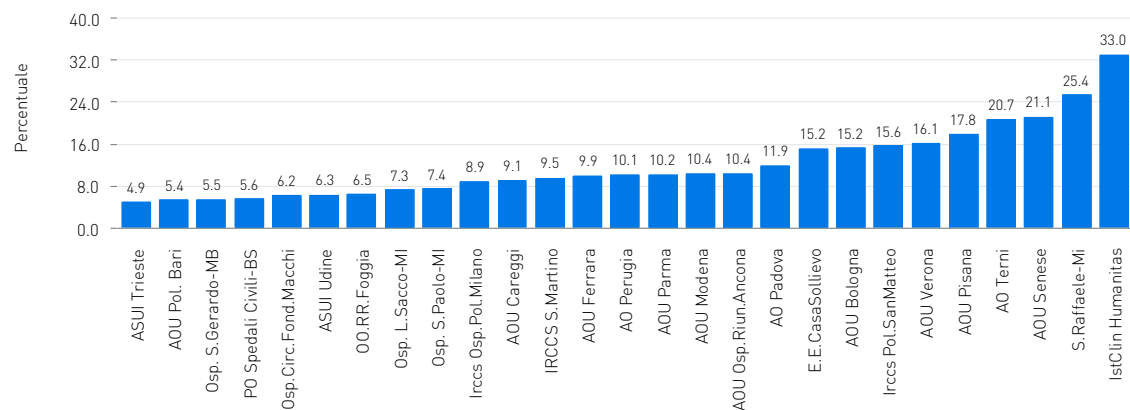
Definizione	Volumi attrazioni extra-regione
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si considerano i ricoveri (RO e DH) erogati per residenti fuori Regione (cittadini stranieri compresi).
Fonte	Flusso SDO



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	Percentuale di 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. Sono escluse le strutture con denominatore < 30.
Fonte	Flusso SDO

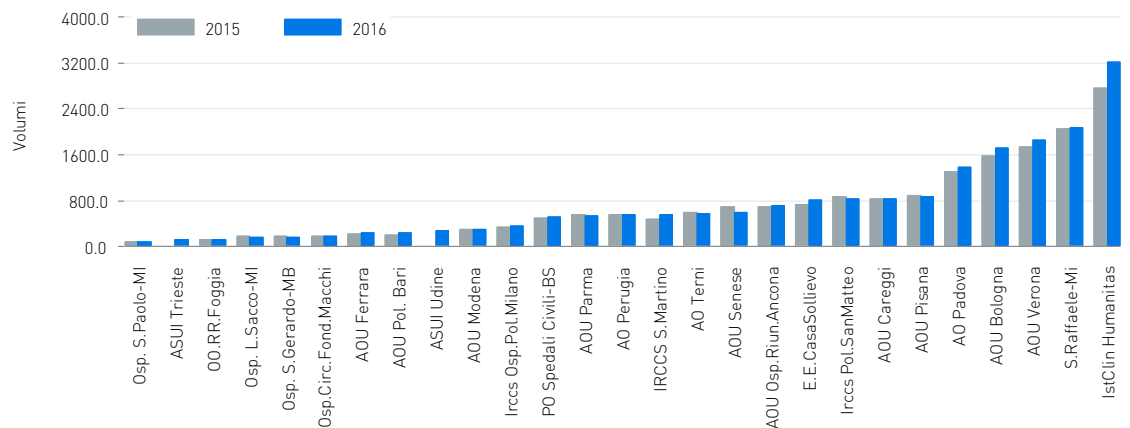
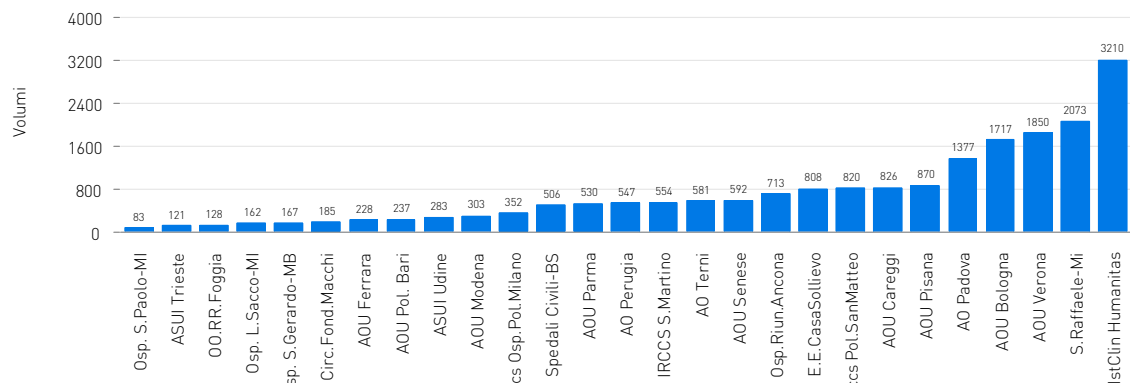


C30.3.2.1 Volumi attrazioni extra-regione - DRG alta complessità

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 Ospedaliere-Universitarie per pazienti provenienti da altre regioni. Il dato va letto in combinazione all'indicatore "C30.3.2.2 - Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità".



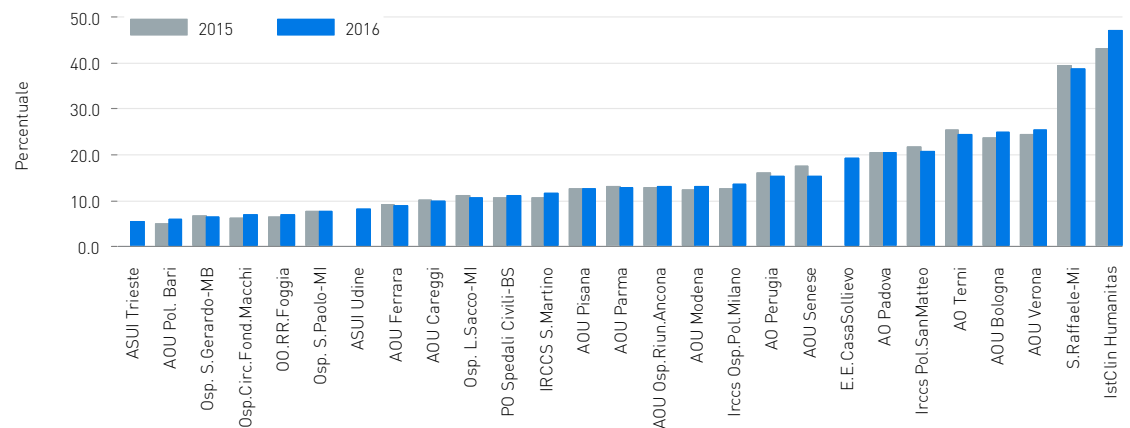
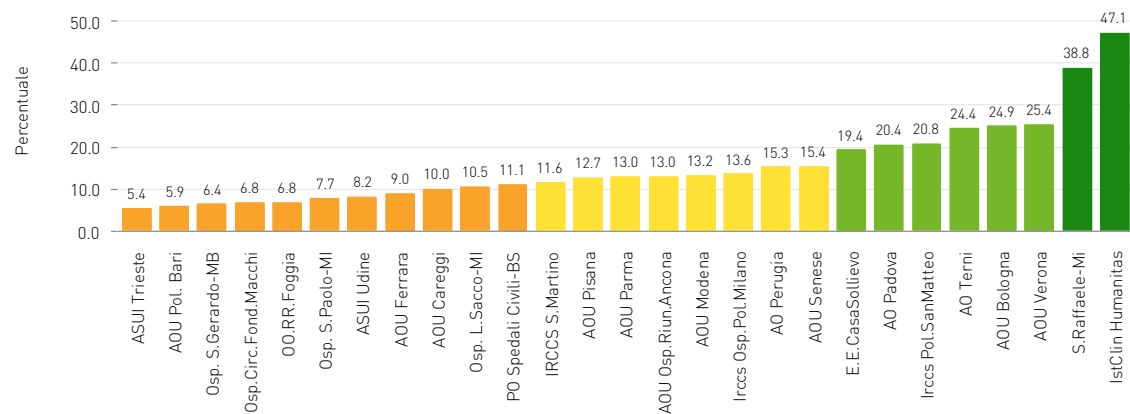
Definizione	Volumi attrazioni extra-regione - DRG alta complessità
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione di alta complessità
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG: 1, 2, 3, 7, 49, 75, 76, 103, 104, 105, 106, 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.



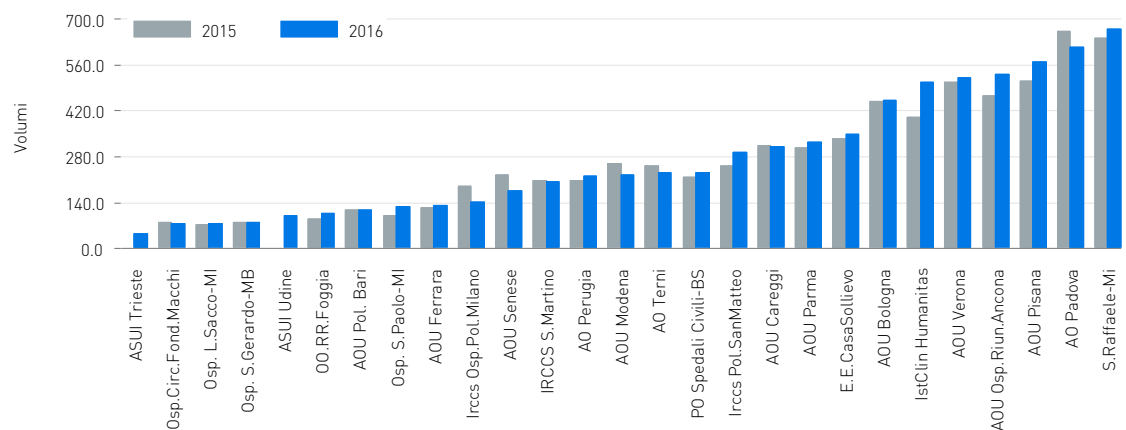
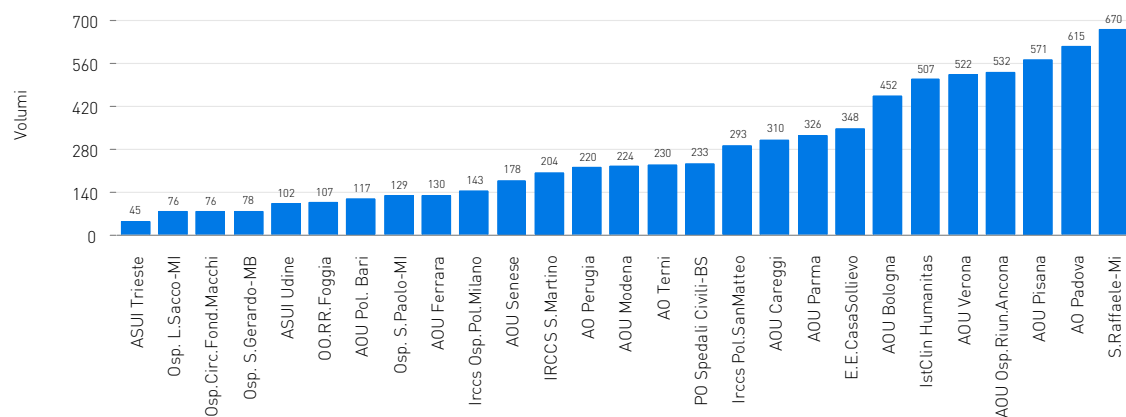
Definizione	Percentuale attrazioni extra-regione - DRG alta complessità
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG ad alta complessità
Denominatore	Numero ricoveri totali erogati per DRG ad alta complessità
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si 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. Sono escluse le strutture con denominatore < 30.
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.



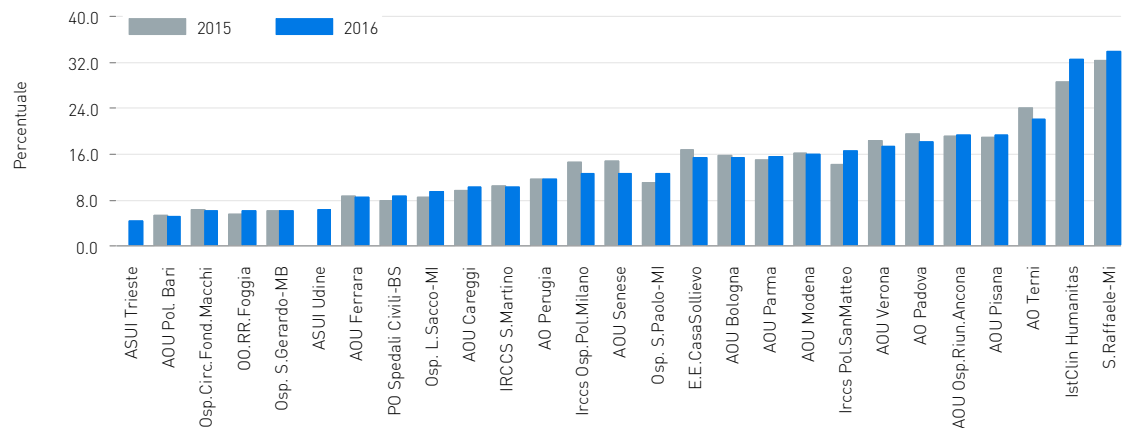
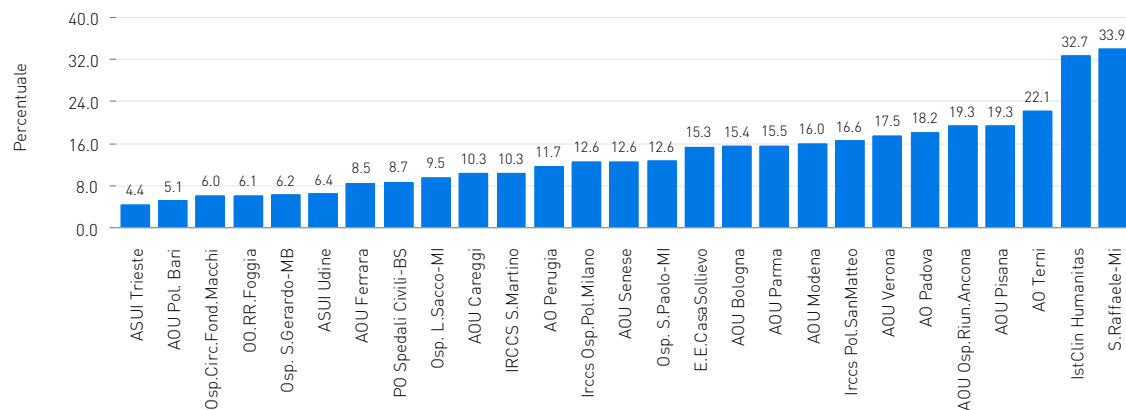
Definizione	Volumi attrazioni extra-regione - DRG media complessità
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione di media complessità
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG definiti di «Media complessità» (CLASSE 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).
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.

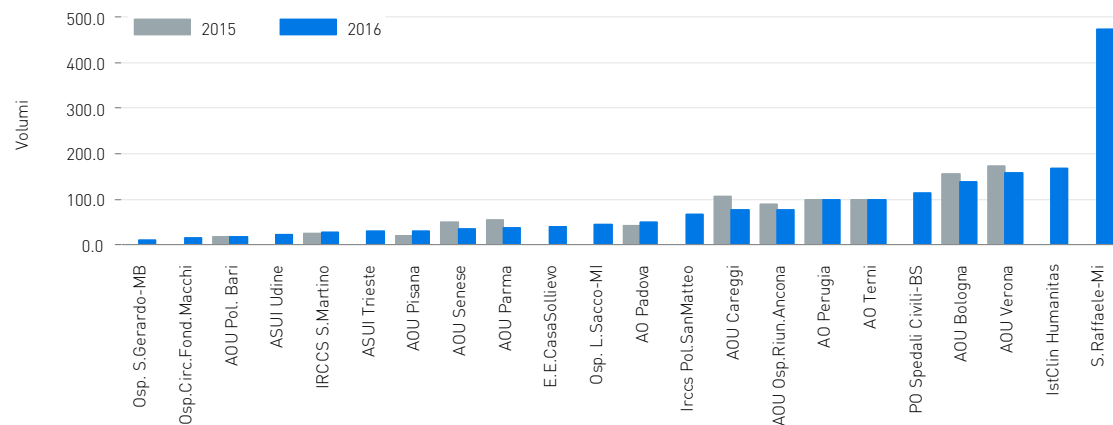
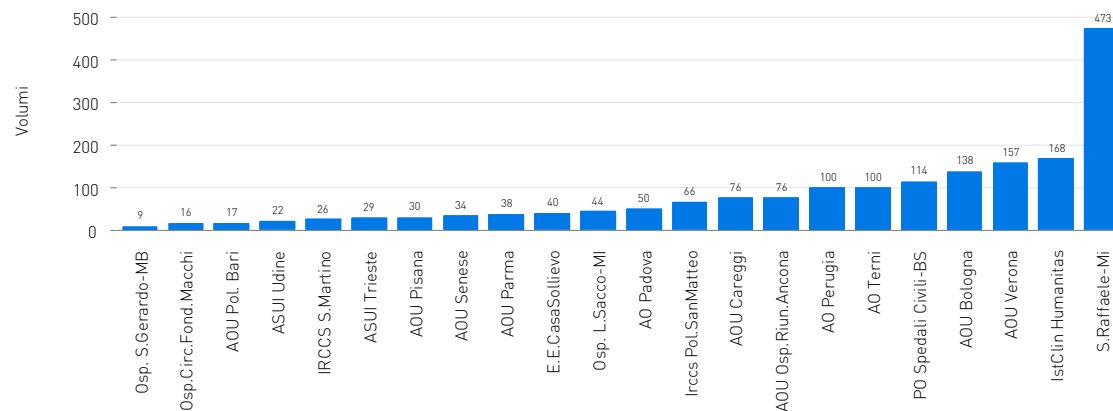


Definizione	Percentuale attrazioni extra-regione - DRG media complessità
Numeratore	Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG di media complessità
Denominatore	Numero ricoveri erogati totali per DRG di media complessità
Note	Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; 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. Sono escluse le strutture con denominatore < 30.
Fonte	Flusso SDO



C32.3.1.1 Volumi attrazioni extra regione per DRG cardiocirurgici

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 cardiocirurgica, monitorando i volumi erogati per DRG valvolari e bypass.

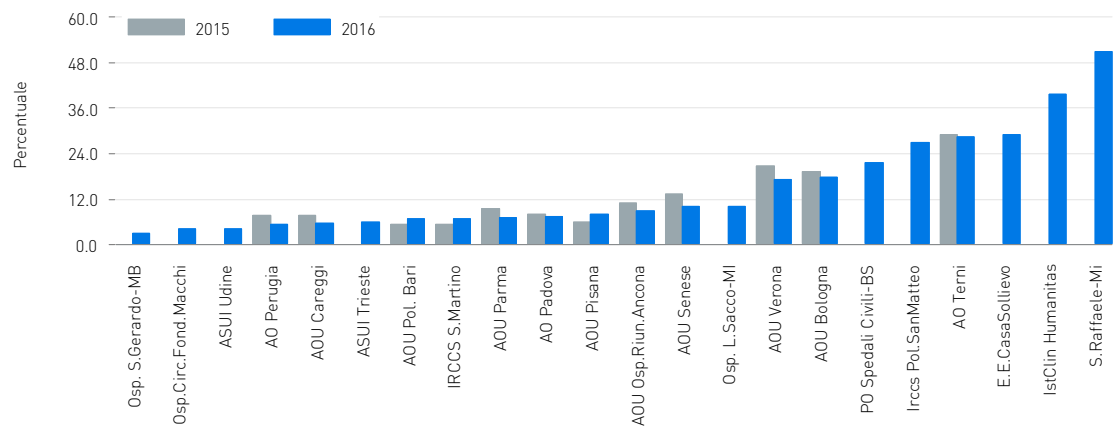
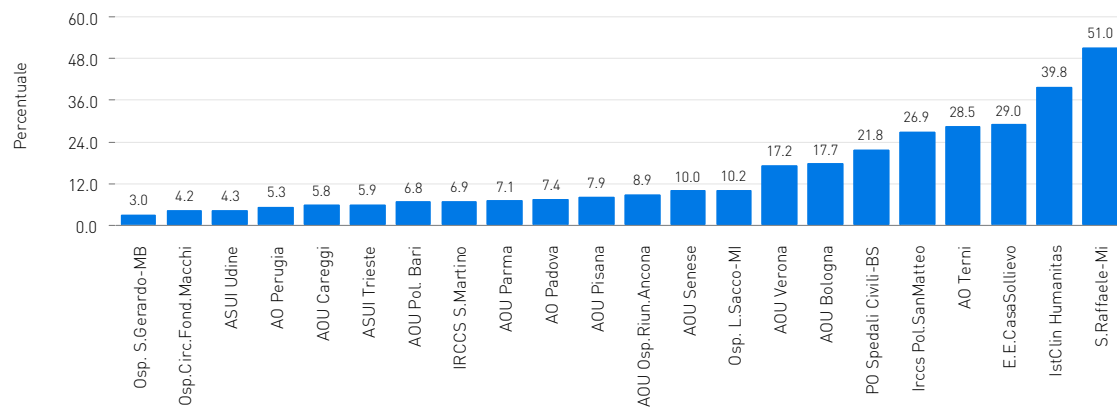


Definizione	Volumi attrazioni extra-regione per DRG cardiocirurgici
Numeratore	Numero ricoveri DRG cardiocirurgici erogati per residenti fuori Regione
Denominatore	
Note	<p>L'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/poli-specialistiche. Le Regioni possono a loro discrezione calcolare la misura anche per gli IRCCS/AOU mono-specialistiche e per le altre tipologie di azienda. Si considerano i pazienti ≥14 anni. Sono esclusi i pazienti dimessi da cardiocirurgia pediatrica (cod. specialità 06). Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99. Si considerano i ricoveri associati ai DRG cardiocirurgici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valvolari: 104, 105 • Bypass: 106, 547, 548, 549, 550 <p>Al numeratore si considerano i ricoveri erogati per residenti fuori Regione (cittadini stranieri compresi).</p>
Fonte	Flusso SDO



C32.3.2.1 Percentuale attrazioni extra regione per DRG cardiocirurgici

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 cardiocirurgica, in particolare legata ai DRG valvolari e ai bypass. L'indicatore si focalizza dunque su tale attività e ne misura a livello aziendale la quota erogata per pazienti provenienti da altre regioni.

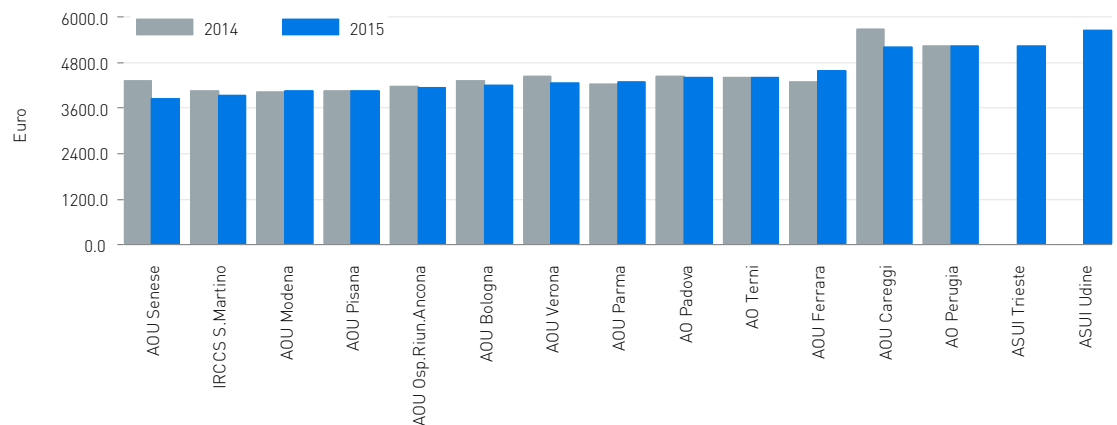
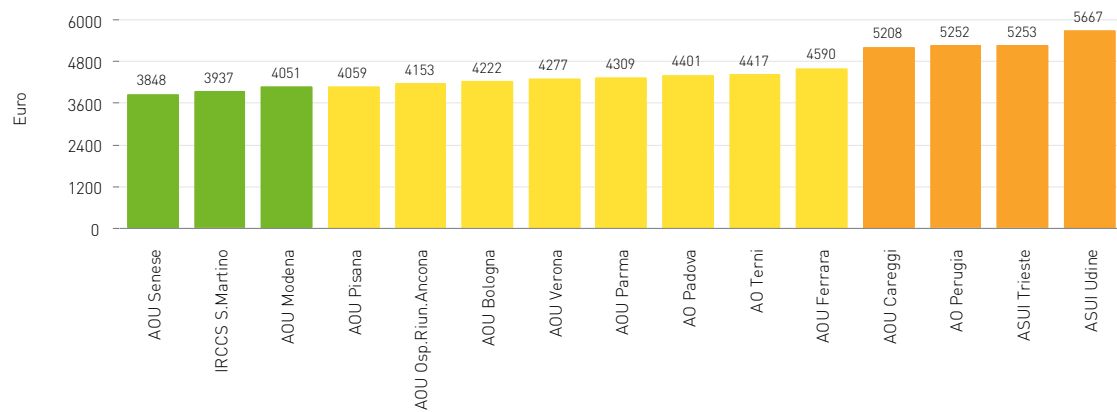


Definizione	Percentuale attrazioni extra-regione per DRG cardiocirurgici
Numeratore	Numero ricoveri DRG cardiocirurgici erogati per residenti fuori Regione
Denominatore	Numero ricoveri DRG cardiocirurgici erogati totali
Note	Si considerano i pazienti >14 anni. Sono esclusi i pazienti dimessi da cardiocirurgia pediatrica (cod. specialità 06). Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99. Si considerano i ricoveri associati ai DRG cardiocirurgici: - valvolari: 104, 105 - bypass: 106, 547, 548, 549, 550 Al numeratore si considerano i ricoveri per DRG cardiocirurgici erogati per residenti (cittadini stranieri compresi) fuori regione. Al denominatore si considerano i ricoveri per DRG cardiocirurgici totali erogati. Sono escluse le strutture con denominatore < 30.
Fonte	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 anche con aziende di altre regioni (si veda Nuti S, Vola F. (2016), "Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Report 2015"), i punti drg utilizzati fanno riferimento ai pesi indicati nel decreto ministeriale del 2008 (D.M. 18.12.2008). Per quanto riguarda la stima dei costi relativi ai ricoveri per acuti sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti al netto dei costi per i servizi ricevuti da altre aziende per l'assistenza ospedaliera (che per le aziende territoriali riguarda prevalentemente i costi per la mobilità passiva). Si fa presente che i dati si riferiscono all'anno 2015 in quanto non sono ancora disponibili i dati 2016 dei modelli ministeriali per livelli di assistenza. A seguito dei nuovi assetti istituzionali che hanno caratterizzato le aziende del Friuli Venezia Giulia (l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, derivante dalla fusione tra l'AOU di Trieste e la AAS1 Triestina e l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, derivante dalla fusione tra l'AOU di Udine e l'AAS4 Friuli Centrale), l'indicatore è calcolato sommando le voci dei bilanci 2015 delle ex-aziende. Tale calcolo rappresenta un'approssimazione dei valori derivanti dai bilanci congiunti.



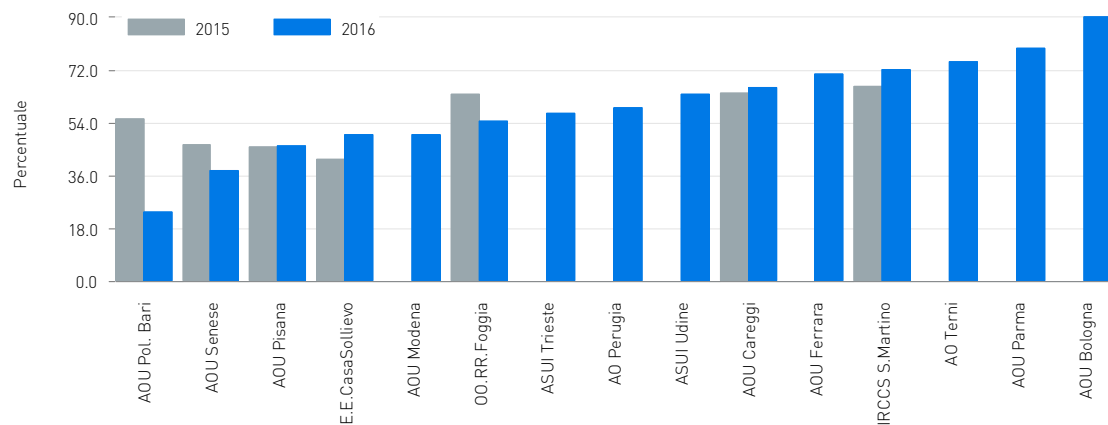
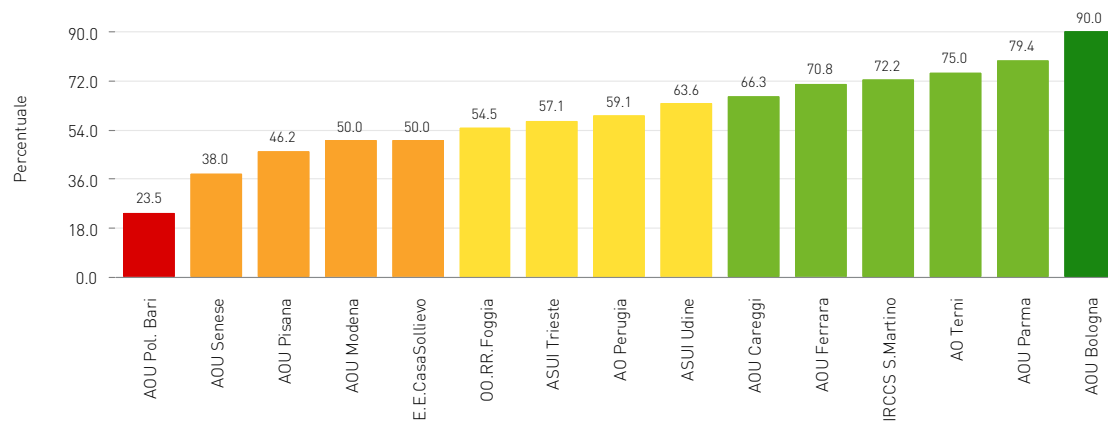
Definizione	Costo medio per punto DRG
Numeratore	Costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS - costi delle prestazioni sanitarie dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS
Denominatore	Punti DRG ministeriali per acuti in degenza ordinaria\DH\DS
Note	Per il costo dei ricoveri per acuti 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



B6.1.2 Percentuale donatori procurati

La percentuale di donatori procurati di organi considera il risultato dell'intero processo di donazione, misurandone in forma aggregata tutte le fasi: la segnalazione della morte encefalica, il mantenimento, l'accertamento della morte, il colloquio con i familiari, vari fattori locali e organizzativi.

Si intende procurato il soggetto con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica, nei tempi e modi stabiliti dalla normativa, in assenza di fattori clinici già noti che controindicano la donazione ed in presenza di non opposizione alla donazione di organi e tessuti espressa in vita, oppure dagli aventi diritto.



Definizione	Percentuale di donatori procurati
Numeratore	Numero di donatori procurati x 100
Denominatore	Numero di soggetti con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica, nei tempi e modi stabiliti dalla normativa [segnalati]
Note	Si intende procurato il soggetto con lesioni cerebrali a cui è stata accertata la morte encefalica, nei tempi e modi stabiliti dalla normativa, in assenza di fattori clinici già noti che controindicano la donazione ed in presenza di non opposizione alla donazione di organi e tessuti espressa in vita e, in assenza, espressa dagli aventi diritto. A numeratore sono inclusi anche i casi che non saranno donatori effettivi per opposizione da parte della Procura, organi ritenuti non idonei in fase di prelievo o in mancanza di riceventi compatibili.
Fonte	Flussi regionali

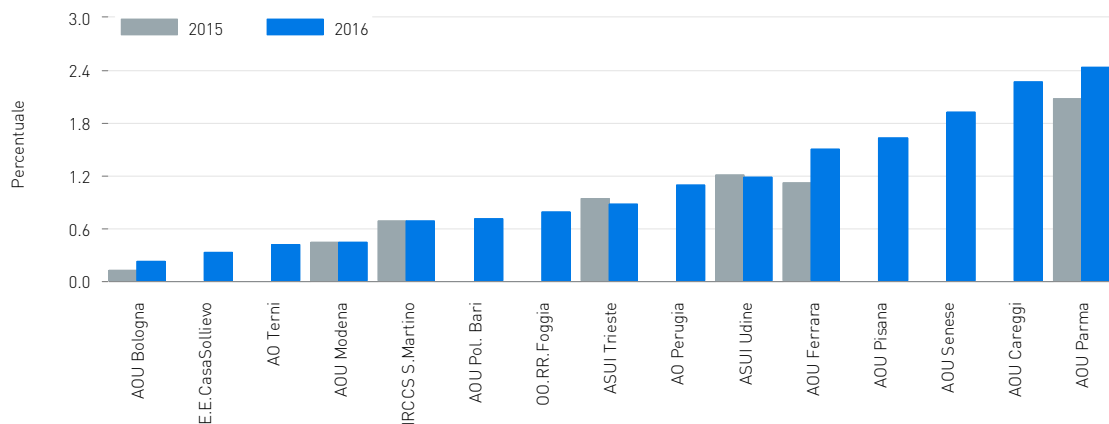
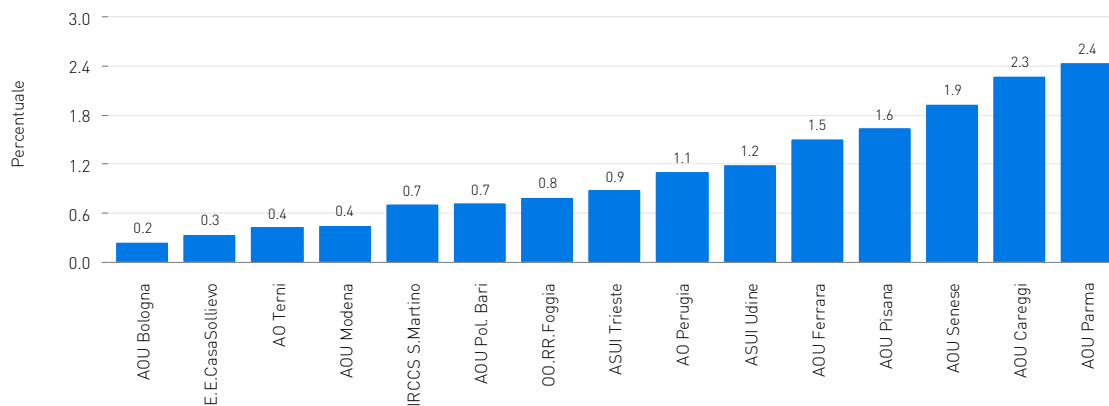


B6.1.6 Segnalazione di morte encefalica

I trapianti di organo rappresentano una terapia sicura e consolidata per la cura delle gravissime insufficienze di organo, ma attualmente la disponibilità di organi risulta essere inferiore rispetto alla richiesta. Ne consegue che la capacità di una regione di favorire il procurement di organi è essenziale per erogare questo servizio al maggior numero possibile di cittadini.

Fra le criticità del meccanismo di donazione-trapianto, gioca un ruolo importante la segnalazione non sistematica dei potenziali donatori, associata ad inefficienze organizzative nel processo di donazione e trapianto più evidenti in alcune aree del Paese rispetto ad altre.

Le diverse esperienze nazionali ed internazionali mostrano come l'aumento del numero dei donatori segnalati, ovvero i soggetti sottoposti ad accertamento di morte con criteri neurologici, e la corretta identificazione di tutti i potenziali donatori determini un aumento diretto del numero di donatori utilizzati, evidenziando come un corretto governo del processo di donazione sia essenziale ai fini dell'aumento dell'attività di trapianto (Rapporto Osservasalute 2016).

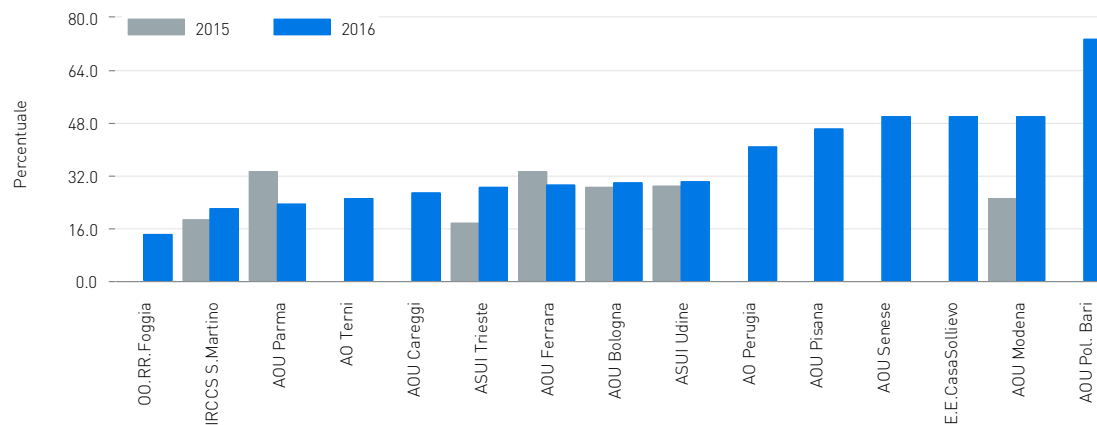
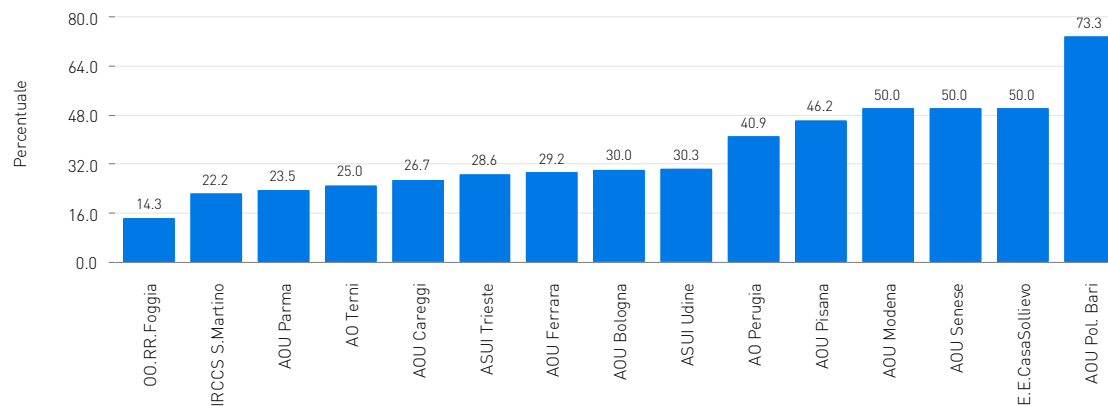


Definizione	Segnalazione di morte encefalica
Numeratore	Numero Accertamenti di Morte Encefalica in UTI
Denominatore	Numero di posti letto in UTI
Note	Con CAM si intendono gli accertamenti di morte con criterio neurologico in pazienti con lesioni cerebrali acute degenti in terapia intensiva.
Fonte	Flussi regionali



B6.1.9 Opposizione alla donazione

Le opposizioni che sono state realmente esercitate sui donatori segnalati, attraverso l'espressione di volontà negativa in vita o il mancato consenso dei familiari al prelievo dopo la morte, presentano una notevole variabilità fra le regioni. Il fenomeno della disomogeneità regionale, seppure in parte legato ad aspetti socio-culturali, rispecchia anche l'organizzazione delle strutture di prelievo, nonché la capacità del Coordinamento Locale di incidere positivamente sulla scelta alla donazione da parte dei familiari (Osservasalute 2017).



Definizione	Opposizione alla donazione
Numeratore	Numero di opposizioni dei familiari di un potenziale donatore di organi (HBD) x 100
Denominatore	Numero di colloqui effettuati con i familiari di un potenziale donatore di organi (HBD)
Note	Le opposizioni alla donazione sono espresse secondo le modalità previste dalla legge alla donazione di organi e tessuti. I colloqui vengono eseguiti dal Coordinatore Ospedaliero Trapianti con i familiari, aventi diritto, di un potenziale donatore di organi in cui si sia accertata la morte con criteri neurologici.
Fonte	Flussi Regionali

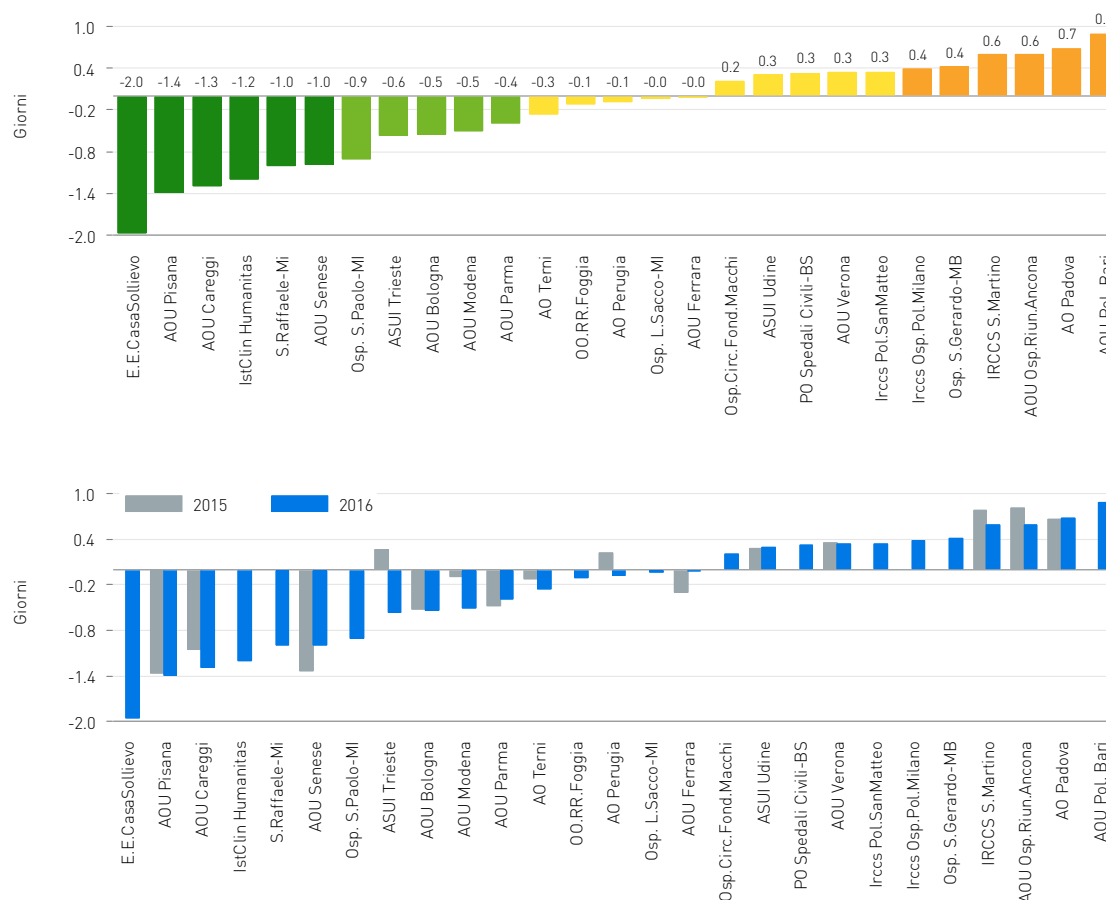




EFFICIENZA

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.

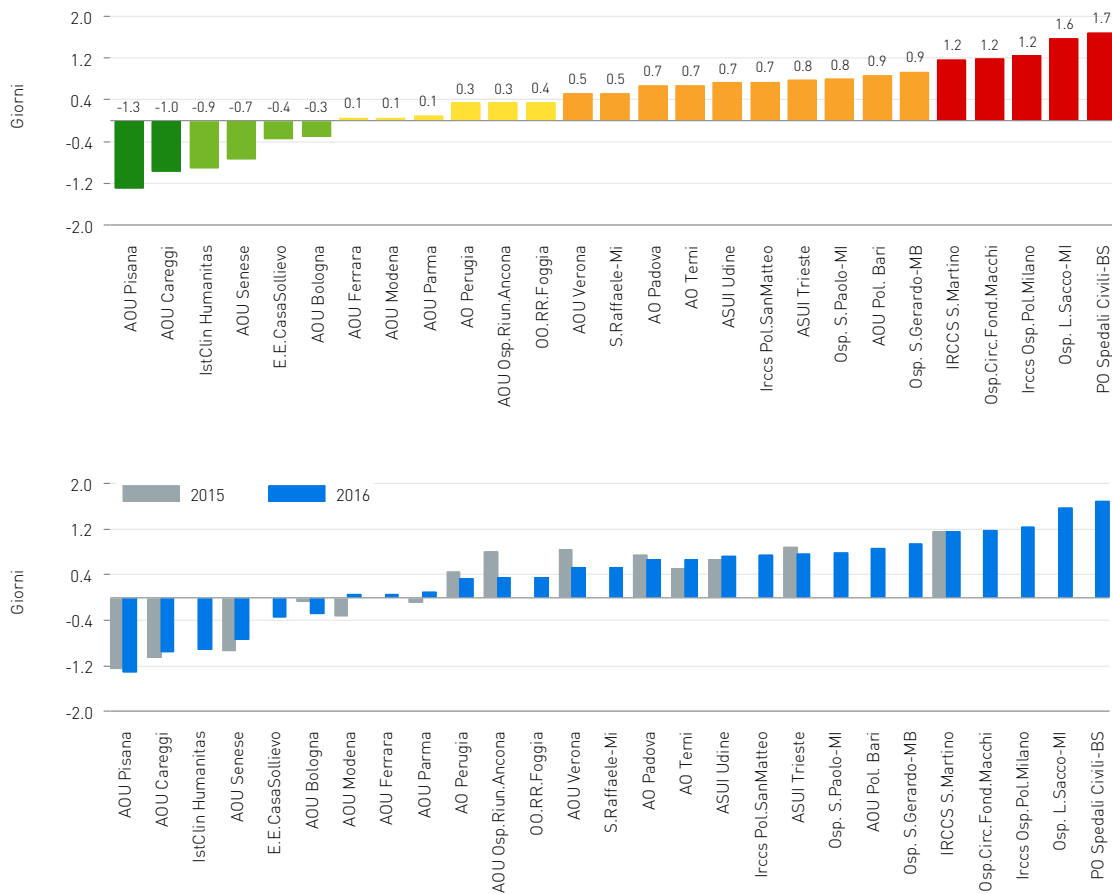


Definizione	Indice di performance degenza media - DRG medici
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Si considerano solo i ricoveri ordinari medici maggiori di 1 giorno. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, 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 Groupier 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.

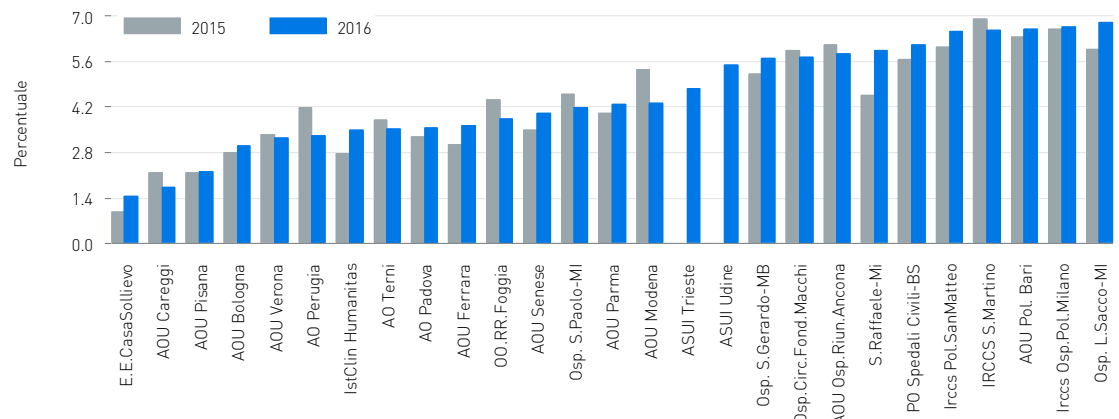
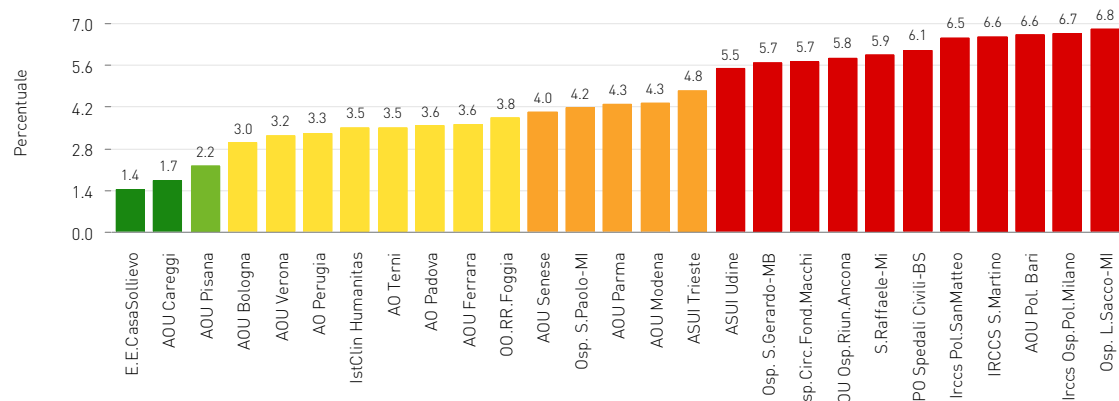


Definizione	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici
Numeratore	\sum [giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese]
Denominatore	N. Dimissioni
Note	Si considerano solo i ricoveri ordinari chirurgici maggiori di 1 giorno. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, 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.

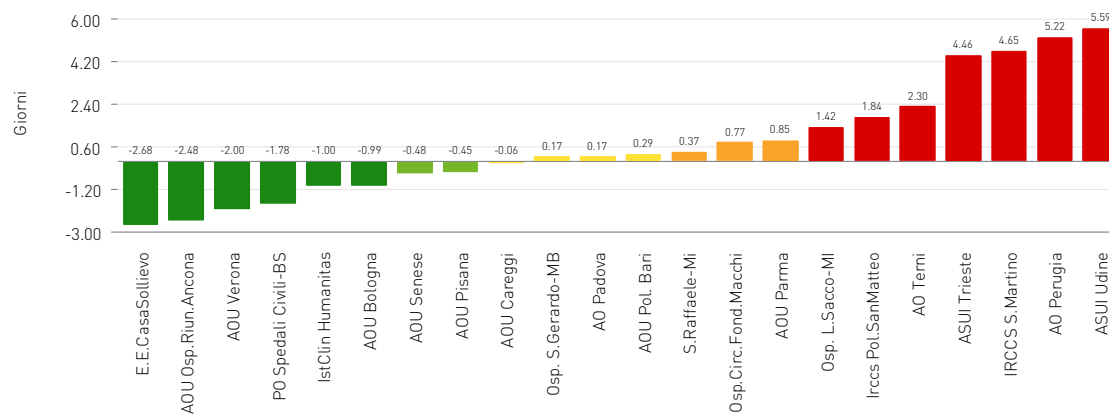


Definizione	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni
Numeratore	N. di ricoveri medici oltre soglia x 100
Denominatore	N. di ricoveri medici
Note	Si considerano le soglie ministeriali; per i DRG 557, 558, 559, 577, privi di soglia ministeriale, si usano 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



C2a.7 Indice di performance degenza media per acuti - specialità Cardiochirurgia

Da quest'anno agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP è stata aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in benchmarking i risultati per ciascuna specialità di dimissione.

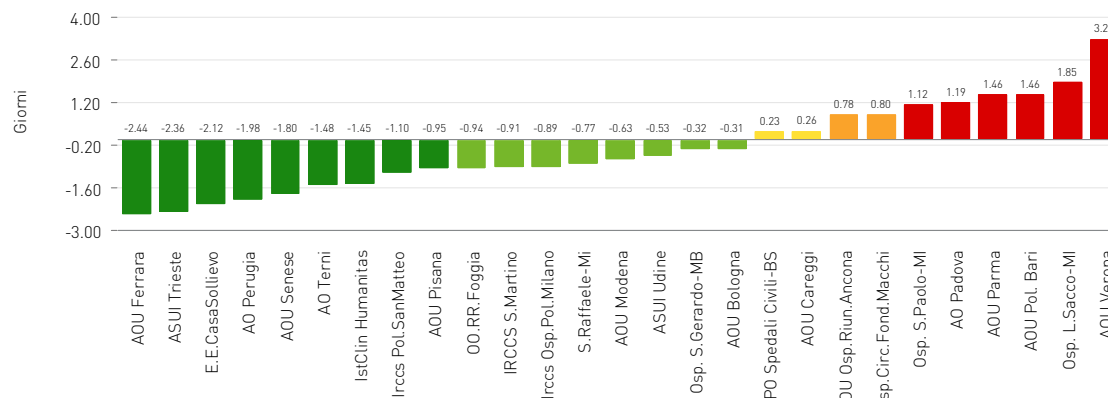


Definizione	Indice di performance degenza media – Specialità di dimissione Cardiochirurgia – Metodologia CRISP-MeS
Numeratore	∑ (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	<p>Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Cardiochirurgia (cod. specialità 07) delle AOU polispecialistiche del Network.</p> <p>Sono inoltre esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con DRG 391 - Neonato normale • i deceduti • i pazienti che si dimettono volontariamente • i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni soprariportata.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C2a.8 Indice di performance degenza media per acuti - specialità Cardiologia

Da quest'anno agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP è stata aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in benchmarking i risultati per ciascuna specialità di dimissione.

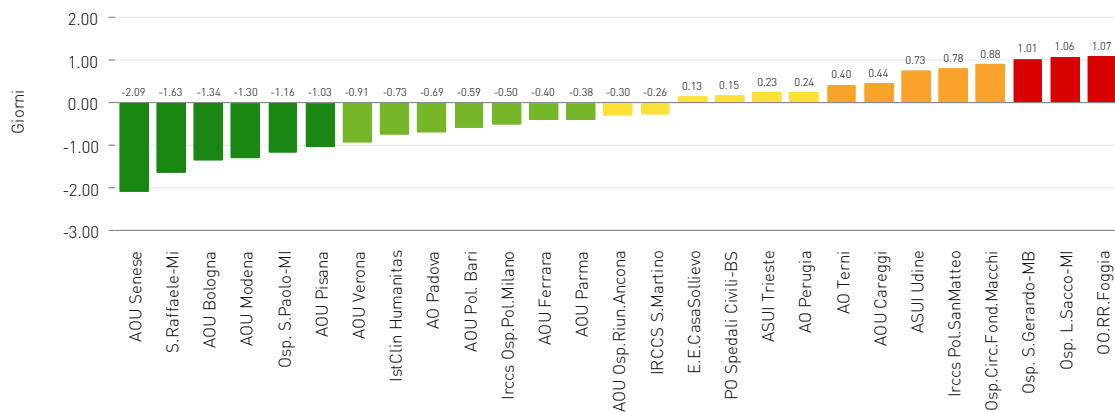


Definizione	Indice di performance degenza media – Specialità di dimissione Cardiologia – Metodologia CRISP-MeS
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	<p>Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Cardiologia [cod. specialità 08] delle AOU polispecialistiche del Network.</p> <p>Sono inoltre esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con DRG 391 - Neonato normale • i deceduti • i pazienti che si dimettono volontariamente • i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C2a.9 Indice di performance degenza media per acuti - specialità Chirurgia Generale

Da quest'anno agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP è stata aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in benchmarking i risultati per ciascuna specialità di dimissione.

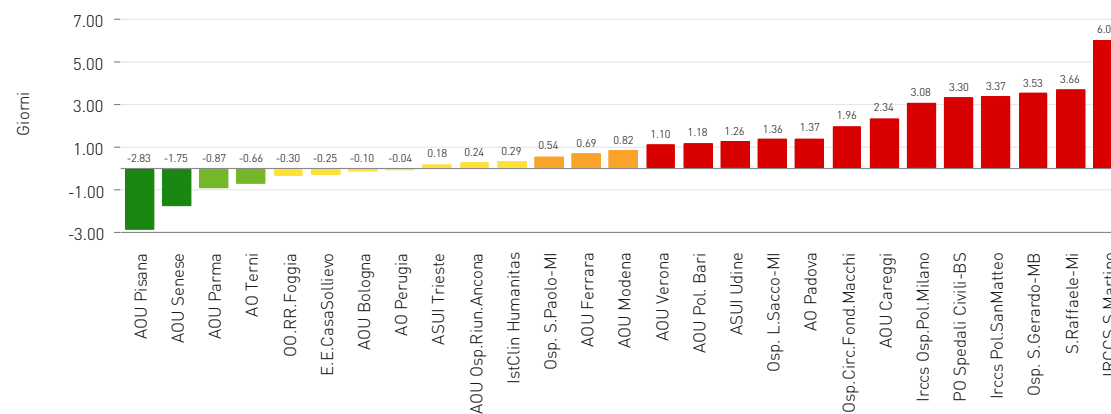


Definizione	Indice di performance degenza media – Specialità di dimissione Chirurgia Generale – Metodologia CRISP-MeS
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	<p>Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Chirurgia Generale (cod. specialità 09) delle AOU polispecialistiche del Network.</p> <p>Sono inoltre esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con DRG 391 - Neonato normale • i deceduti • i pazienti che si dimettono volontariamente • i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C2a.26 Indice di performance degenza media per acuti - specialità Medicina Interna

Da quest'anno agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP è stata aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in benchmarking i risultati per ciascuna specialità di dimissione.

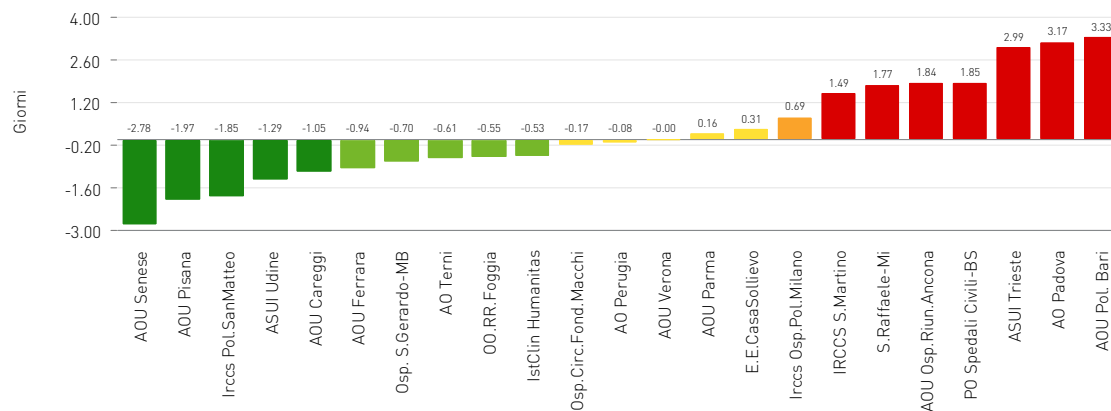


Definizione	Indice di performance degenza media – Specialità di dimissione Medicina Interna – Metodologia CRISP-MeS
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	<p>Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Medicina Interna (cod. specialità 26) delle AOU polispecialistiche del Network.</p> <p>Sono inoltre esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con DRG 391 - Neonato normale • i deceduti • i pazienti che si dimettono volontariamente • i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C2a.30 Indice di performance degenza media per acuti - specialità Neurochirurgia

Da quest'anno agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP è stata aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in benchmarking i risultati per ciascuna specialità di dimissione.

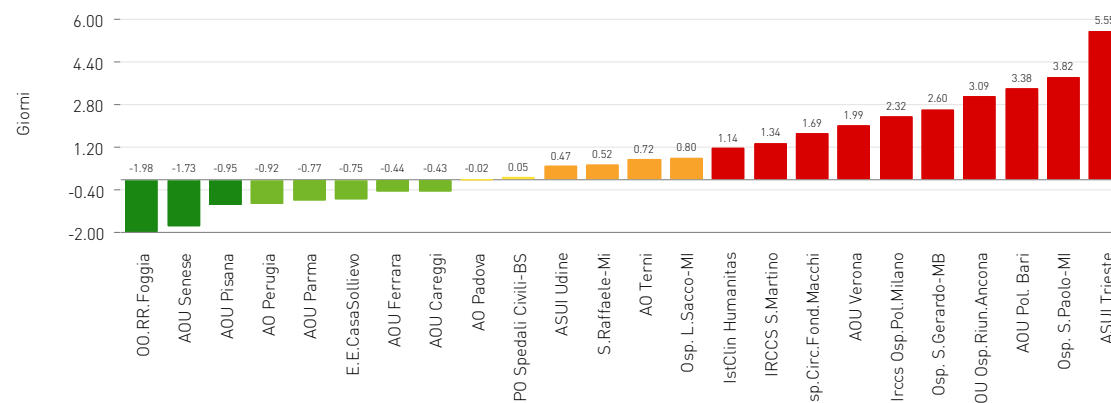


Definizione	Indice di performance degenza media – Specialità di dimissione Neurochirurgia – Metodologia CRISP-MeS
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	<p>Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue delle specialità Neurochirurgia (cod. specialità 30) delle AOU polispecialistiche del Network.</p> <p>Sono inoltre esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con DRG 391 - Neonato normale • i deceduti • i pazienti che si dimettono volontariamente • i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C2a.32 Indice di performance degenza media per acuti - specialità Neurologia

Da quest'anno agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP è stata aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in benchmarking i risultati per ciascuna specialità di dimissione.

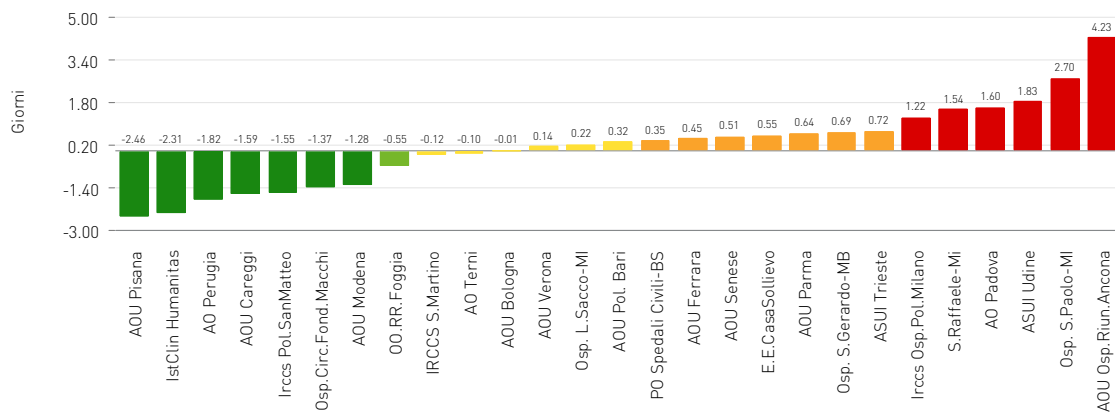


Definizione	Indice di performance degenza media – Specialità di dimissione Neurologia – Metodologia CRISP-MeS
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	<p>Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Neurologia (cod. specialità 32) delle AOU polispecialistiche del Network.</p> <p>Sono inoltre esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con DRG 391 - Neonato normale • i deceduti • i pazienti che si dimettono volontariamente • i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C2a.36 Indice di performance degenza media per acuti - specialità Ortopedia e Traumatologia

Da quest'anno agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP è stata aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in benchmarking i risultati per ciascuna specialità di dimissione.

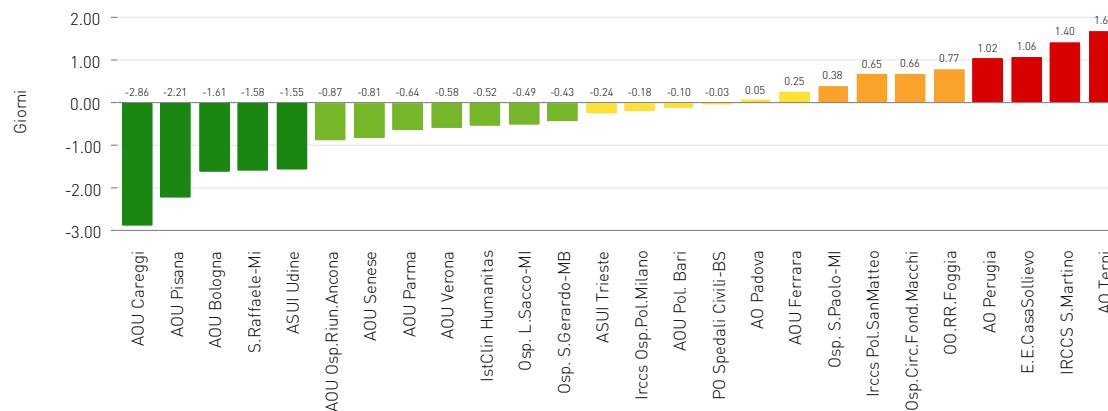


Definizione	Indice di performance degenza media – Specialità di dimissione Ortopedia e Traumatologia – Metodologia CRISP-MeS
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	<p>Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Ortopedia e Traumatologia [cod. specialità 36] delle AOU polispecialistiche del Network.</p> <p>Sono inoltre esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con DRG 391 - Neonato normale • i deceduti • i pazienti che si dimettono volontariamente • i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C2a.43 Indice di performance degenza media per acuti - specialità Urologia

Da quest'anno agli esiti per specialità di dimissione calcolati con la metodologia CRISP è stata aggiunto il calcolo a livello di specialità e di reparto di dimissione dell'Indice di Performance della degenza media. In questo Report, l'indicatore è visualizzato non solo accanto agli esiti nelle Griglie di valutazione CRISP-MeS elaborate per ciascuna AOU (disponibili nelle ultime pagine), ma anche attraverso un grafico che confronta in benchmarking i risultati per ciascuna specialità di dimissione.

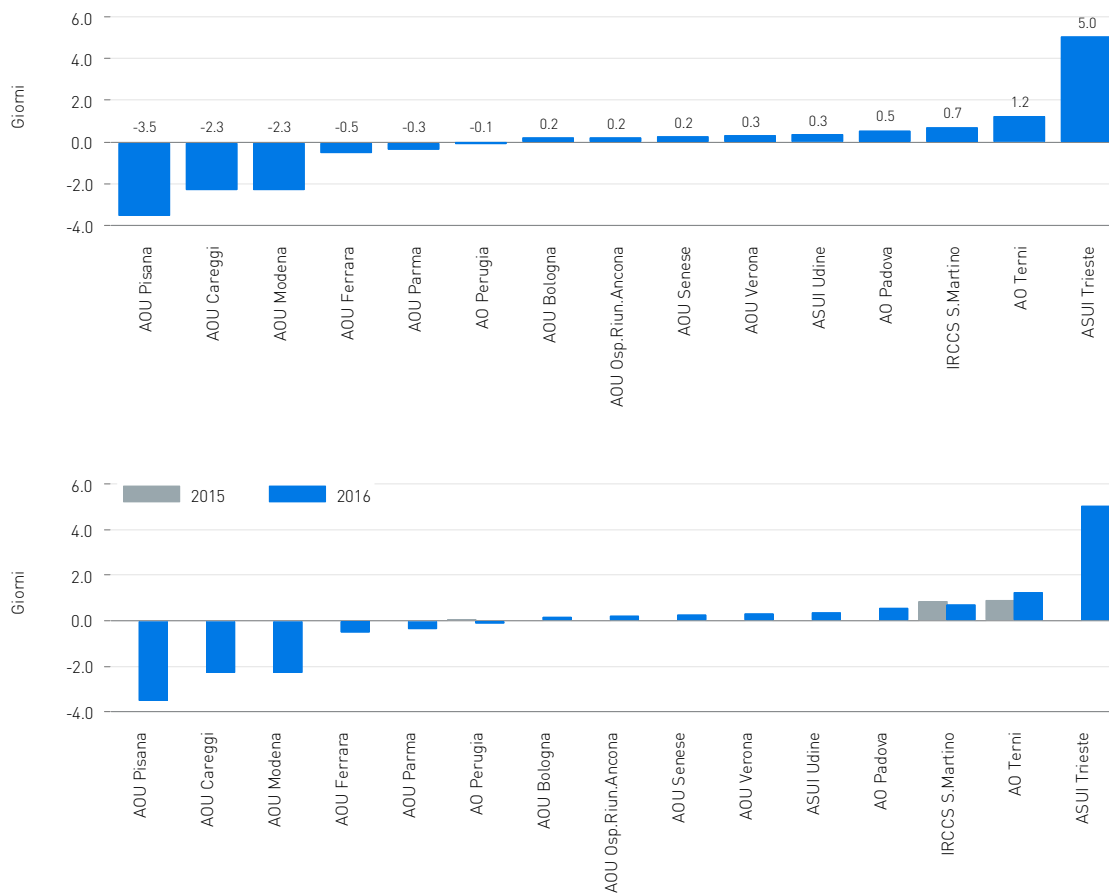


Definizione	Indice di performance degenza media – Specialità di dimissione Urologia – Metodologia CRISP-MeS
Numeratore	\sum (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore	N. Dimissioni
Note	<p>Come da metodologia CRISP-MeS, si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti maggiorenni residenti nella Regione dell'azienda di erogazione considerata. Sono inclusi reparti con almeno 100 dimissioni annue della specialità Urologia (cod. specialità 43) delle AOU polispecialistiche del Network.</p> <p>Sono inoltre esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con DRG 391 - Neonato normale • i deceduti • i pazienti che si dimettono volontariamente • i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni. <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente erogate per ciascun DRG dalle singole specialità di dimissione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi della specialità per lo stesso DRG. La degenza di riferimento si riferisce alla degenza media 2016 delle AOU polispecialistiche del Network delle Regioni calcolata con le medesime selezioni sopracitate.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C34.3 Indice di Performance della degenza media per Ictus ischemico

L'Indice di Performance della Degenza Media (IPDM) confronta, per ciascuna diagnosi inclusa nella misura, le giornate di degenza registrate dall'azienda con le giornate di degenza attese, pari alla degenza media 2015 delle AOU del Network. In termini gestionali, l'IPDM consente di confrontare a parità di diagnosi il grado di efficienza di una struttura per la casistica selezionata.



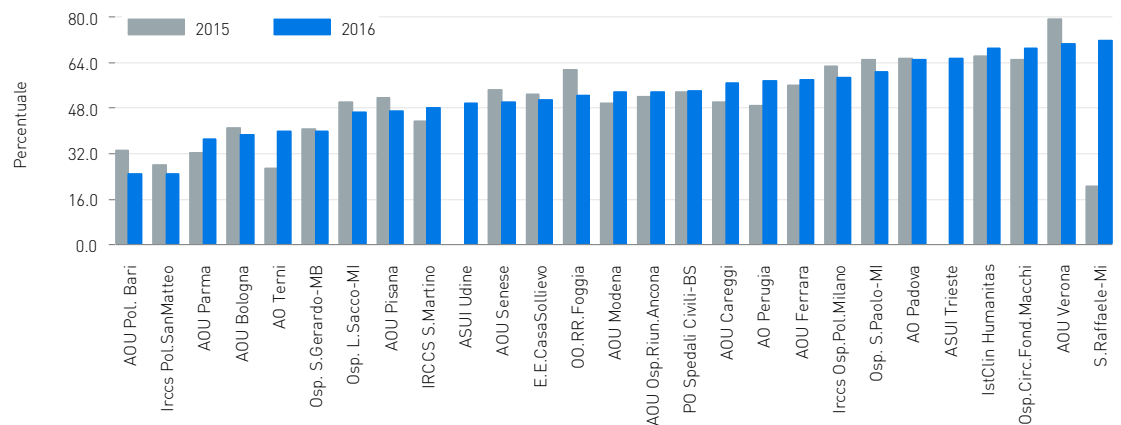
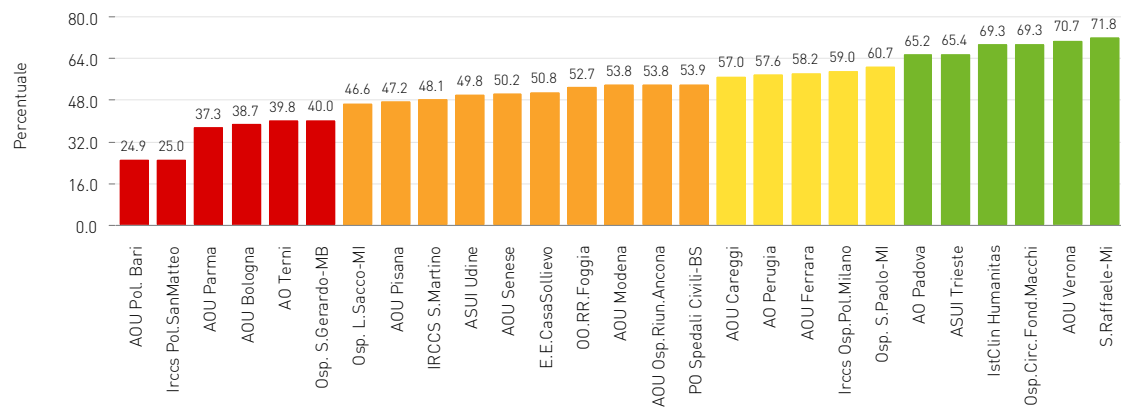
Definizione	Indice di Performance della degenza media per Ictus ischemico
Numeratore	\sum giornate di degenza osservate - \sum giornate di degenza attese
Denominatore	N. Dimissioni per Ictus ischemico
Note	L'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/poli-specialistiche. Le Regioni possono a loro discrezione calcolare la misura anche per gli IRCCS/AOU mono-specialistiche e per le altre tipologie di azienda. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99). Si escludono i pazienti deceduti. Si includono solo i ricoveri per Ictus in presenza di almeno una diagnosi principale o secondaria di: Ictus ischemico con indicazione della sede e tipo di occlusione (433.x1 e 434.x1) o Vasculopatia cerebrale acuta mal definita (436). Se nello stesso ricovero sono presenti più diagnosi tra quelle elencate, per il computo dell'indicatore si considera unicamente la prima diagnosi inserita nella SDO partendo dalla diagnosi principale. 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 ciascuna diagnosi per il numero dei dimessi aziendali per la stessa diagnosi. Per le giornate di degenza attese si fa riferimento alla degenza media delle AOU dell'anno 2015 calcolata con le medesime selezioni di diagnosi e reparti.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

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.

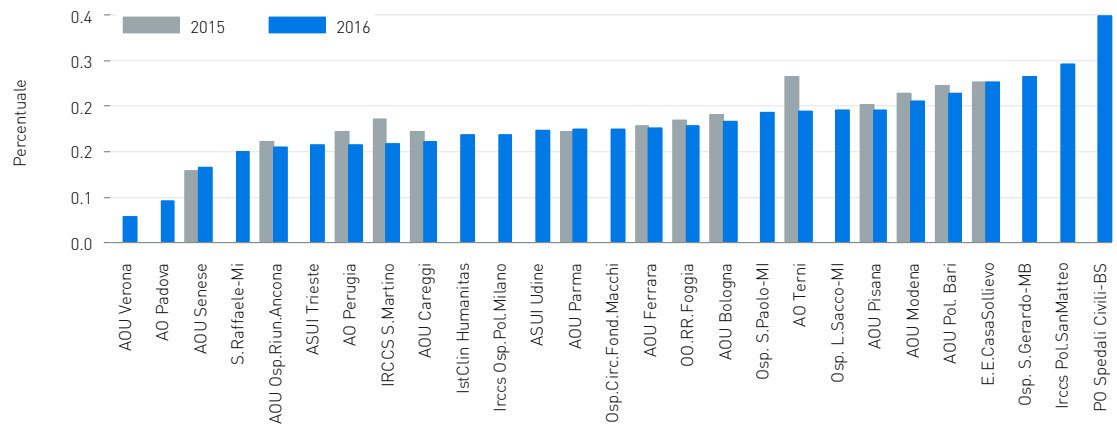
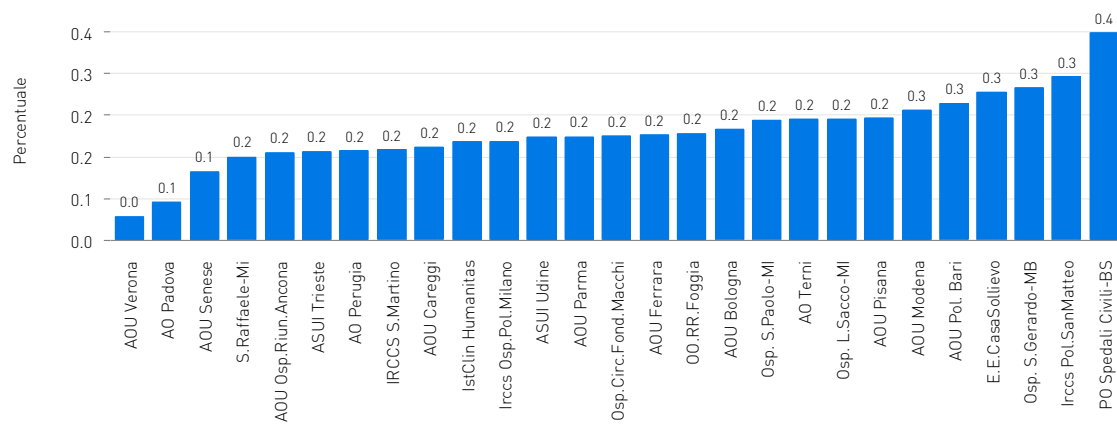


Definizione	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici
Numeratore	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici x 100
Denominatore	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici
Note	I DRG considerati sono quelli del 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. Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale: 006 - Decompressione del tunnel carpale 039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia 119 - legature e stripping di vene Per ogni azienda si considerano 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)
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Griglia LEA)

L'indicatore, previsto dalla Griglia LEA, misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza e il numero di ricoveri per i DRG non a rischio di inappropriatezza. Si tratta di un indicatore di appropriatezza del setting assistenziale.

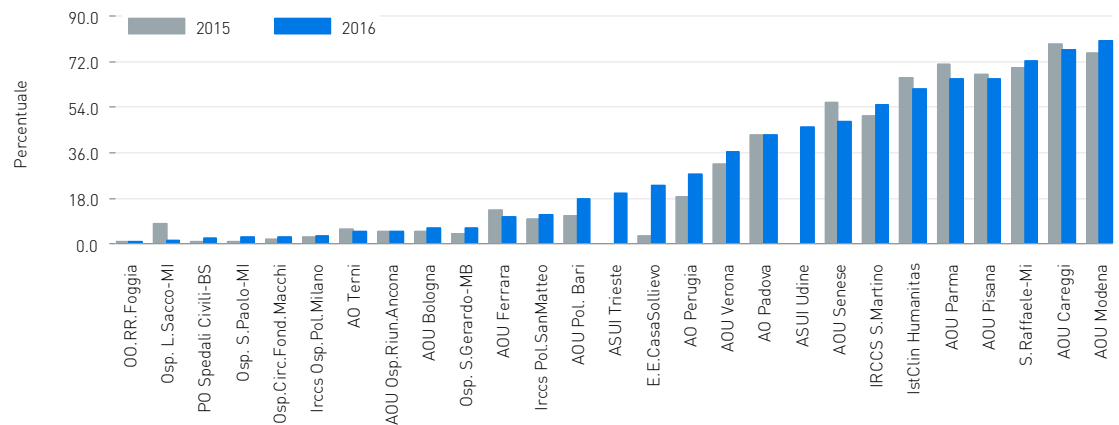
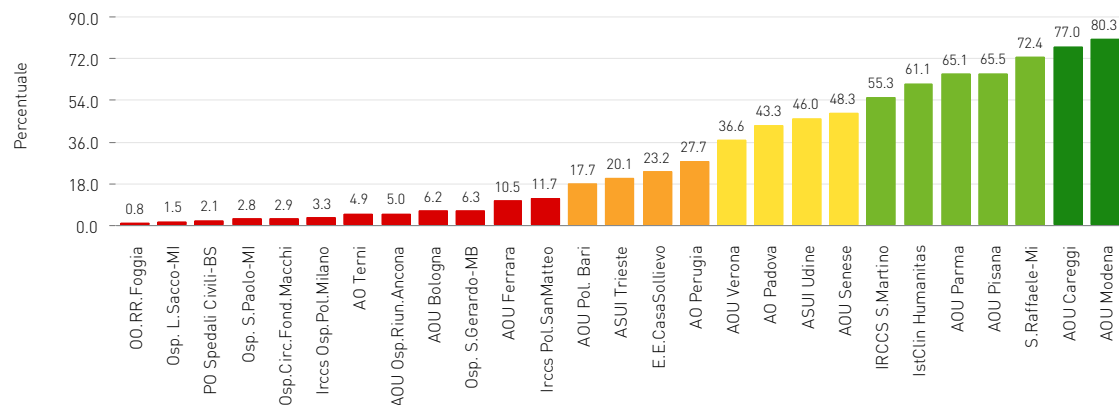


Definizione	DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)
Numeratore	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria
Denominatore	N. di ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza
Note	I DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario sono quelli elencati nell'allegato B al Patto per la Salute 2010-2012. Si considerano i ricoveri erogati sia ai residenti in regione che ai non residenti. Al denominatore vengono considerati sia i DRG NON ad alto rischio di inappropriatezza che i casi esclusi per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza sulla base delle indicazioni ministeriali. Sono esclusi i dimessi da reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenza, neuroriabilitazione e cure palliative (specialità 28, 56, 60, 75, 99) e i neonati sani [DRG 391].
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, Cahan 2008; National Institutes of Health 1992; Shea et al 1998; The Southern Surgeons Club 1991; Vaughan et al 2013).

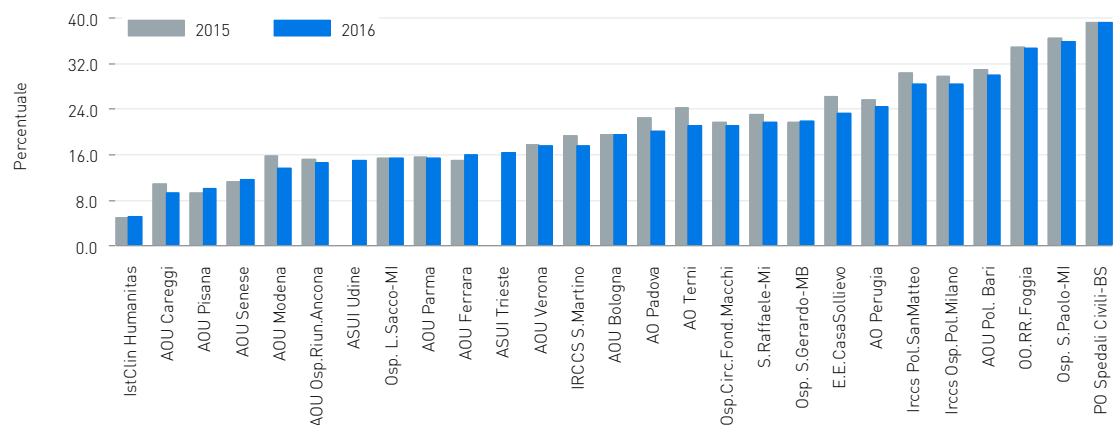
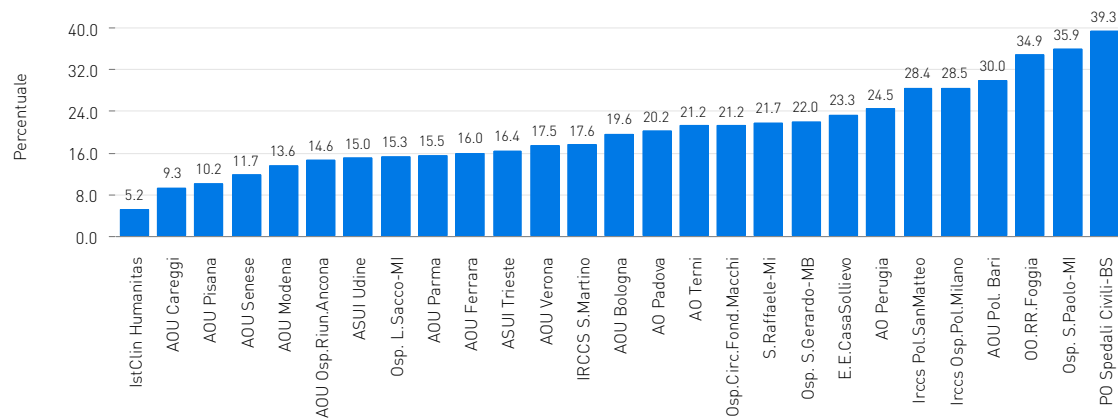


Definizione	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno
Numeratore	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno x 100
Denominatore	N. colecistectomie laparoscopiche
Note	L'analisi è ristretta ai 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



C4.1 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%.

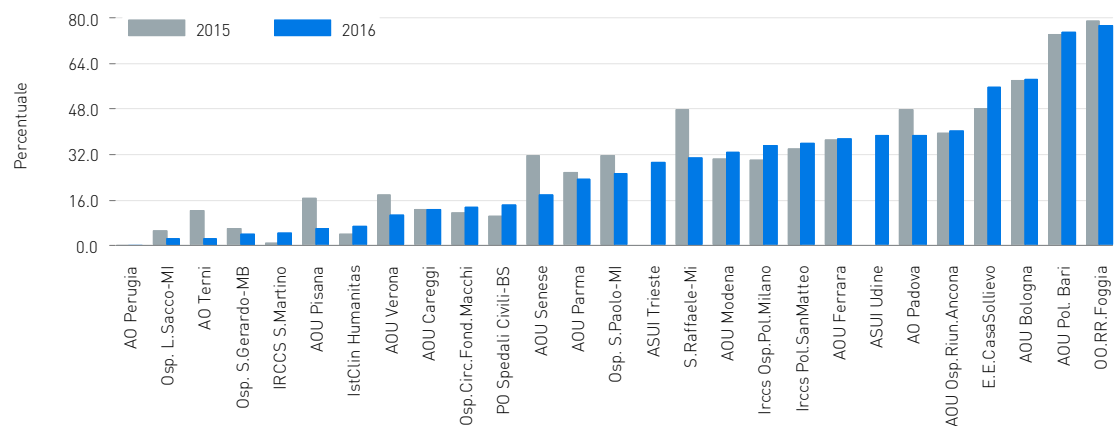
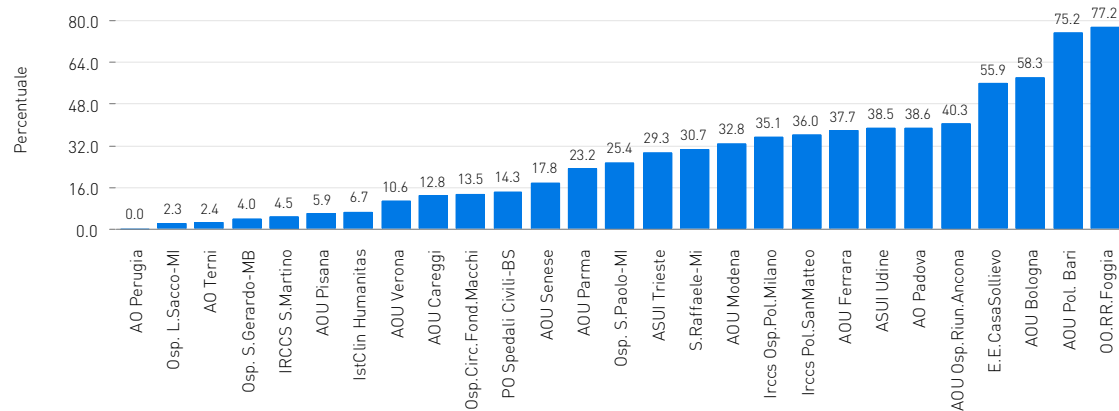


Definizione	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
Numeratore	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100
Denominatore	N. di dimessi da reparti chirurgici
Note	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 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



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

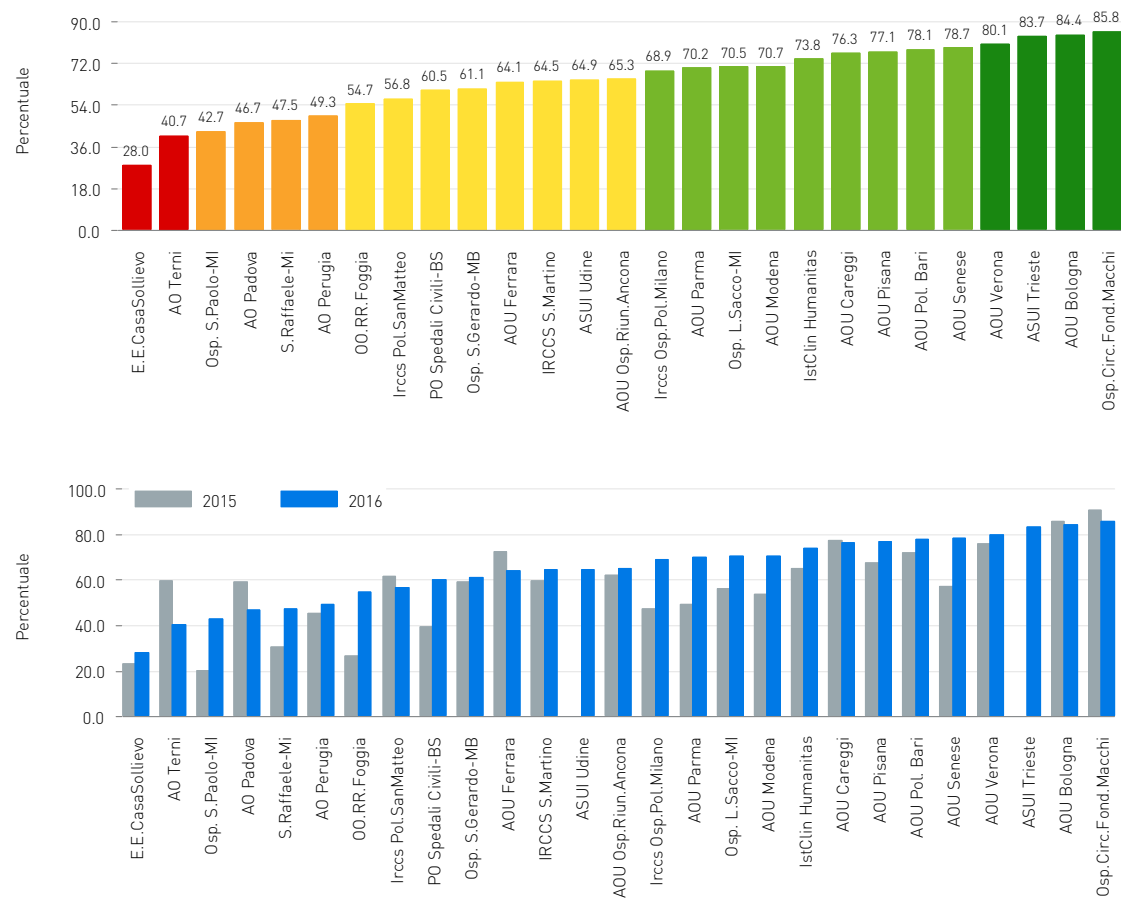




QUALITÀ DEI PERCORSI

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.

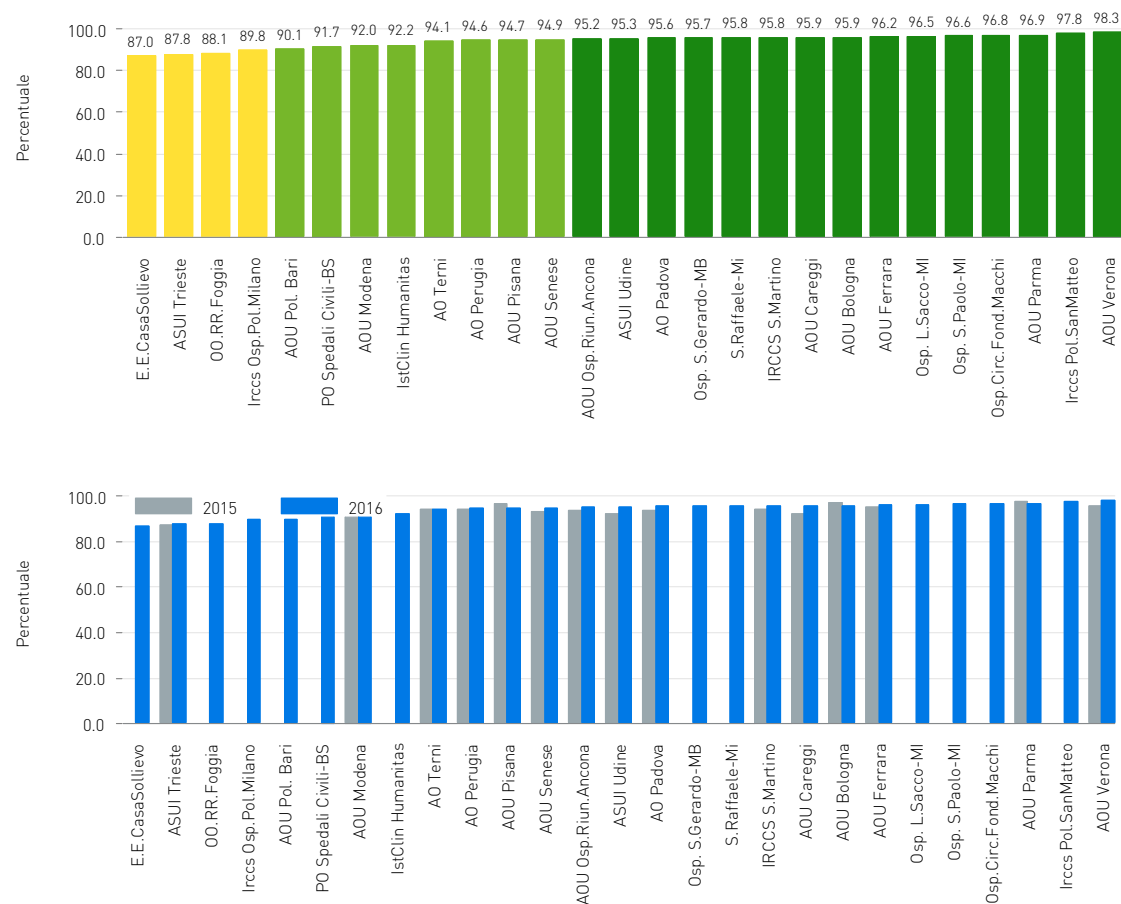


Definizione	Percentuale di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
Numeratore	Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100
Denominatore	Numero interventi 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. Perciò, se è importante la tempistica con cui i pazienti con frattura del collo del femore vengono operati, è' preliminare e ancora più importante che essi siano innanzitutto sottoposti a intervento chirurgico. Questo indicatore monitora quanti fratturati di femore vengono effettivamente operati, lasciando la valutazione della tempistica di intervento all'indicatore C5.2 percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni.

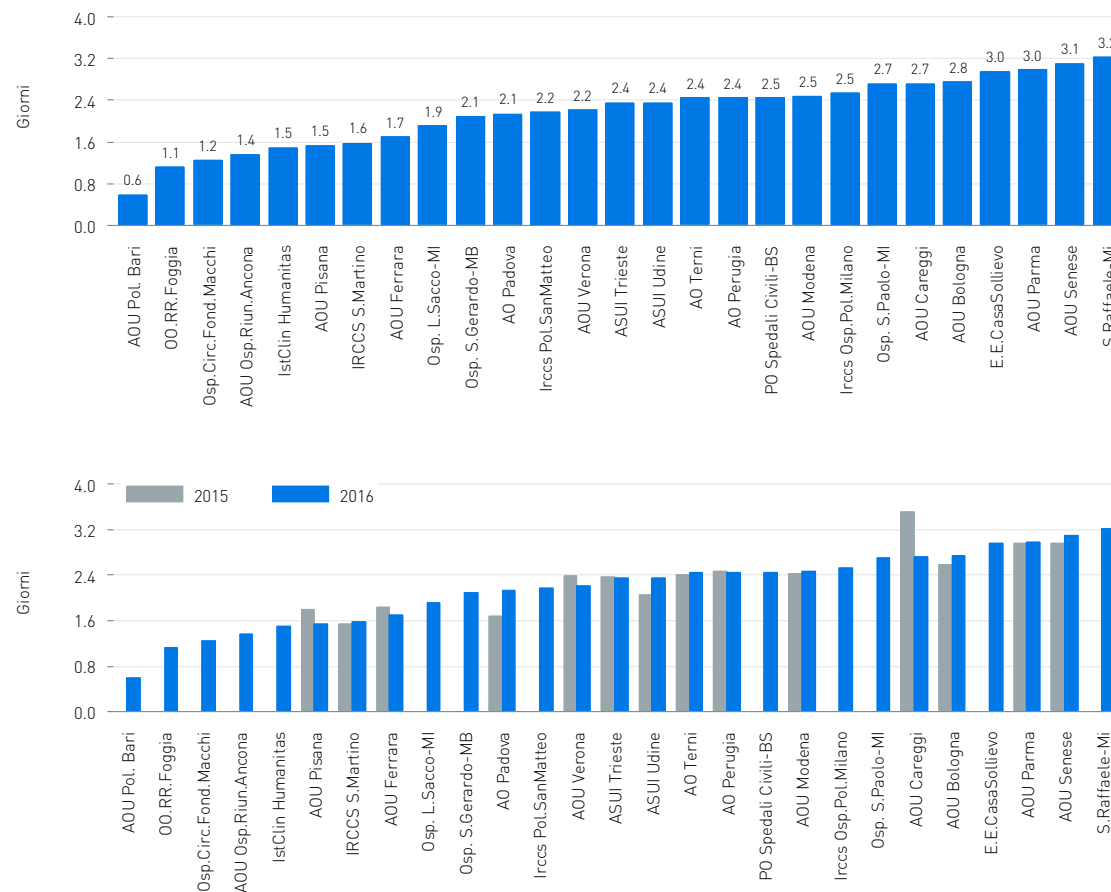


Definizione	Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate
Numeratore	Numero di interventi per fratture del femore x 100
Denominatore	Numero di diagnosi di fratture del femore
Note	Si considerano i ricoveri ordinari dei dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore (codice 820.xx). Al numeratore si considerano i 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. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, i ricoveri con modalità di dimissione "trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti".
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.

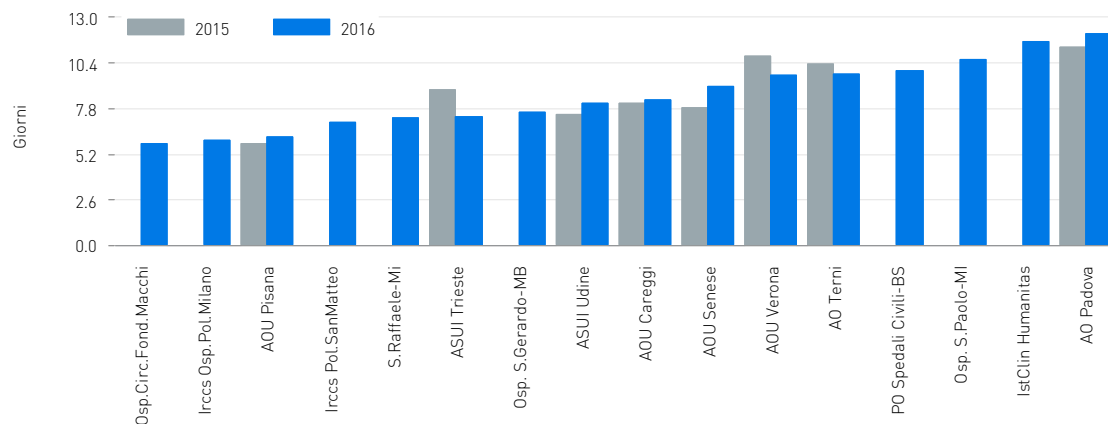
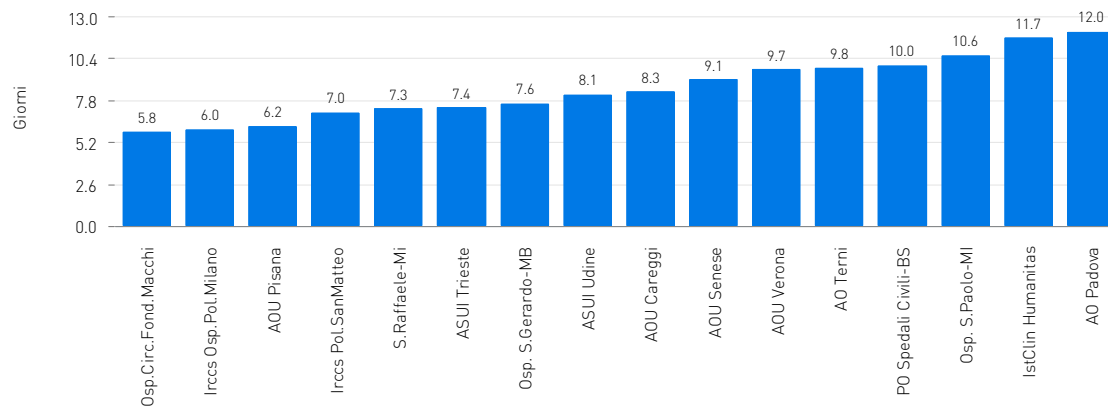


Definizione	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – Ricoveri urgenti
Numeratore	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
Denominatore	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
Note	Si considerano: ricoveri urgenti, Codici ICD-9 CM di diagnosi, in qualsiasi 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 ricoveri con codici ICD-9CM di procedure chirurgiche, in qualsiasi posizione: 7915, 7935, 7855, 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, susseguia 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.

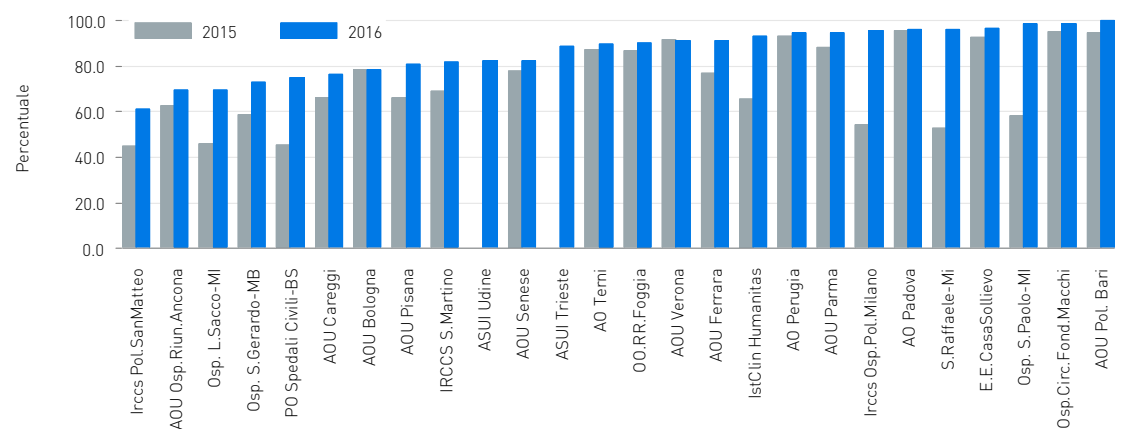
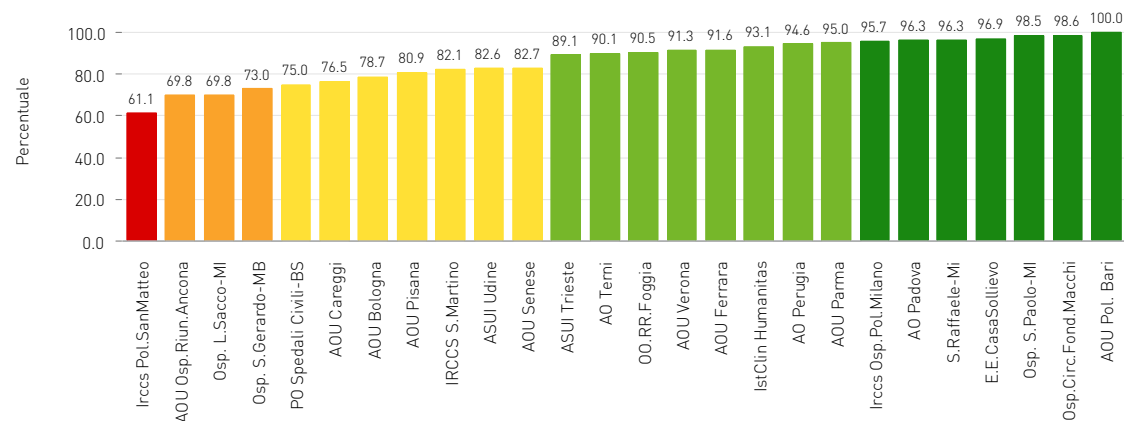


Definizione	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – Accessi in PS e ricoveri programmati
Numeratore	Numero giorni precedenti l'intervento chirurgico
Denominatore	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
Note	<p>Si selezionano i ricoveri ospedalieri (flusso SDO) programmati con codici ICD-9CM di procedure chirurgiche, in qualsiasi posizione: 781*, 784*, 785*, 791*, 792*, 793*, 794*, 795*, 796*, 798*, 799*.</p> <p>Si escludono i ricoveri con codici ICD-9CM di procedure chirurgiche, in qualsiasi posizione: 7915, 7935, 7855.</p> <p>Si considerano i ricoveri con data del primo intervento in ordine cronologico fra quelli in analisi compresa tra 1 Febbraio e 31 Dicembre.</p> <p>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.</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO, Flusso Pronto Soccorso



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.

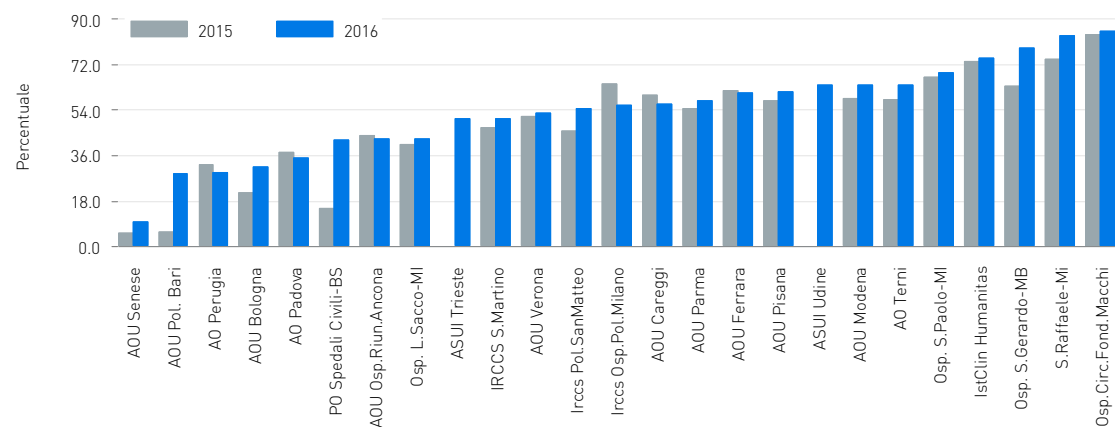
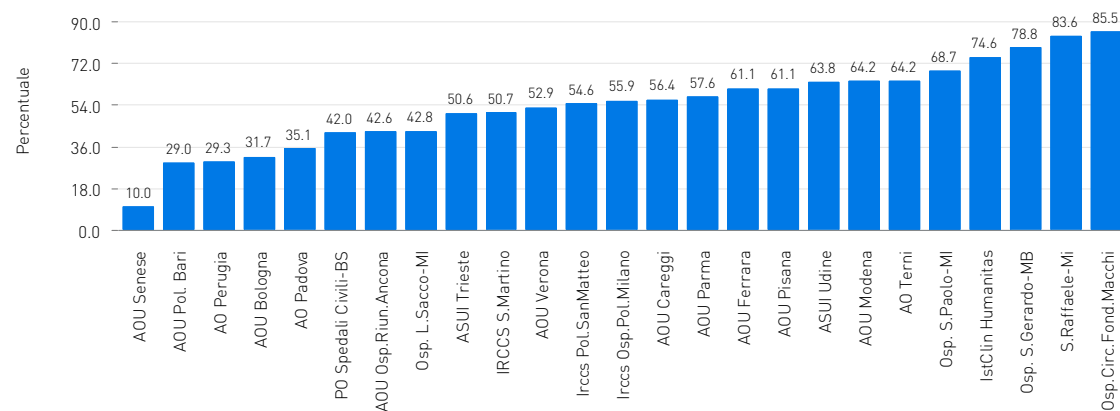


Definizione	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
Numeratore	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100
Denominatore	Numero interventi di prostatectomia
Note	Si escludono i casi di tumore maligno della prostata in diagnosi principale (185). Codifiche: Numeratore: Codice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

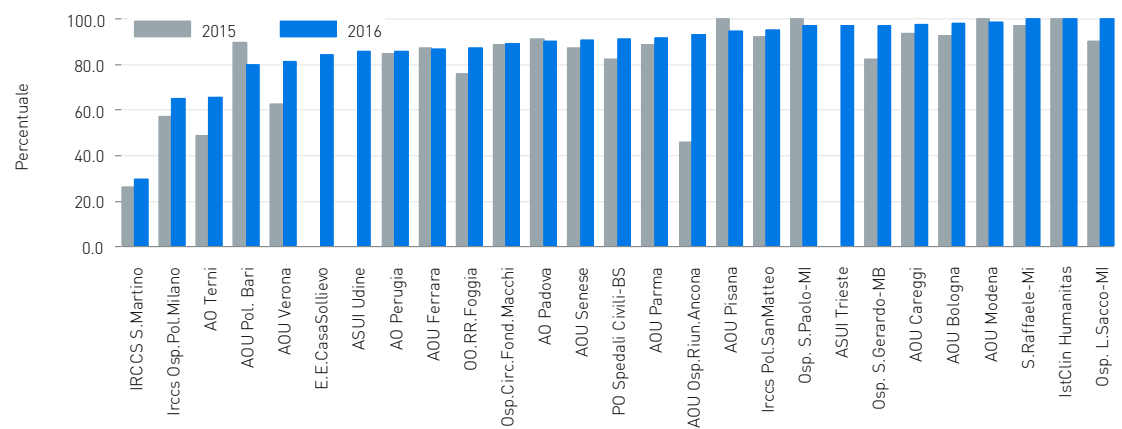
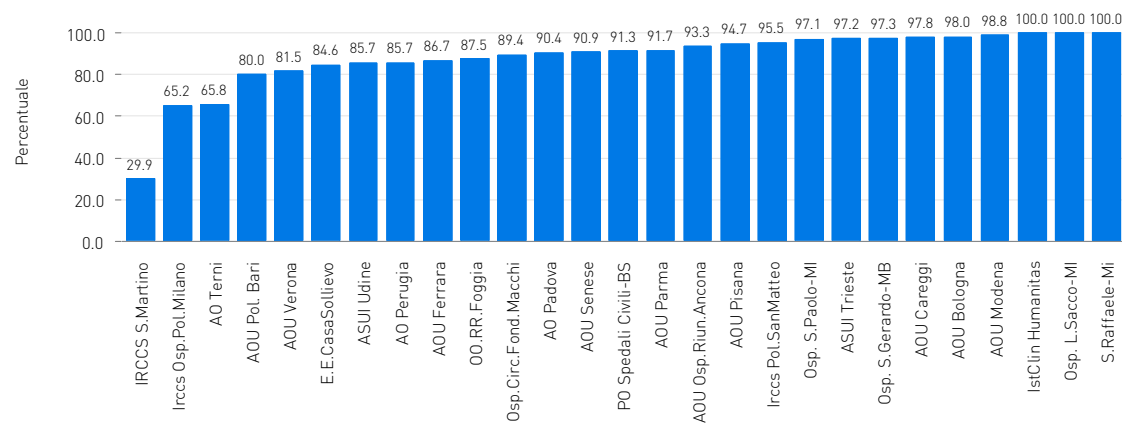
Si considerano i ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione.
 Codici DRG: 146,147,149,569,570
 Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari al colon: 45.7*, 48.6*
 Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari di laparoscopia: 54.21
 L'intervento al colon si 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.

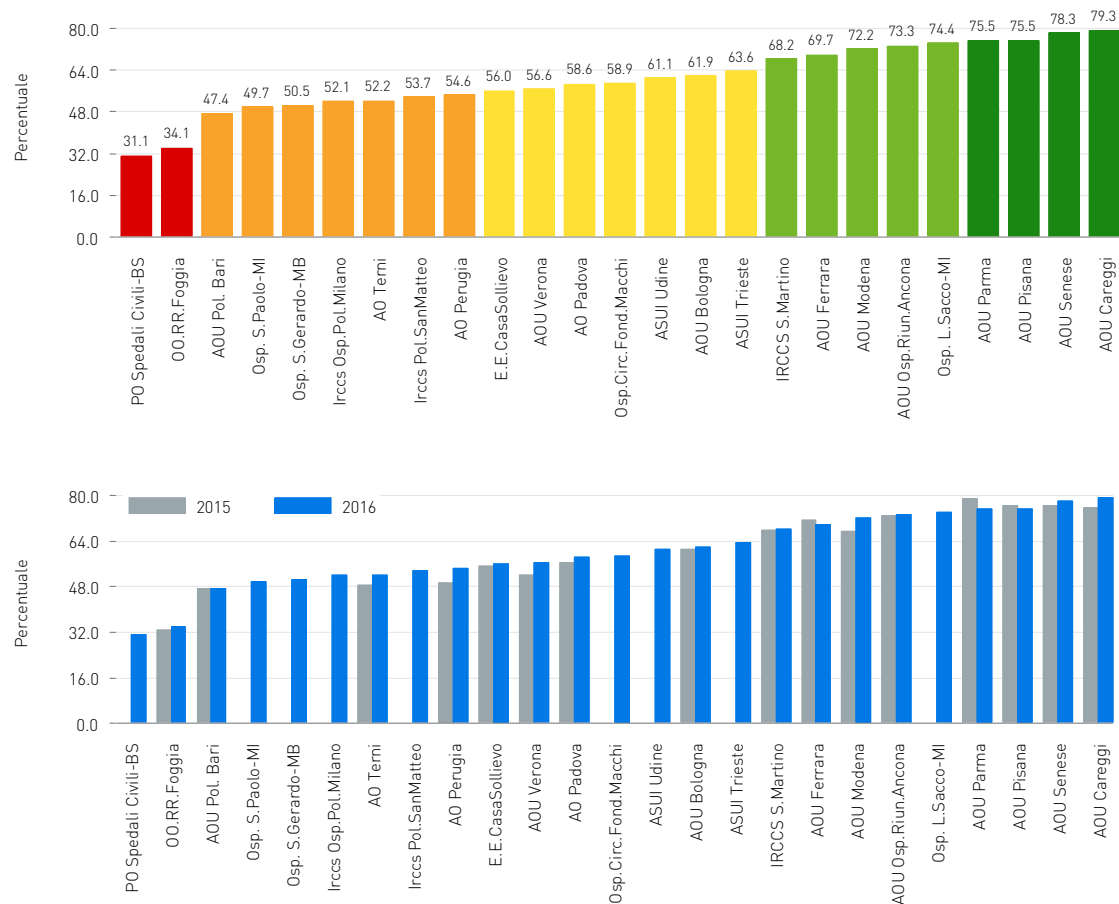


Definizione	Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni
Numeratore	Numero di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni x 100
Denominatore	Numero di appendicectomie urgenti per donne 15-49 anni
Note	Si considerano i ricoveri urgenti. Le procedure chirurgiche 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



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 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.

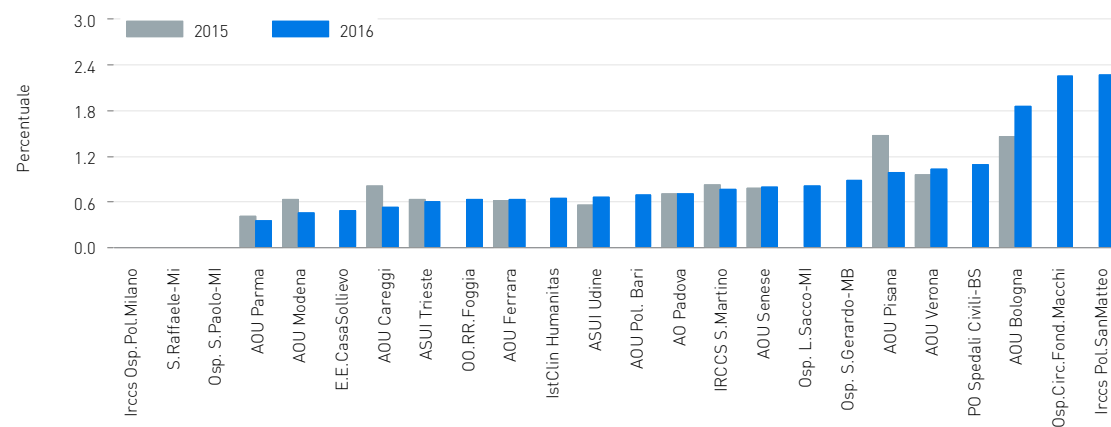
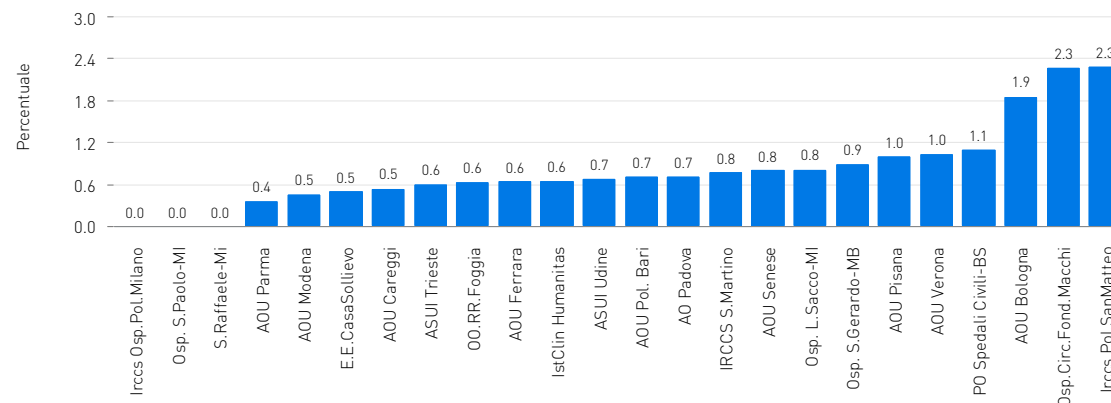


Definizione	Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione rispetto ai ricoveri in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione
Numeratore	N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
Denominatore	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, Flusso Pronto Soccorso



C16.8 Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica

L'indicatore è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di pazienti ricoverati da Pronto Soccorso e inviati in un reparto qualsiasi (ad esclusione dell'area critica) con un DRG medico e trasferiti entro 24 ore in area critica. Le specialità dell'area critica prese in considerazione sono: Unità Spinale, Grandi Ustioni, Terapia Intensiva, Unità coronarica e Terapia intensiva neonatale. Questo indicatore consente di valutare l'appropriatezza della scelta del livello di intensità assistenziale da parte del PS.

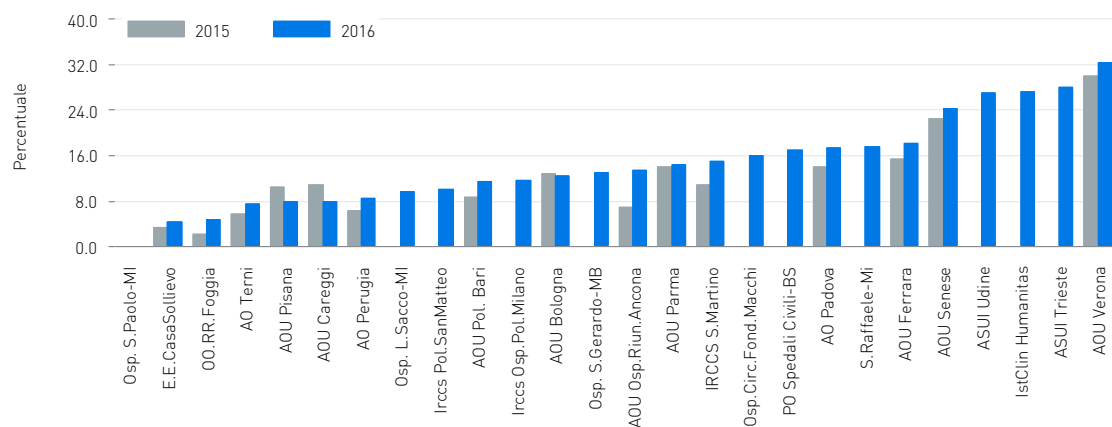
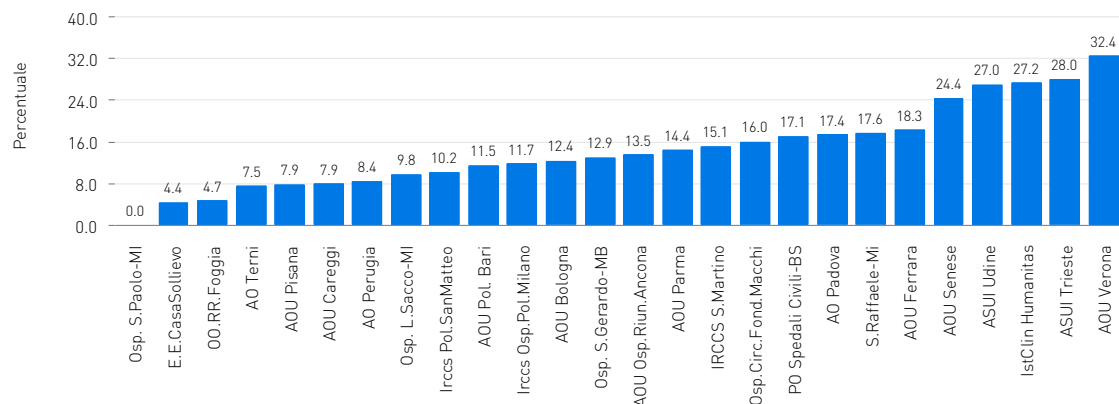


Definizione	Percentuale di accessi in Osservazione Breve con durata <= 6 ore
Numeratore	N. accessi in Osservazione Breve con durata <= 6 ore
Denominatore	N. accessi in Osservazioni Breve
Note	Al numeratore si considerano gli accessi che hanno una durata dell'osservazione breve inferiore o uguale a 5 ore e 59 minuti. Sono esclusi gli accessi: con esito "giunto cadavere" (codice EMUR esito=9), con esito "deceduto in PS" (codice EMUR esito=4), con data/ora di fine OBI precedente alla data/ora di inizio OBI. La durata dell'osservazione breve è calcolata come differenza tra data di ingresso in OBI e data di uscita dall'OBI. Il sistema informativo dell'Azienda AOU Senese non rileva correttamente l'Osservazione Breve.
Fonte	Flusso 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.

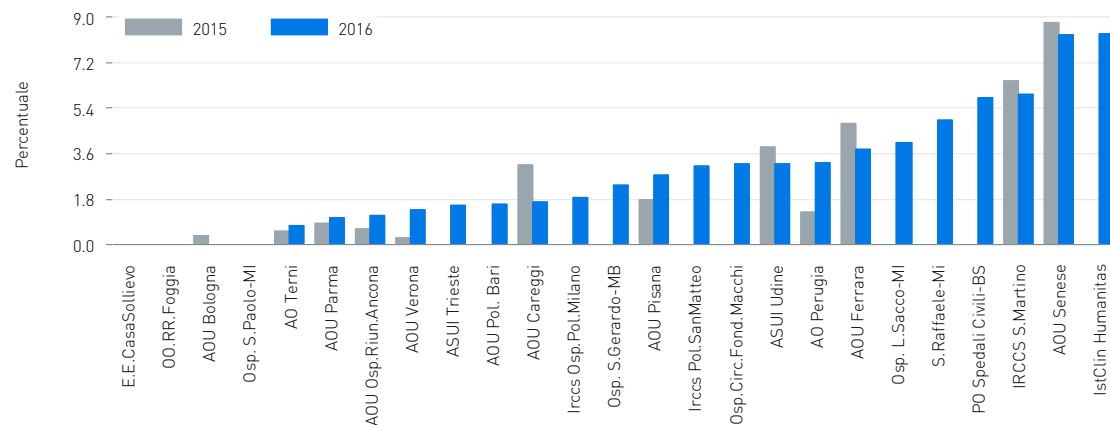
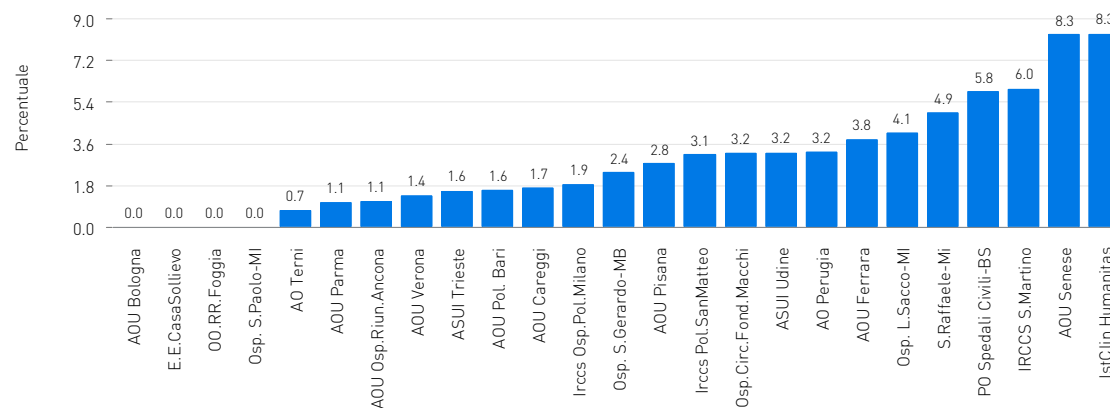


Definizione	Percentuale trombolisi endovenose per pazienti con ictus ischemico
Numeratore	Numero di ricoveri ordinari per ictus ischemico con trombolisi endovenosa x 100
Denominatore	Numero di ricoveri ordinari per ictus ischemico
Note	Si considerano: Al denominatore i ricoveri ordinari con codici ICD9-CM 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 le determinanti della variabilità.

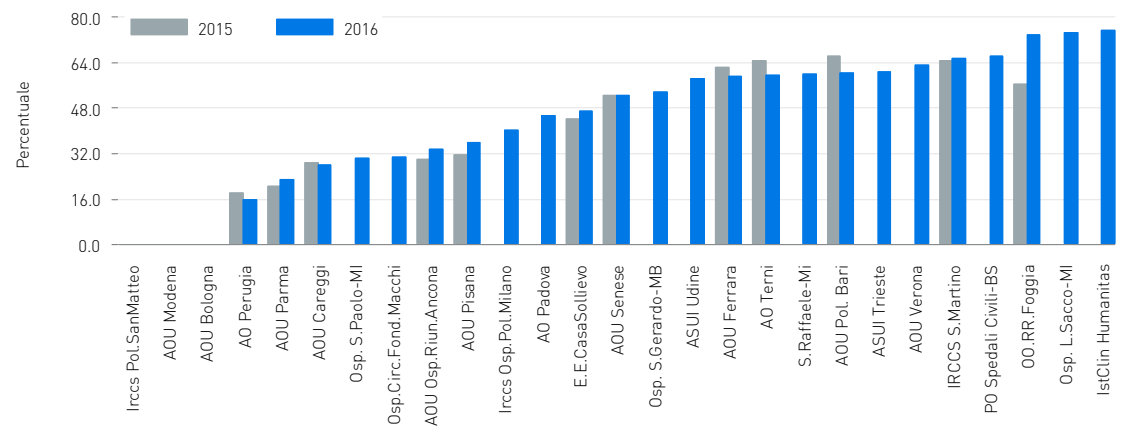
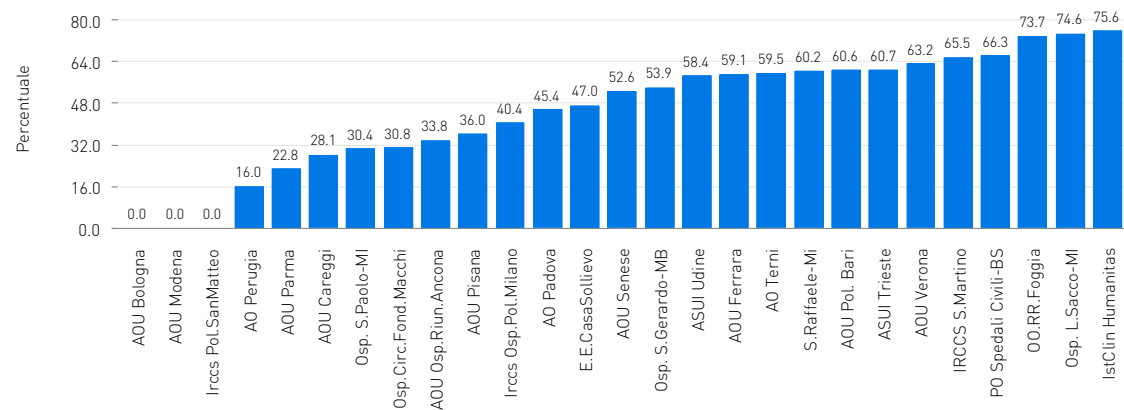


Definizione	Percentuale trombolisi arteriose per pazienti con ictus ischemico
Numeratore	Numero trombolisi arteriose per pazienti con ictus ischemico
Denominatore	Numero di ricoveri per ictus ischemico
Note	Si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti con età compresa tra 18 e 80 anni (estremi inclusi). 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. Sono esclusi i ricoveri con degenza superiore a 300 giorni. Al numeratore si considerano i ricoveri ordinari associati a: A) almeno un codice nelle procedure principali o secondarie 99.10 infusione di agenti trombolitici O 99.20 Iniezione e infusione di inibitore piastrinico E B) almeno un codice nelle procedure principali o secondarie 39.74 Rimozione endovascolare di ostruzione da vaso/i di testa e collo O 38.91 cateterismo arterioso Sono escluse le strutture con denominatore < 30.
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.

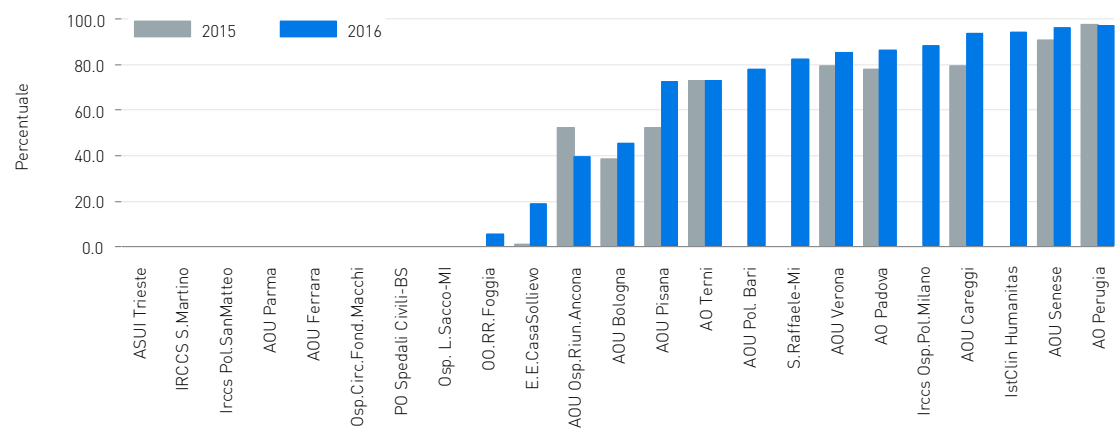
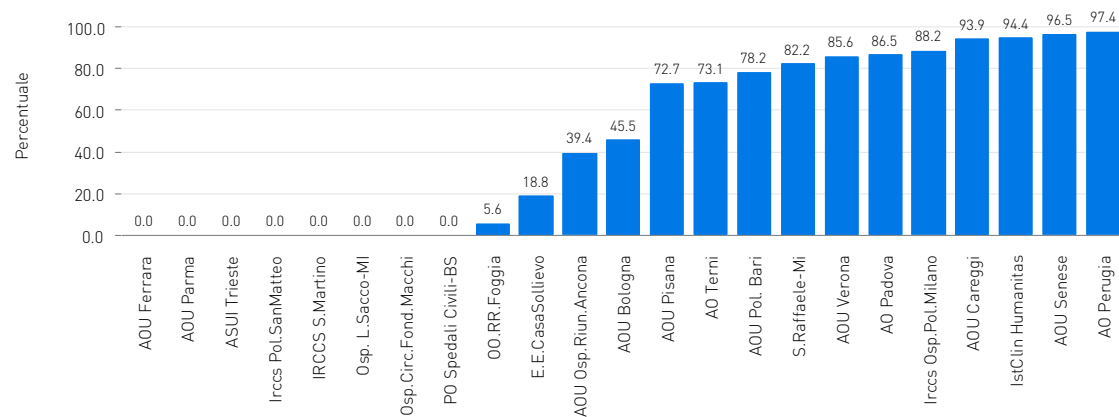


Definizione	Percentuale di pazienti con ictus ammessi, transitati o dimessi da Neurologia
Numeratore	N. Ricoveri per ictus ammessi, transitati o dimessi da Neurologia
Denominatore	N. Ricoveri per ictus totali
Note	Si considerano i ricoveri ordinari. Si includono solo i ricoveri per ictus in presenza 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.
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. L'indicatore consente di evidenziare le differenze tra le aziende nell'utilizzo di supporto tecnologici per gli interventi considerati.

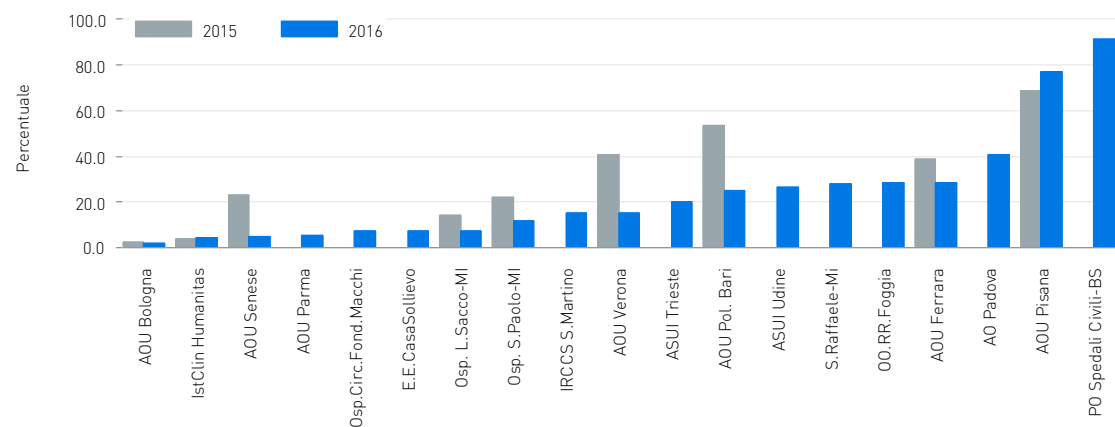
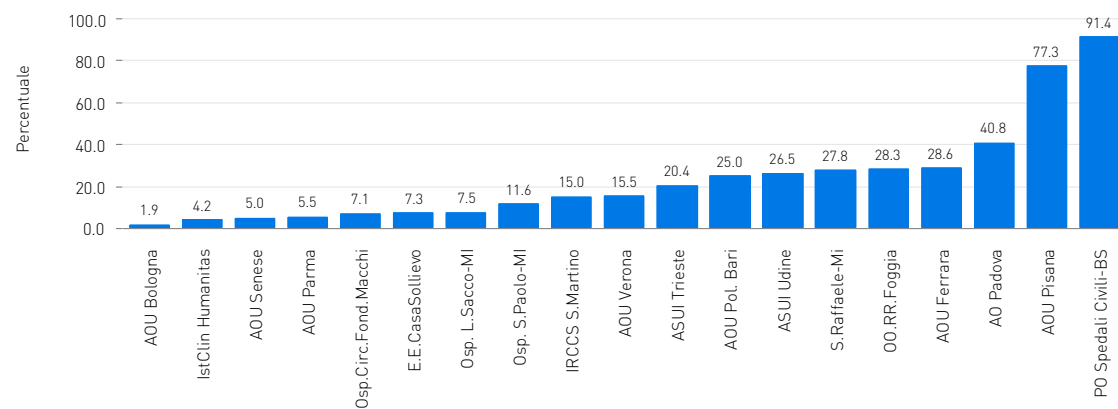


Definizione	Percentuale prostatectomie computer-assistite
Numeratore	N. prostatectomie computer-assistite
Denominatore	N. Prostatectomie
Note	Si considerano i ricoveri ordinari per interventi di prostatectomia radicale: - procedura principale o secondarie codice 60.5 Al numeratore si considerano gli 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.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



C8a.20 Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno: ricoveri ordinari

È opinione diffusa tra i tecnici che l'ammissione in riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero debba avvenire nello stesso giorno della dimissione dal ricovero acuto che ha generato la necessità riabilitativa. L'indicatore valuta questo aspetto, evidenziando, di fatto, quanti ricoveri ordinari in codice 56 avvengono direttamente dal territorio anziché in assoluta continuità col ricovero precedente.



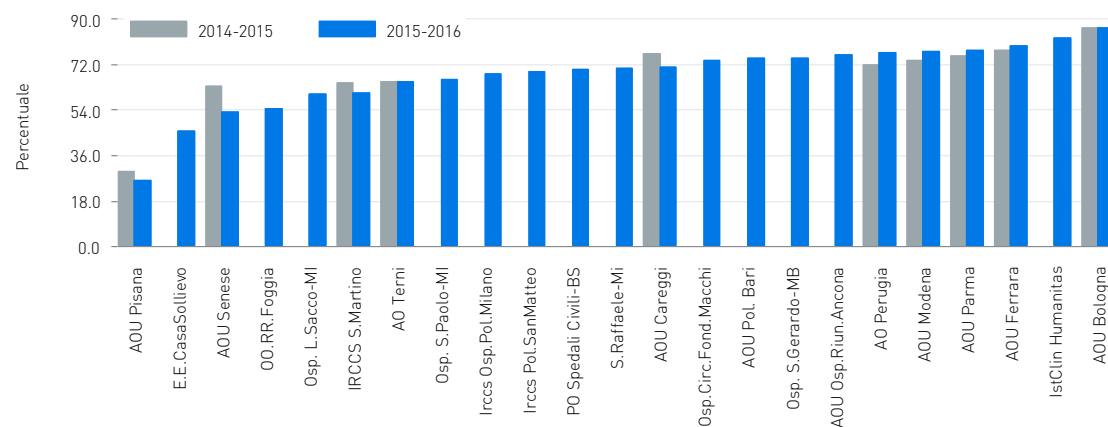
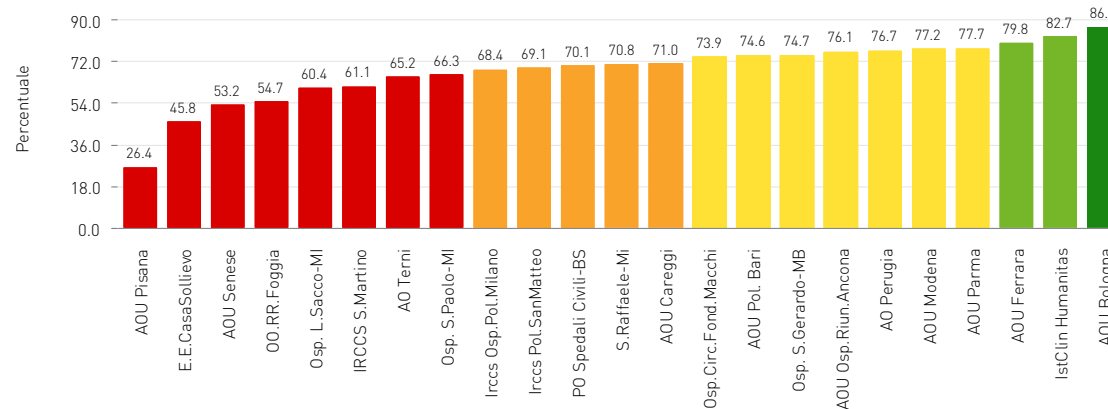
Definizione	Percentuale di ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno
Numeratore	Numero di ricoveri ordinari in cod. 56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno x 100
Denominatore	Numero di ricoveri ordinari in cod. 56
Note	Si considerano i ricoveri in regime ordinario. Al denominatore si considera il numero di ammissioni a ricoveri ordinari in cod.56 erogati in regione, da strutture pubbliche e private accreditate, sono esclusi gli ID anonimi. Al numeratore vengono conteggiati i ricoveri ordinari in cod.56 che non risultano preceduti da nessun altro ricovero (ovunque erogato) alla data di ammissione in cod.56.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



COMPLIANCE

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

I farmaci beta-bloccanti rappresentano da decenni una pietra miliare nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) e nella sua prevenzione secondaria. Esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime in una migliore prognosi sia a breve che a lungo termine. Le linee guida cardiologiche nord-americane ed europee indicano come mandatoria la somministrazione dei beta-bloccanti al momento della dimissione dopo un evento di infarto. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con beta-bloccanti al momento della dimissione.

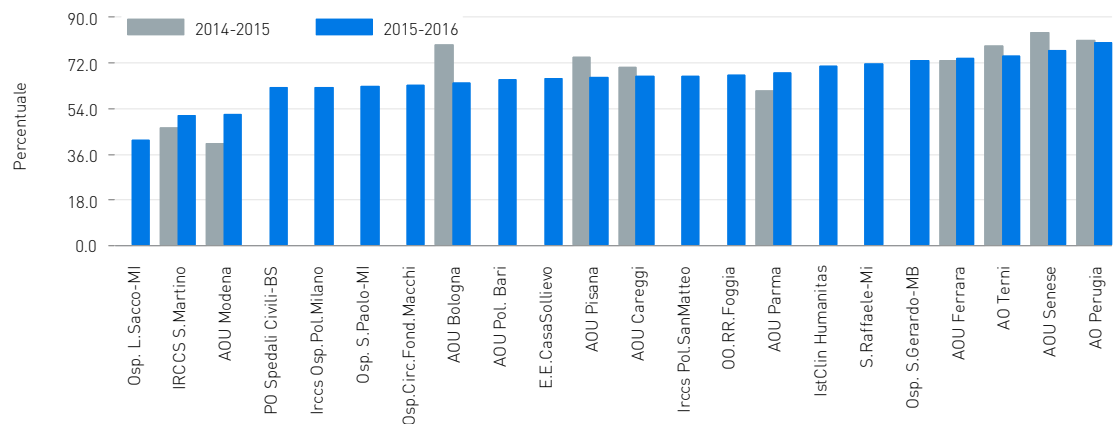
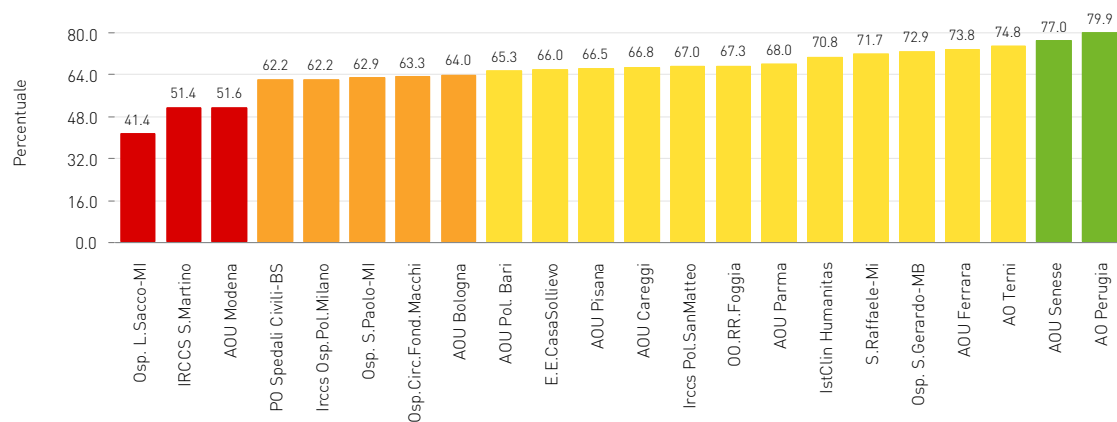


Definizione	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione
Numeratore	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore	Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla 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 1/07/2015 – 30/06/2016 (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 1/07/2015 – 30/06/2016 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 1/07/2015 – 30/06/2016 b) In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero c) solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale a 3 giorni. Criteri di esclusione a) Pazienti deceduti nel ricovero indice b) Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: 426.0x - 426.12 - 426.13 - 427.81 c) 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 – Asma) nei 6 mesi precedenti il ricovero indice ATC selezione farmaci: - C07AA - C07AB - C07AG - C07BB - C07CA - C07CB - C07CG.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO – 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 o Sartani determini effetti favorevoli dopo un evento di infarto miocardico acuto, traducendosi in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con ACE-inibitori o Sartani al momento della dimissione.

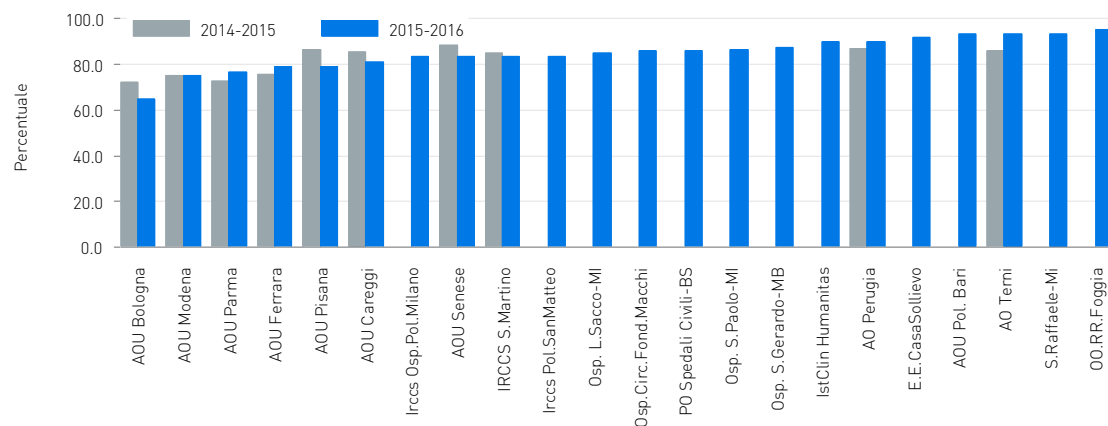
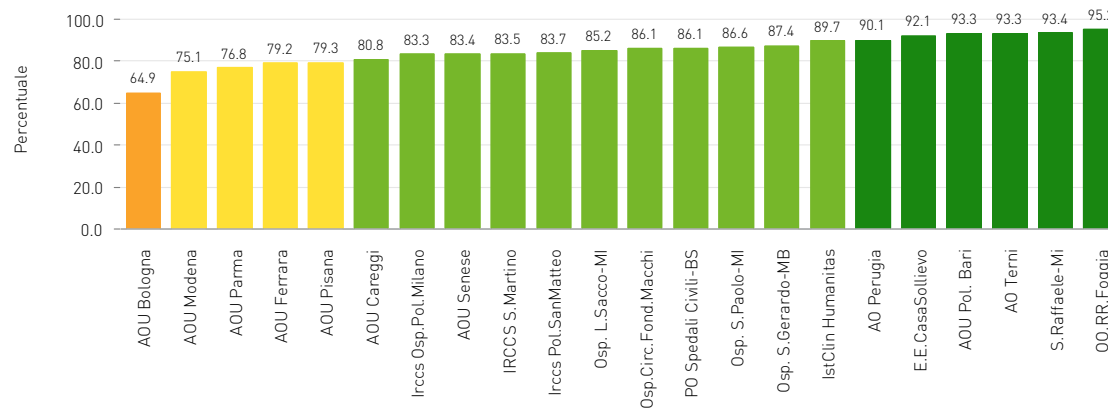


Definizione	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani
Numeratore	Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore	Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia 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 01/07/2015 - 30/06/2016 (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 01/07/2015 - 30/06/2016 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 01/07/2015 - 30/06/2016 b) In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero c) solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale a 3 giorni Criteri di esclusione a) Pazienti deceduti nel ricovero indice b) Pazienti con contro-indicazioni all'utilizzo degli ACE inibitori nei 12 mesi precedenti il ricovero indice - diagnosi in qualsiasi posizione di angioedema, insufficienza renale anurica, stenosi dl'aorta, gravidanza - 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 c) Pazienti con diagnosi in qualsiasi posizione, nell'anno precedente al ricovero indice, di: - 570.xx - 571.xx - 573.3x - ATC selezione farmaci: C09A - C09B - C09C - C09D.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO - Flussi regionali farmaceutica



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

La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggreganti e statine per il trattamento farmacologico degli eventi di infarto miocardico acuto ed è fortemente indicata per la sua prevenzione secondaria. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali siano stati contestualmente prescritti antiaggreganti e statine al momento della dimissione.



Definizione	Percentuale 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	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 01/07/2015 - 30/06/2016) 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 01/07/2015 - 30/06/2016 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 01/07/2015 - 30/06/2016 b) In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero c) solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale di 3 giorni. Criteri di esclusione: a) Pazienti deceduti nel ricovero indice b) per Antiaggreganti. Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: - ICD-IX: 530.1x - 530.2x - 531.xx (eccetto 531.9x) - 532.xx - 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; c) per Statine. Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: Patologie epatiche acute - ICD-IX: - 570.xx - Necrosi Acuta e Subacuta del Fegato - 571.xx - Malattia Epatica Cronica e Cirrosi - 573.3x - Epatite, Non Specificata; Miopatia - ICD-IX: - 358.xx - Disturbi Neuromuscolari - 359.xx - Distrofie Muscolari E Altre Miopatie. ATC selezione farmaci: B01AC06 - B01AC04 - B01AC05 - B01AC22 - B01AC24 - B01AC30 - C10AA.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO - Flussi regionali farmaceutica

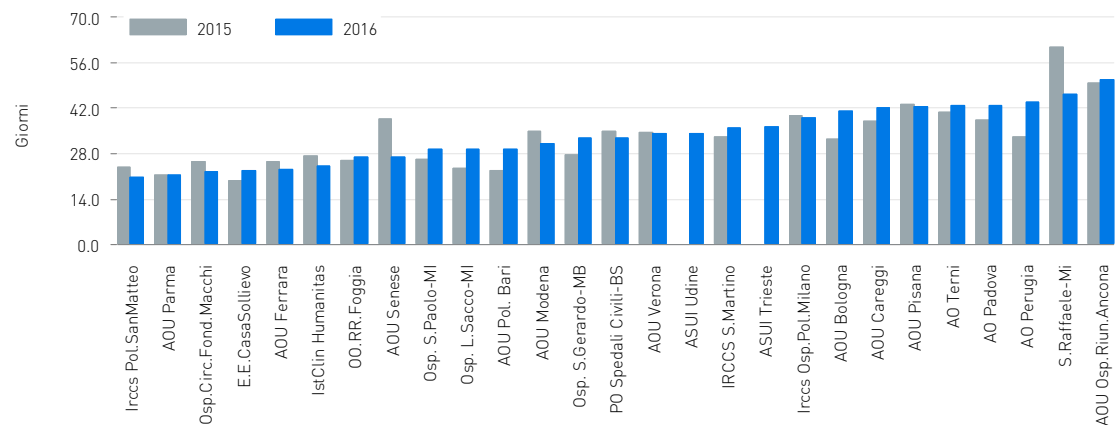
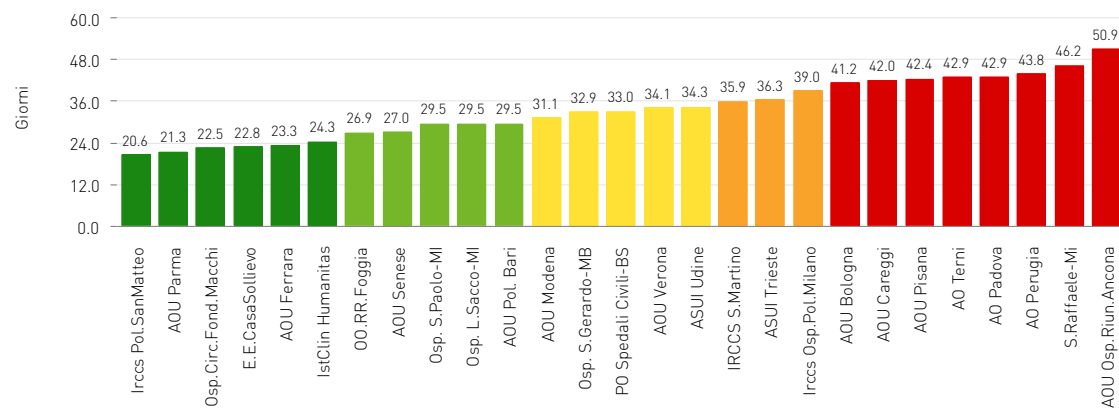




PERCORSO ONCOLOGICO

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.

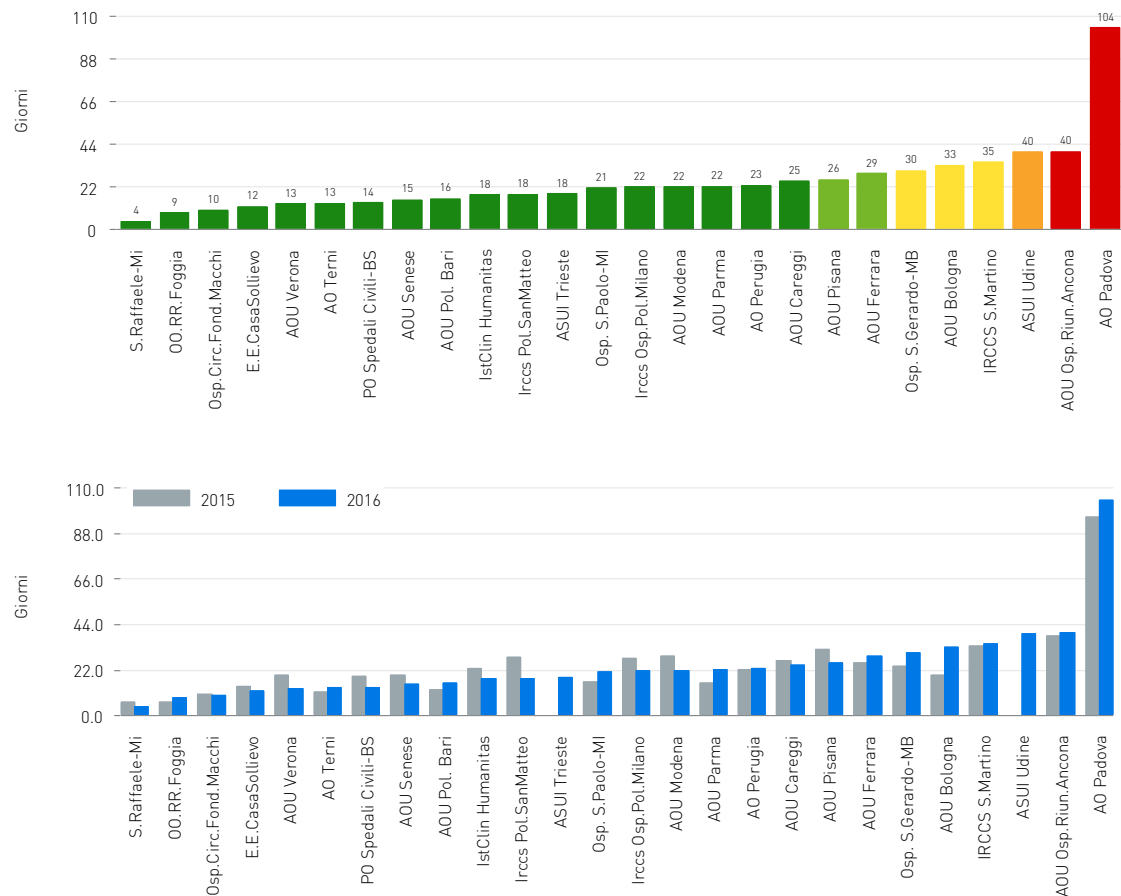


Definizione	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore
Note	Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate. Si selezionano 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



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

Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore al polmone e il ricovero stesso.

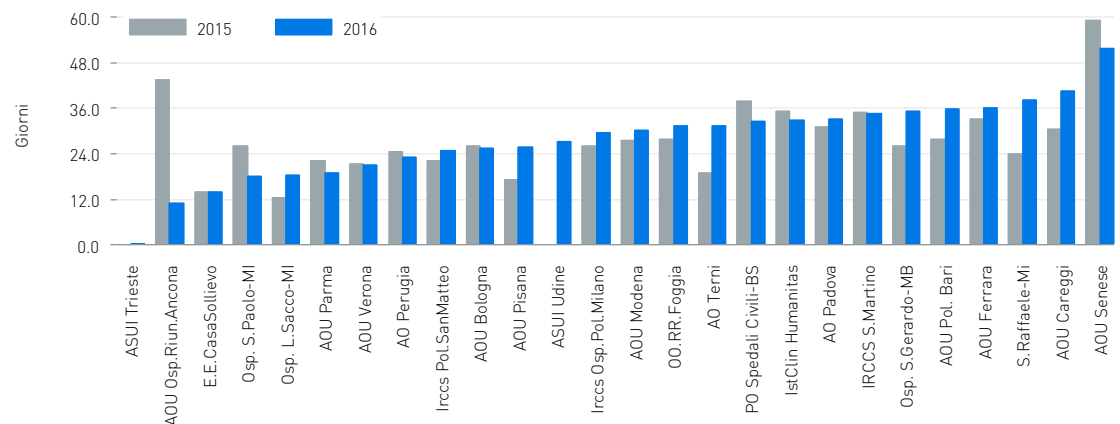
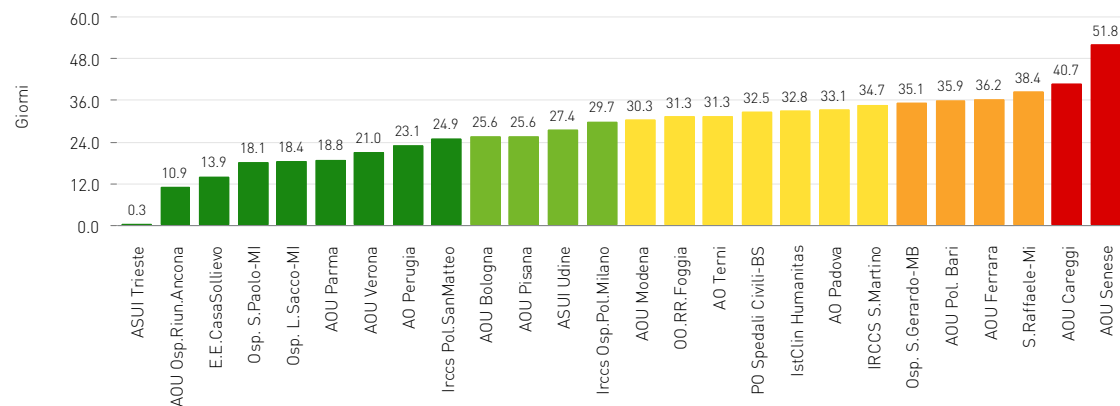


Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al polmone
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al polmone
Note	<p>Si considerano 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 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

Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore all'utero e il ricovero stesso.

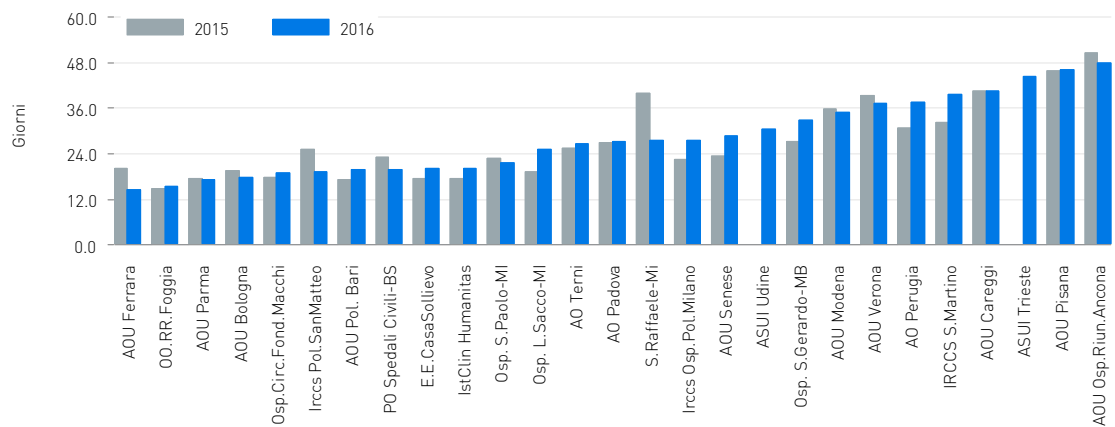
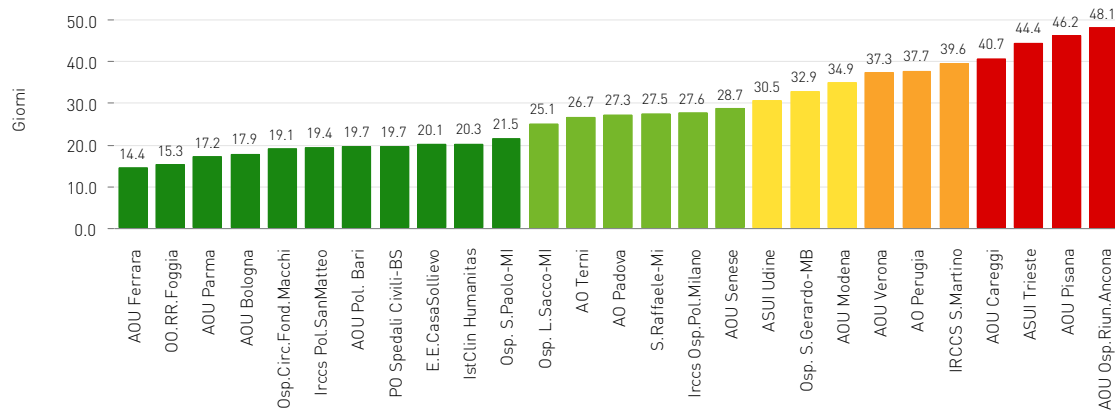


Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore all'utero
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore all'utero
Note	<p>Si considerano i ricoveri 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni • ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 • 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

Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore alla mammella e il ricovero stesso.

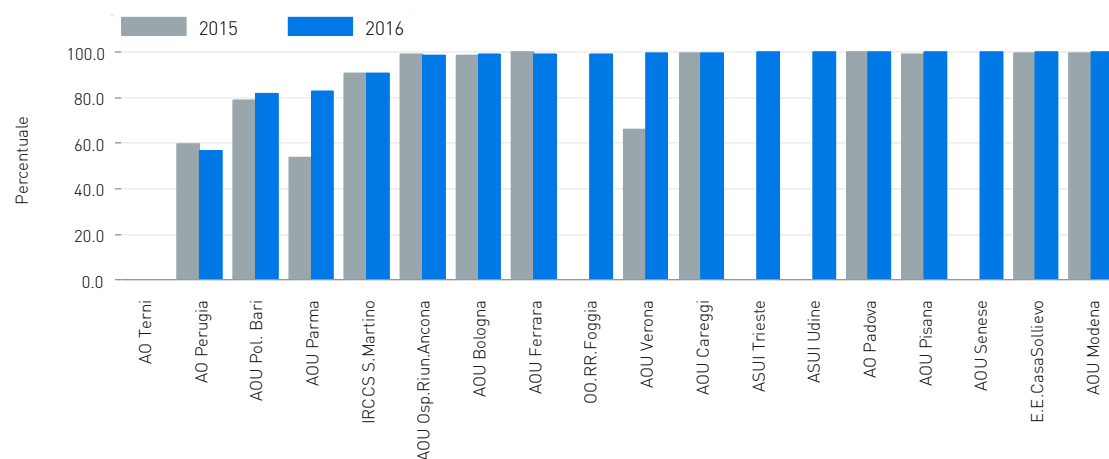
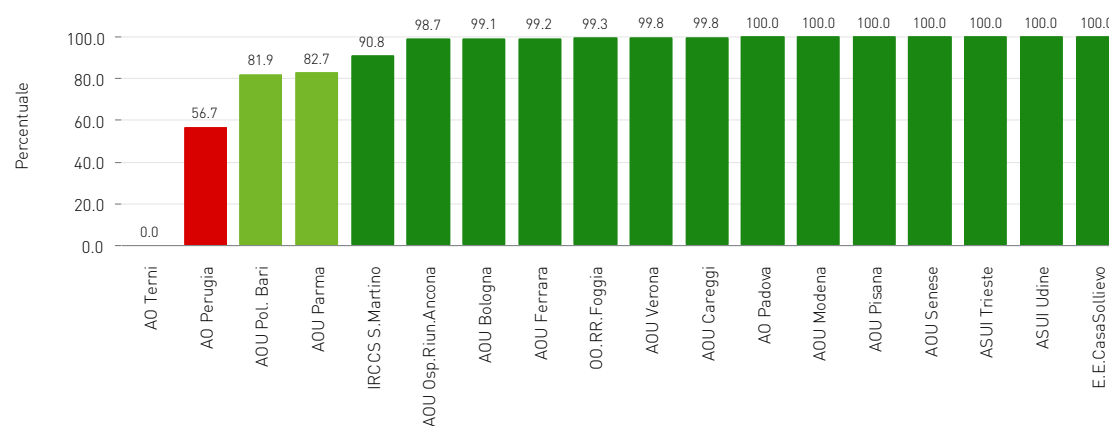


Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla mammella
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla mammella
Note	<p>Si considerano 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo regionale - Flusso SDO



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.

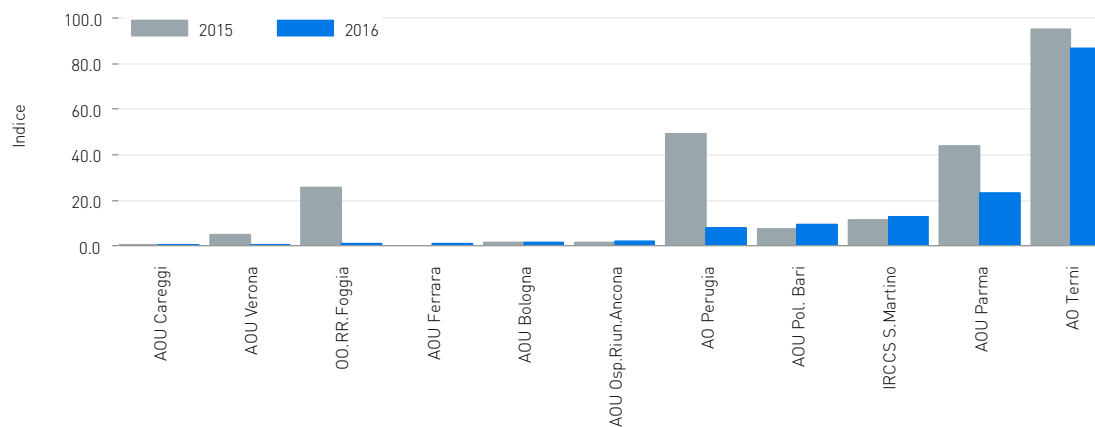
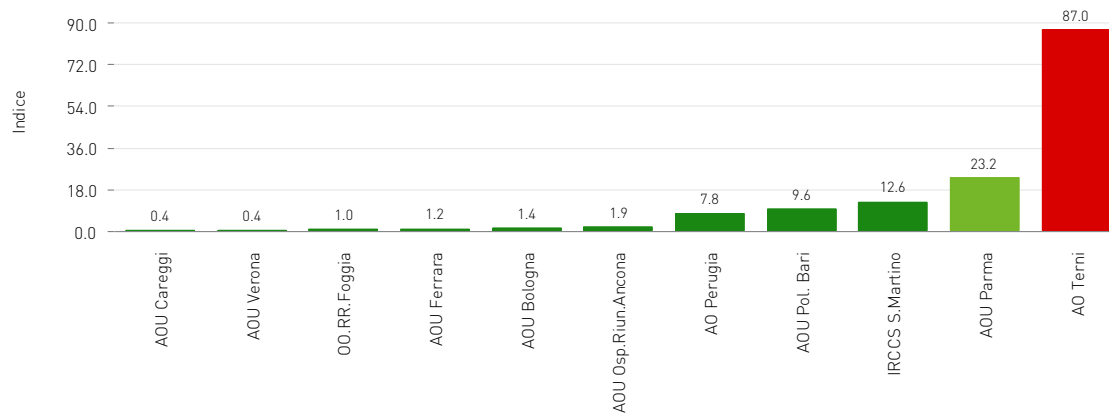


Definizione	Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
Numeratore	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
Denominatore	N. ricoveri erogati totali
Note	Si considerano i ricoveri ordinari e DH di pazienti donne, con diagnosi principale o secondaria 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). 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. 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. Per la AOU Senese si considerano i casi con reparto di dimissione = 917 (UOC Chirurgia Generale a indirizzo oncologico) attiva a partire dal 1 Aprile 2016 e il valore soglia è riparametrato considerando solo gli interventi a partire da questa data.
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.

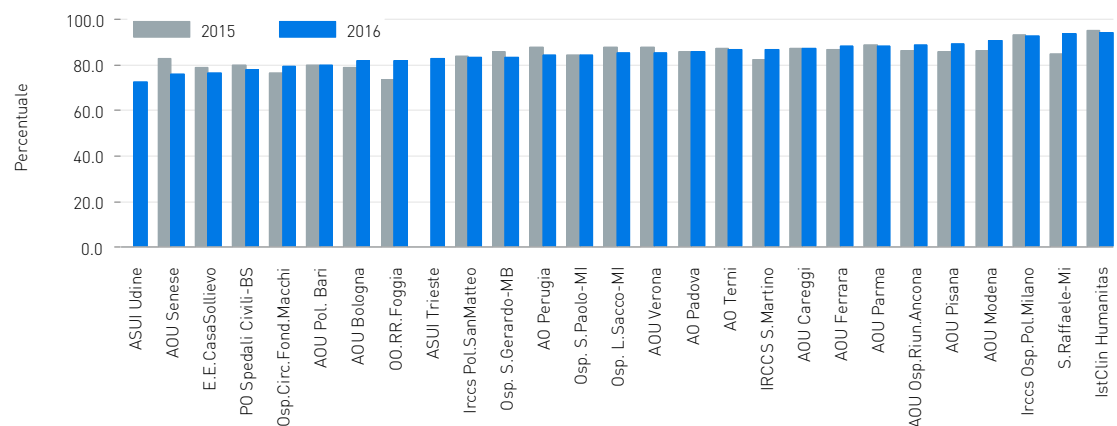
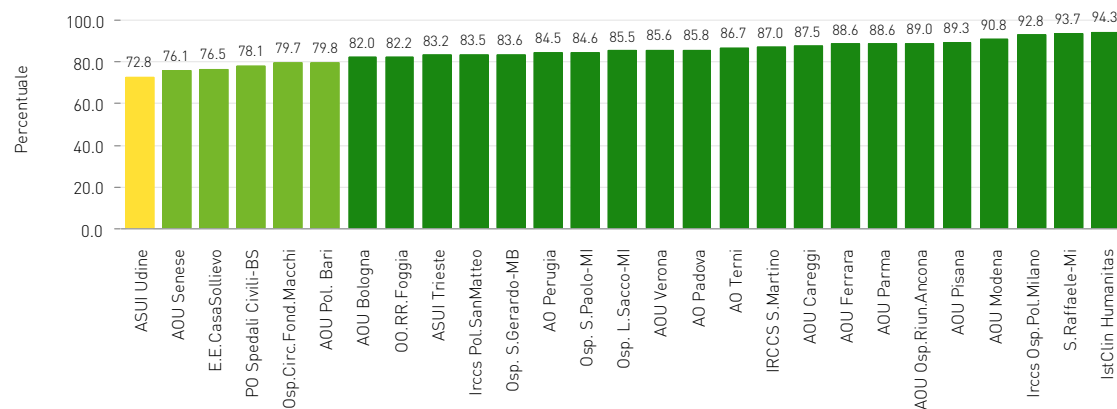


Definizione	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
Numeratore	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei 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 trasferte (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).

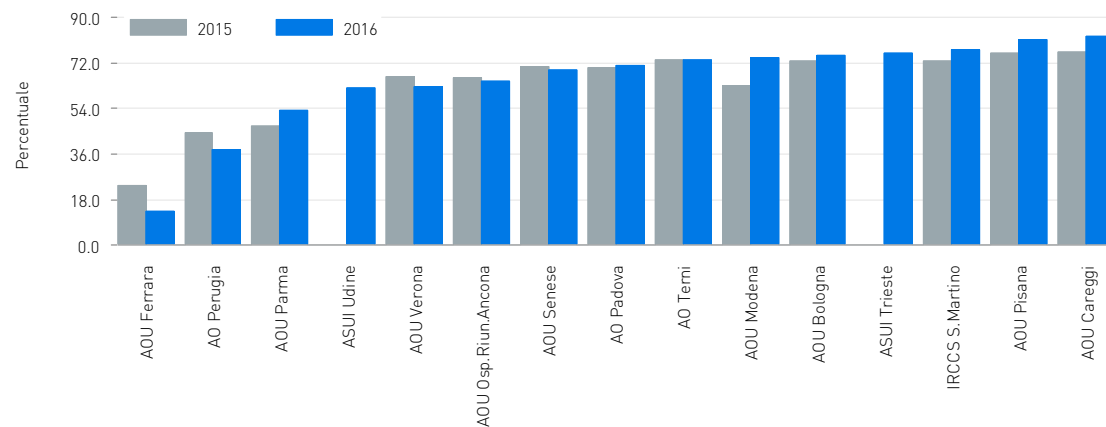
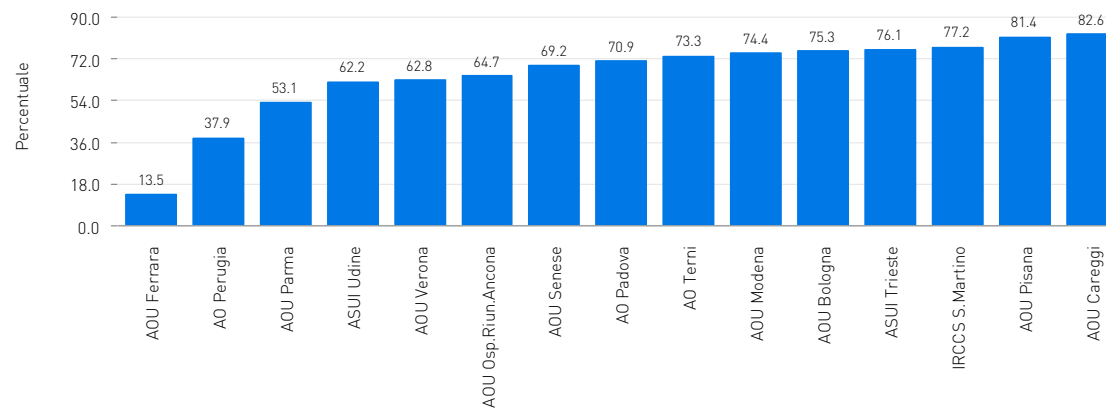


Definizione	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
Numeratore	Numero di interventi chirurgici conservativi o nipple/skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante e in situ x 100
Denominatore	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	Sistema Informativo Regionale – 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.

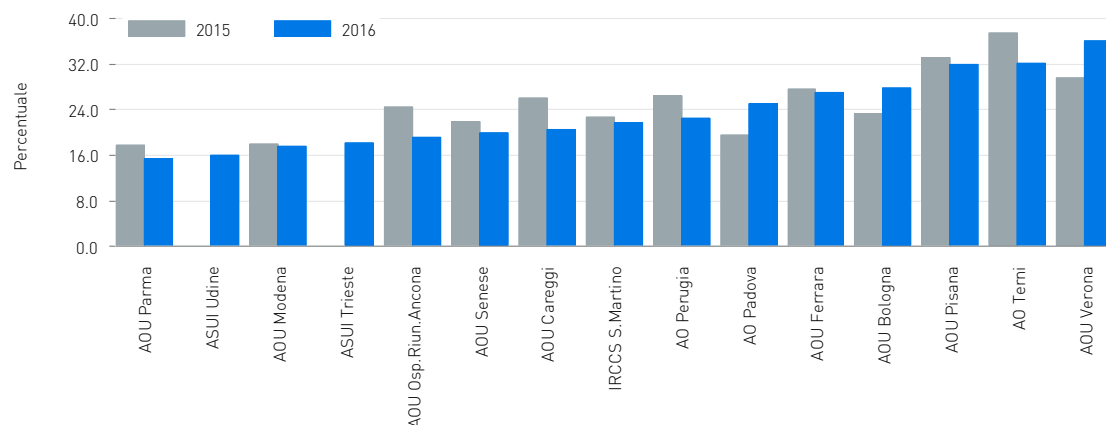
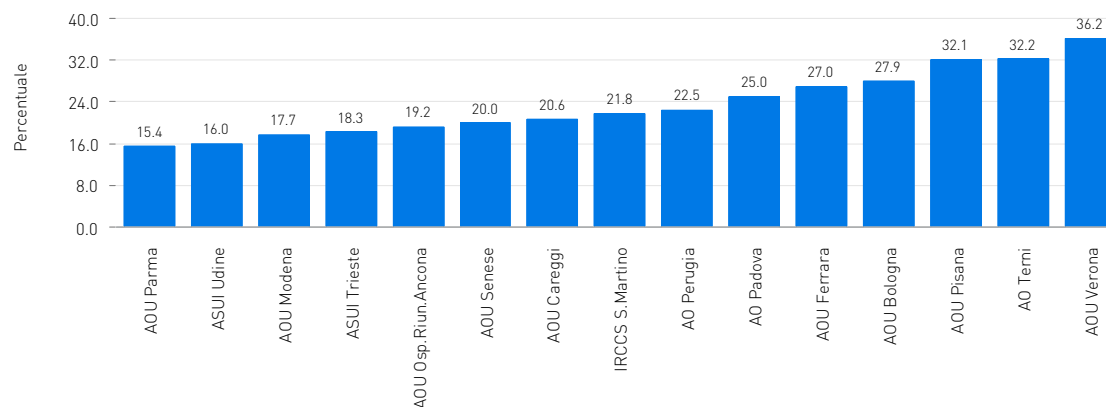


Definizione	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente all'intervento per tumore alla mammella
Numeratore	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore alla mammella sottoposte all'applicazione della metodica del linfonodo sentinella x 100
Denominatore	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	Sistema Informativo Regionale - 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.

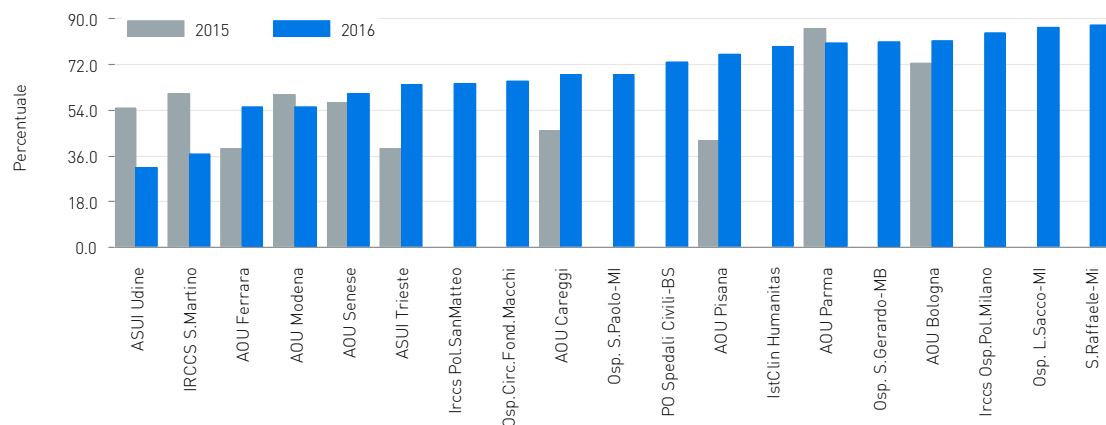
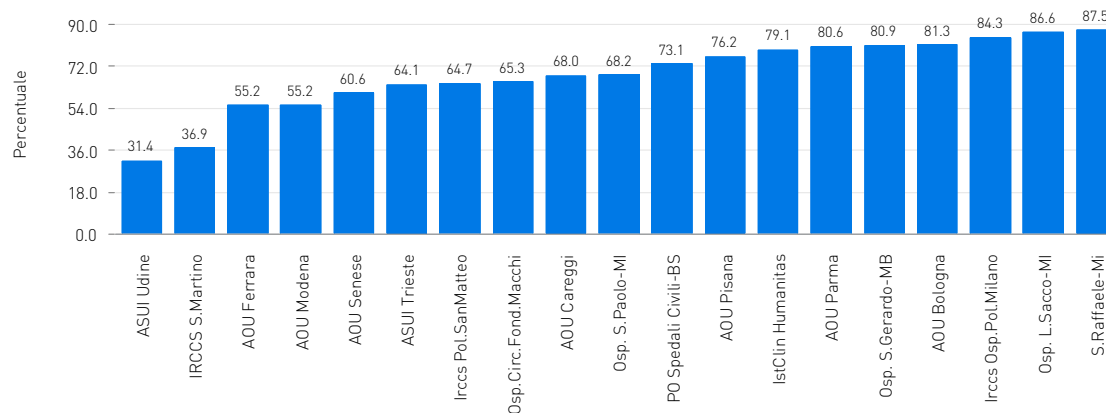


Definizione	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente all'intervento per tumore alla mammella
Numeratore	Numero di donne con intervento chirurgico per tumore alla mammella sottoposte ad asportazione radicale dei linfonodi del cavo ascellare x 100
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	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



C10.2.4 Percentuale di donne sottoposti a radioterapia entro 4 mesi da intervento per tumore alla mammella

La tempestività nell'accesso alla radioterapia dopo l'ultimo intervento conservativo per carcinoma infiltrante e in situ è un indicatore di qualità del percorso oncologico condiviso a livello nazionale (GISMA-Senonetwork) e internazionale (European Society of Breast Cancer Specialists - EUSOMA). La tempestività di somministrazione dei cicli di radioterapia riduce il rischio delle recidive locali. L'indicatore esclude le pazienti con chemioterapia successiva all'intervento e radioterapia intraoperatoria. I risultati sono da valutare rispetto ad uno standard di riferimento che individua un target minimo $\geq 90\%$ dei casi trattati (Eusoma).

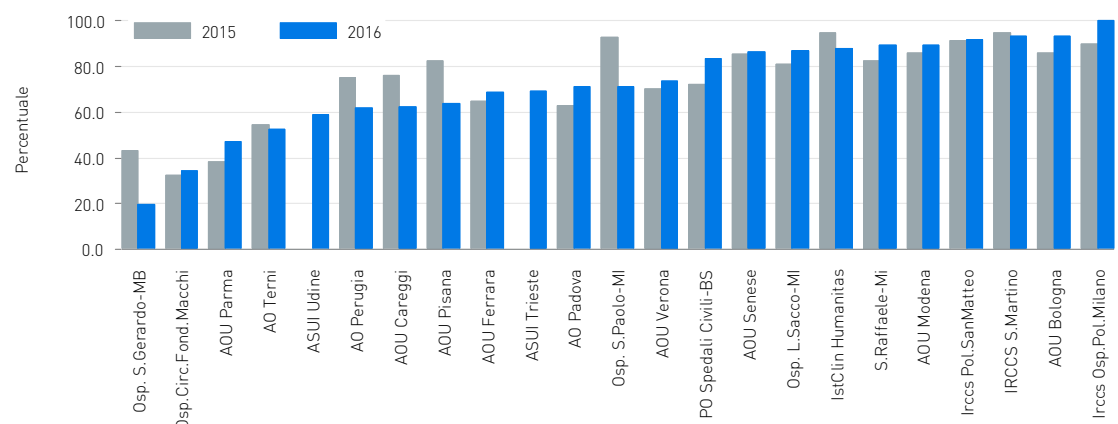
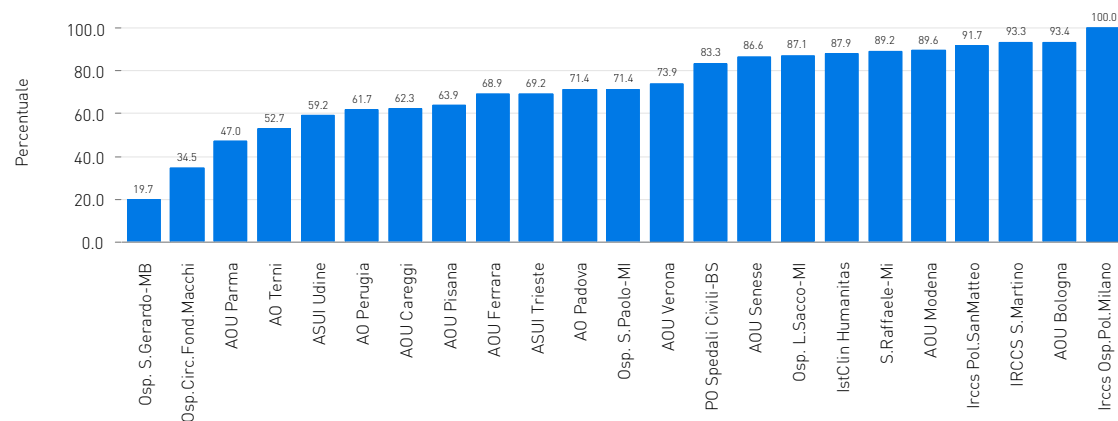


Definizione	Percentuale di donne sottoposte a radioterapia entro 4 mesi da intervento per tumore alla mammella
Numeratore	Numero di donne con somministrazione di trattamento radioterapico entro 120 giorni dall'intervento chirurgico per tumore della mammella x 100
Denominatore	Numero di donne con somministrazione di trattamento radioterapico entro 240 giorni dall'intervento chirurgico per tumore della mammella
Note	Numeratore: Si considerano le donne con intervento chirurgico per tumore mammario (NOTA 1; NOTA 2) [codici ICD 9: diagnosi principale 174.* e procedure principali o secondarie 85.2* o 85.31 o 85.32 o 85.4* o 85.33 o 85.35, 85.34 o 85.36] che hanno ricevuto entro 120 giorni dall'intervento chirurgico un trattamento radioterapico. Sono escluse le pazienti con chemioterapia adiuvante vedi NOTA 3. Denominatore: Si considerano le donne con intervento chirurgico per tumore mammario (NOTA 1; NOTA 2) [codici ICD 9: diagnosi principale 174.* e procedure principali o secondarie 85.2* o 85.31 o 85.34 o 85.32 o 85.4* o 85.33 o 85.35, 85.34 o 85.36] che hanno ricevuto entro 240 giorni dall'intervento chirurgico un trattamento radioterapico. Non sono da considerare i trattamenti radioterapici effettuati lo stesso giorno dell'intervento. Sono escluse le pazienti con chemioterapia adiuvante vedi NOTA 3. Trattamenti radioterapici: Da SDO: diagnosi principale V58.0 e procedura principale o secondaria 174* o V10.3 e procedura principale o secondaria 92.2*; Da SPA: codice prestazione: 92.2* e 92.47.9 Nota 1: per consentire l'identificazione dei trattamenti radioterapici, le donne da includere nella coorte dovranno essere state sottoposte a chirurgia nei primi 120 giorni dell'anno in oggetto e negli ultimi 240 giorni dell'anno precedente. In caso la paziente venga individuata da Flusso SDO con sola diagnosi principale o secondaria V58.0, quindi in mancanza di una specifica data che individui il trattamento radioterapico, 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. Nota 3: trattamenti chemioterapici: Da SPA: codice prestazione 99.25; Da SDO: diagnosi principale o secondaria V58.1* o procedura principale o secondaria 99.25 o 99.28; Da flusso della farmaceutica ATC inclusi nell'indicatore C10.2.5 escludendo gli L0.2 ANTINEOPLASTICI -TERAPIA ENDOCRINA femminile L02AB01 L02AB02 L02BG03 L02BG04 L02BG06 L02AE04 L02BA01 L02BA02 L02BA03".
Fonte	Sistema Informativo Regionale - 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%.

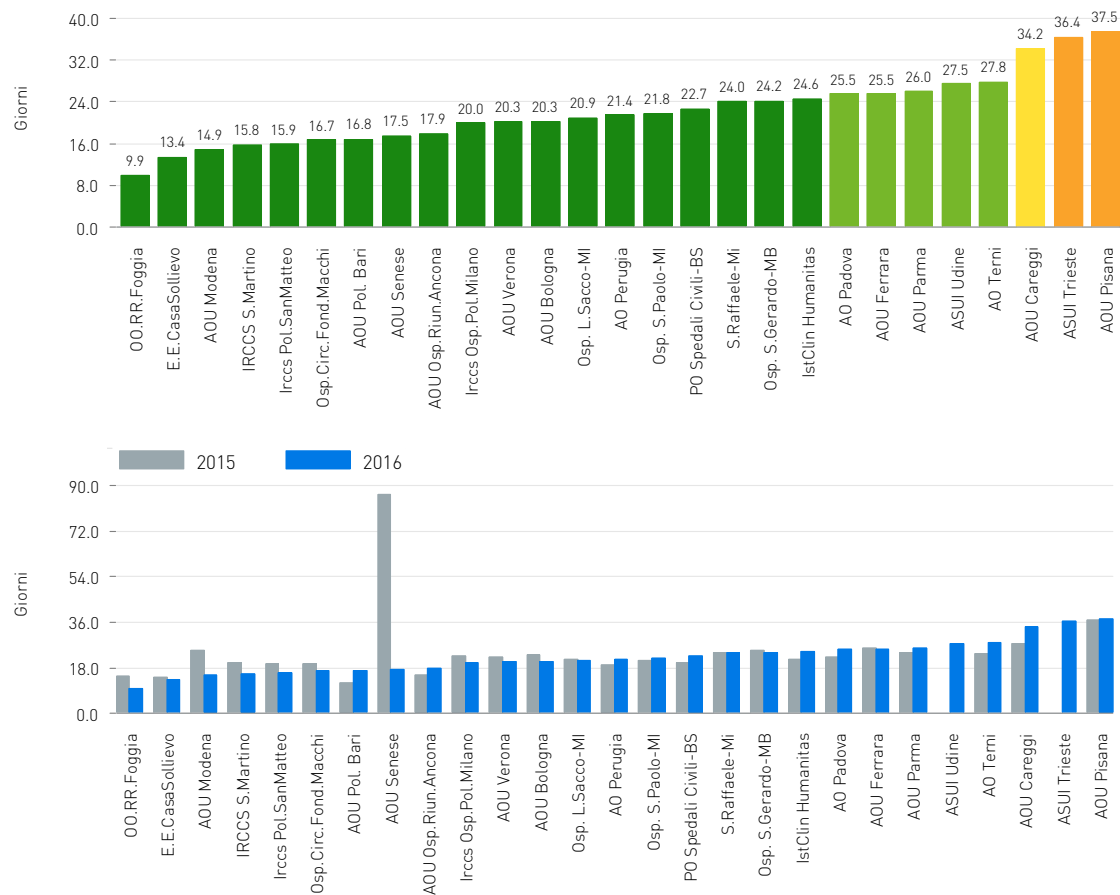


Definizione	Somministrazione di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore mammario entro 8 settimane dall'intervento chirurgico per tumore della mammella
Numeratore	Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 8 settimane dall'intervento chirurgico per tumore della mammella
Denominatore	Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 24 settimane dall'intervento chirurgico per tumore della mammella.
Note	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. 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. La procedura di individuazione dei trattamenti chemioterapici è riportata su http://performance.sssup.it/netval 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.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO, Flusso Prestazioni ambulatoriali, Flusso farmaceutica



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

Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore al colon e il ricovero stesso.

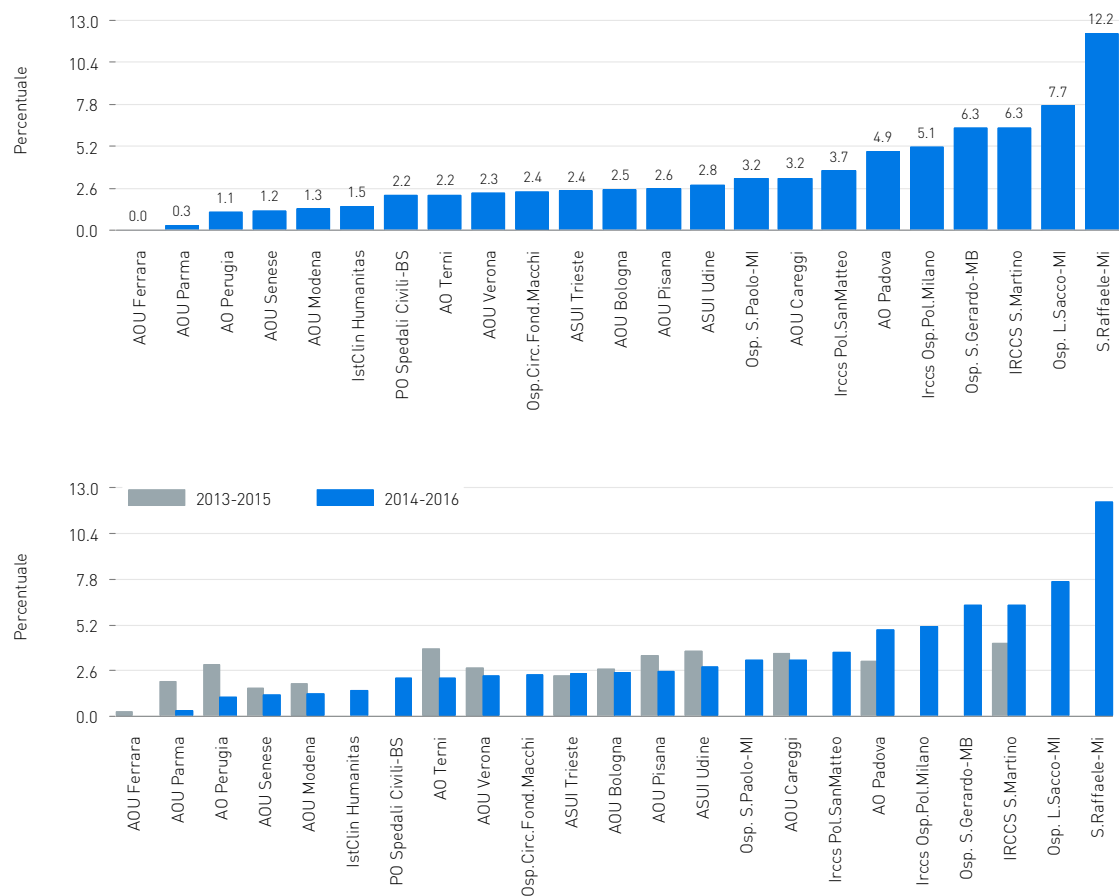


Definizione	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore al colon
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al colon
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al colon
Note	<p>Si considerano i ricoveri 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



C10.3.1 Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per interventi 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.

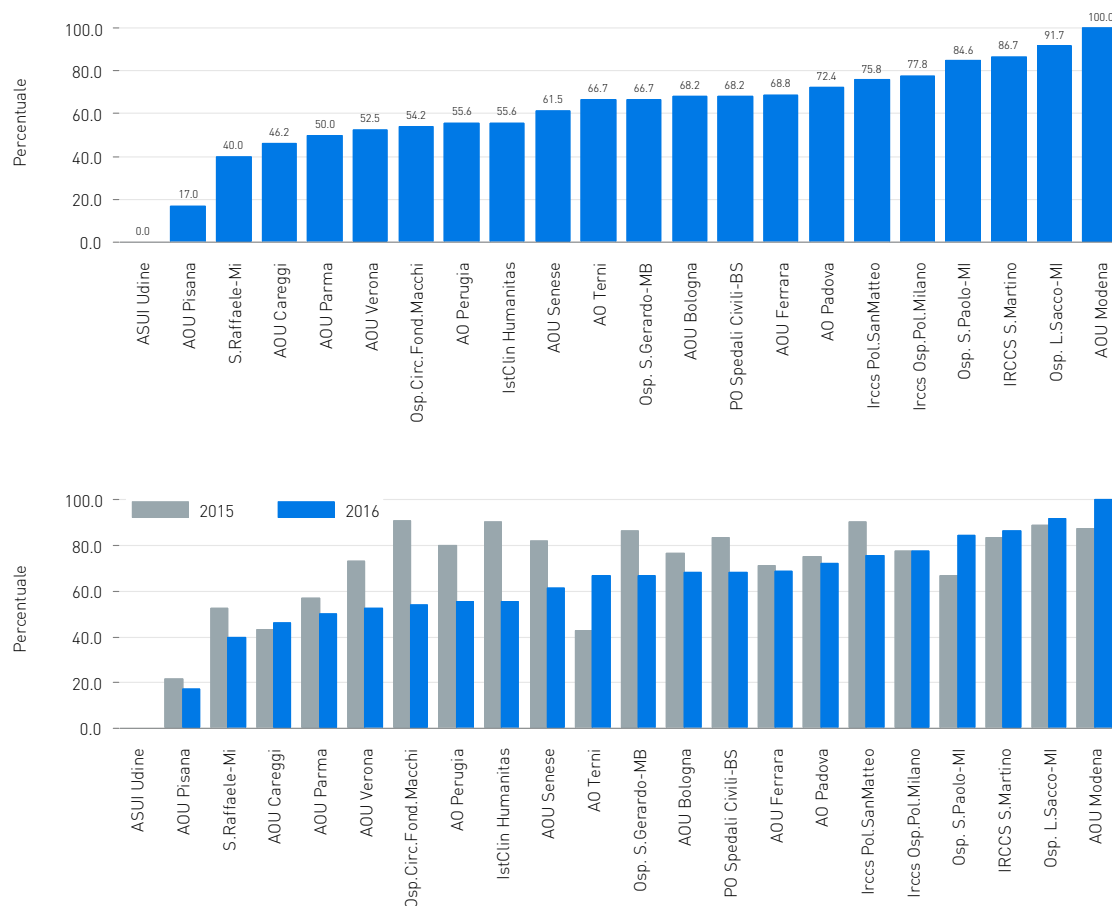


Definizione	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon (triennale)
Numeratore	Numero di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon nei tre anni (ricovero indice)
Denominatore	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 2016, al denominatore, si considerano gli interventi effettuati nei primi 11 mesi dell'anno.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – 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%.

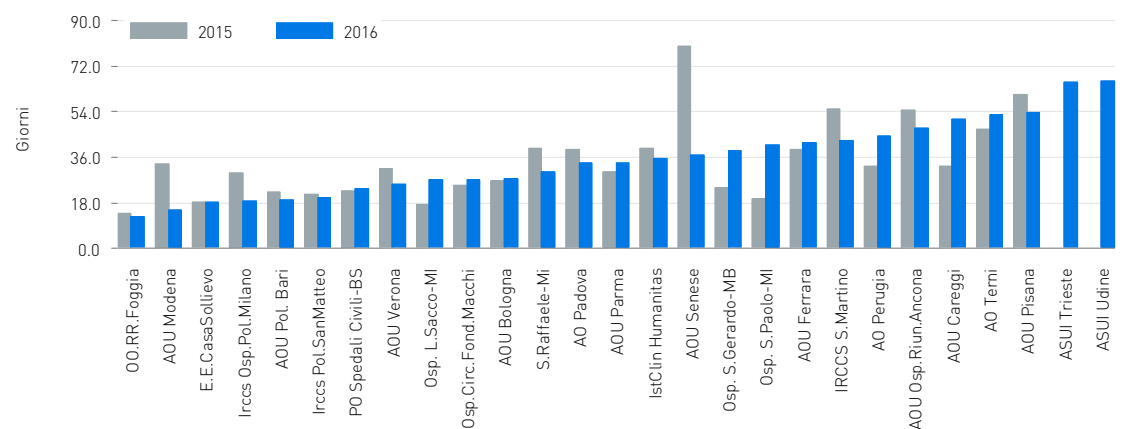
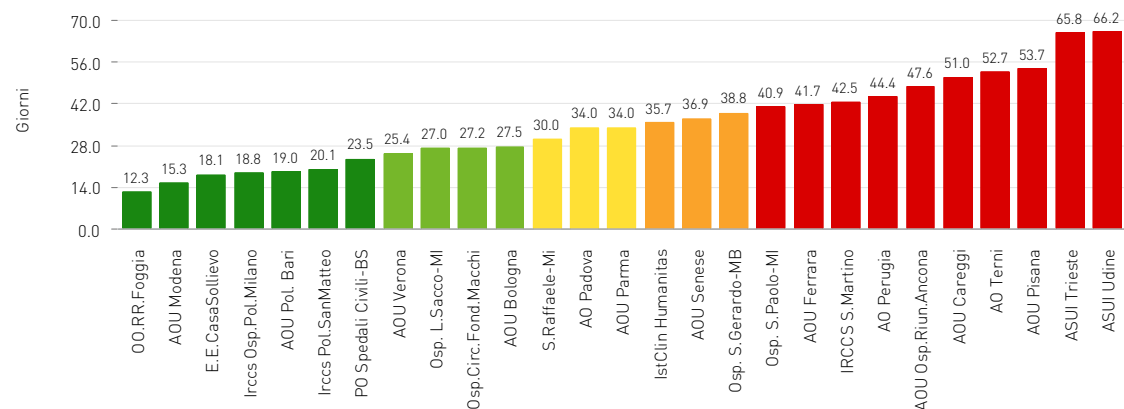


Definizione	Somministrazione di chemioterapia adiuvante in soggetti affetti da tumore al colon entro 8 settimane dall'intervento chirurgico per tumore al colon
Numeratore	Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 8 settimane dall'intervento chirurgico per tumore al colon
Denominatore	Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 24 settimane dall'intervento chirurgico per tumore al colon
Note	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. 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. Trattamenti chemioterapici: si veda http://performance.sssup.it/netval 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.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO, Flusso Prestazioni ambulatoriali, Flusso farmaceutica



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

Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore al retto e il ricovero stesso.

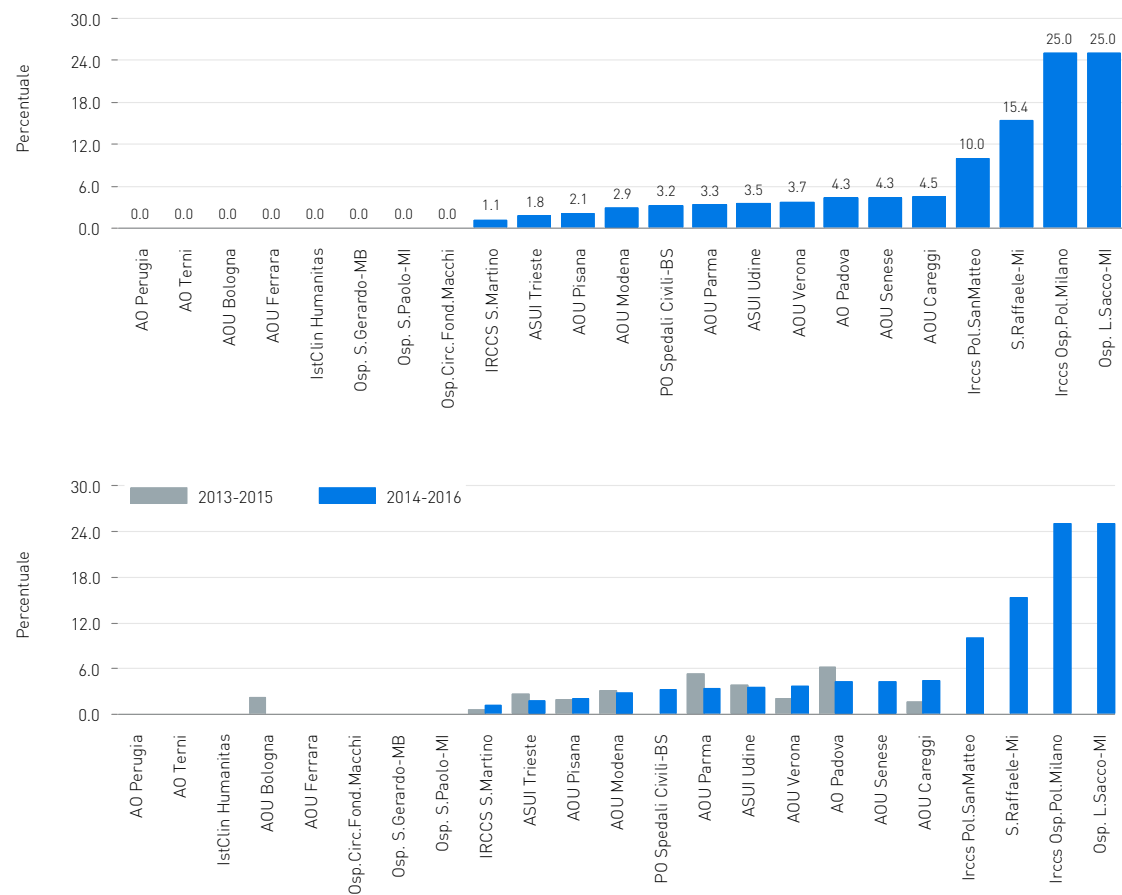


Definizione	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al retto
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al retto
Note	<p>Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate.</p> <p>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.</p> <p>Si escludono :</p> <ul style="list-style-type: none"> ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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.

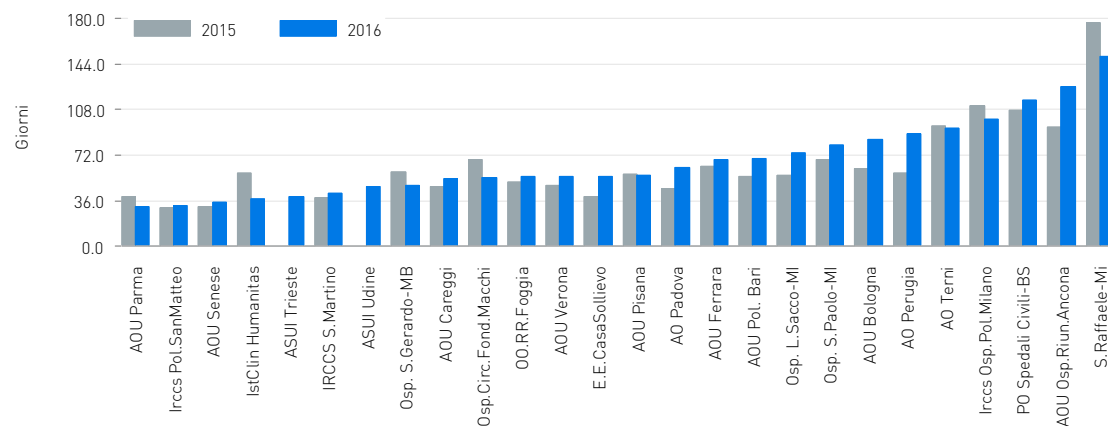
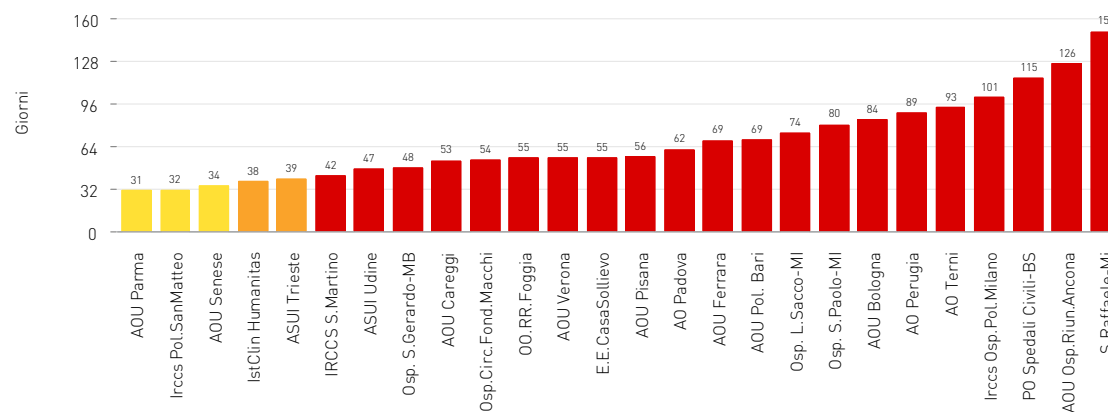


Definizione	Percentuale di pazienti sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al retto (triennale)
Numeratore	Numero di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni dall' intervento al retto nei tre anni (ricovero indice)
Denominatore	Numero di 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 2016 si considerano, al denominatore, gli interventi effettuati nei primi 11 mesi dell'anno.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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

Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore alla prostata e il ricovero stesso.

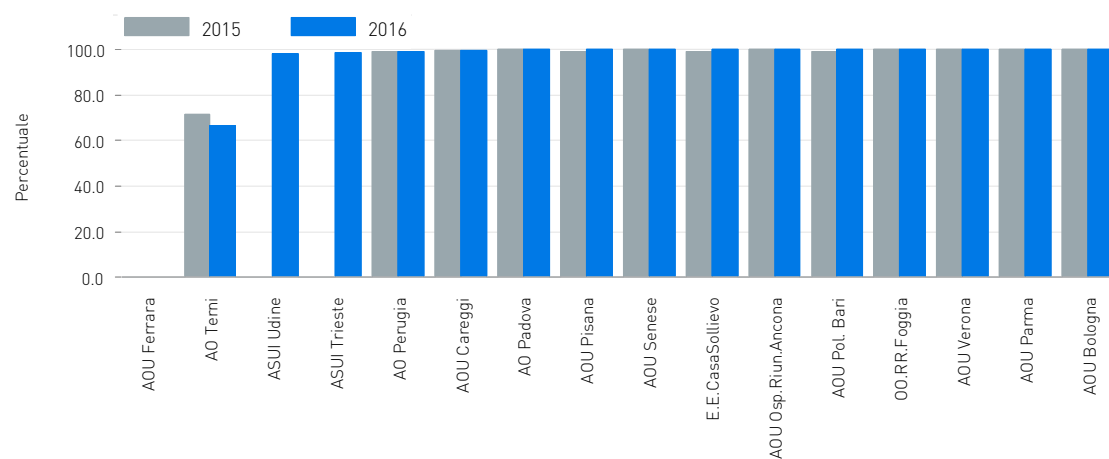
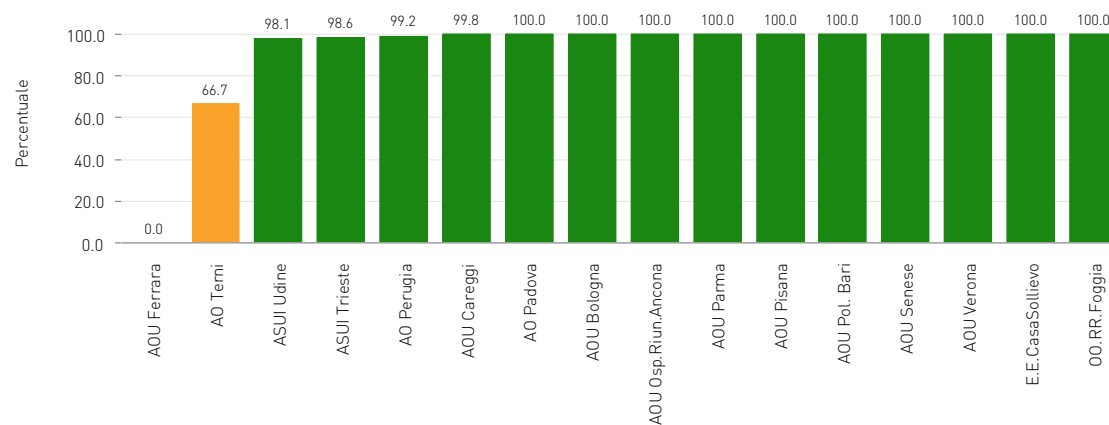


Definizione	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata
Numeratore	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla prostata
Denominatore	N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla prostata
Note	<p>Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate.</p> <p>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.</p> <p>Si escludono :</p> <ul style="list-style-type: none"> ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99 ricoveri urgenti, TSO, TSV.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO



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.

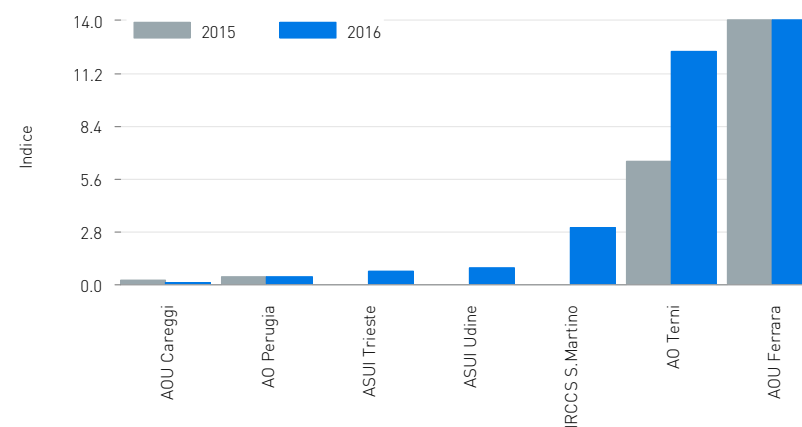
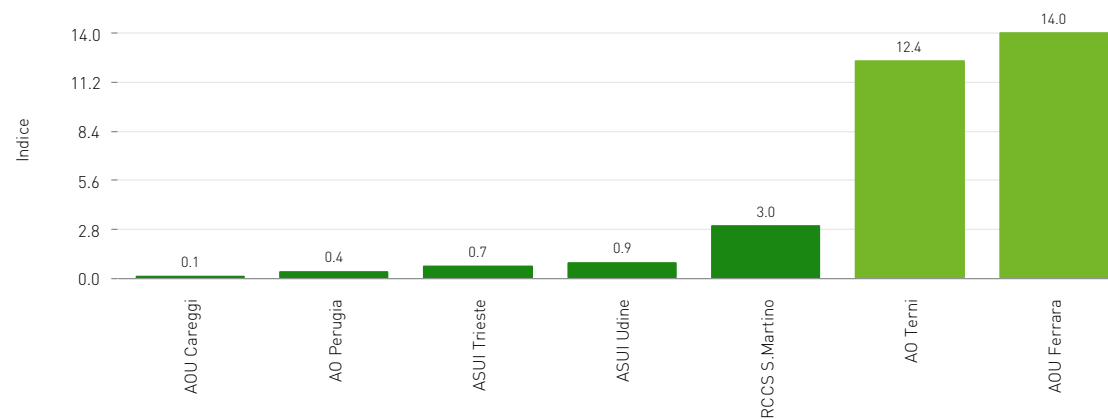


Definizione	Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata
Numeratore	N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
Denominatore	N. ricoveri erogati totali
Note	Si considerano i ricoveri ordinari con codici ICDIX-CM di diagnosi principale o secondarie di tumore 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.

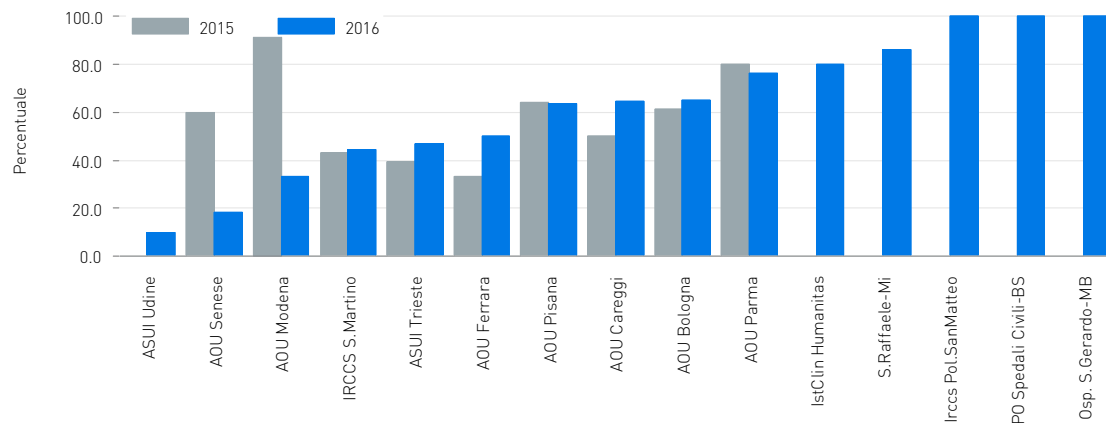
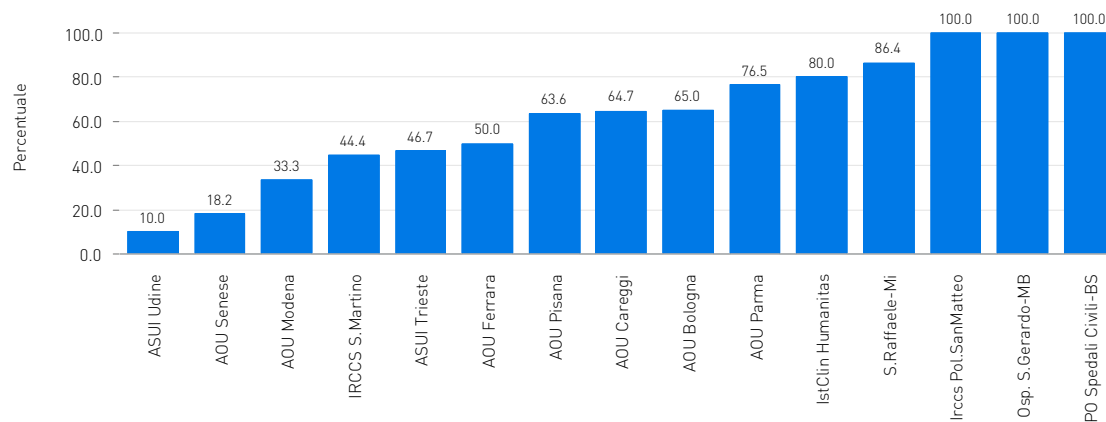


Definizione	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata
Numeratore	Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei 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



C10.6.1 Percentuale di uomini sottoposti a radioterapia che iniziano il trattamento entro 6 mesi dall'intervento

La radioterapia, eventualmente associata alla terapia ormonale, rappresenta una delle opzioni terapeutiche per i pazienti affetti da tumore della prostata. La tempestività nell'accesso alla radioterapia dopo intervento di prostatectomia radicale è un indicatore di qualità del percorso oncologico. La tempestività di somministrazione dei cicli di radioterapia riduce il rischio delle recidive locali ed è indicata per eliminare eventuali cellule tumorali residue. L'indicatore esclude i pazienti con radioterapia intraoperatoria.

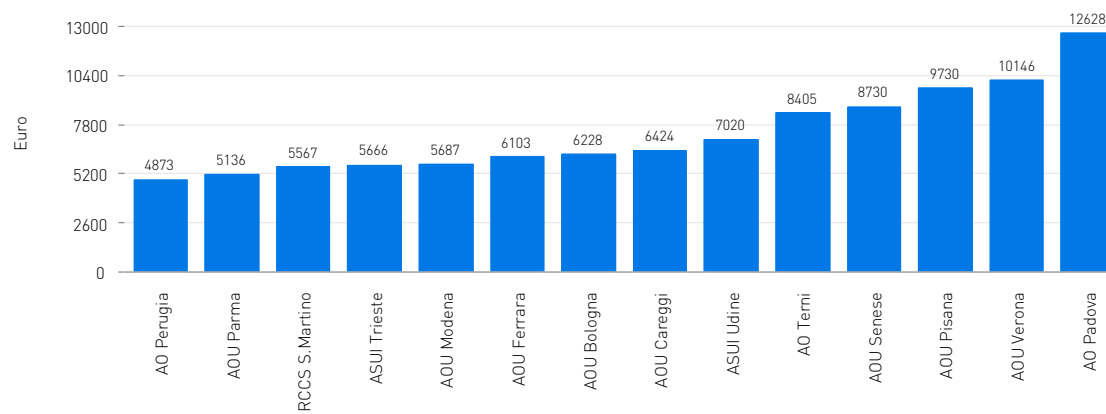


Definizione	Percentuale di uomini sottoposti a radioterapia che iniziano il trattamento entro 6 mesi dall'intervento
Numeratore	Numero di pazienti con somministrazione di trattamento radioterapico entro 180 giorni dall'intervento chirurgico per tumore della prostata x 100
Denominatore	Numero di pazienti con somministrazione di trattamento radioterapico entro 360 giorni dall'intervento chirurgico per tumore della prostata
Note	Si considerano gli uomini con intervento chirurgico per prostatectomia radicale solo ricoveri ordinari (NOTA 1; NOTA 2) [codici ICD 9: diagnosi principale 185* e procedure principali o secondarie 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69, 60.21, 60.29, 60.96, 60.97] che hanno ricevuto entro 180 giorni dall'intervento chirurgico un trattamento radioterapico. Denominatore: Si considerano gli uomini con intervento chirurgico per prostatectomia radicale solo ricoveri ordinari (NOTA 1; NOTA 2) [codici ICD 9: diagnosi principale 185* e procedure principali o secondarie 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69, 60.21, 60.29, 60.96, 60.97] che hanno ricevuto entro 360 giorni dall'intervento chirurgico un trattamento radioterapico. Non sono da considerare i trattamenti radioterapici effettuati lo stesso giorno dell'intervento. Trattamenti radioterapici: Da SDO: diagnosi principale o secondaria V58.0 o procedura principale o secondaria 92.2*; Da SPA: codice prestazione: 92.2* e 92.47.9; Nota 1: per consentire l'identificazione dei trattamenti radioterapici, gli uomini da includere nella coorte dovranno essere stati sottoposti a chirurgia nell'anno precedente. In caso il paziente venga individuato da Flusso SDO con sola diagnosi principale o secondaria V58.0, quindi in mancanza di una specifica data che individui il trattamento radioterapico, si considera la data di ammissione. Nota 2: nel caso in cui il paziente sia stata sottoposta a più interventi, si considera l'ultimo intervento.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO e Flusso prestazioni ambulatoriali



F10.2.1d Spesa media per farmaci oncologici (AO/AOU/HUB)

L'indicatore misura la spesa farmaceutica pro-capite del paziente oncologico in trattamento. Al numeratore si considera la spesa totale dei farmaci oncologici e al denominatore il numero di pazienti trattati. La spesa farmaceutica oncologica include il costo dei farmaci oncologici indifferentemente dalla modalità di erogazione. Nel calcolo dell'indicatore sono messe a confronto AOU, IRCSS e HUB, tipologie di aziende che si presume abbiano una prevalenza di pazienti con caratteristiche simili per stadiazione di malattia o per tipo di trattamento eseguito.



Definizione	Spesa Media per Farmaci Oncologici (AO/AOU/HUB)
Numeratore	Spesa per farmaci oncologici
Denominatore	Numero di utenti sottoposti a chemioterapia (per infusione o orale)
Note	Si fa riferimento ai farmaci erogati nelle strutture e attraverso la distribuzione diretta e per conto; i consumi sono attribuiti all'AO/AOU/HUB, si considera anche l'erogato ai non residenti. Il denominatore è stato calcolato seguendo le selezioni: 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* - 2) Pazienti ambulatoriali (SPA), procedura di chemioterapia codici ICD9 99.25* - 3) Pazienti che ricevono farmaci attraverso la distribuzione diretta e per conto del farmaco. Al denominatore, nel caso in cui il paziente abbia ricevuto prestazioni erogate da AO/AOU/HUB diversi, 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 nei flussi SDO e SPA (punto 1 e 2) vanno fatte le seguenti considerazioni: - Escludere i pazienti che hanno assunto i seguenti farmaci, codici ATC5: L01AA01, L01X35, L01XC07 (solo min.san. 036680027), L01XC02; - Includere solo soggetti maschi per i seguenti farmaci, codici ATC5: L02AE02, L02AE03, L02AE04. Per la lista ATC completa si veda http://performance.sssup.it/netval
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO, Farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto; Flusso Prestazioni Ambulatoriali

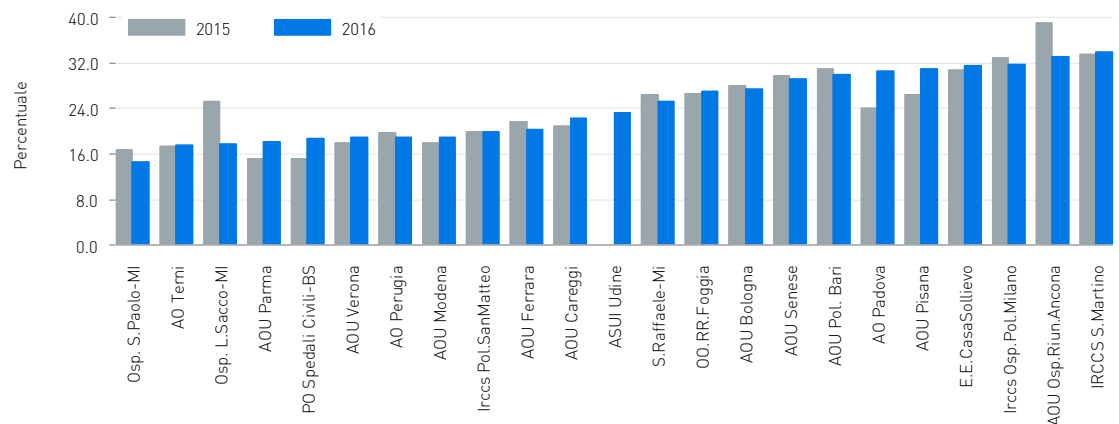
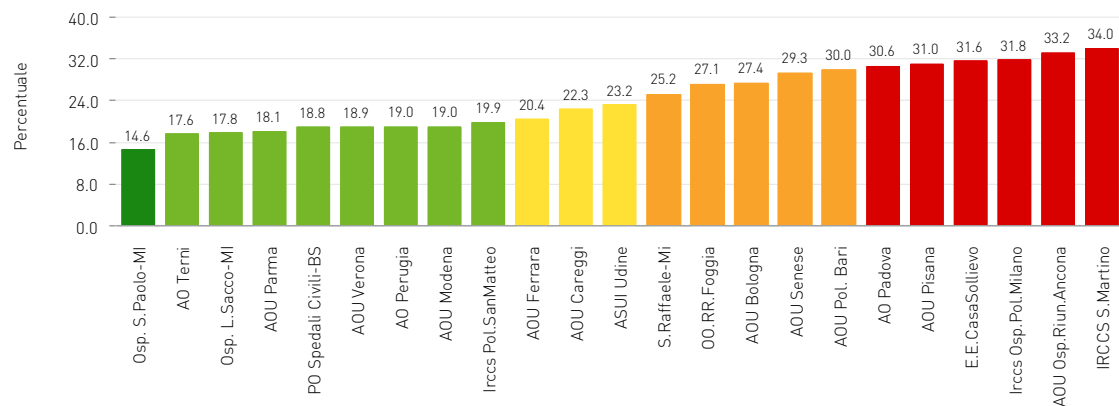




PERCORSO MATERNO-INFANTILE

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.

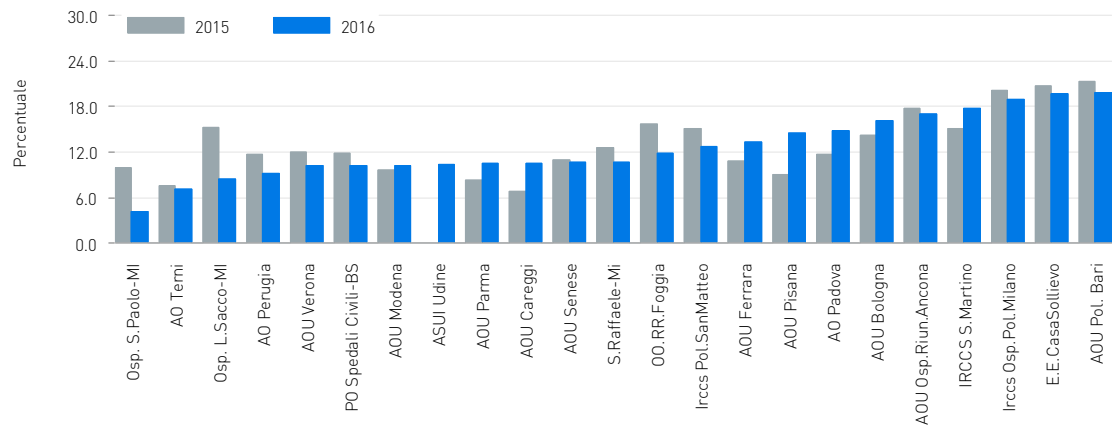
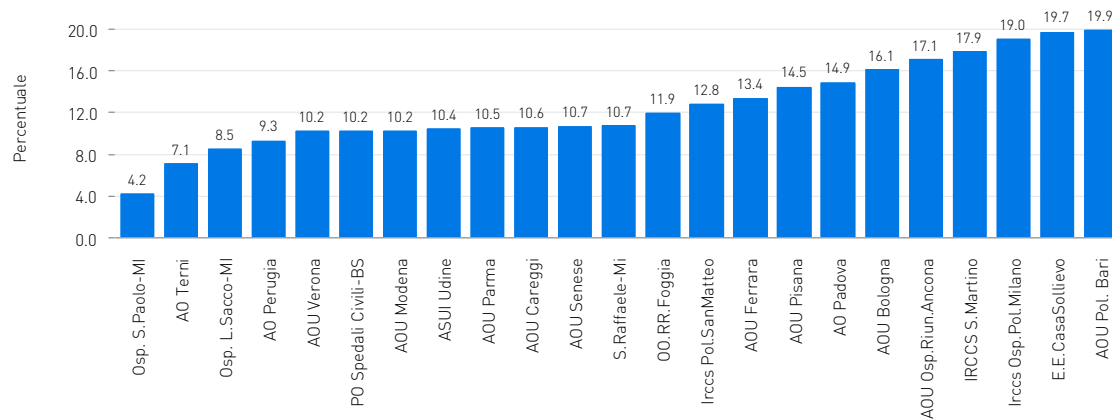


Definizione	Percentuale parti cesarei depurati (NTSV)
Numeratore	Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100
Denominatore	Numero di parti depurati (NTSV)
Note	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne primipare; • parto non gemellare; • parto a termine tra la 37 0 e la 41 6 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.

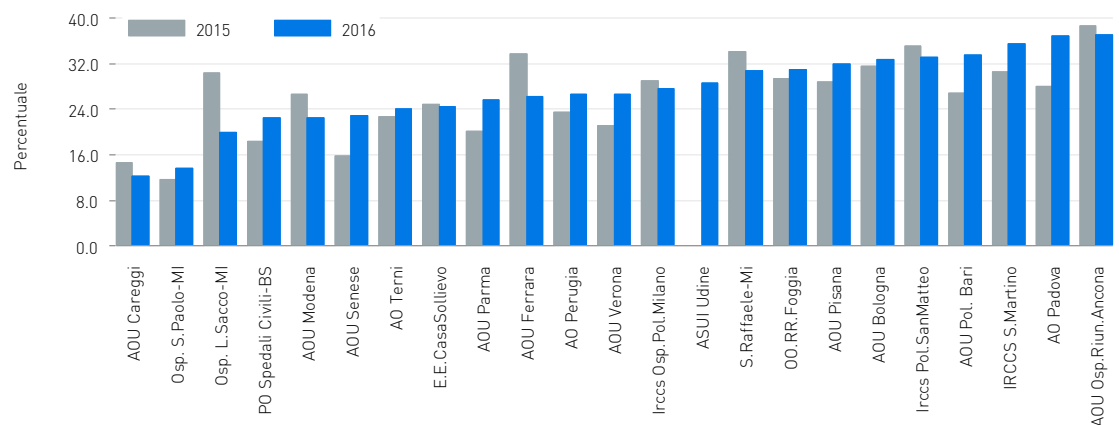
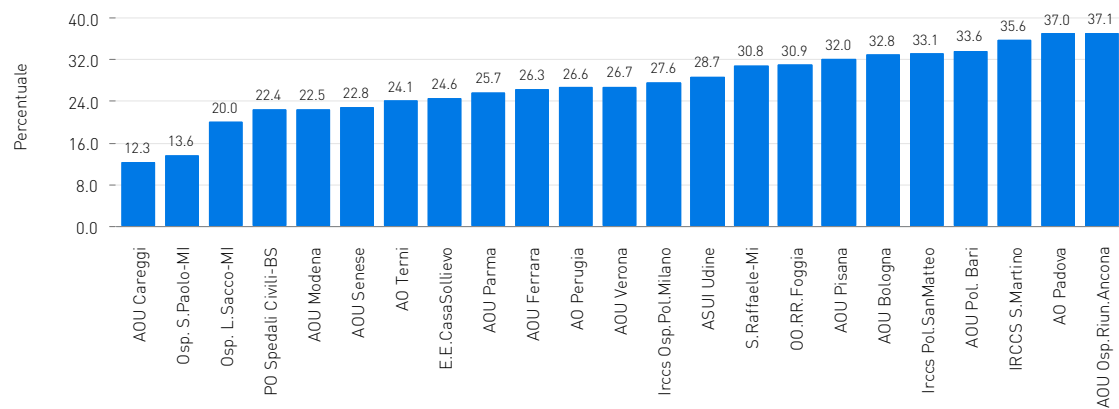


Definizione	Percentuale parti cesarei nella classe 1 di Robson (parti depurati con travaglio spontaneo)
Numeratore	Numero di parti cesarei NTSV dopo travaglio spontaneo x 100
Denominatore	Numero di parti NTSV con travaglio spontaneo
Note	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne primipare • parto a termine ≥ 37 0 settimana di amenorrea • parto non gemellare • bambino in posizione vertice <p>Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni con modalità iniziale del travaglio spontanea</p>
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.

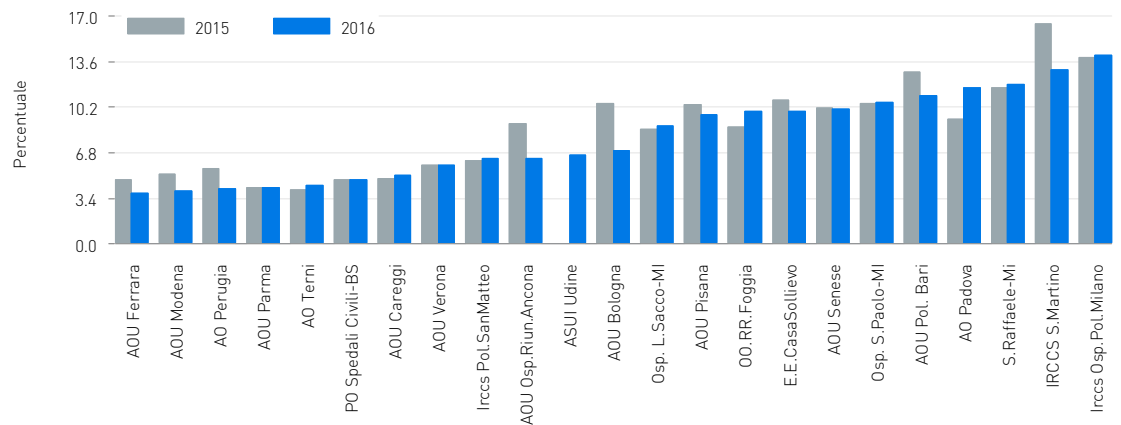
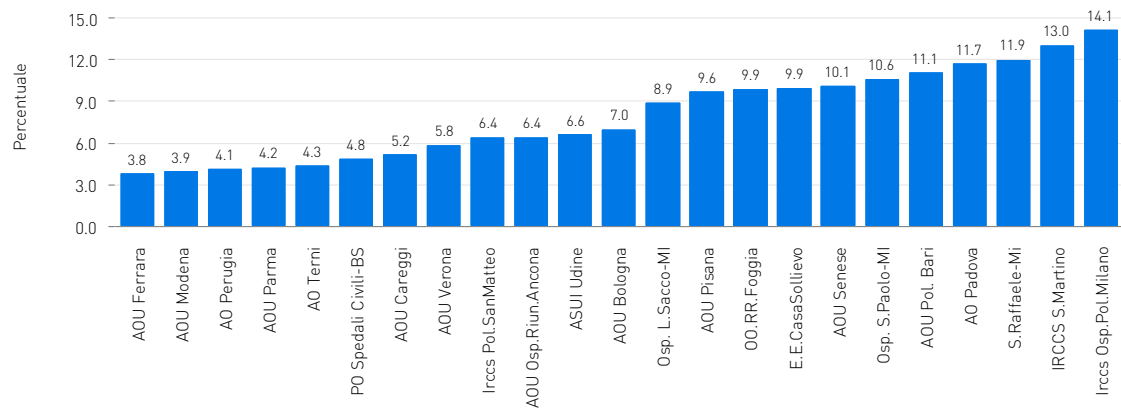


Definizione	Percentuale parti cesarei nella classe 2a di Robson (parti depurati con travaglio indotto)
Numeratore	Numero di parti cesarei NTSV dopo travaglio indotto x 100
Denominatore	Numero di parti NTSV con travaglio indotto
Note	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne primipare • parto a termine ≥ 37 0 settimana di amenorrea • parto non gemellare • bambino in posizione vertice <p>Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni con modalità iniziale del travaglio indotta</p>
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP



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

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



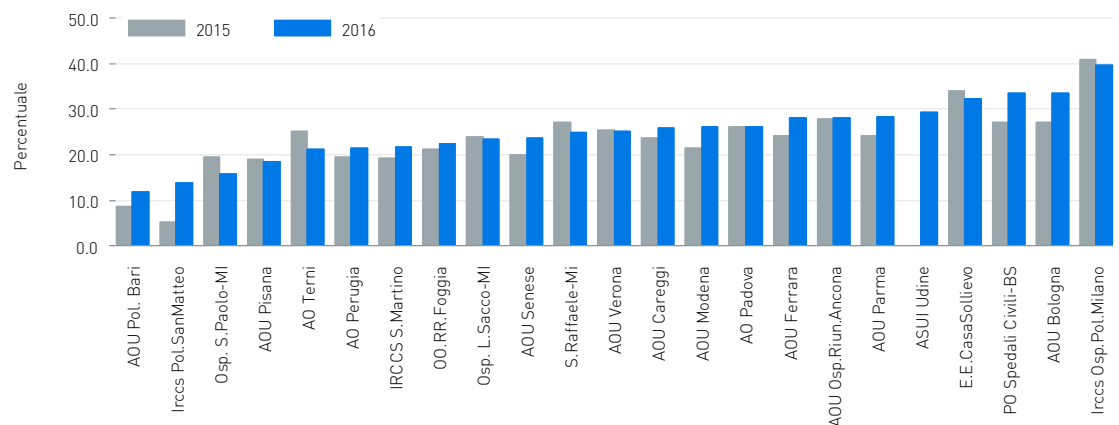
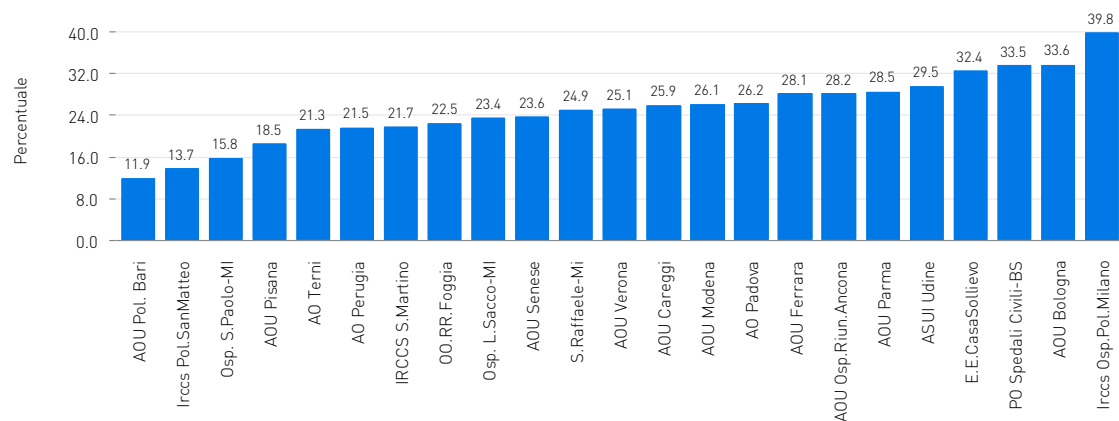
Definizione	Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti deperati
Numeratore	Numero di parti cesarei elettivi NTSV x 100
Denominatore	Numero di parti NTSV
Note	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne primipare • parto a termine ≥ 37 0 settimana di amenorrea • parto non gemellare • bambino in posizione vertice <p>Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni</p>
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 è corretto.



Definizione	Percentuale di parti con induzione
Numeratore	Numero di parti vaginali con induzione x 100
Denominatore	Numero di parti vaginali
Note	Numeratore: modalità iniziale del travaglio: indotta. Denominatore: 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

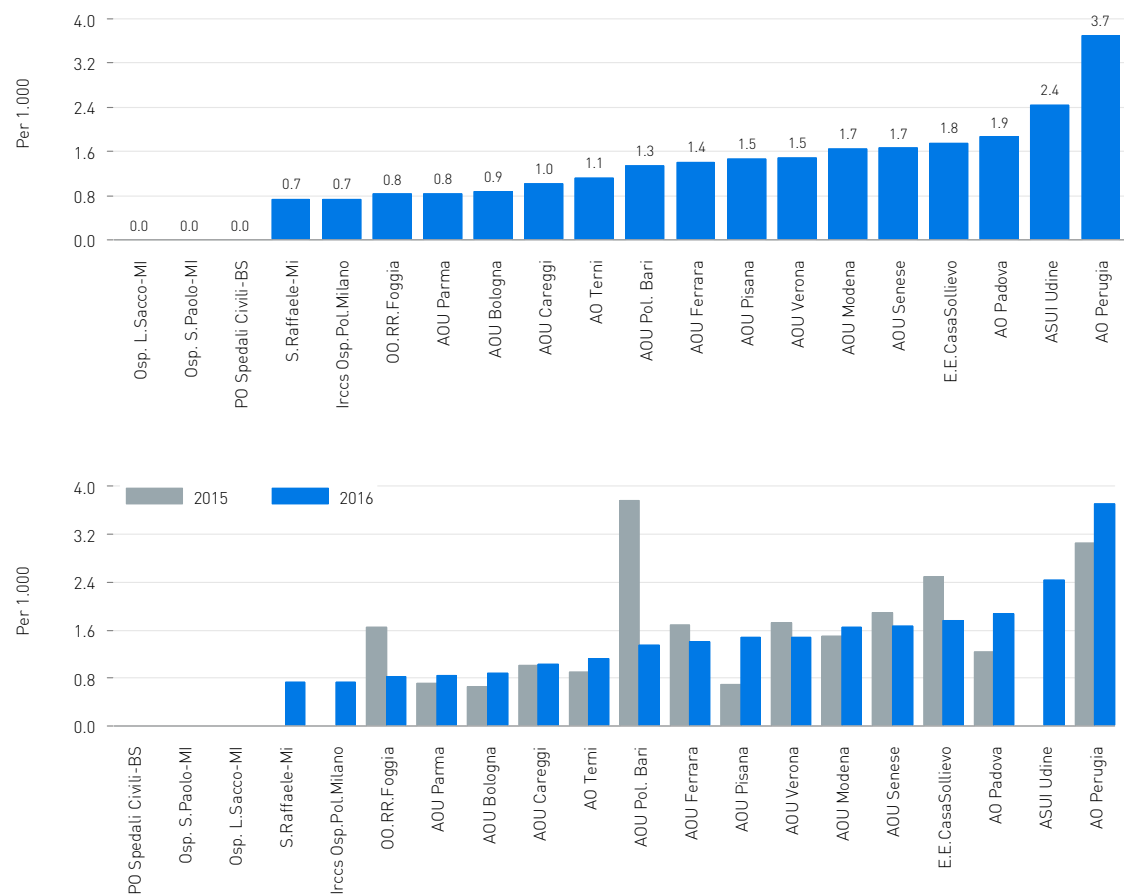


C7.20 Asfissie gravi peri/intra-partum

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.

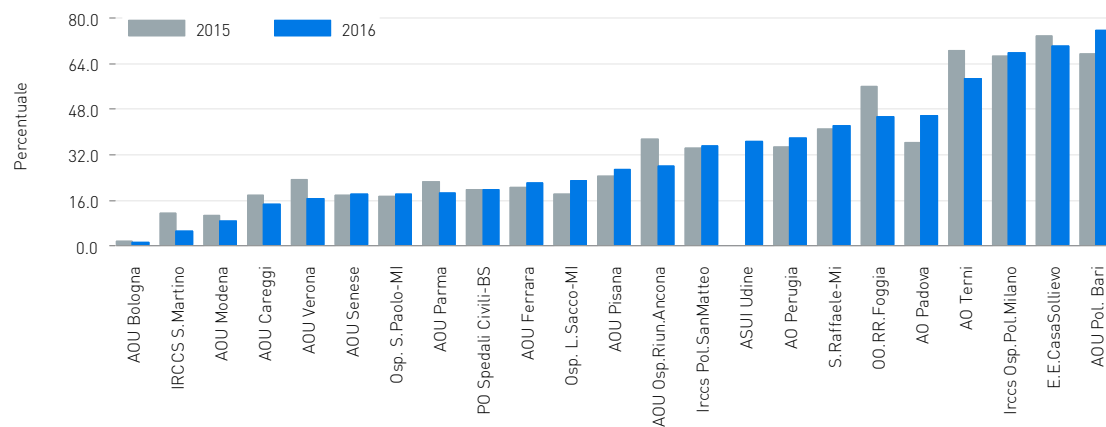
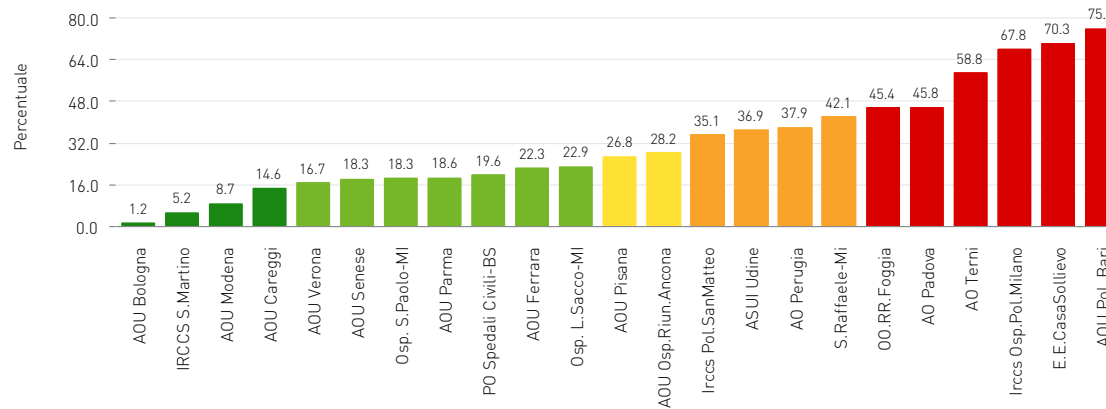


Definizione	Asfissie gravi peri/intra-partum
Numeratore	Numero di neonati con diagnosi di asfissia grave x 1.000
Denominatore	Numero di neonati
Note	<p>Si considerano i nati in regione nel triennio, con codice fiscale corretto ed età gestazionale a partire dalle 37 settimane di amenorrea (≥ 37 "settimane").</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



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]. L'OMS considera buona pratica ostetrica una percentuale di episiotomie inferiore al 20%.

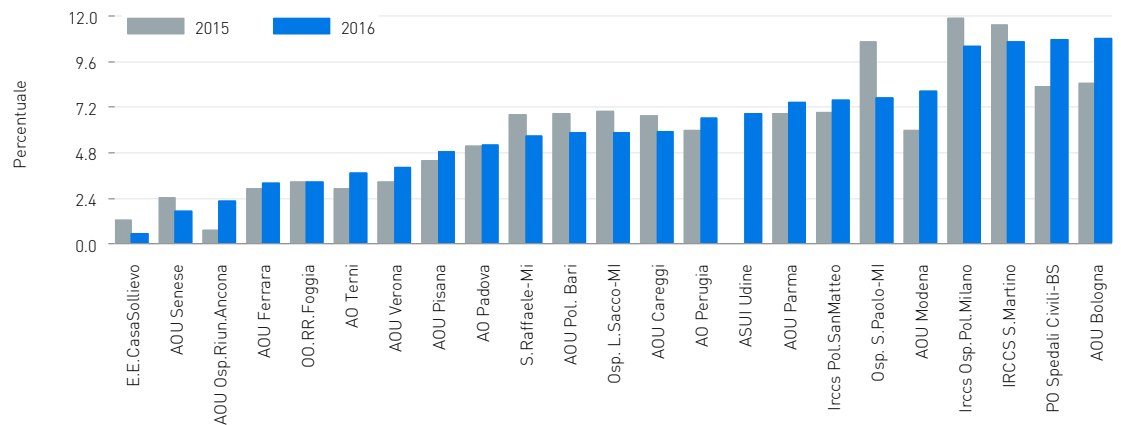
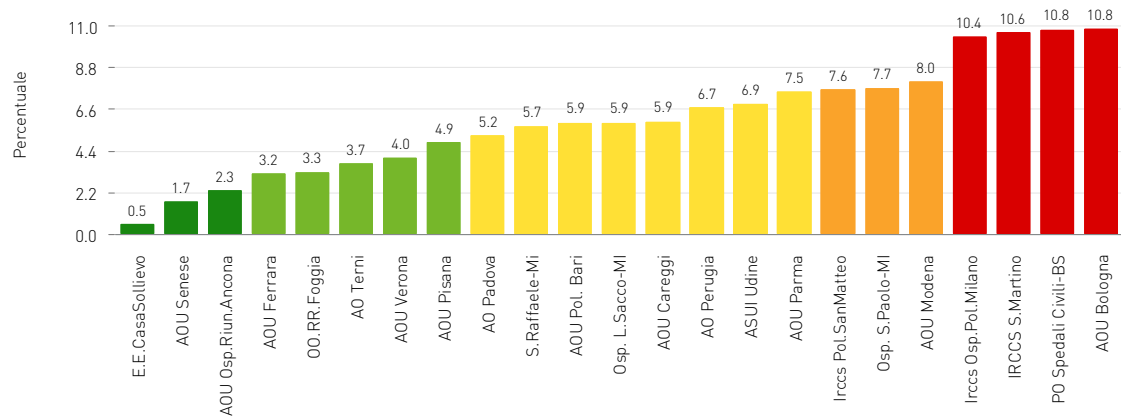


Definizione	Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)
Numeratore	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (NTSV) x 100
Denominatore	Numero di parti vaginali depurati (NTSV)
Note	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): donne primipare, parto a termine tra 37-41 settimane di amenorrea incluse, parto non gemellare, bambino in posizione verticale. 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.



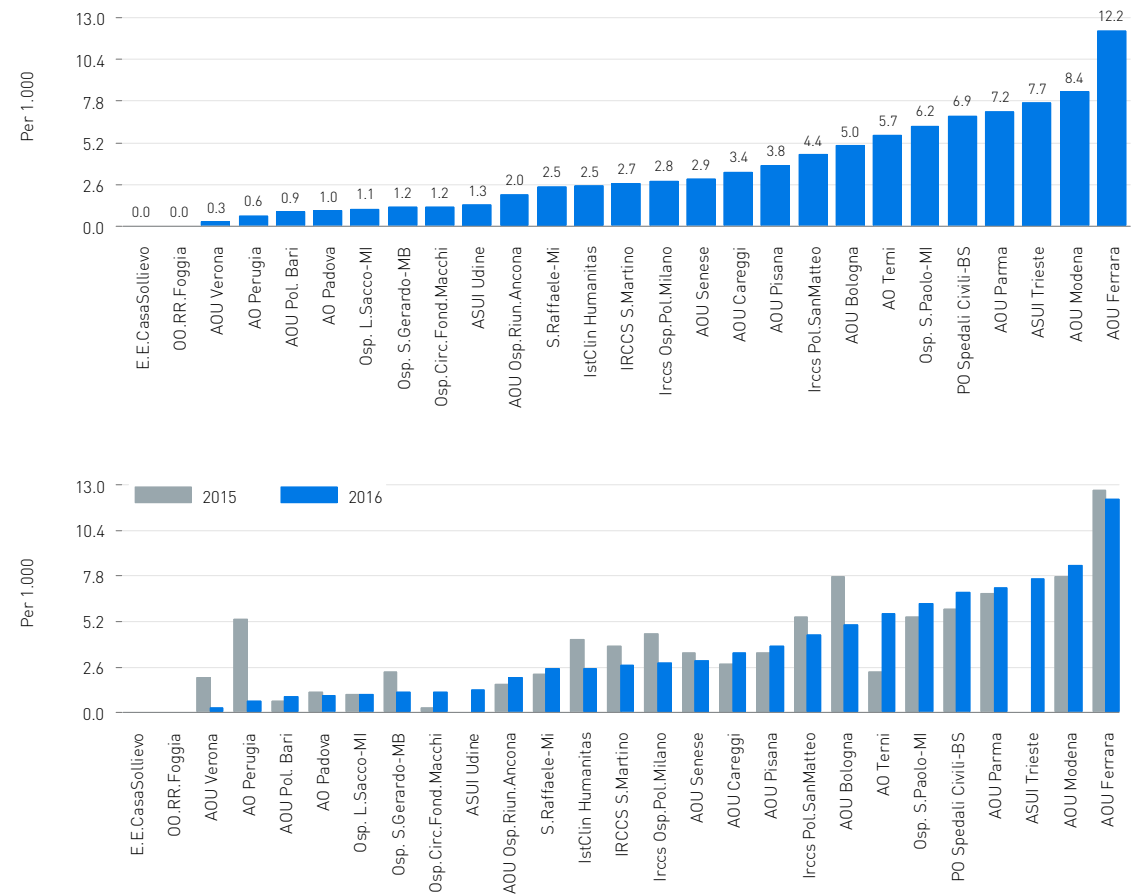
Definizione	Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
Numeratore	Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe x 100
Denominatore	Numero parti vaginali
Note	Parto vaginale: parto spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento.
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP



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.

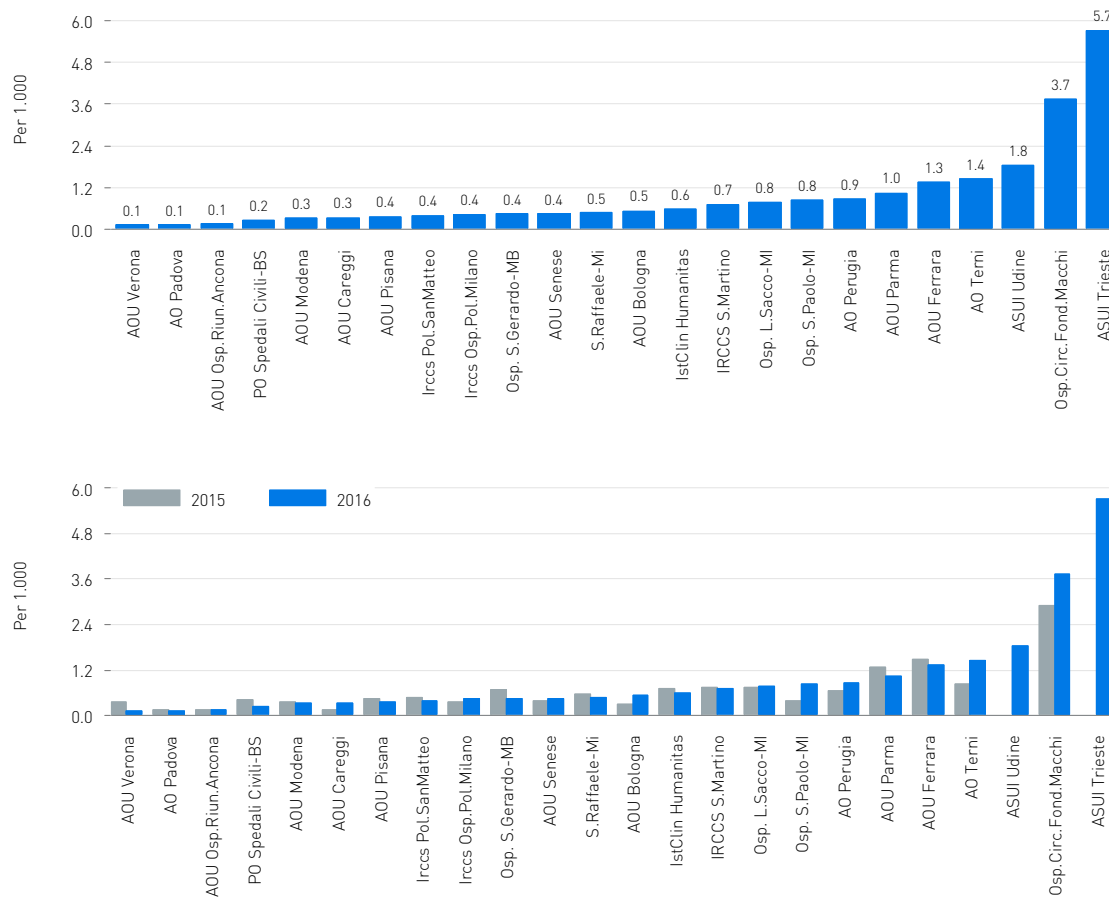


Definizione	Indice di sepsì per 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a 4 giorni
Numeratore	N. dimessi con sepsì in diagnosi secondaria x 1.000
Denominatore	N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico in elezione
Note	Si considerano i ricoveri 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 sepsì 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. L'indicatore è calcolato su base triennale.

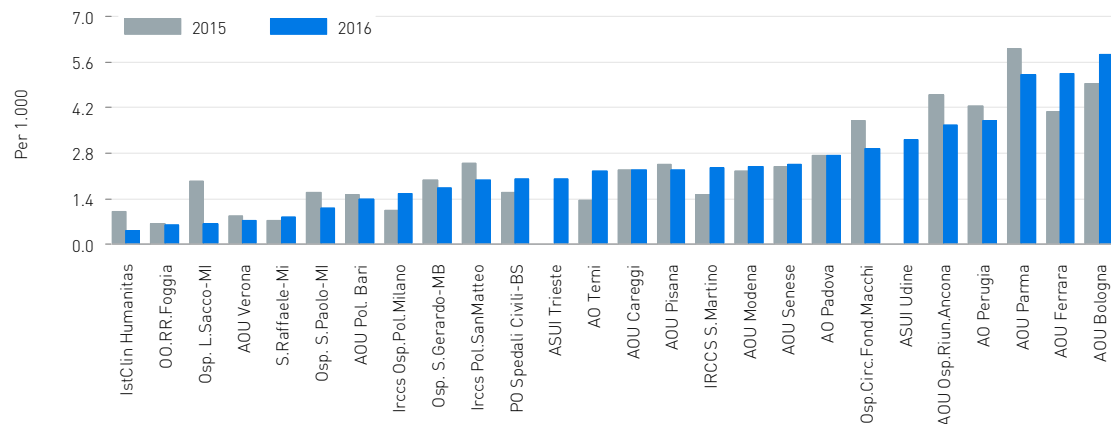
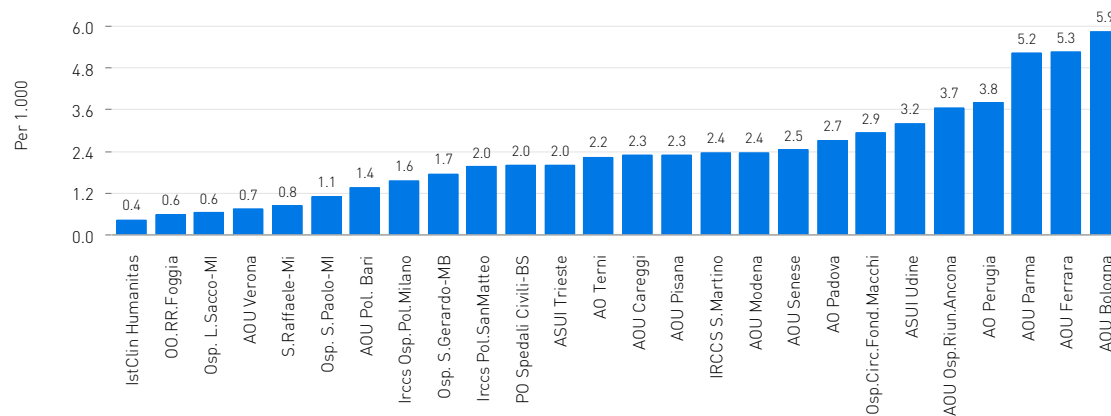


Definizione	Deceduti in ospedale per 1.000 pazienti con DRG con tasso di mortalità inferiore allo 0,5%
Numeratore	N. deceduti con DRG a bassa mortalità x 1.000
Denominatore	N. dimessi con DRG a bassa mortalità
Note	Si considerano i ricoveri ordinari per i dimessi maggiorenni (>18 anni). Si considerano 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. L'indicatore è calcolato su tre anni. 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, 521, 522, 523, 537, 538, 556, 558
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

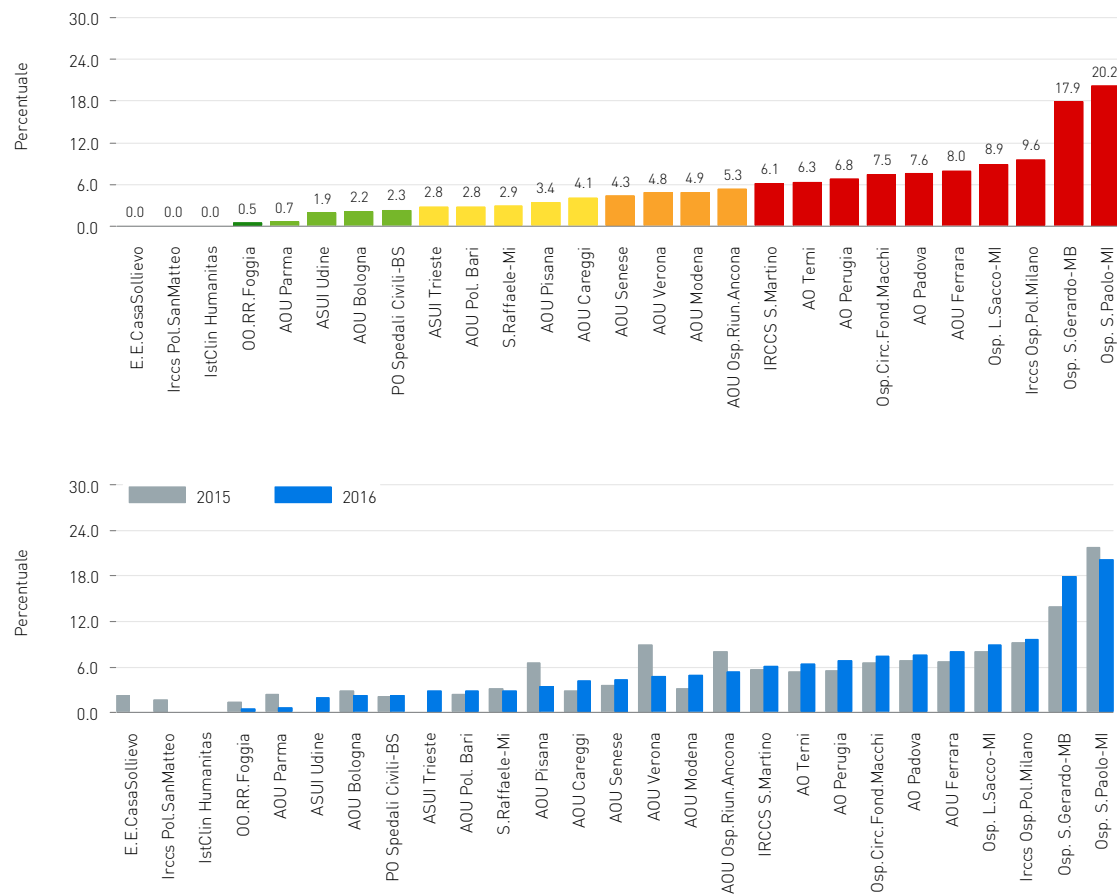




PERCORSO SALUTE MENTALE

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 della casistica psichiatrica, collegate alla corretta valutazione del paziente o alla sua dimissione precoce.

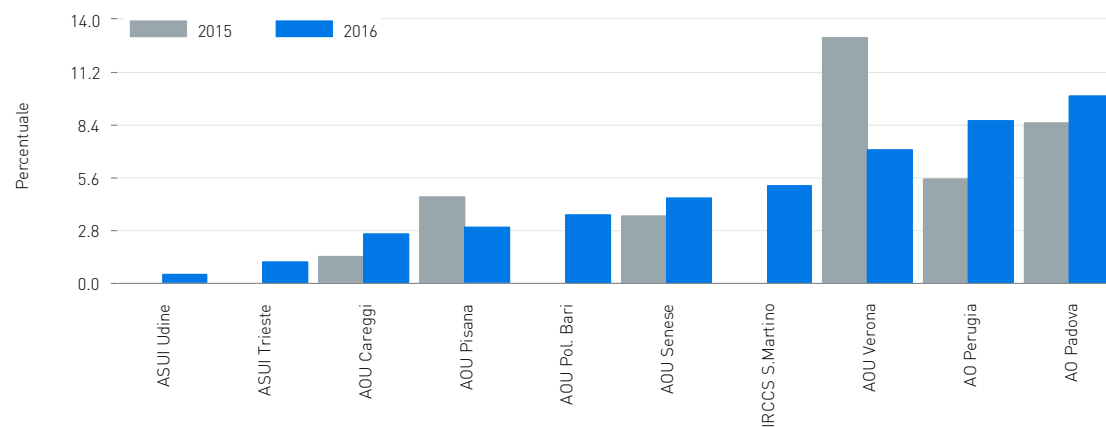
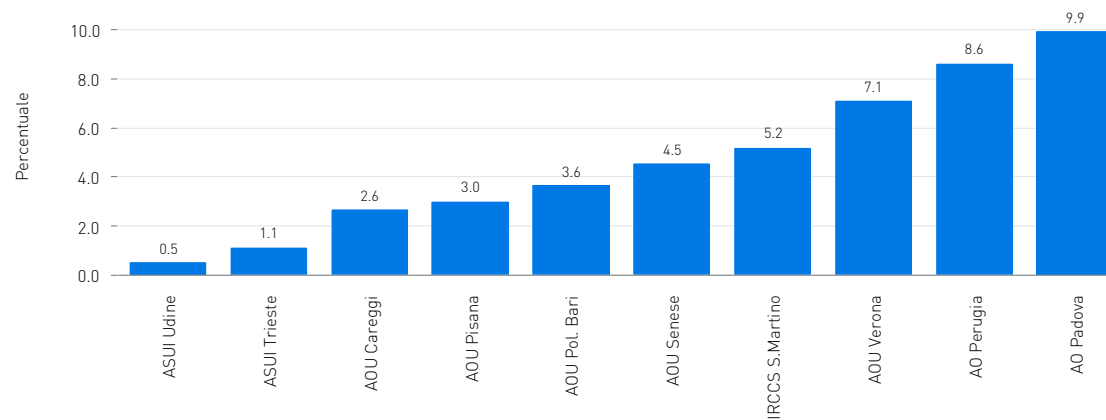


Definizione	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione per patologie psichiatriche
Numeratore	N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche entro 7 giorni dalla dimissione di pazienti maggiorenni x 100
Denominatore	N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni dal 1 gennaio al 24 dicembre
Note	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. 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. 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.
Fonte	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO



C8a.13.2b Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni in psichiatria

L'indicatore misura la re-ospedalizzazione entro sette giorni nei reparti psichiatrici. Valori elevati nella percentuale di rientro in ospedale, nell'arco di una settimana, possono essere indice di una non adeguata gestione della patologia nella fase acuta.

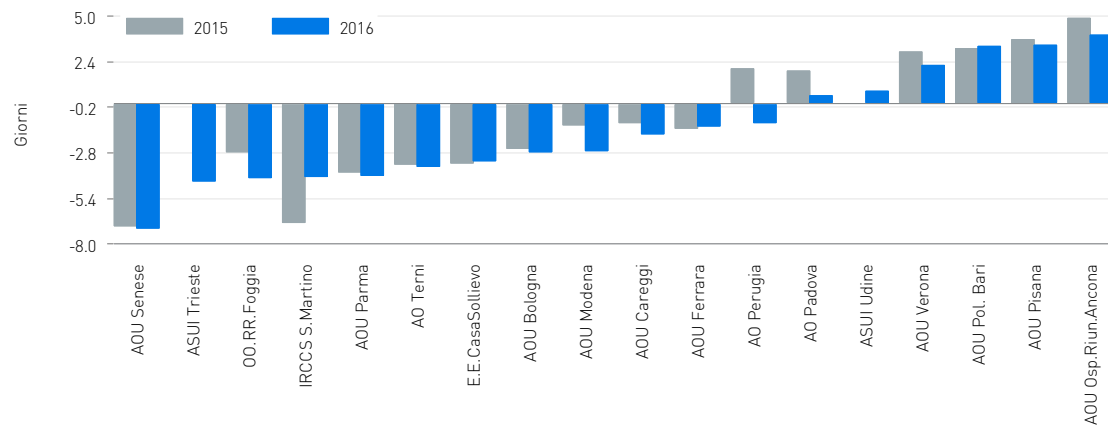
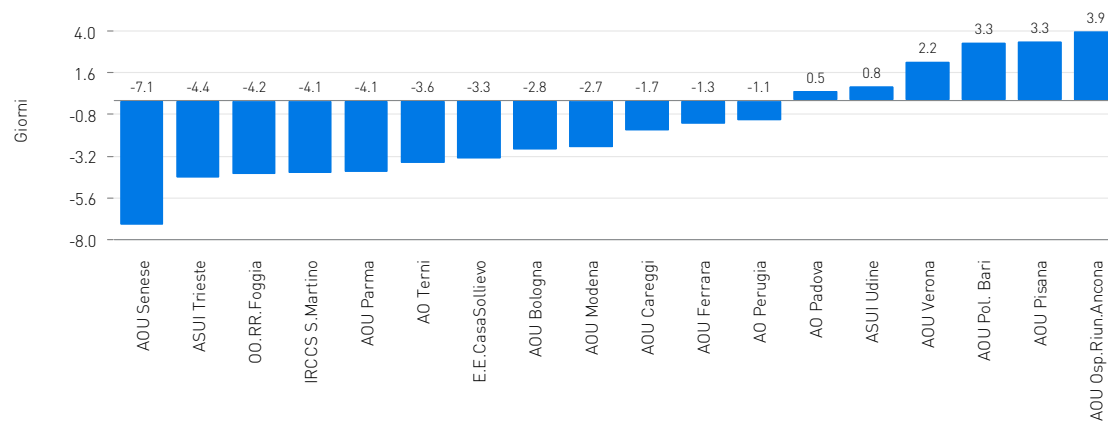


Definizione	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria entro 7 giorni dalla dimissione di pazienti maggiorenni
Numeratore	N. ricoveri ripetuti in psichiatria entro 7 dalla dimissione di pazienti maggiorenni in una qualunque struttura regionale
Denominatore	N. ricoveri in psichiatria di pazienti maggiorenni dal 1 gennaio al 24 dicembre
Note	Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto, dimessi dai reparti di psichiatria (codice disciplina 40). Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri: con codice fiscale anonimo; dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto (campo SDO)=1. Non generano ricoveri ripetuti: i ricoveri con modalità di dimissione volontaria (campo SDO)=5; i ricoveri con modalità di dimissione: trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti (campo SDO)=6; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto (campo SDO)=8; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione (campo SDO)=9, se la data di dimissione coincide con la data di ingresso del ricovero successivo. 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.
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	\sum (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

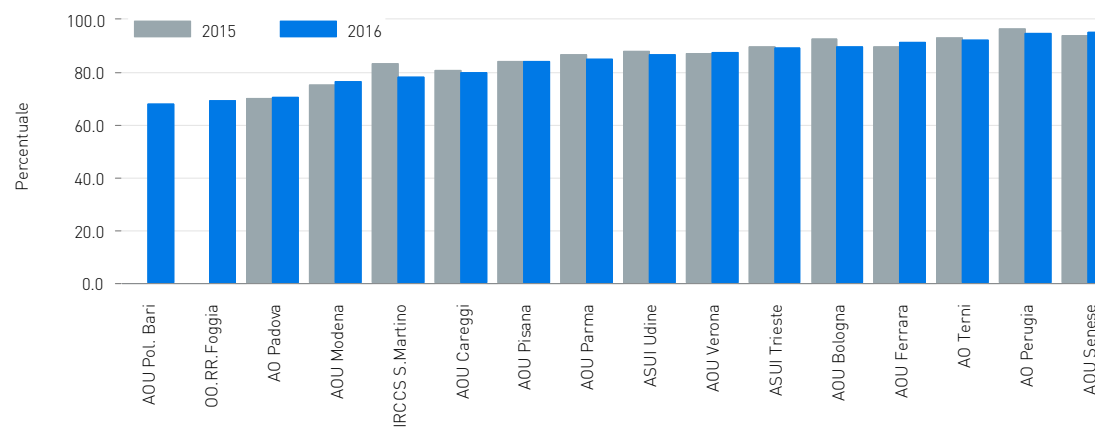
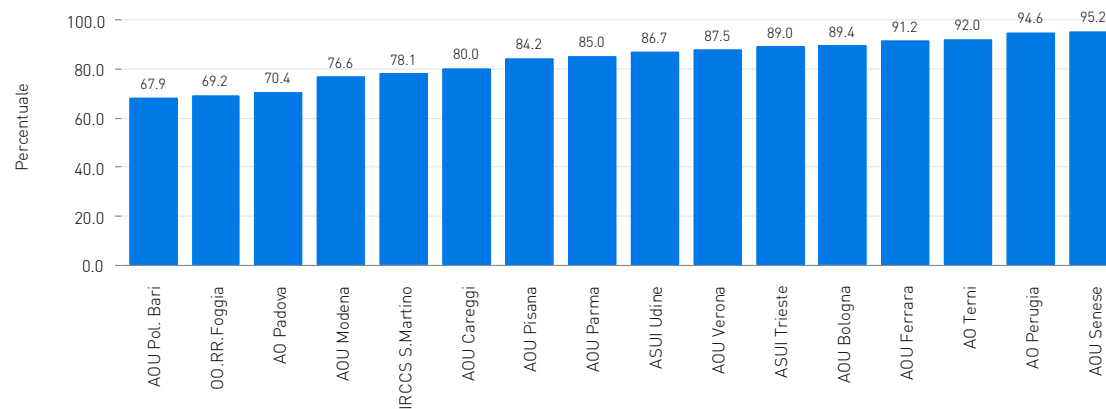




PRONTO SOCCORSO

C16a.t1 Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice rosso (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti

L'attività di triage è caratterizzata dall'assegnazione di codici di priorità per l'accesso alla visita medica distinti in funzione della situazione di stabilità clinica dei segni e sintomi riferiti dai pazienti. L'indicatore monitora la percentuale dei codici rossi che vengono inviati a ricovero trasferiti o deceduti.

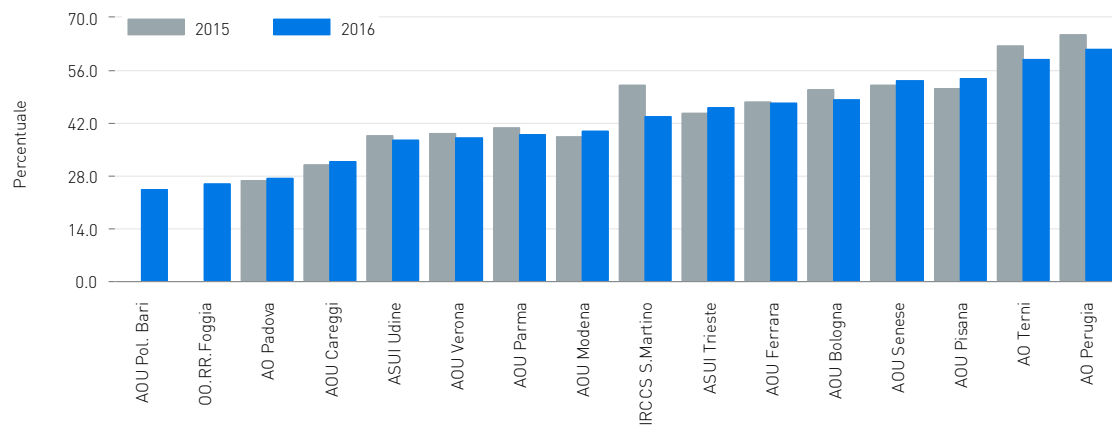
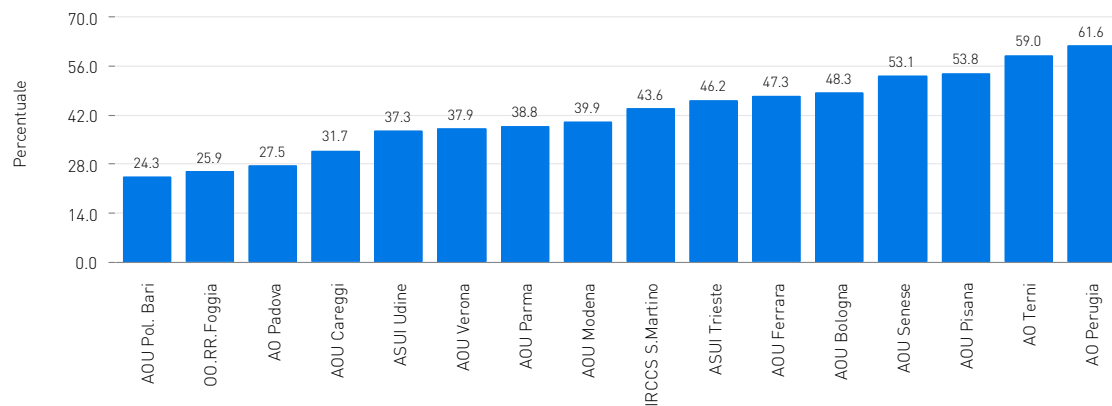


Definizione	Percentuale accessi codice colore rosso (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti
Numeratore	N. Accessi con codice colore rosso (emergenza), ricoverati, deceduti o trasferiti
Denominatore	N. Accessi con codice colore rosso (emergenza)
Note	Si considerano gli accessi con codice colore al triage rosso (emergenza). Al numeratore si considerano gli accessi con esito: Ricovero in reparto di degenza (codice EMUR esito=2), Trasferimento ad altro istituto (codice EMUR esito=3), Deceduto in Pronto Soccorso (codice EMUR esito=4), Rifiuta Ricovero (codice EMUR esito=5). Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi con codice esito "giunto cadavere" (=9).
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



C16a.t2 Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo (urgenza) ricoverati, deceduti o trasferiti

L'attività di triage è caratterizzata dall'assegnazione di codici di priorità per l'accesso alla visita medica distinti in funzione della situazione di stabilità clinica dei segni e sintomi riferiti dai pazienti. L'indicatore monitora la percentuale dei codici gialli che vengono inviati a ricovero trasferiti o deceduti.

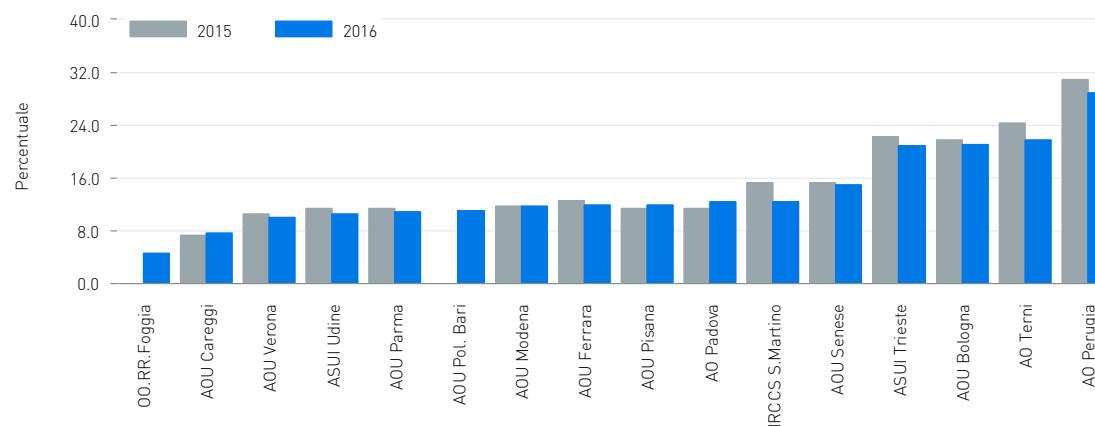
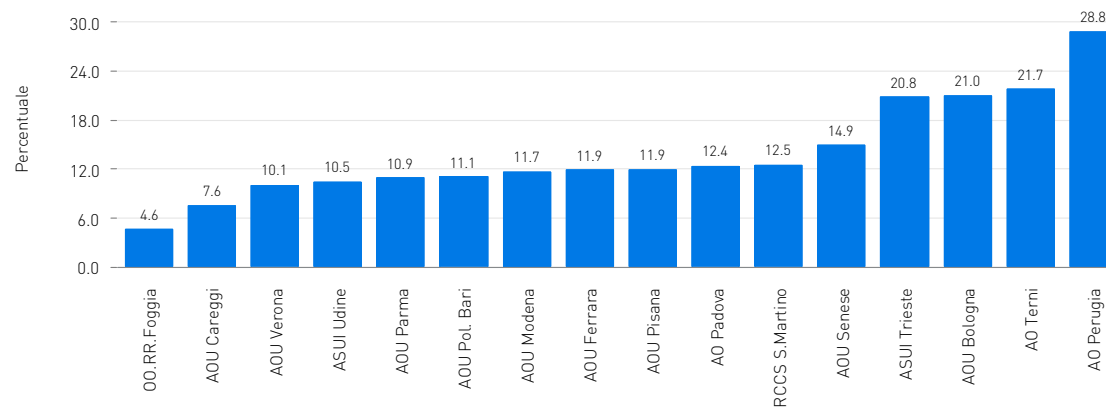


Definizione	Percentuale accessi codice colore giallo (urgenza) ricoverati, deceduti o trasferiti
Numeratore	N. Accessi con codice colore giallo (urgenza), ricoverati, deceduti o trasferiti
Denominatore	N. Accessi con codice colore giallo (urgenza)
Note	Si considerano gli accessi con codice colore al triage giallo (in urgenza). Al numeratore si considerano gli accessi con esito: Ricovero in reparto di degenza (codice EMUR esito=2), Trasferimento ad altro istituto (codice EMUR esito=3), Deceduto in Pronto Soccorso (codice EMUR esito=4), Rifiuta Ricovero (codice EMUR esito=5). Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi con codice esito "giunto cadavere" (=9).
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



C16a.t3 Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde (urgenza differibile) ricoverati, deceduti o trasferiti

L'attività di triage è caratterizzata dall'assegnazione di codici di priorità per l'accesso alla visita medica distinti in funzione della situazione di stabilità clinica dei segni e sintomi riferiti dai pazienti. L'indicatore monitora la percentuale dei codici verdi che vengono inviati a ricovero trasferiti o deceduti.



Definizione	Percentuale accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati, deceduti o trasferiti
Numeratore	N. accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati, deceduti o trasferiti
Denominatore	N. accessi codice colore verde (urgenza differibile)
Note	Si considerano gli accessi con codice colore al triage verde (urgenza differibile). Al numeratore si considerano gli accessi con esito: Ricovero in reparto di degenza (codice EMUR esito=2), Trasferimento ad altro istituto (codice EMUR esito=3), Deceduto in Pronto Soccorso (codice EMUR esito=4), Rifiuta Ricovero (codice EMUR esito=5). Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi con codice esito "giunto cadavere" (=9).
Fonte	Flusso Pronto Soccorso

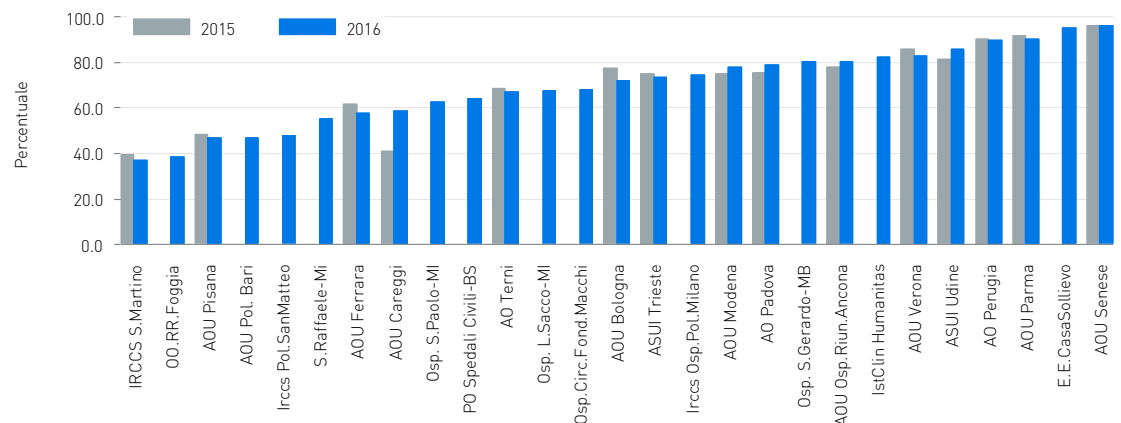
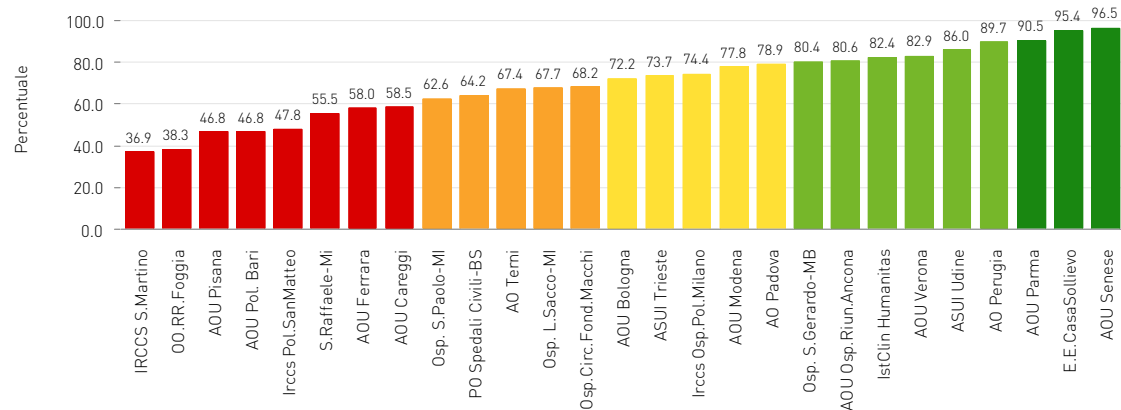


C16.1 Percentuale di pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti

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 che lunghi tempi di attesa, in termini di tempestività delle visite, hanno sull'outcome dei pazienti con codici di maggiore gravità, ma anche sui livelli di soddisfazione dei professionisti, sottoposti a elevato stress, e 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 trattati 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	Si considerano gli accessi con codice colore al triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 29 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore gli accessi: con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti; con esito ("giunto cadavere)" (codice EMUR=9). Il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di presa in carico e la data di entrata in Pronto Soccorso. Le Aziende Toscane AOU Senese e AOU Meyer, per problematiche con il sistema informativo, registrano un numero elevato di outlier. Bolzano ha subito delle variazioni rilevanti a causa della maggiore copertura del flusso del Pronto Soccorso nell'anno 2016.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso

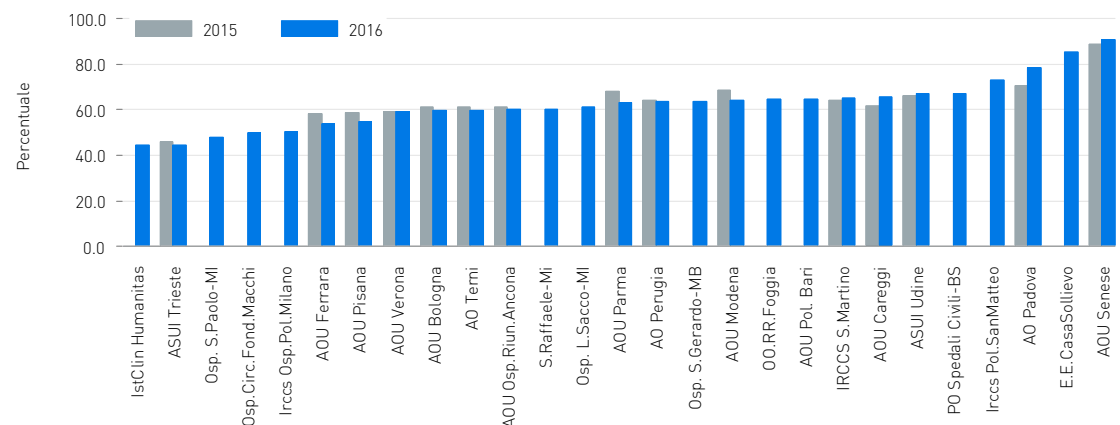
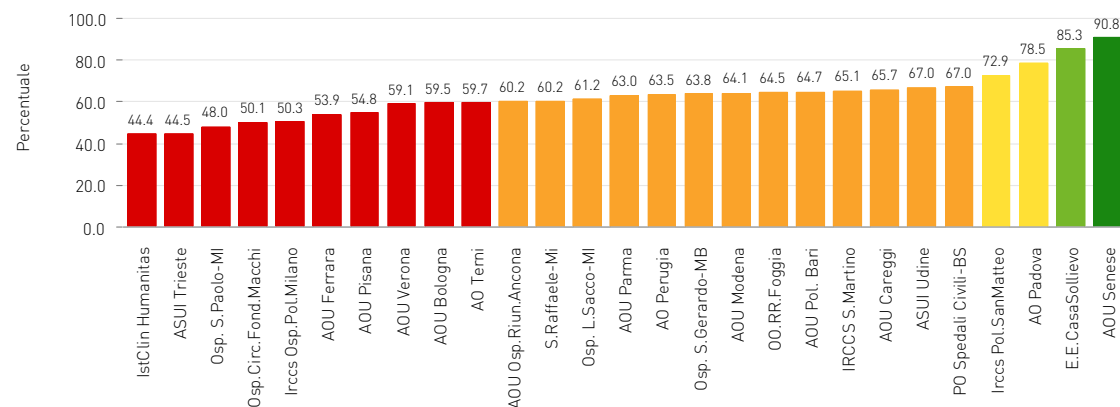


C16.2 Percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1 ora

L'indicatore monitora la percentuale di accessi con codice verde che sono trattati entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage). Questo indicatore rileva quindi la tempestività 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.

Questa tipologia di pazienti costituisce da tempo, ormai, una parte rilevante del totale degli accessi e tra loro 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

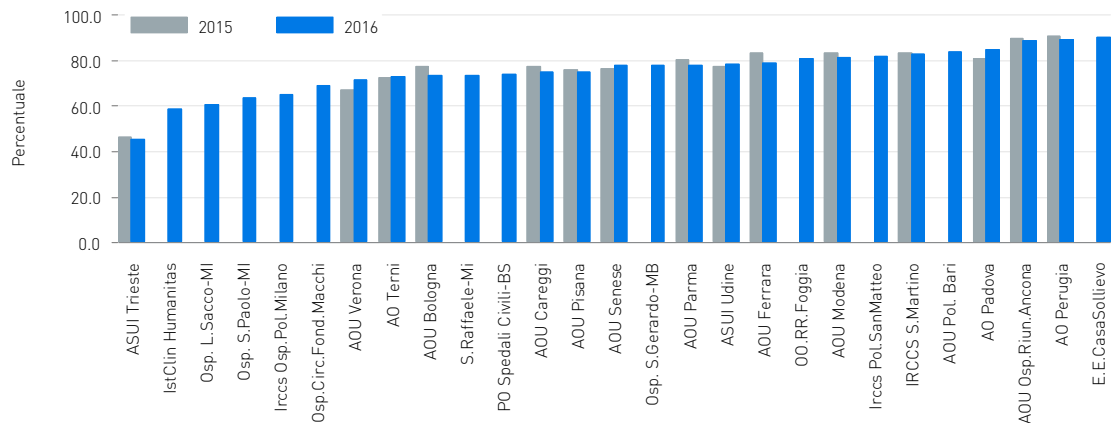
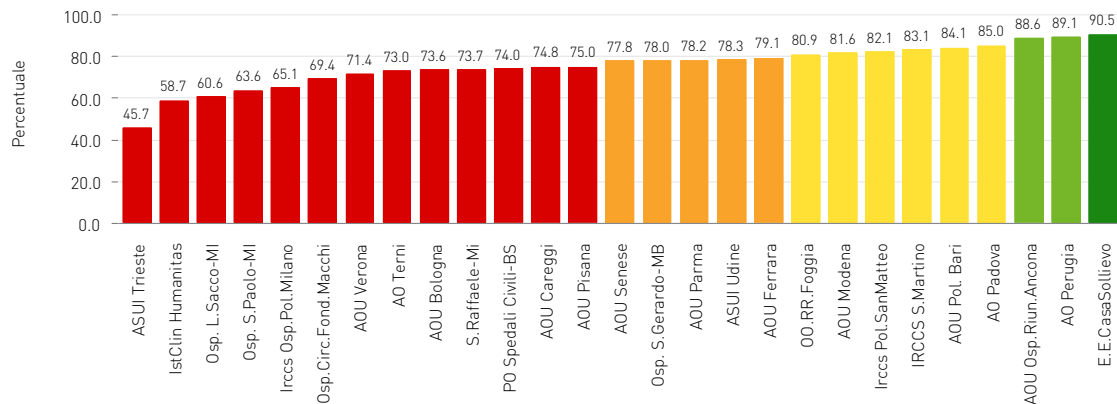


Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora
Numeratore	N. accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora x 100
Denominatore	N. accessi in PS con codice verde
Note	Si considerano gli accessi con codice colore al triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 59 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore gli accessi: con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti; con esito ("giunto cadavere") (codice EMUR=9). Il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di presa in carico e la data di entrata in Pronto Soccorso. Le Aziende Toscane AOU Senese e AOU Meyer, per problematiche con il sistema informativo, registrano un numero elevato di outlier. Bolzano ha subito delle variazioni rilevanti a causa della maggiore copertura del flusso del Pronto Soccorso nell'anno 2016.
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.



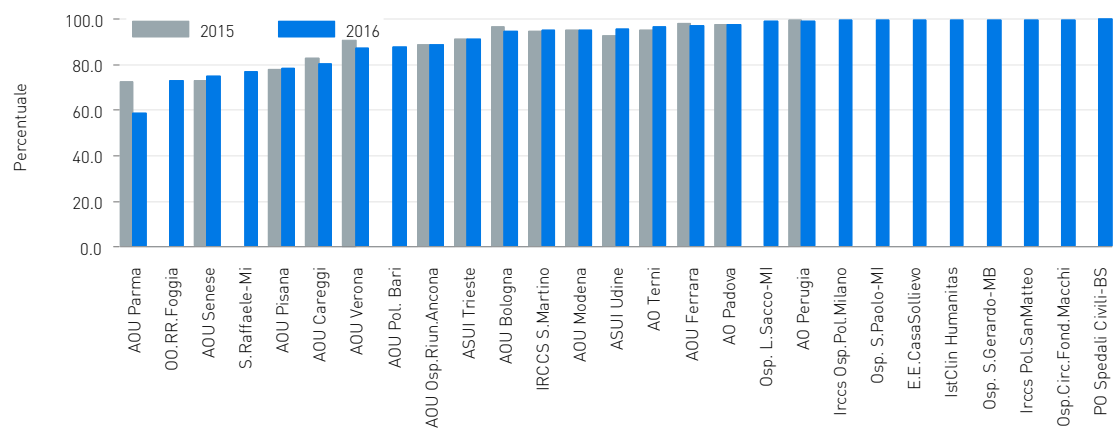
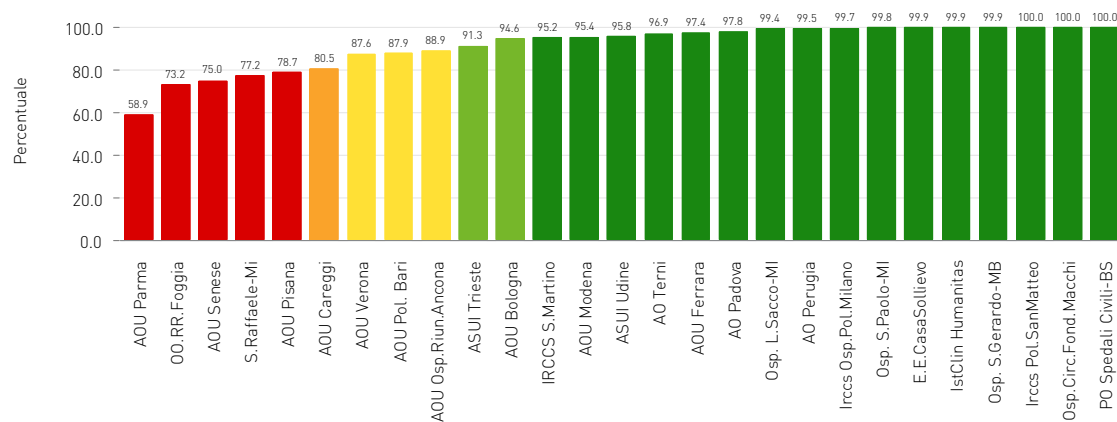
Definizione	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore
Numeratore	N. accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100
Denominatore	N. totale accessi con codice verde non inviati 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

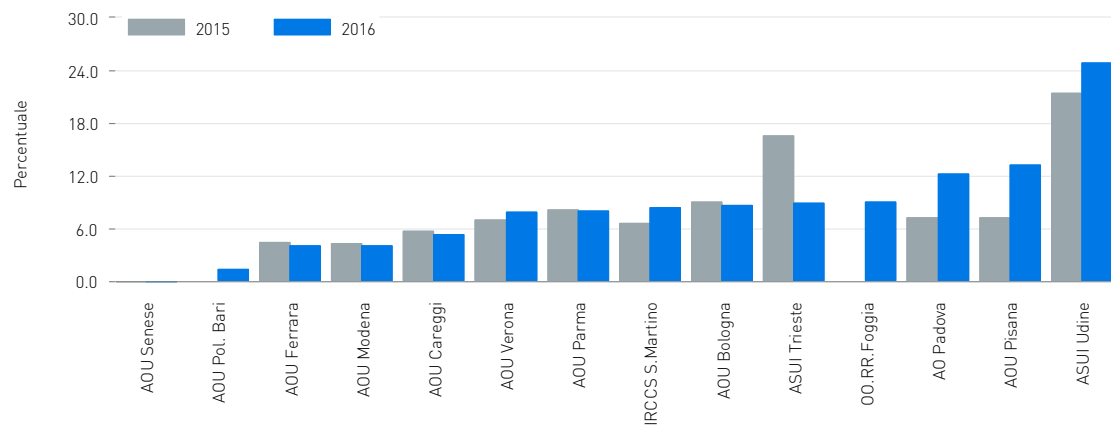
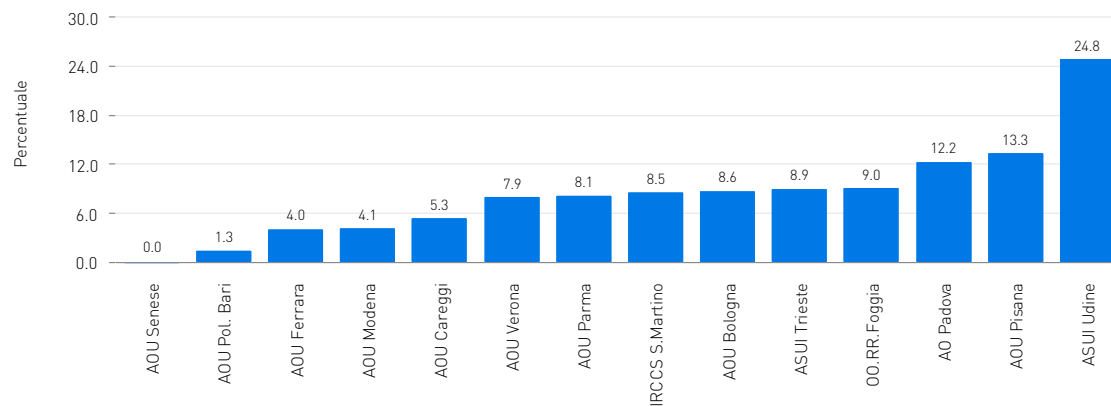


Definizione	Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
Numeratore	N. accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
Denominatore	N. Totale accessi inviati al ricovero
Note	Si considerano gli accessi con esito: ricovero in reparto di degenza (codice EMUR esito=2); trasferimento ad altro istituto (codice EMUR esito=3). Al numeratore si considerano gli accessi con i tempi di permanenza inferiori o uguali a 479 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, gli accessi: con tempo di permanenza negativi e oltre le 72 ore; inviati in Osservazione Breve. Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di entrata in Pronto Soccorso e la data di dimissione. Le Aziende Toscane AOU Senese e AOU Meyer, per problematiche con il sistema informativo, registrano un numero elevato di outlier.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



C16.5 Percentuale accessi in Osservazione Breve

L'indicatore monitora la percentuale di accessi che accedono in Pronto Soccorso e vengono inviati ad Osservazione Breve. Ciascun Pronto Soccorso dovrebbe essere dotato di un sufficiente numero di posti letto adiacenti e riservati a pazienti che, dopo la prima fase diagnostico-terapeutica, hanno bisogno di essere sottoposti ad un ulteriore periodo di osservazione clinico-strumentale, al termine del quale è previsto di giungere ad una decisione di esito (dimissione o ricovero).

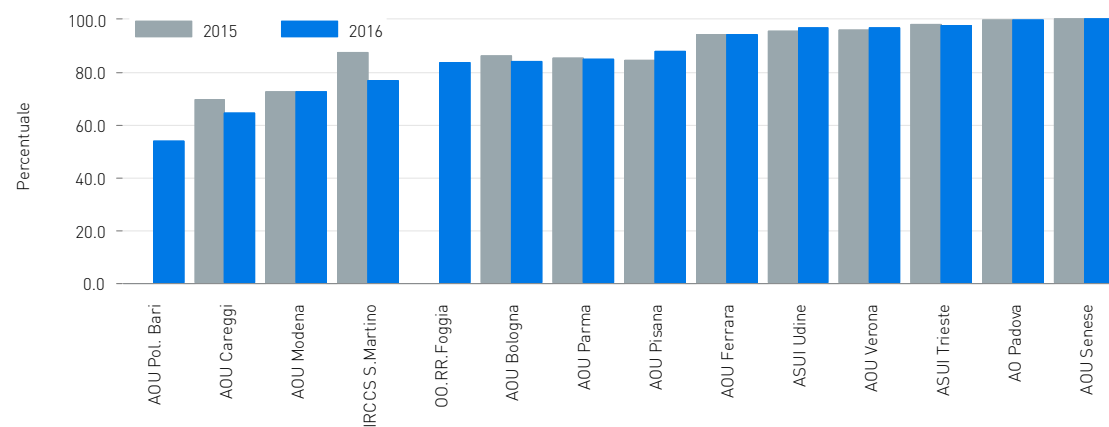
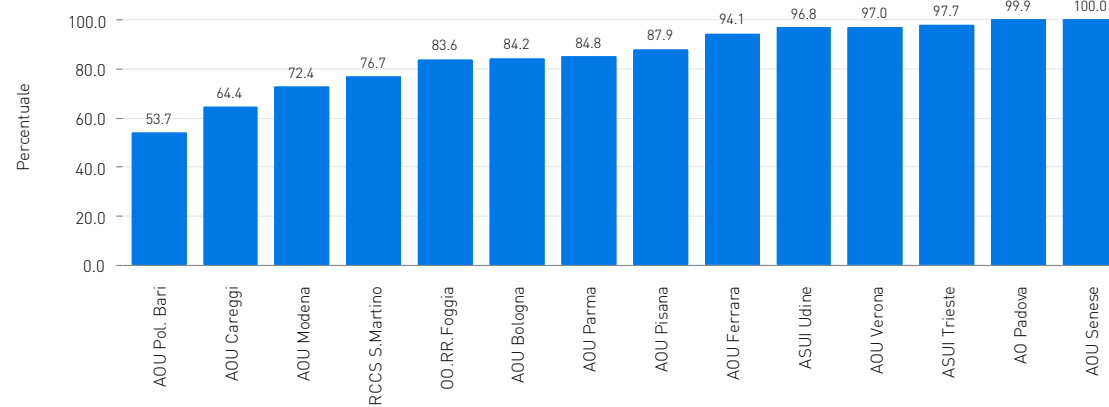


Definizione	Percentuale di accessi in Osservazione Breve
Numeratore	N. accessi al Pronto Soccorso inviati ad Osservazione Breve
Denominatore	N. accessi al Pronto Soccorso
Note	Sono esclusi gli accessi con esito "giunto cadavere" (Codice EMUR=9) e "deceduto in PS" (Codice EMUR=4)
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



C16.5.1b Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 36 ore

Secondo la proposta di aggiornamento delle linee guida sul triage intraospedaliero, l'ammissione dei pazienti in Osservazione breve deve avere una permanenza non superiore alle 36 ore dall'inizio del percorso. Per tale motivo l'indicatore monitora la durata dell'accesso dal triage alla chiusura dell'Osservazione Breve.

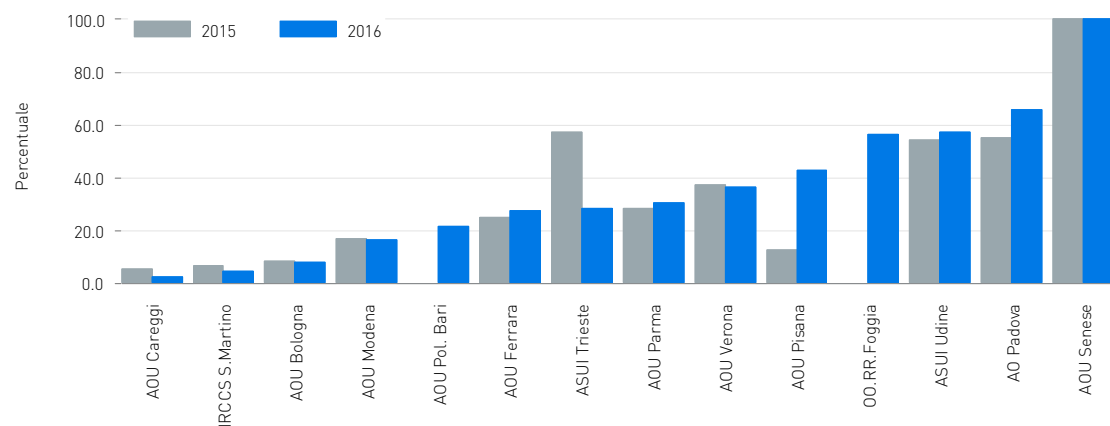
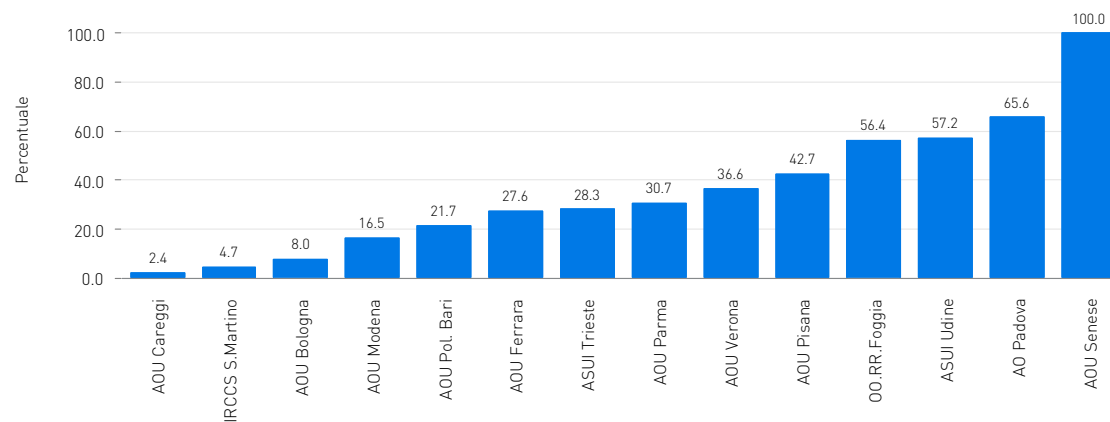


Definizione	Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 36 ore
Numeratore	N. accessi al PS in Osservazioni Brevi con permanenza entro 36 ore
Denominatore	N. accessi al PS in Osservazioni Brevi
Note	Al numeratore si considerano gli accessi che hanno una permanenza in osservazione breve inferiore a 35 ore e 59 minuti. Sono esclusi gli accessi: Con esito "giunto cadavere" (codice EMUR esito=9), con esito "deceduto in PS" (codice EMUR esito=4), con data di fine OBI precedente alla data di entrata in Pronto Soccorso. La permanenza è calcolata come differenza tra data di entrata in Pronto Soccorso e data di fine OBI. Le Aziende Toscane AOU Senese e AOU Meyer, per problematiche con il sistema informativo, registrano un numero elevato di outlier. Inoltre, il sistema informativo dell'Azienda AOU Senese non rileva correttamente l'Osservazione Breve.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



C16.18 Percentuale accessi in Osservazione Breve con durata inferiore alle 6 ore

L'indicatore, relativamente agli accessi in Pronto Soccorso che vengono inviati in Osservazione Breve, monitora la durata della degenza in Osservazione Breve che, secondo quanto previsto dalla proposta di aggiornamento delle linee guida sul triage intraospedaliero, deve essere superiore alle 6 ore.



Definizione	Percentuale di accessi in Osservazione Breve con durata <= 6 ore
Numeratore	N. accessi in Osservazione Breve con durata <= 6 ore
Denominatore	N. accessi in Osservazioni Breve
Note	Al numeratore si considerano gli accessi che hanno una durata dell'osservazione breve inferiore o uguale a 5 ore e 59 minuti. Sono esclusi gli accessi: con esito "giunto cadavere" (codice EMUR esito=9), con esito "deceduto in PS" (codice EMUR esito=4), con data/ora di fine OBI precedente alla data/ora di inizio OBI. La durata dell'osservazione breve è calcolata come differenza tra data di ingresso in OBI e data di uscita dall'OBI. Il sistema informativo dell'Azienda AOU Senese non rileva correttamente l'Osservazione Breve.
Fonte	Flusso Pronto Soccorso



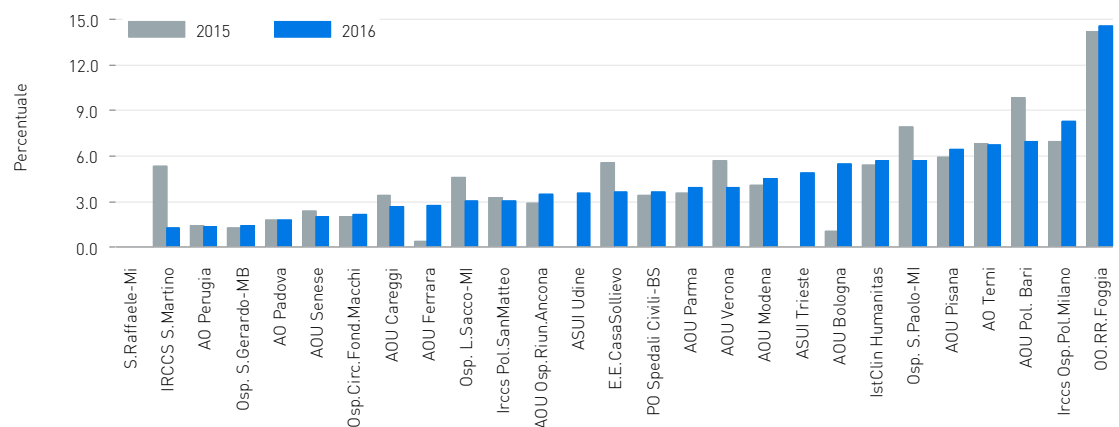
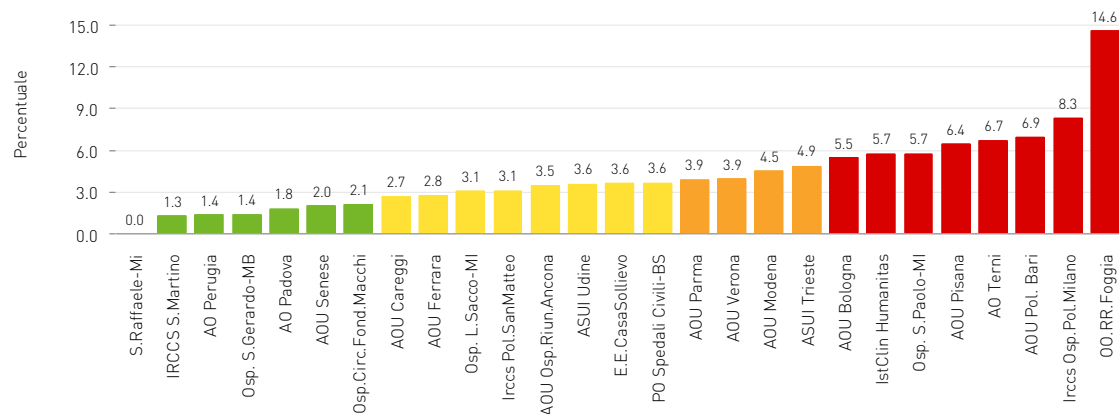
D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso

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 (trriage).

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	<p>Al numeratore sono considerati gli accessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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»). <p>Il codice esito «5» - rifiuta ricovero - non è incluso al numeratore. Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi con esito "giunto cadavere" (esito="9") e "deceduto in PS" (esito="4").</p>
Fonte	Flusso Pronto Soccorso

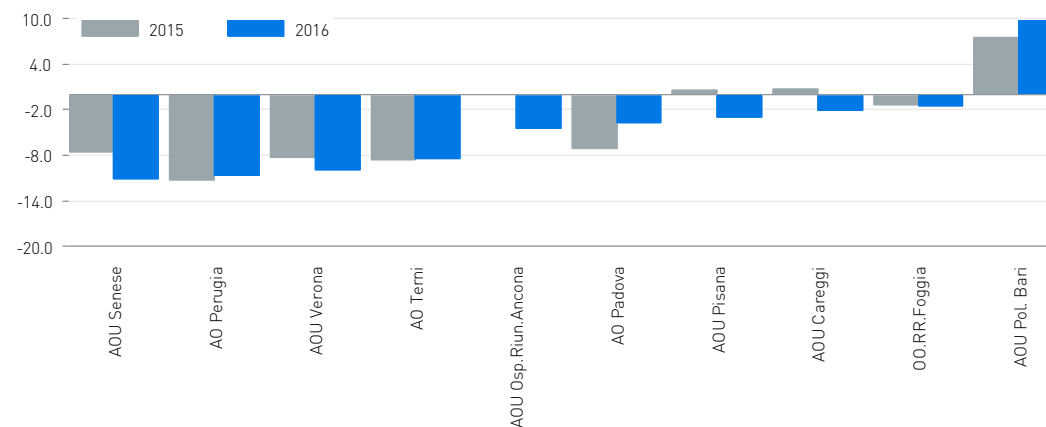
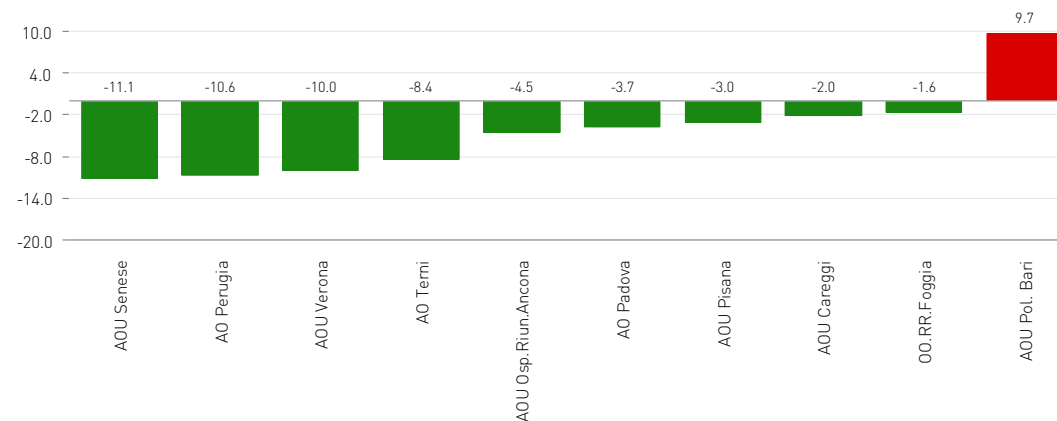




EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

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 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 7%; le fasce di valutazione sono state costruite con riferimento a questa soglia. La fonte dati è il IV trimestre 2016.

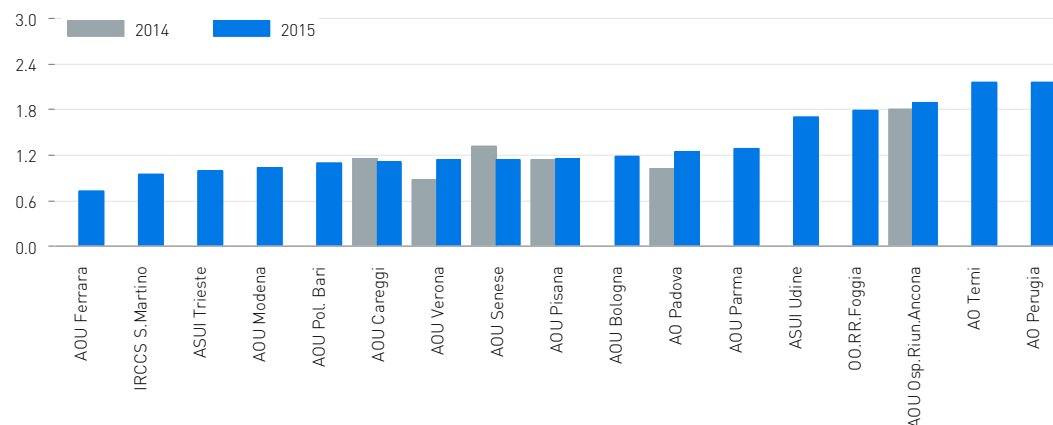
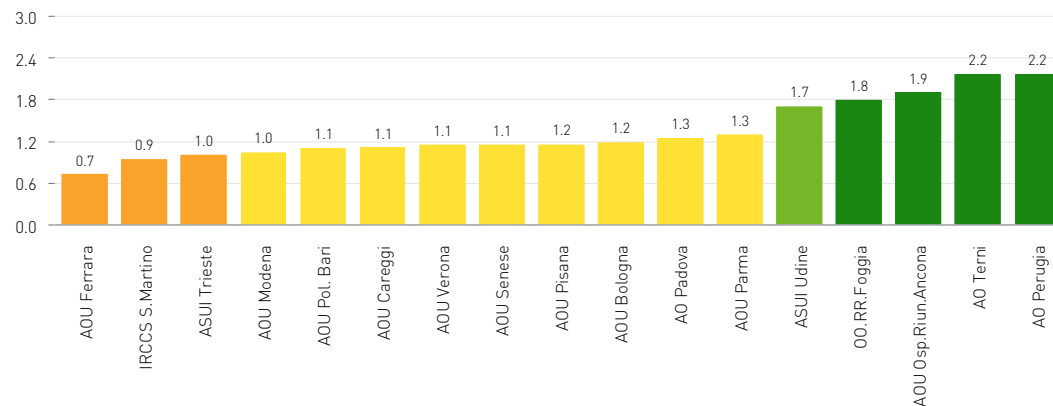


Definizione	Copertura percentuale dei costi per attività svolta (Legge di Stabilità n.208/2015)
Numeratore	Costi - Ricavi massimi ammissibili
Denominatore	Ricavi da prestazioni finanziamenti per funzioni massimo ammissibile
Note	La voce dei costi COSTI è la somma delle seguenti voci del Conto Economico: 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 [al netto della normalizzazione da ricovero], Finanziamento per funzioni massimo ammissibile e Altri ricavi. I Ricavi da prestazione sono calcolati come: 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. Il Finanziamento per funzioni massimo ammissibile è calcolato come: [x/1-x]*ricavi da prestazione (dove x è la percentuale massima del finanziamento per funzioni sul totale della remunerazione dell'attività). Gli Altri ricavi sono: 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 2016



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 termine e rimanenze di magazzino. L'indicatore è stato calcolato solo per AO, AOU, IRCCS. La fonte dei dati è il Bilancio 2015. A seguito dei nuovi assetti istituzionali che hanno caratterizzato le aziende del Friuli Venezia Giulia (l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, derivante dalla fusione tra l'AOU di Trieste e la AAS1 Triestina e l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, derivante dalla fusione tra l'AOU di Udine e l'AAS4 Friuli Centrale), l'indicatore è calcolato sommando le voci dei bilanci 2015 delle ex-aziende. Tale calcolo rappresenta un'approssimazione dei valori derivanti dai bilanci congiunti.

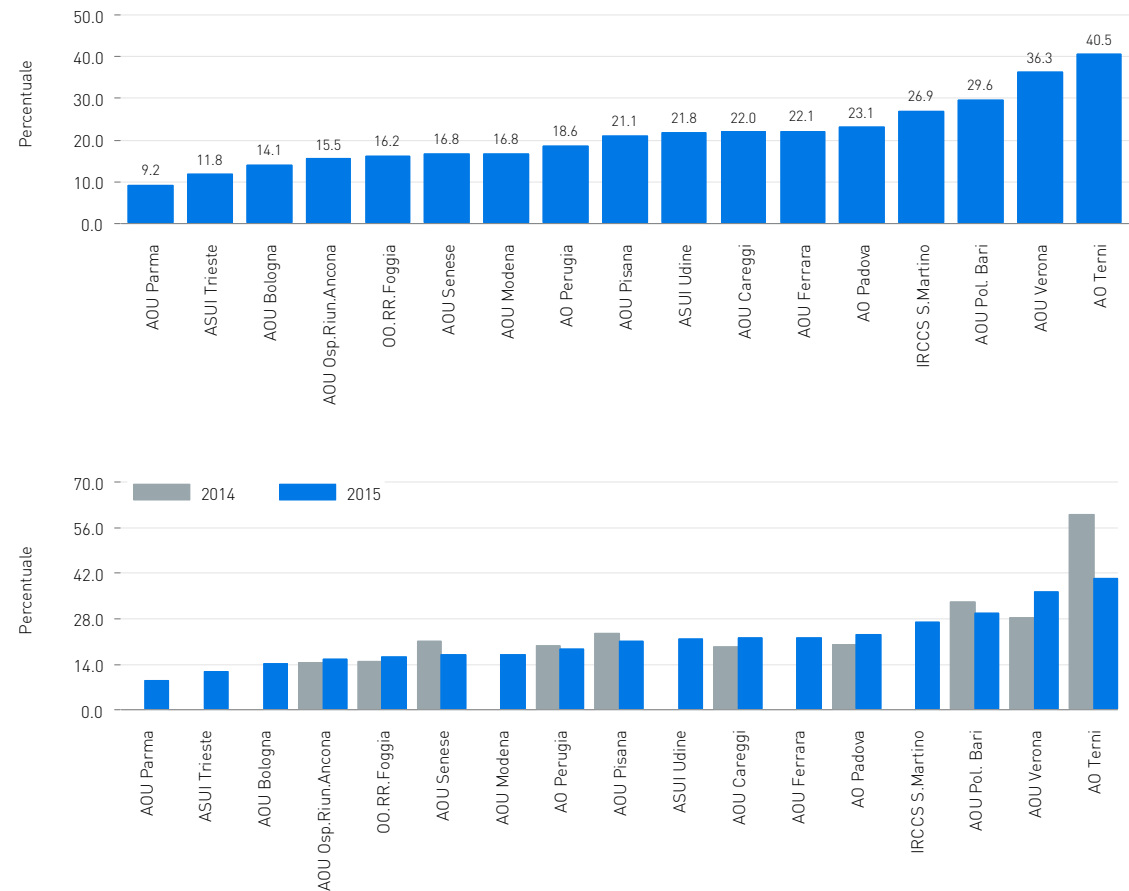


Definizione	Indica il rapporto tra attività e passività a breve termine
Numeratore	Attivo Circolante
Denominatore	Passivo Corrente
Note	Attivo circolante è calcolato prendendo in considerazione le voci del Flusso SP [codice ABZ999 ACZ999] Passivo corrente è calcolato prendendo in considerazione le voci 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 2015



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 la sommatoria dei canoni leasing ed ammortamenti, con riferimento alle sole immobilizzazioni materiali. Mostra la propensione dell'azienda di ricorrere o meno alle immobilizzazioni materiali di proprietà. La fonte dei dati è il Bilancio 2015. A seguito dei nuovi assetti istituzionali che hanno caratterizzato le aziende del Friuli Venezia Giulia (l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, derivante dalla fusione tra l'AOU di Trieste e la AAS1 Triestina e l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, derivante dalla fusione tra l'AOU di Udine e l'AAS4 Friuli Centrale), l'indicatore è calcolato sommando le voci dei bilanci 2015 delle ex-aziende. Tale calcolo rappresenta un'approssimazione dei valori derivanti dai bilanci congiunti.

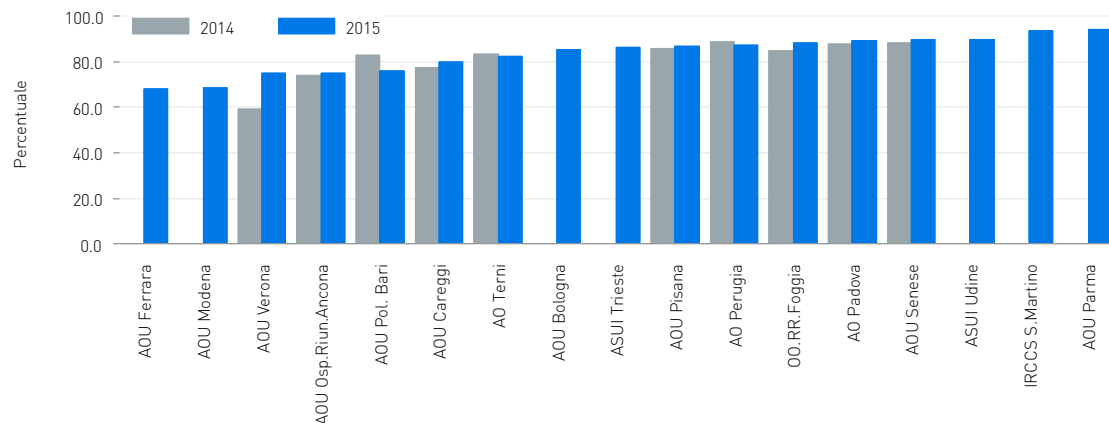
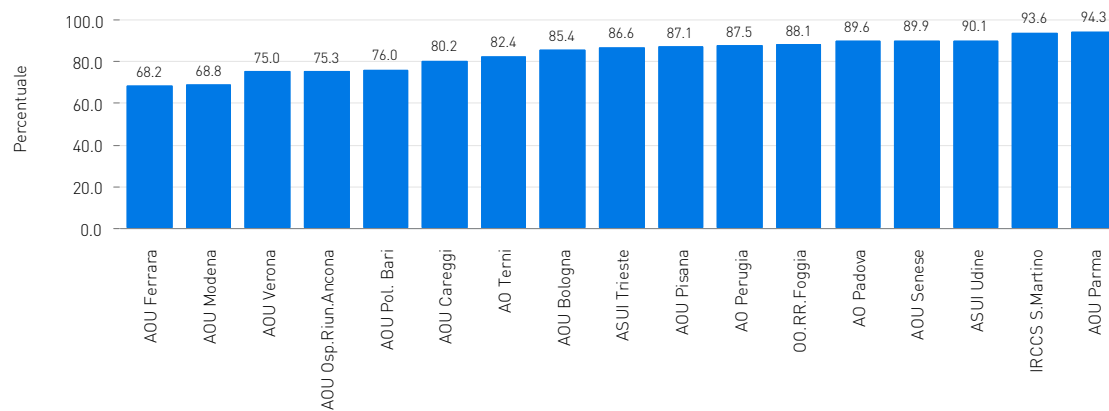


Definizione	Incidenza canoni di leasing e noleggio
Numeratore	Canoni di leasing e noleggio x 100
Denominatore	Canoni di leasing e noleggio Ammortamento immobilizzazioni materiali
Note	Voci del CE considerate al numeratore sono: Canoni leasing (codice B02040); Canoni di noleggio (BA2010) Il denominatore è la somma tra le voci riportate al numeratore e l'Ammortamento immobilizzazioni materiali (codice BA2580). Per il valore regionale si riporta il dato da CE consolidato regionale. I valori sono espressi in migliaia di euro.
Fonte	Flusso CE anno 2015



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 stata già ammortizzata. L'indicatore è costruito come il rapporto fra il fondo ammortamento ed 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 e, pertanto, hanno terminato la vita utile al processo produttivo. 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 2015. A seguito dei nuovi assetti istituzionali che hanno caratterizzato le aziende del Friuli Venezia Giulia (l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, derivante dalla fusione tra l'AOU di Trieste e la AAS1 Triestina e l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, derivante dalla fusione tra l'AOU di Udine e l'AAS4 Friuli Centrale), l'indicatore è calcolato sommando le voci dei bilanci 2015 delle ex-aziende. Tale calcolo rappresenta un'approssimazione dei valori derivanti dai bilanci congiunti.

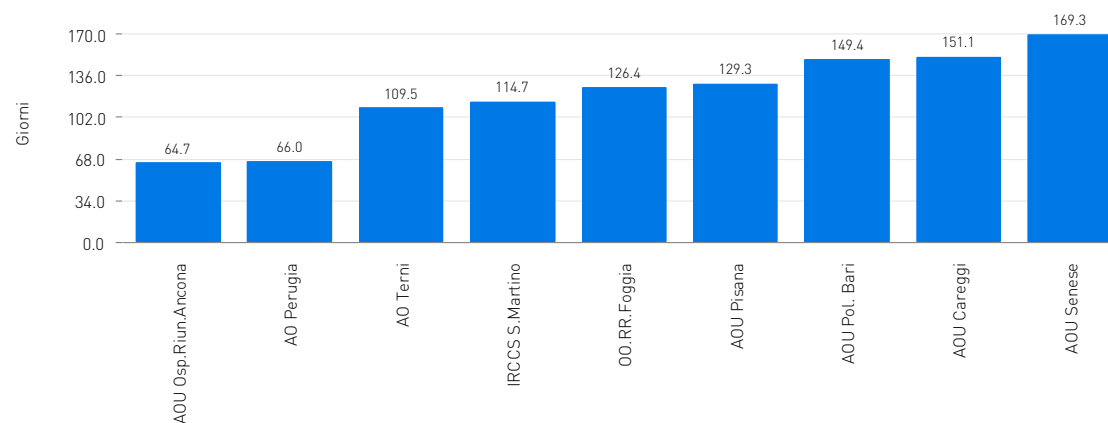


Definizione	Indica l'obsolescenza delle immobilizzazioni materiali data dal rapporto fra fondi di di ammortamento sul costo storico, espressa in termini di valore percentuale
Numeratore	Totale fondi ammortamento delle immobilizzazioni materiali x 100
Denominatore	Valore di acquisto o produzione delle immobilizzazioni materiali
Note	Al numeratore vi sono le seguenti voci: Fondo ammortamento impianti e macchinari (codice AAA400); Fondo ammortamento attrezzature sanitarie e scientifiche (codice AAA430). Valore di acquisto o produzione delle immobilizzazioni materiali viene calcolato sommando: Impianti e macchinari (sanitari e non sanitari) (codice AAA390); Attrezzature sanitarie e scientifiche (codice AAA420). Per il valore regionale si riporta il dato da SP consolidato regionale. I valori sono espressi in migliaia di euro.
Fonte	Flusso SP anno 2015



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 2015.



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 anno 2015

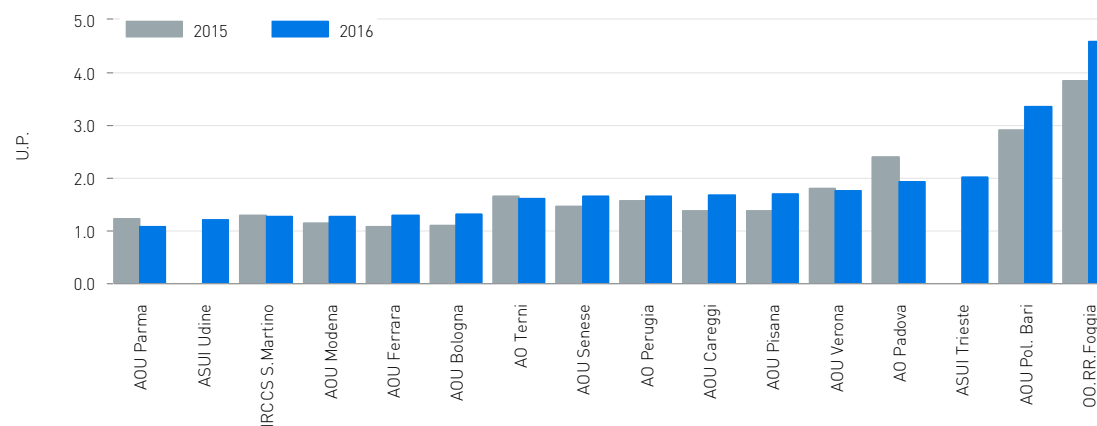
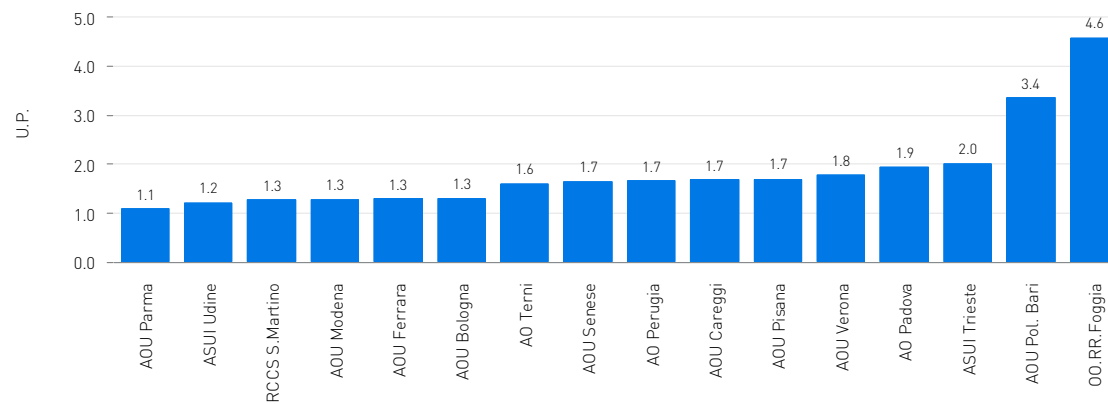




FARMACEUTICA E DISPOSITIVI

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 rendono più facile lo sviluppo di infezioni incrociate. La prevenzione, da un lato, e il trattamento delle infezioni, dall'altro, spingono ad un sempre maggiore utilizzo di antibiotici, che andrebbe però limitato.

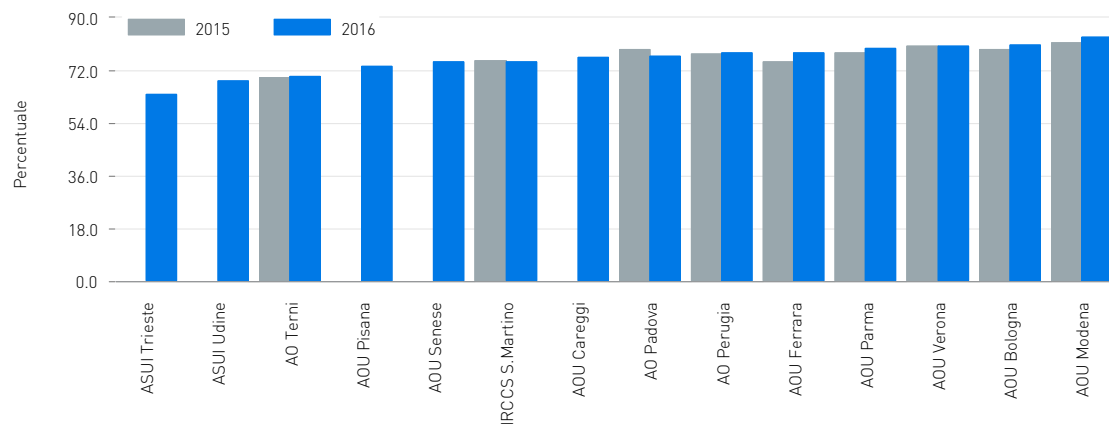
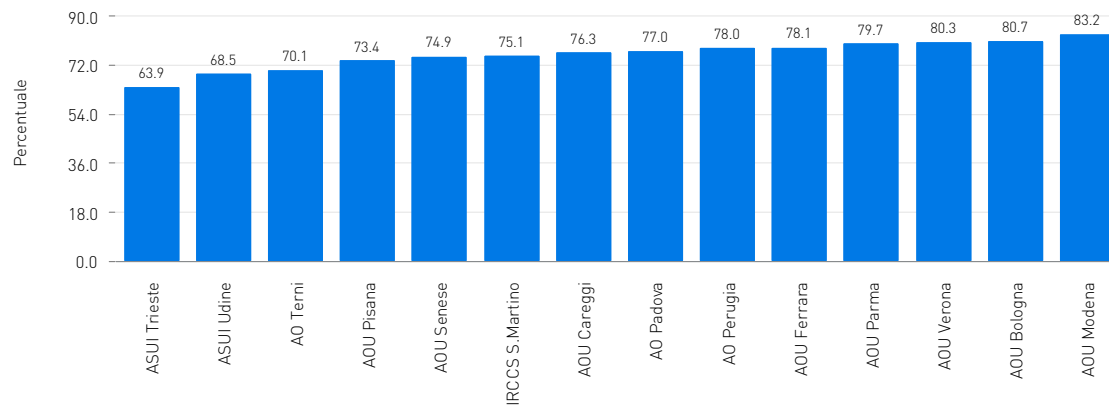


Definizione	Consumo di antibiotici erogati nei reparti
Numeratore	N. unità posologiche di antibiotici erogati nei reparti
Denominatore	N. complessivo di giornate di degenza
Note	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Si considera l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. E' esclusa la distribuzione diretta e per conto. Sono inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza. 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 di microrganismi resistenti. La resistenza agli antibiotici è la causa principale di fallimento del trattamento delle infezioni. L'insorgenza di resistenza alle terapie antibiotiche sta generando un prolungamento delle degenze, un incremento dei casi di contagio e un aumento della mortalità all'interno delle strutture. Gli antibiotici iniettabili, fonte principale di inappropriatelyzza, dovrebbero essere utilizzati solo nei pazienti con una storia clinica grave o di fronte all'impossibilità oggettiva di assunzione di antibiotici orali.

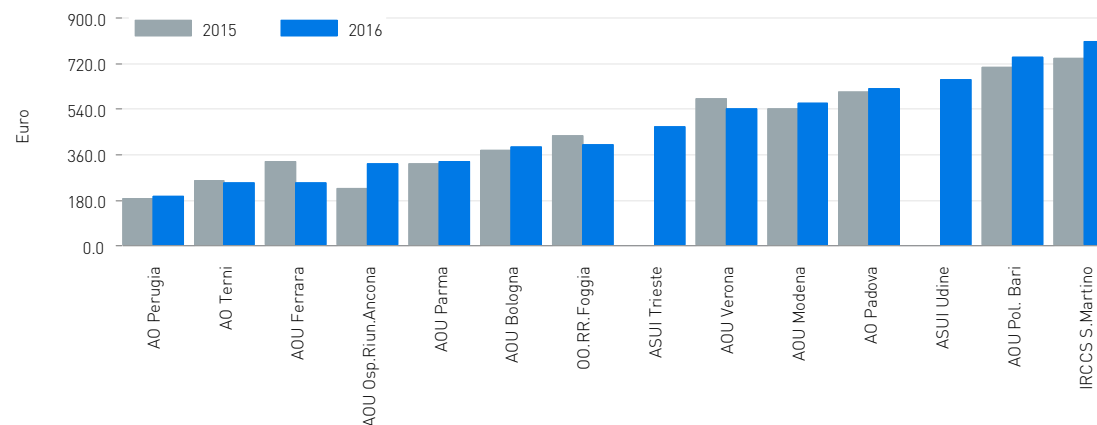
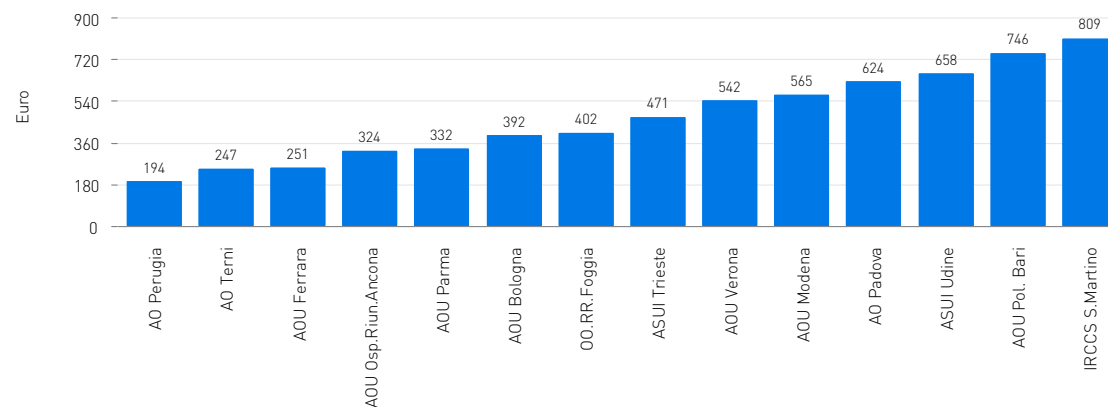


Definizione	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti
Numeratore	N. unità posologiche antibiotici iniettabili erogate x 100
Denominatore	N. unità posologiche di antibiotici complessivamente erogate nei reparti
Note	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Si considera l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario, di Day Hospital e ambulatoriale. E' esclusa la distribuzione diretta e per conto. Nel calcolo sono escluse sale operatorie e rianimazione. A livello di stabilimento, sono considerate solo le somministrazioni in regime di ricovero. I dati sono espressi per azienda erogatrice.
Fonte	Flussi Farmaceutica ospedaliera



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 per alcuni limiti di comparabilità tra le Aziende, rileva la spesa farmaceutica per pazienti in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. Non ricomprende invece la distribuzione diretta.



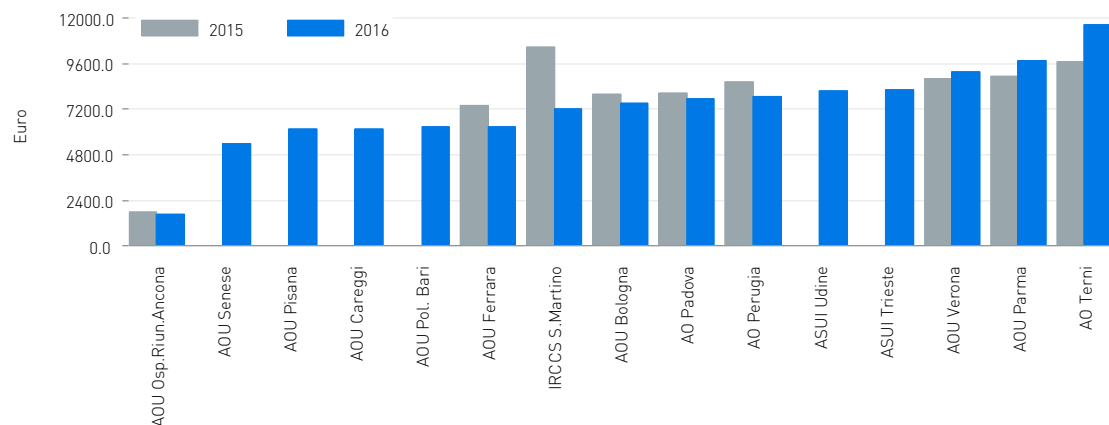
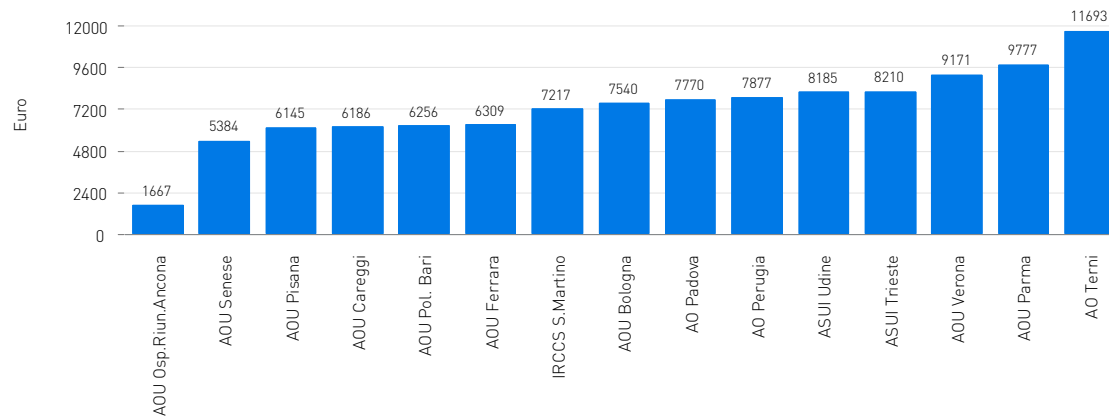
Definizione	Spesa farmaceutica ospedaliera per pazienti in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital
Numeratore	Spesa per farmaci somministrati nei reparti
Denominatore	Punti DRG
Note	Si considera l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. E' esclusa la distribuzione diretta. 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

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, morbo malattia di Crohn e altre malattie autoimmuni. Appartengono alla classe degli immunosoppressori L04AB (01-02-04-05-06), farmaci biologici ad alto costo. Per diminuire gli effetti collaterali e i costi, la maggior parte dei pazienti affetti da patologia lieve o moderata sono trattati con metotrexato, cortisonici, azatioprima, prima di passare ad un agente anti TNF-alfa o combinarlo con quest'ultimo.

Il ricorso ai farmaci inibitori del TNF - alfa è appropriato in caso di risposta insoddisfacente alla terapia convenzionale, oppure nei soggetti che presentano una controindicazione o sono intolleranti ad altre terapie sistemiche: l'indicatore è volto all'individuazione di potenziali abusi nell'utilizzo di questo farmaco.

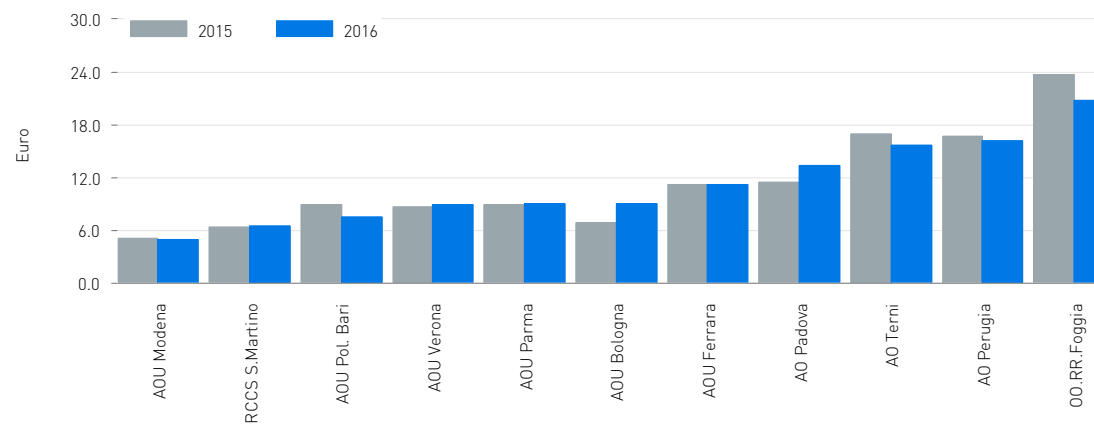
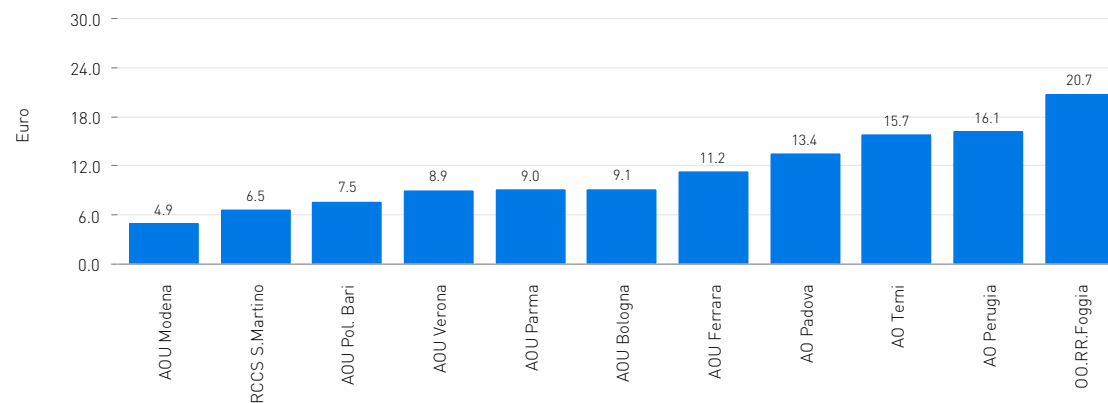


Definizione	Spesa media per farmaci inibitori di TNF alfa
Numeratore	Spesa per farmaci inibitori di TNF alfa erogati direttamente o per conto e in regime convenzionato
Denominatore	Numero di utenti trattati con farmaci inibitori di TNF alfa
Note	I farmaci inibitori di TNF alfa appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) L04AB. Si fa riferimento ai farmaci erogati direttamente o per conto o 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 e i crescenti costi dei dispositivi medici utilizzati negli ospedali. Non sempre il loro utilizzo è guidato dal principio della massimizzazione della loro costo-efficacia. L'indicatore è finalizzato al monitoraggio della spesa inerente ai dispositivi medico-chirurgici, per rilevare eventuali anomalie e controllarne gli scostamenti temporali. I valori sono espressi come spesa sostenuta per i dispositivi medico-chirurgici per punto DRG.

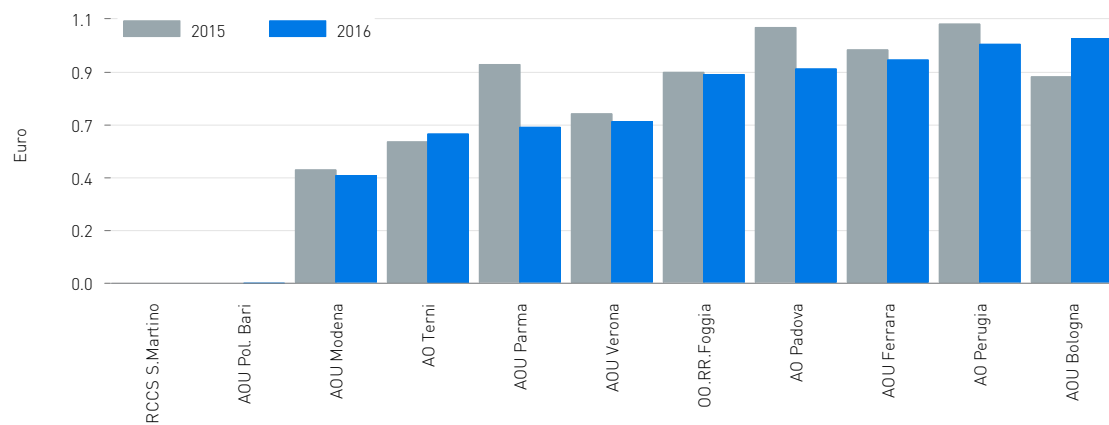
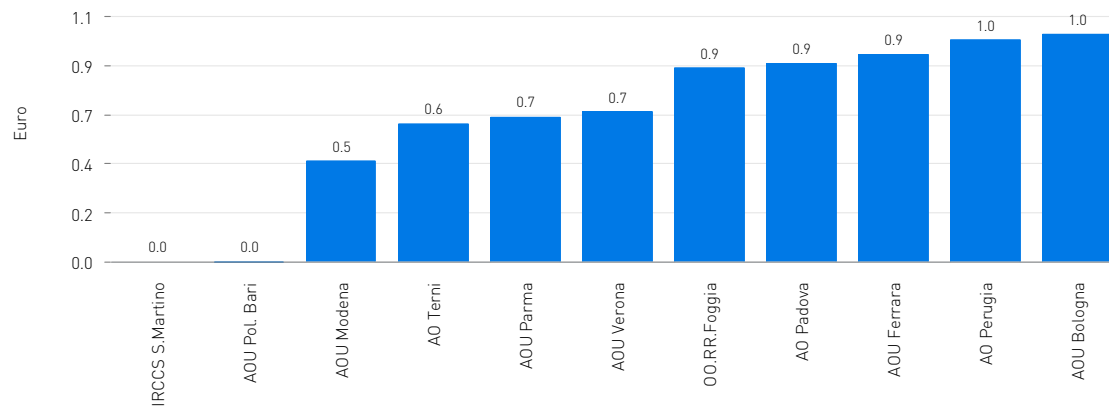


Definizione	Spesa per siringhe, guanti e dispositivi per assorbenza
Numeratore	Spesa totale sostenuta per siringhe, guanti e dispositivi di assorbenza in regime di ricovero
Denominatore	Punti DRG
Note	Si considera il consumo in regime di ricovero (ricovero ordinario e day hospital). Sono inclusi i ricoveri 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 rappresenta una voce rilevante rispetto alla spesa per dispositivi: il suo monitoraggio è necessario per il rilevamento dell'uso appropriato di una risorsa a basso costo unitario ma ad elevato impatto cumulato.

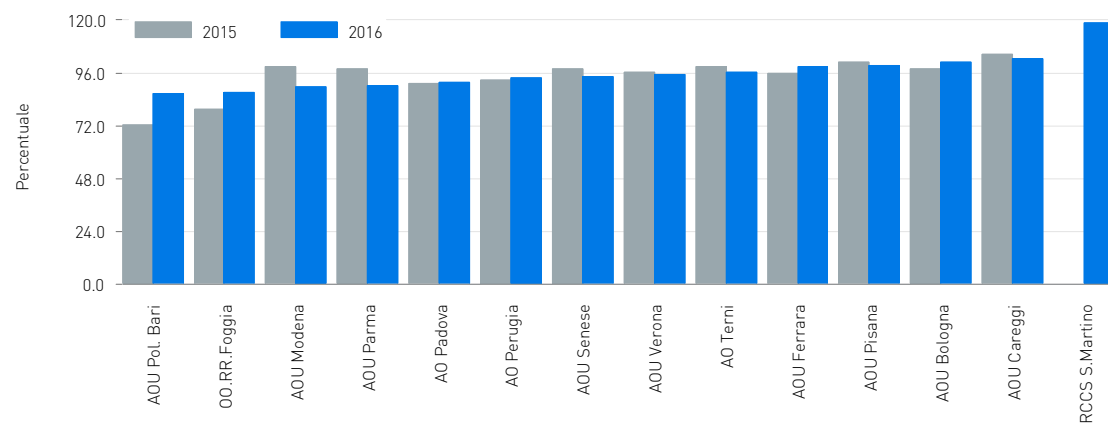
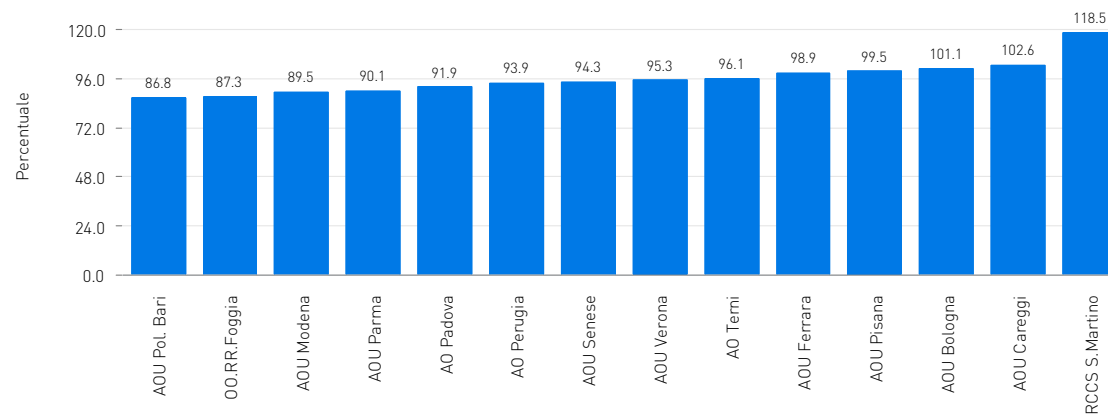


Definizione	Spesa guanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza
Numeratore	Spesa guanti non chirurgici, usati in ricovero, per giornata di degenza
Denominatore	N. giornate di degenza, corretto per complessità
Note	Spesa per giornata di degenza per i guanti non chirurgici impiegati in regime di ricovero. Si considera il consumo in regime di ricovero (I01, I02, I03, I05, I06, 000). Si considerano tutti i ricoveri dell'anno, avvenuti nelle strutture pubbliche regionali. Per ICM si intende l'Indice di Case Mix, ovvero il valore calcolato per l'indicatore C1.5. 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

Il consolidamento del flusso informativo Di.Me. (Dispositivi Medici) risulta essenziale per monitorare in modo 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. L'indicatore rileva la completezza della compilazione del flusso DiMe, monitorando lo scostamento tra la spesa registrata nel flusso e quella iscritta nei modelli CE (aggregazioni di voci tratte dalla contabilità generale).



Definizione	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico
Numeratore	Spesa rilevata nel flusso DiMe
Denominatore	Spesa rilevata nel conto economico relativa agli acquisti di beni sanitari-dispositivi medici
Note	<p>Dal Piano dei Conti, per calcolare i valori di confronto aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Rispetto alle voci che confluiscono nel conto ministeriale dei Dispositivi medici sono escluse quelle relative ai Dispositivi Medici Diagnostici In Vitro. Dal flusso DiMe sono da escludere i valori relativi alle classi CND Z11, Z12 e W.</p>
Fonte	Dati Flusso DiMe, Flusso Conto Economico



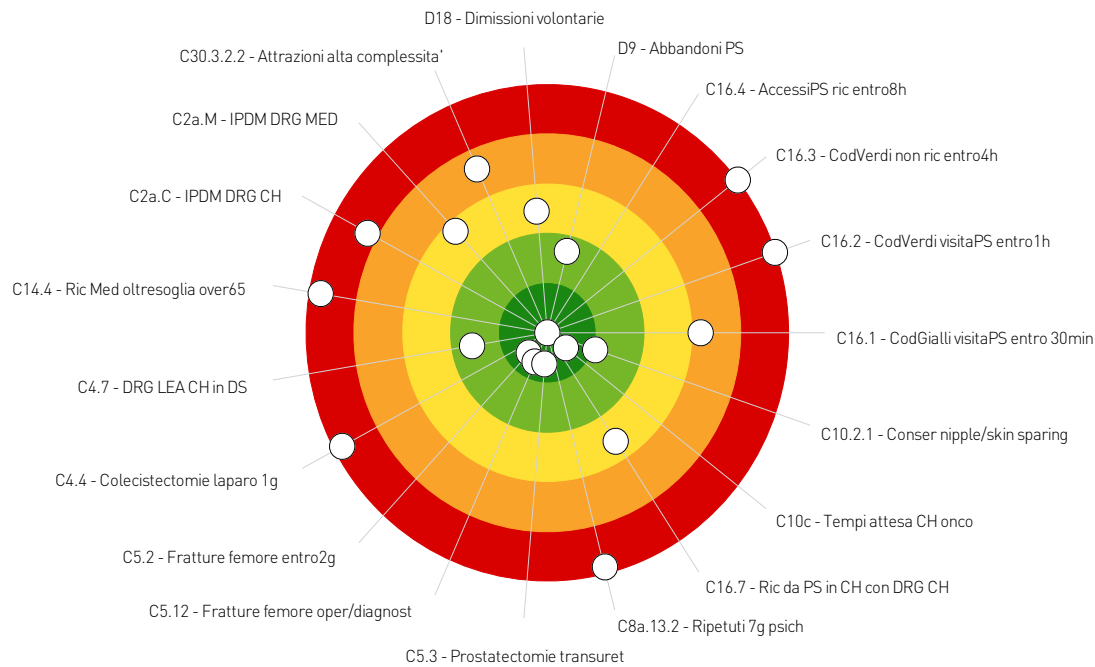


LA VALUTAZIONE
DELLA PERFORMANCE
DELLE AOU

OSPEDALE DI CIRCOLO e FONDAZIONE MACCHI

Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Valutazione Performance 2016

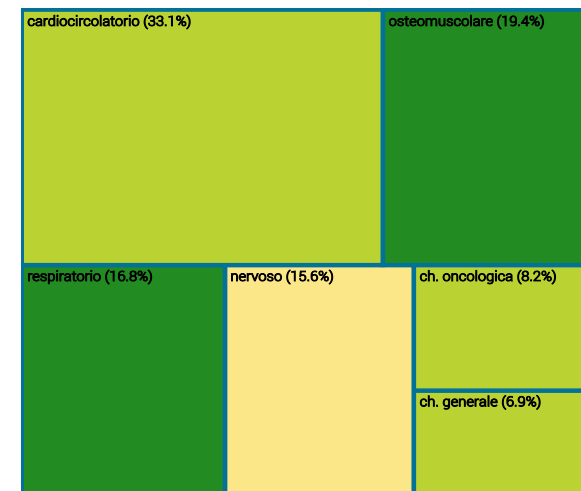


Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.77	●	●	●	●
Cardiologia	0.80	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.88	●	●	●	●
Medicina	1.96	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.17	●	●	●	●
Neurologia	1.69	●	●	●	●
Ortopedia	-1.37	●	●	●	●
Urologia	0.66	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

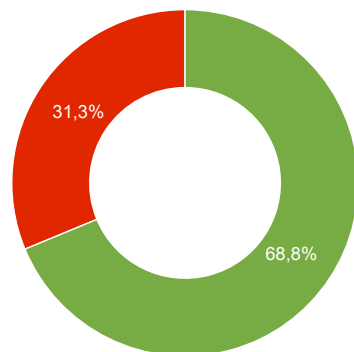
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

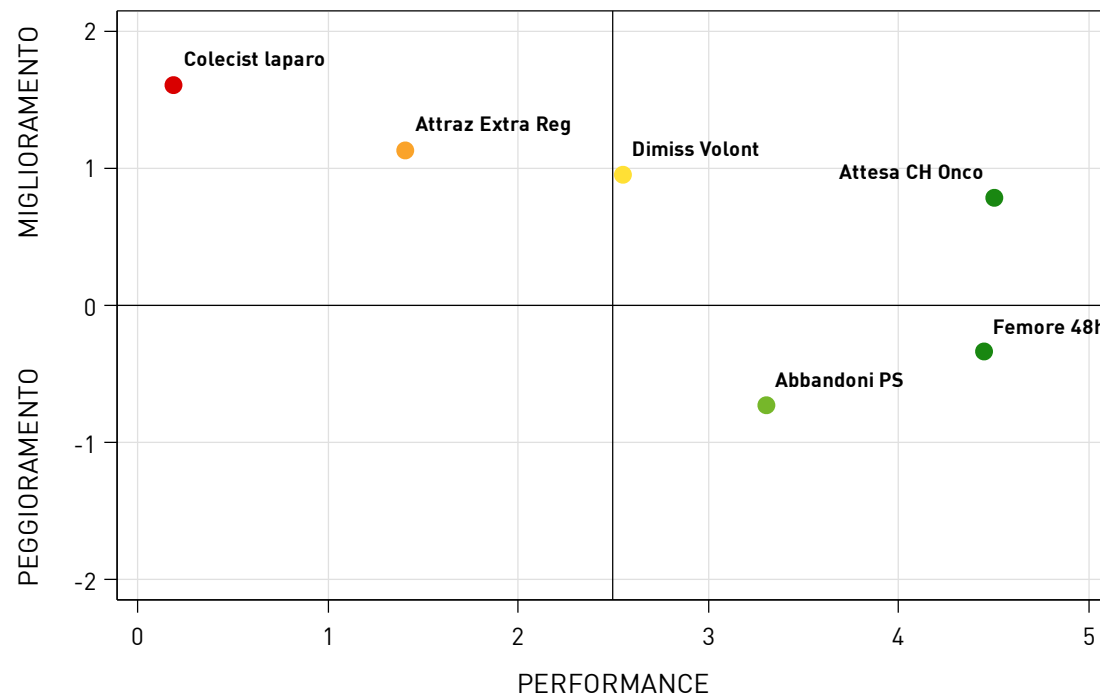
Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



● Migliorati: trend positivo
● Peggiorati: trend negativo

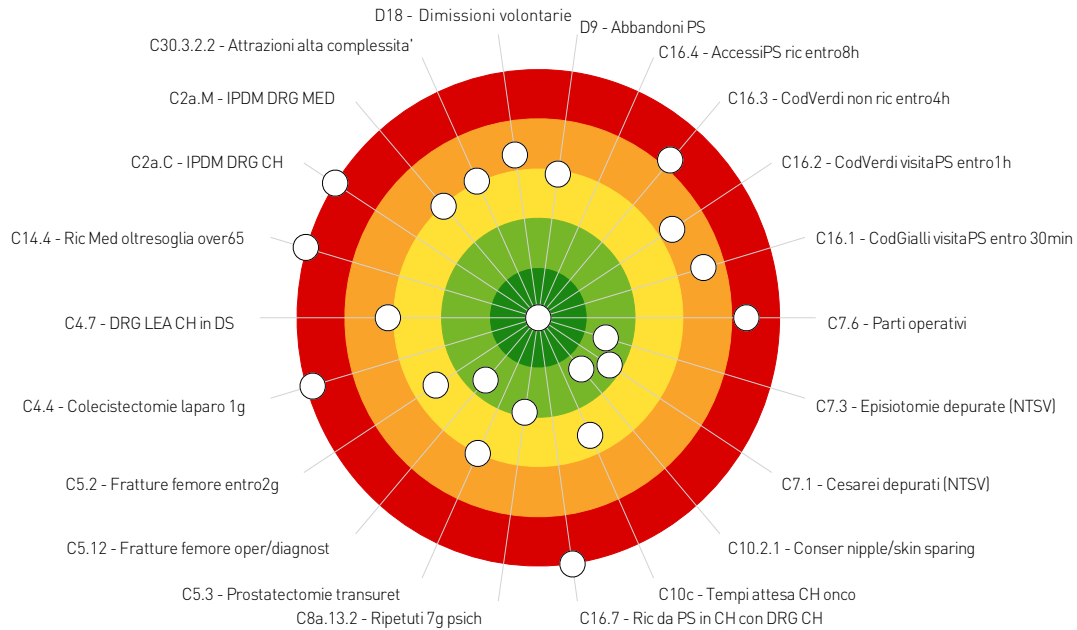
Totale indicatori: 16

Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



PRESIDIO OSPEDALIERO SPEDALI CIVILI BRESCIA

Valutazione Performance 2016



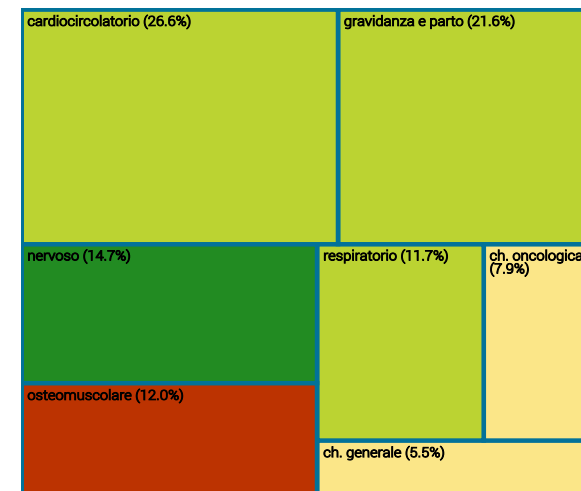
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-1.78	●	●	●	●
Cardiologia	0.23	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.15	●	●	●	●
Medicina	3.30	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.85	●	●	●	●
Neurologia	0.05	●	●	●	●
Ortopedia	0.35	●	●	●	●
Urologia	-0.03	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

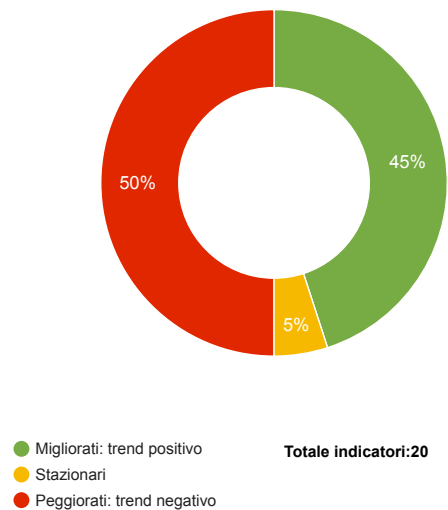
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

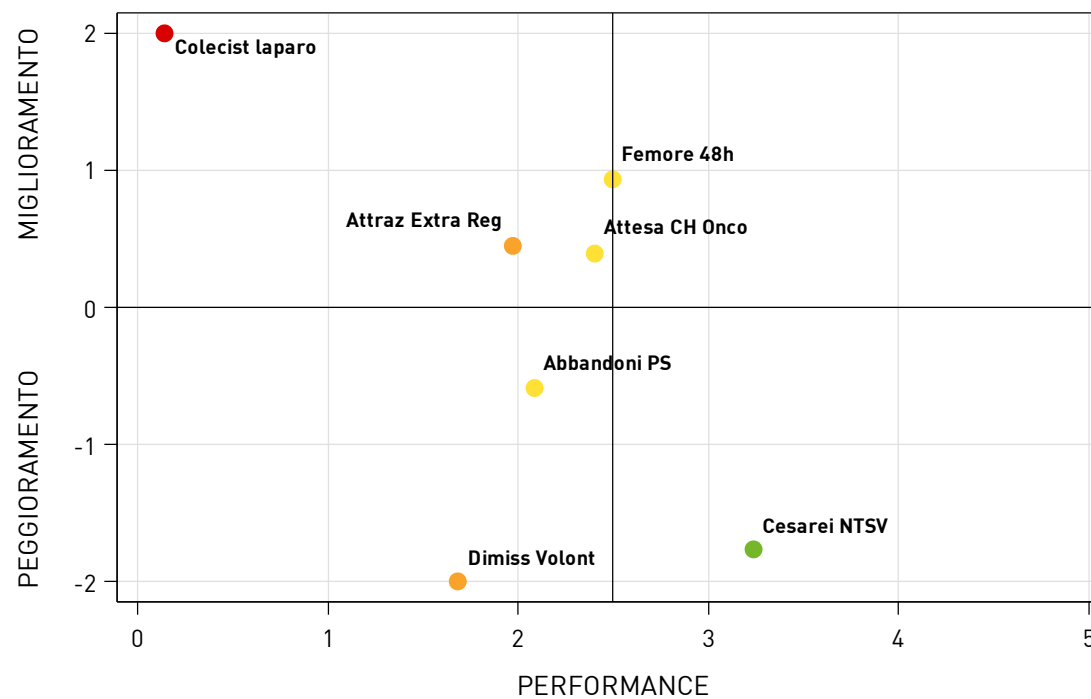


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

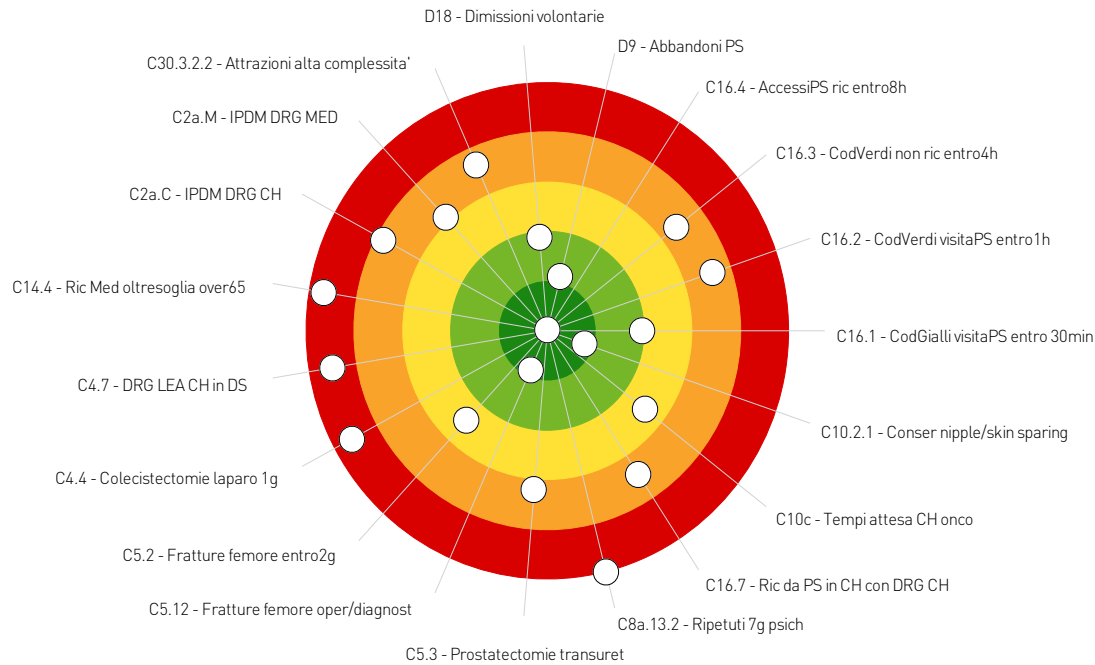


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



OSPEDALE SAN GERARDO MONZA

Valutazione Performance 2016



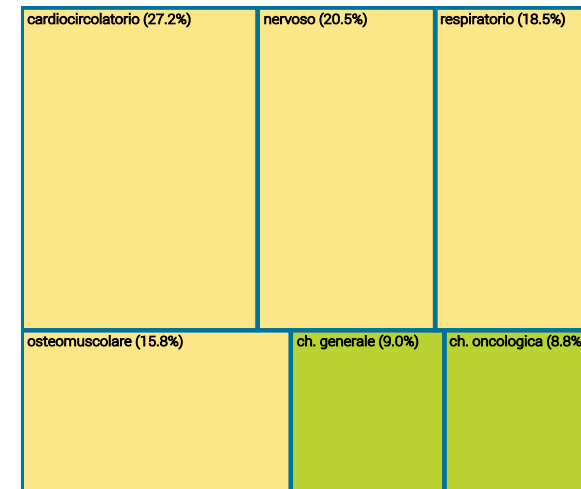
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.17	●	●	●	●
Cardiologia	-0.32	●	●	●	●
Chirurgia generale	1.01	●	●	●	●
Medicina	3.53	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.70	●	●	●	●
Neurologia	2.60	●	●	●	●
Ortopedia	0.69	●	●	●	●
Urologia	-0.43	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

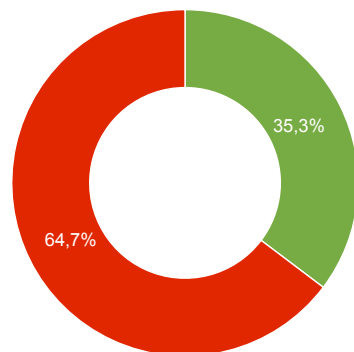
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

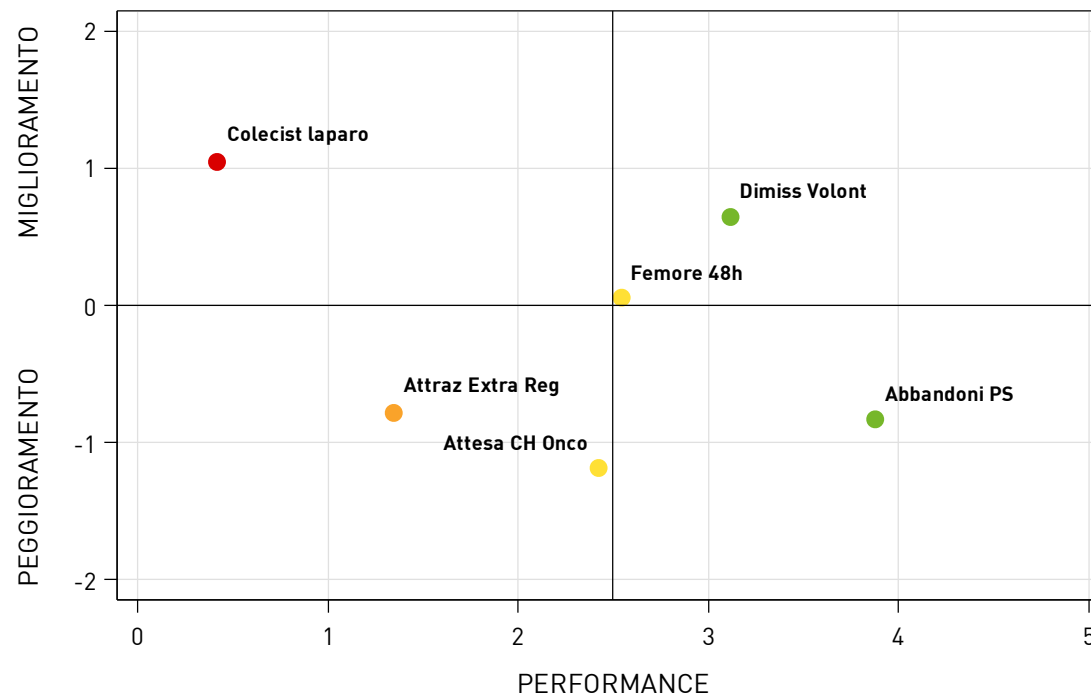
Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



● Migliorati: trend positivo
● Peggiorati: trend negativo

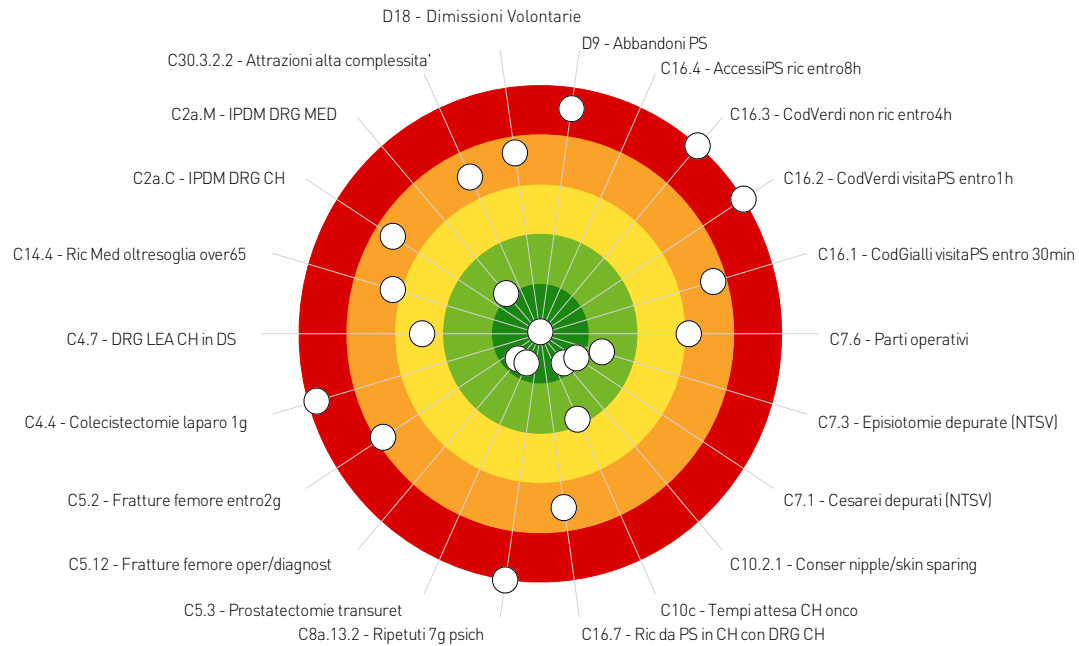
Totale indicatori: 17

Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



OSPEDALE S. PAOLO MILANO

Valutazione Performance 2016



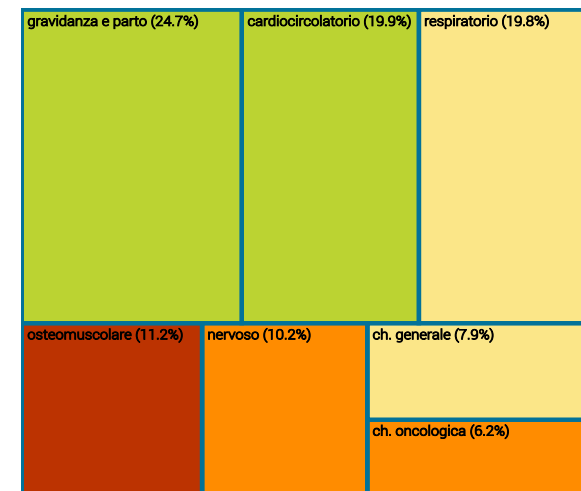
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	1.12	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.16	●	●	●	●
Medicina	0.54	●	●	●	
Neurologia	3.82	●	●	●	
Ortopedia	2.70	●	●	●	●
Urologia	0.38	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

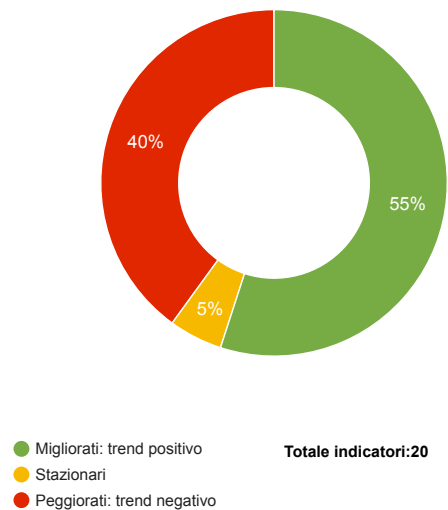
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

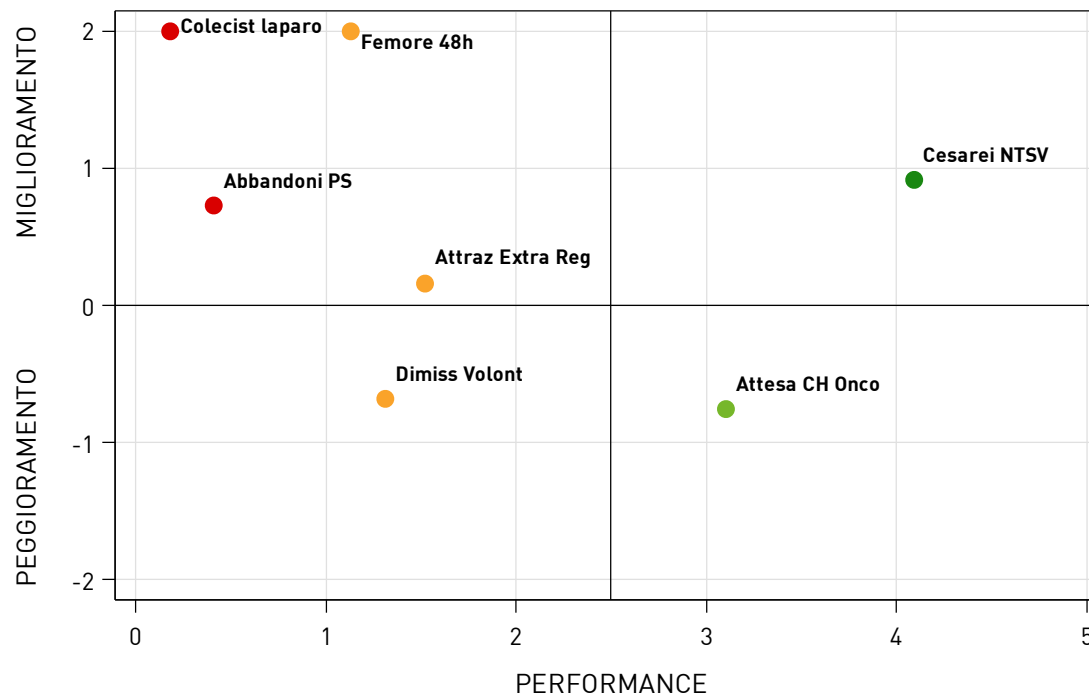


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

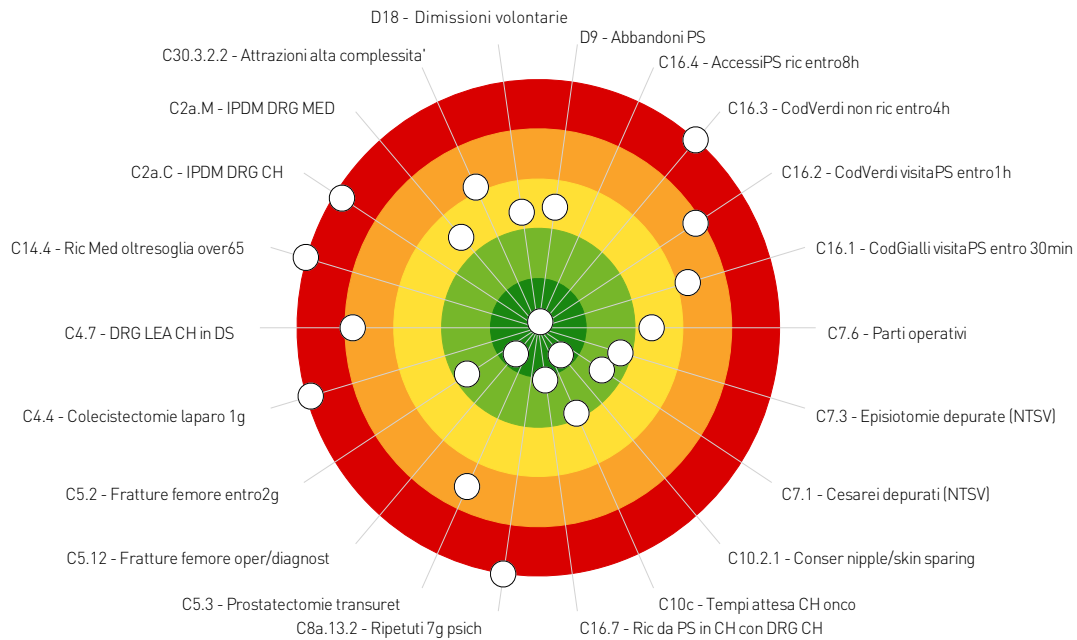


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



OSPEDALE L. SACCO MILANO

Valutazione Performance 2016



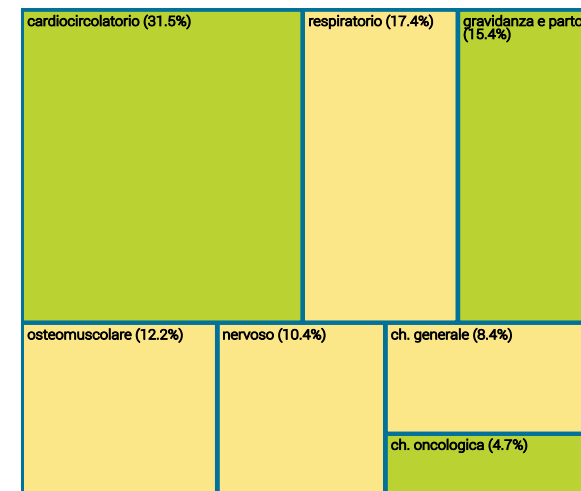
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	1.85	●	●	●	●
Chirurgia generale	1.06	●	●	●	●
Medicina	1.36	●	●	●	●
Neurologia	0.80	●	●	●	●
Ortopedia	0.22	●	●	●	●
Urologia	-0.49	●	●	●	●
Cardiologia	1.42	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

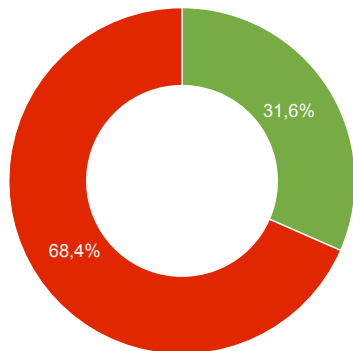
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

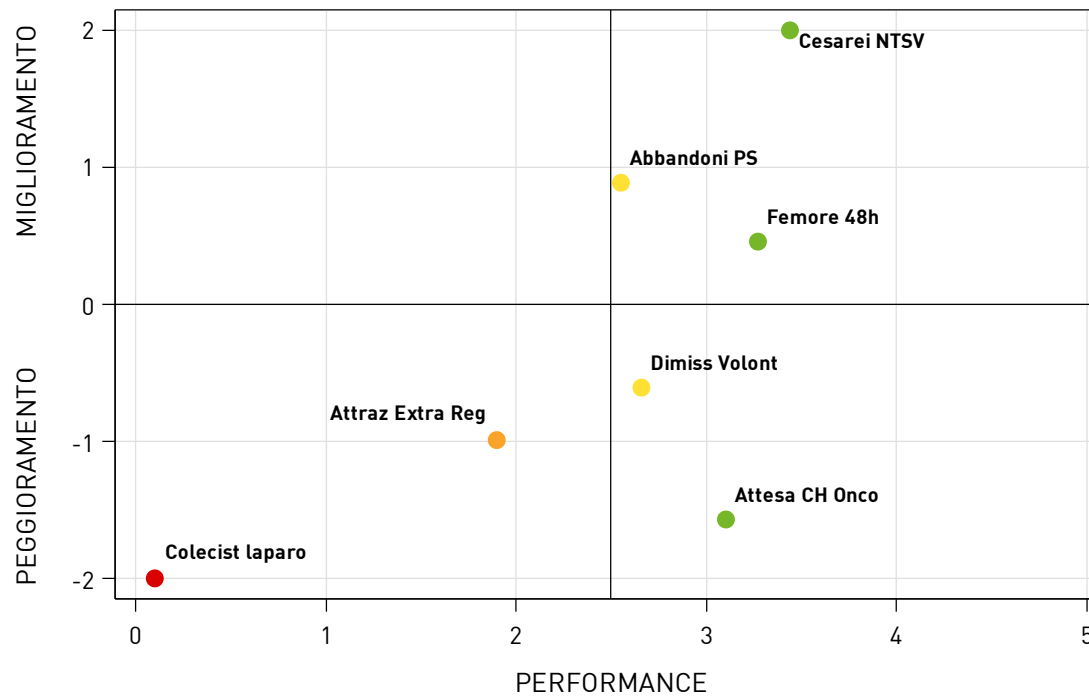
Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



● Migliorati: trend positivo
● Peggiorati: trend negativo

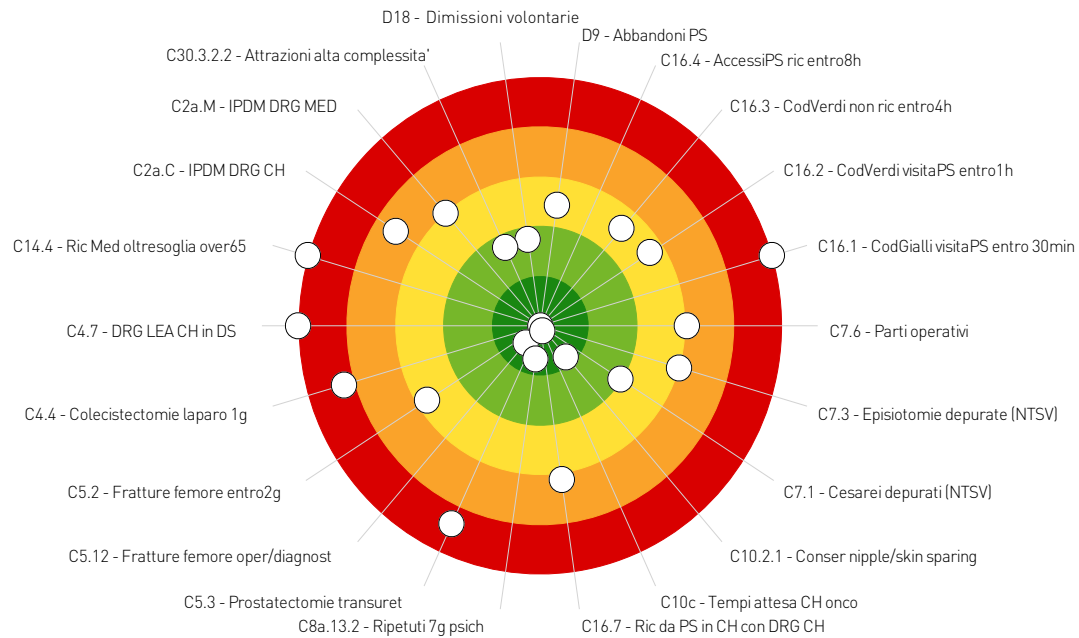
Totale indicatori:19

Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



POLICLINICO S.MATTEO PAVIA

Valutazione Performance 2016



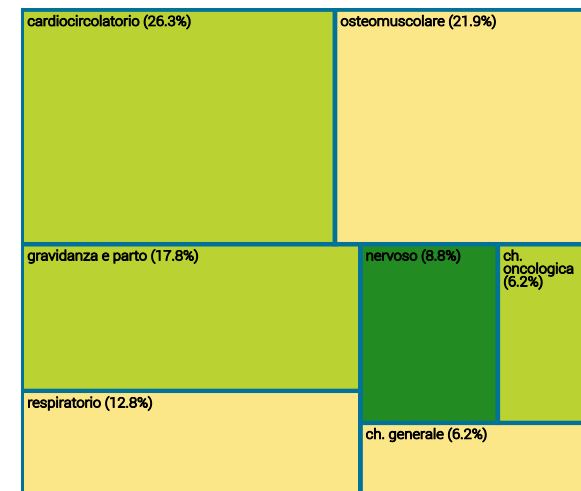
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-1.10	Medio	Medio	Alto	Medio
Chirurgia generale	0.78	Medio	Molto Basso	Medio	Medio
Medicina	3.37	Medio	Molto Basso	Alto	Medio
Neurochirurgia	-1.85	Medio	Molto Basso	Medio	Medio
Ortopedia	-1.55	Alto	Medio	Medio	Alto
Urologia	0.65	Medio	Molto Basso	Molto Basso	Medio

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

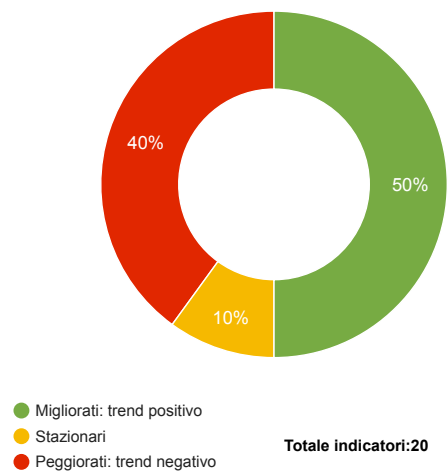
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

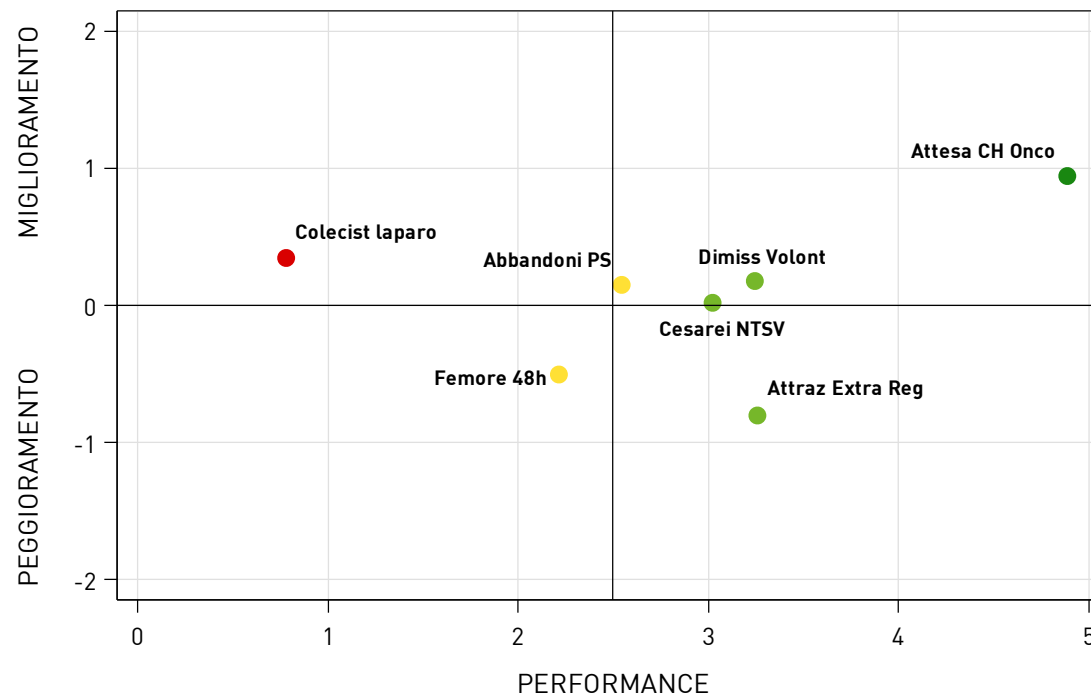


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

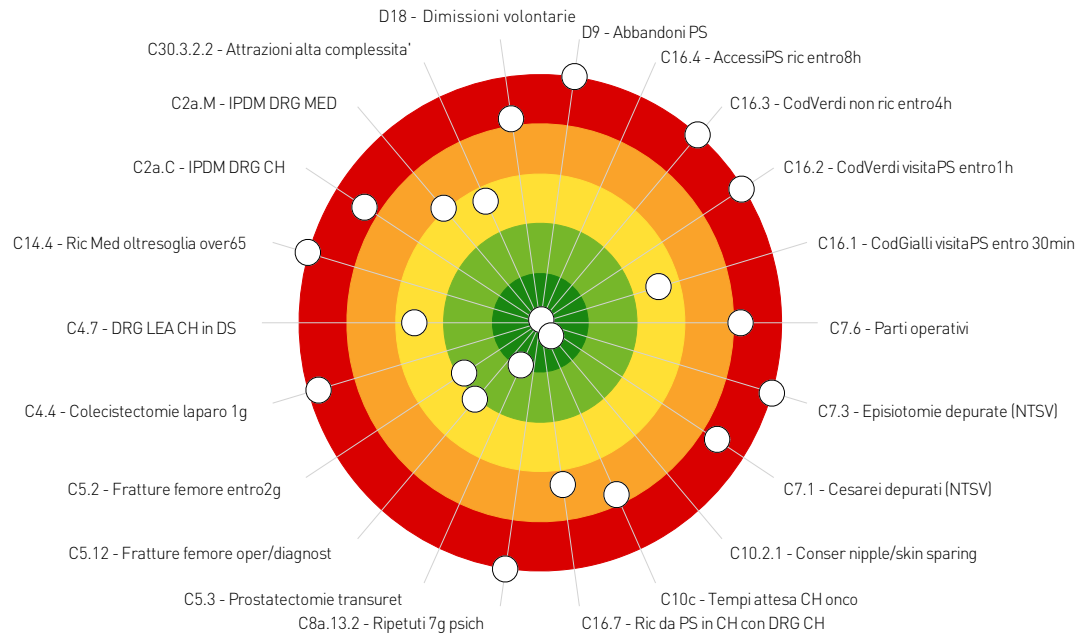


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



FONDAZ IRCCS CA' GRANDA OSP MAGGIORE

Valutazione Performance 2016

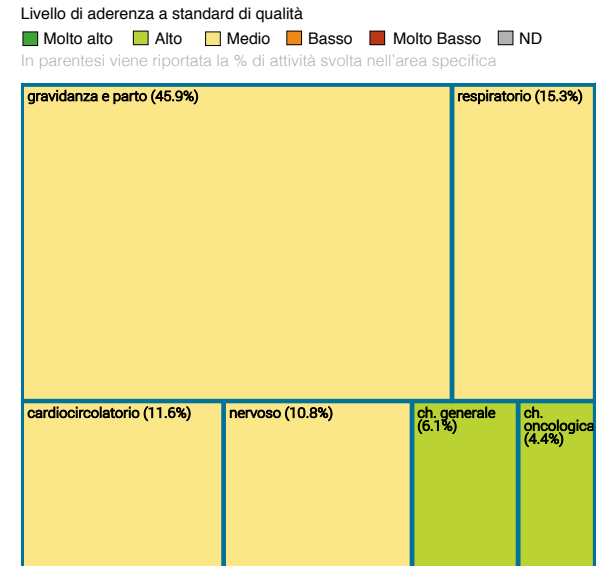


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.89	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.50	●	●	●	●
Medicina	3.08	●	●	●	●
Neurochirurgia	0.69	●	●	●	●
Neurologia	2.32	●	●	●	●
Ortopedia	1.22	●	●	●	●
Urologia	-0.18	●	●	●	●

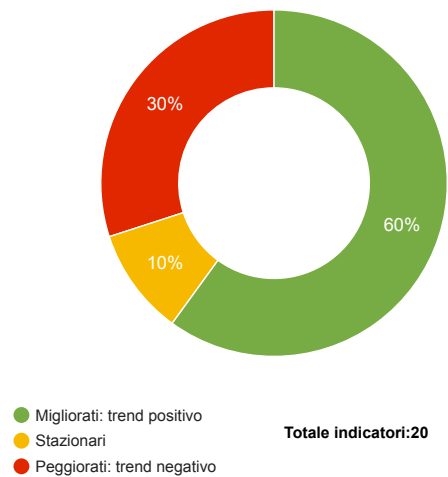
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

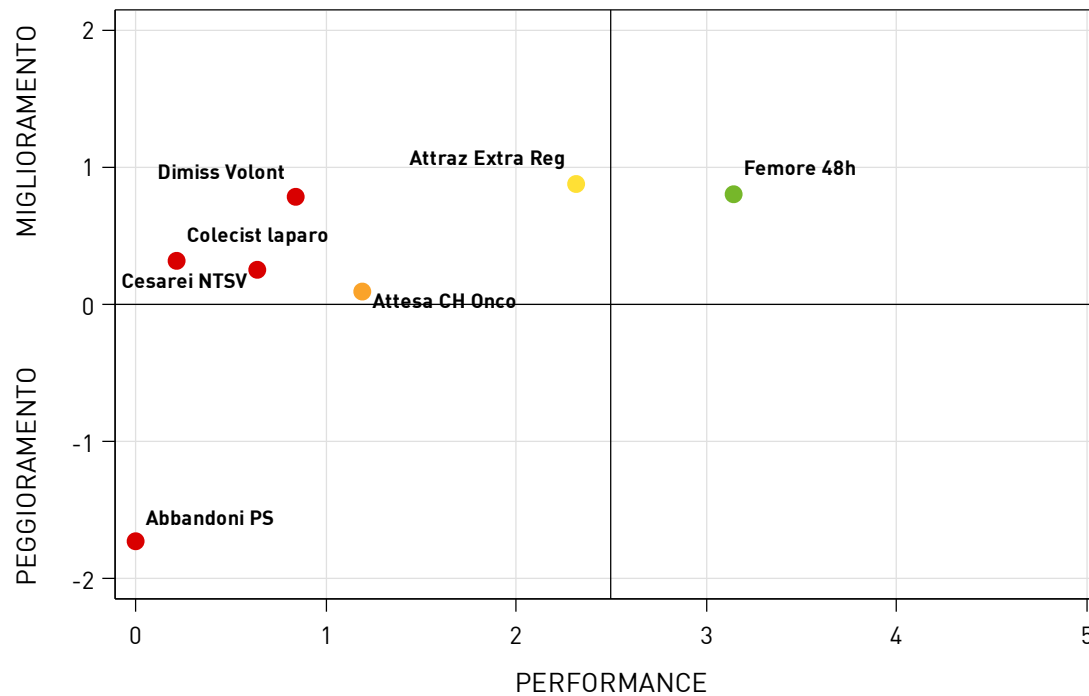


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

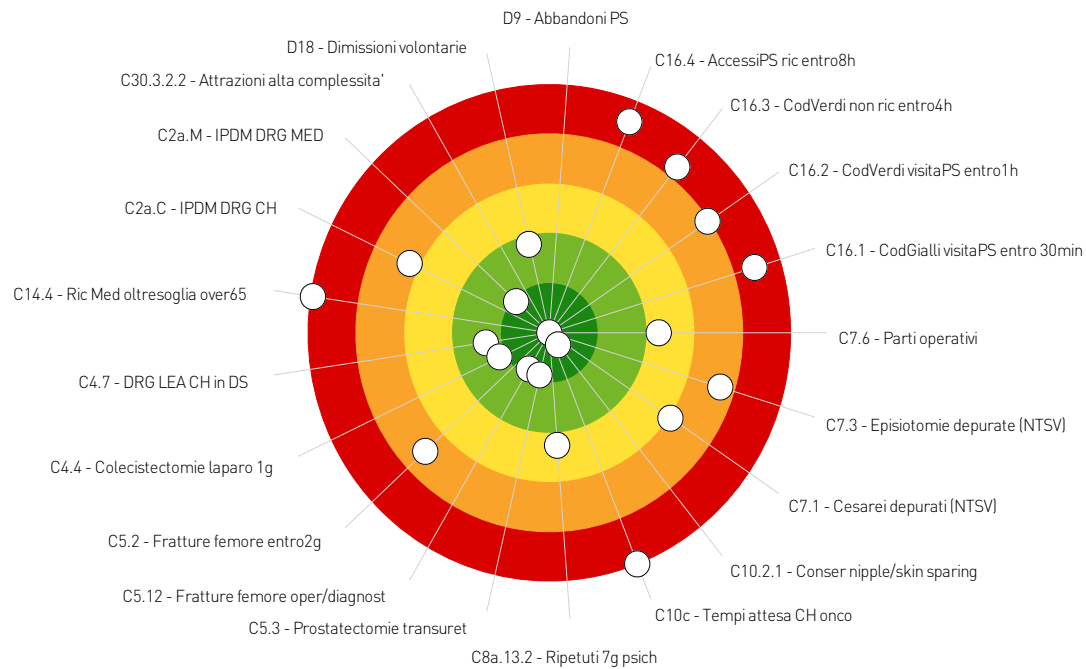


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



IRCCS S. RAFFAELE MILANO

Valutazione Performance 2016

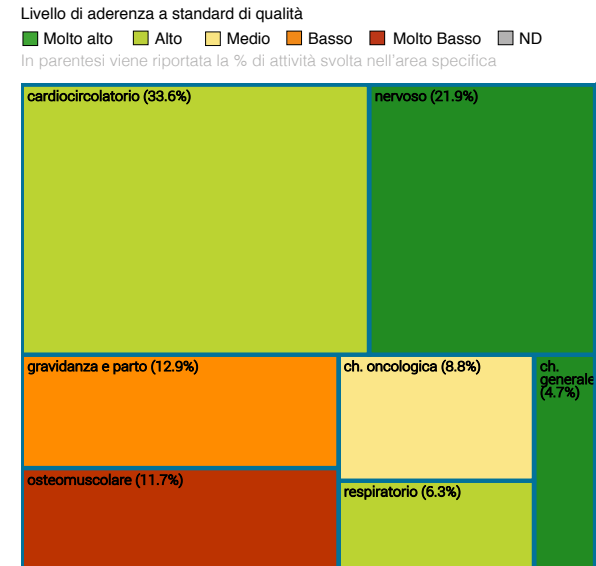


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.77	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.63	●	●	●	●
Medicina	3.66	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.77	●	●	●	●
Neurologia	0.52	●	●	●	●
Ortopedia	1.54	●	●	●	●
Urologia	-1.58	●	●	●	●

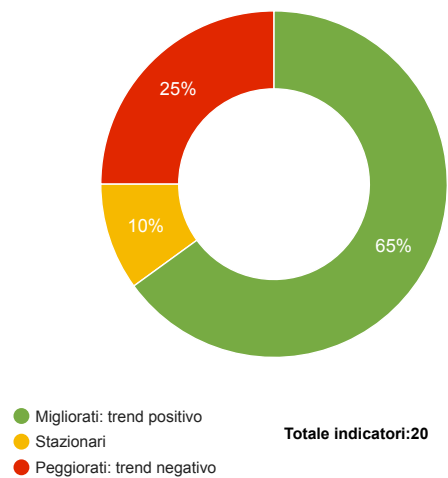
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

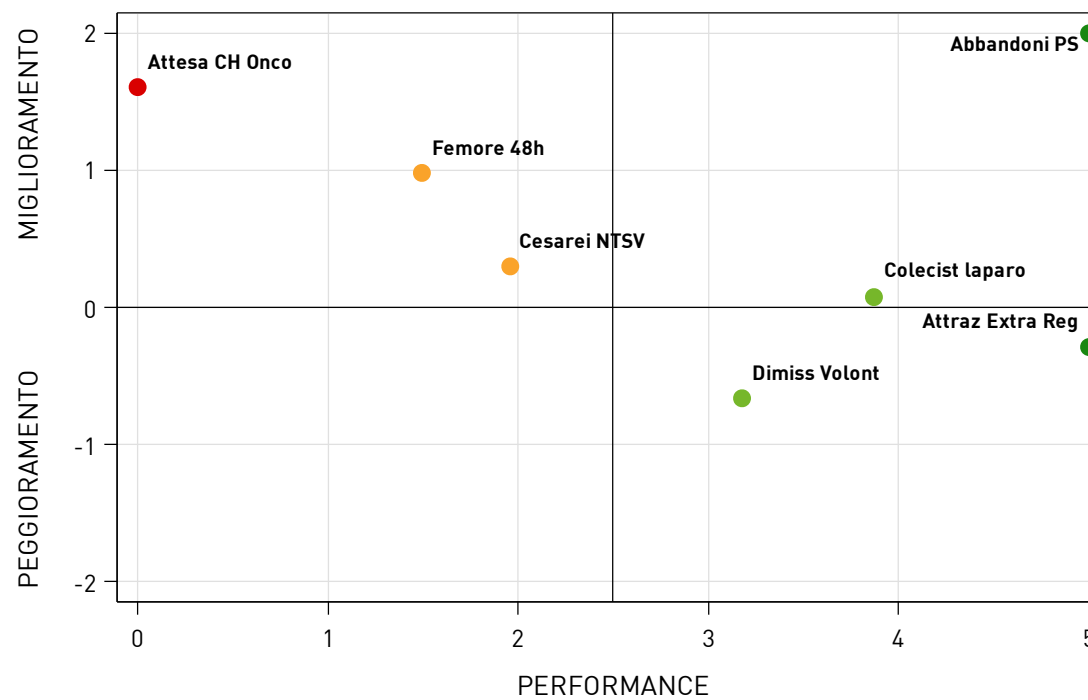


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

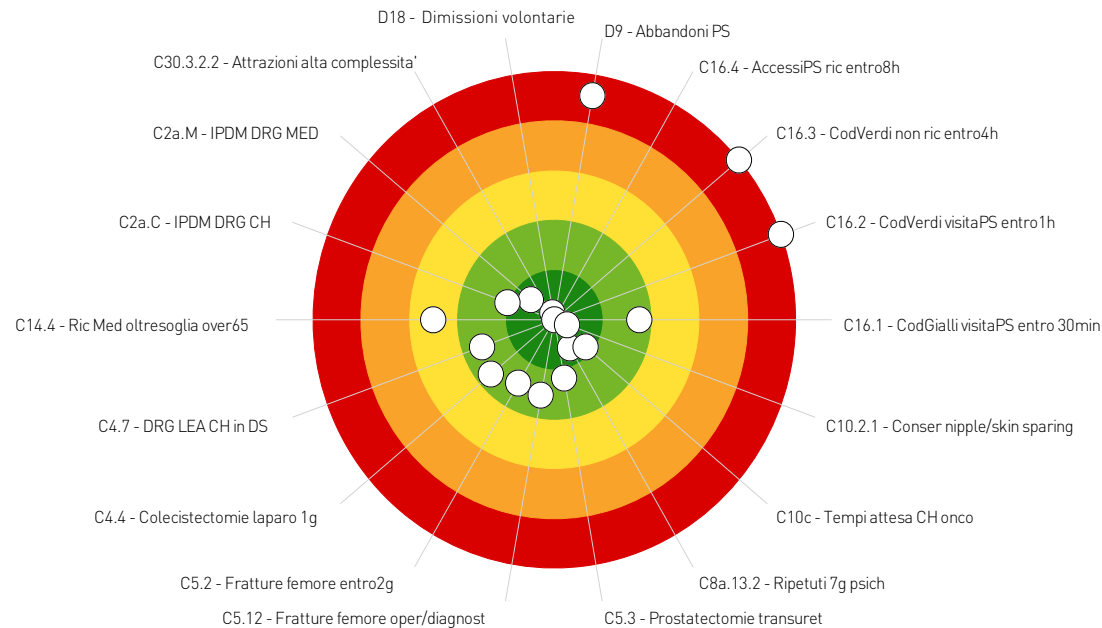


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



ISTITUTO CLINICO HUMANITAS ROZZANO

Valutazione Performance 2016



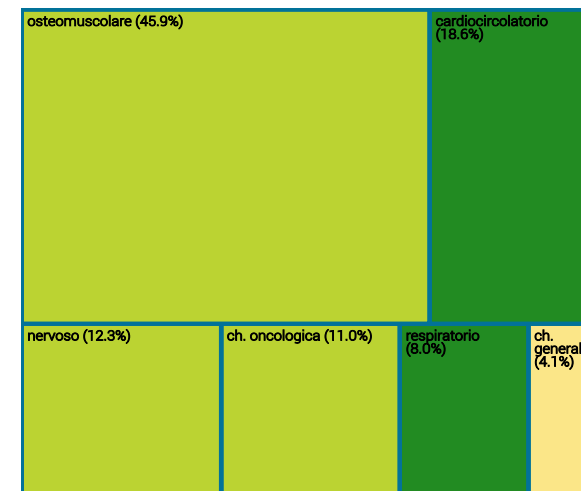
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-1.00	●	●	●	●
Cardiologia	-1.45	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.73	●	●	●	●
Medicina	0.29	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.53	●	●	●	●
Neurologia	1.14	●	●	●	●
Ortopedia	-2.31	●	●	●	●
Urologia	-0.52	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

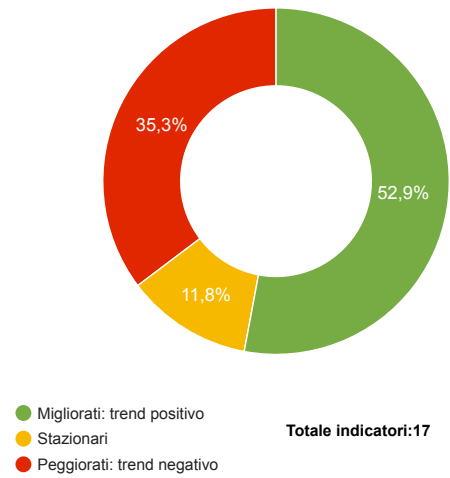
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

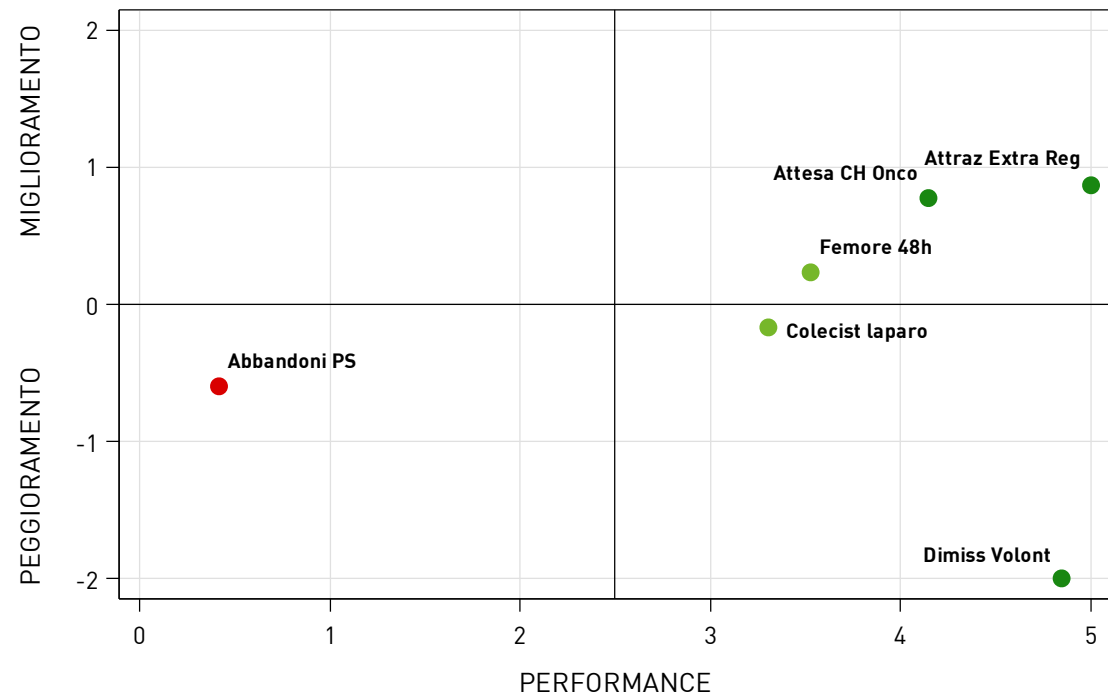


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

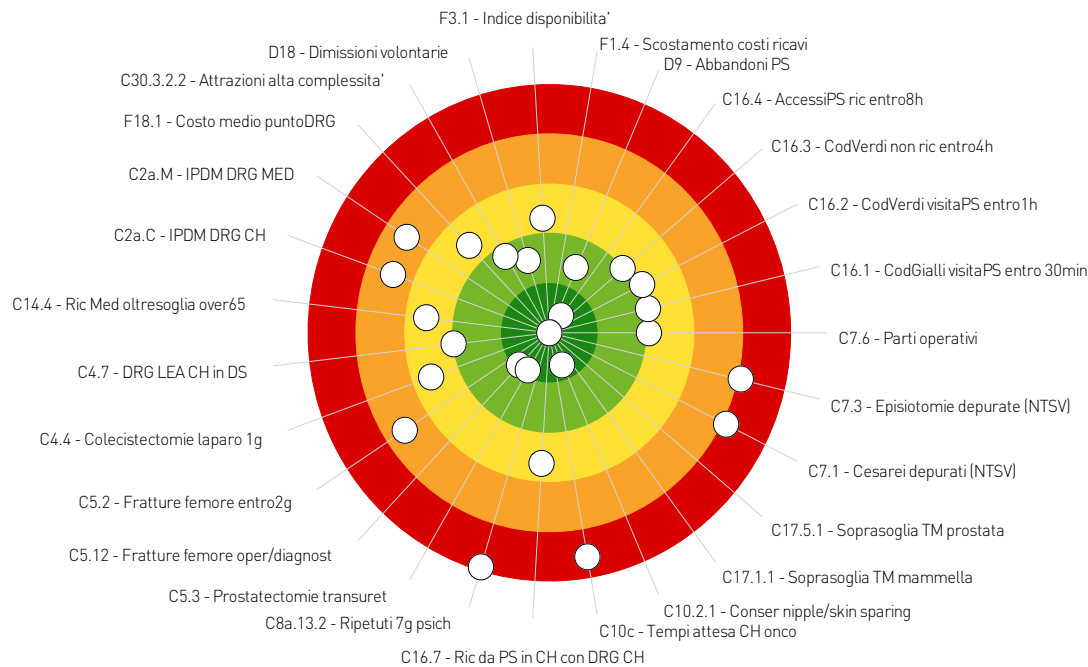


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

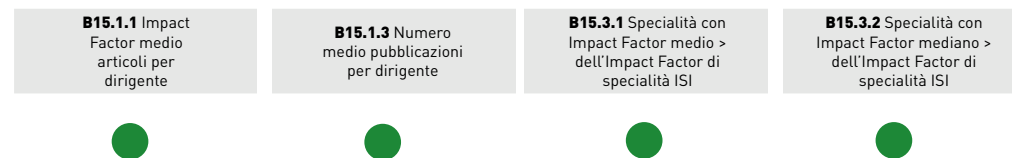


AO DI PADOVA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



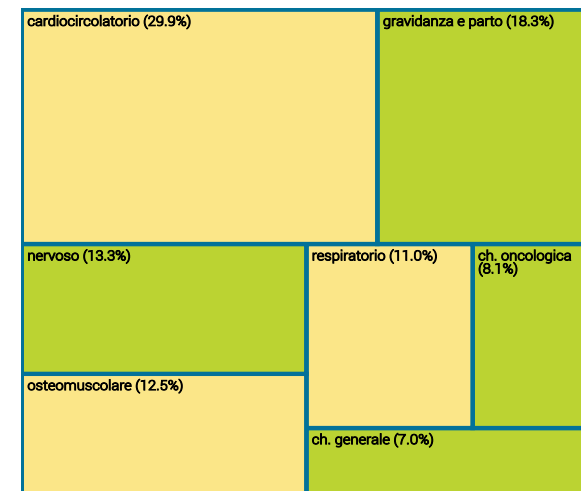
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.17	●	●	●	●
Cardiologia	1.19	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.69	●	●	●	●
Medicina	1.37	●	●	●	●
Neurochirurgia	3.17	●	●	●	●
Neurologia	-0.02	●	●	●	●
Ortopedia	1.60	●	●	●	●
Urologia	0.05	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

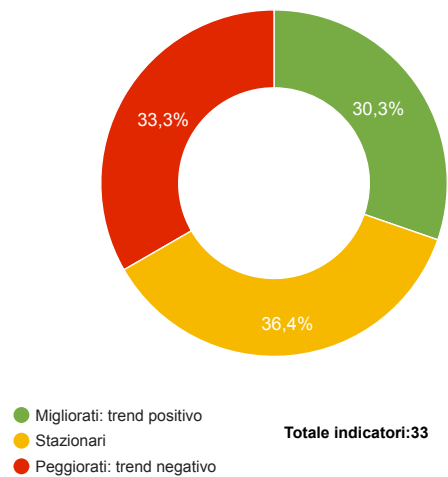
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

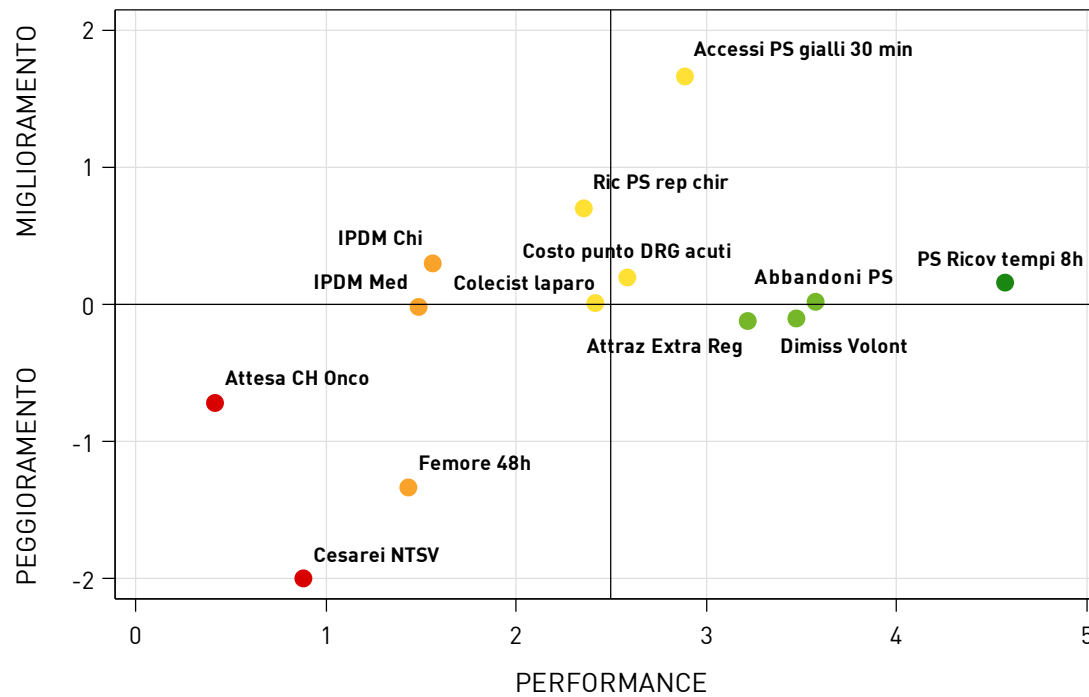


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

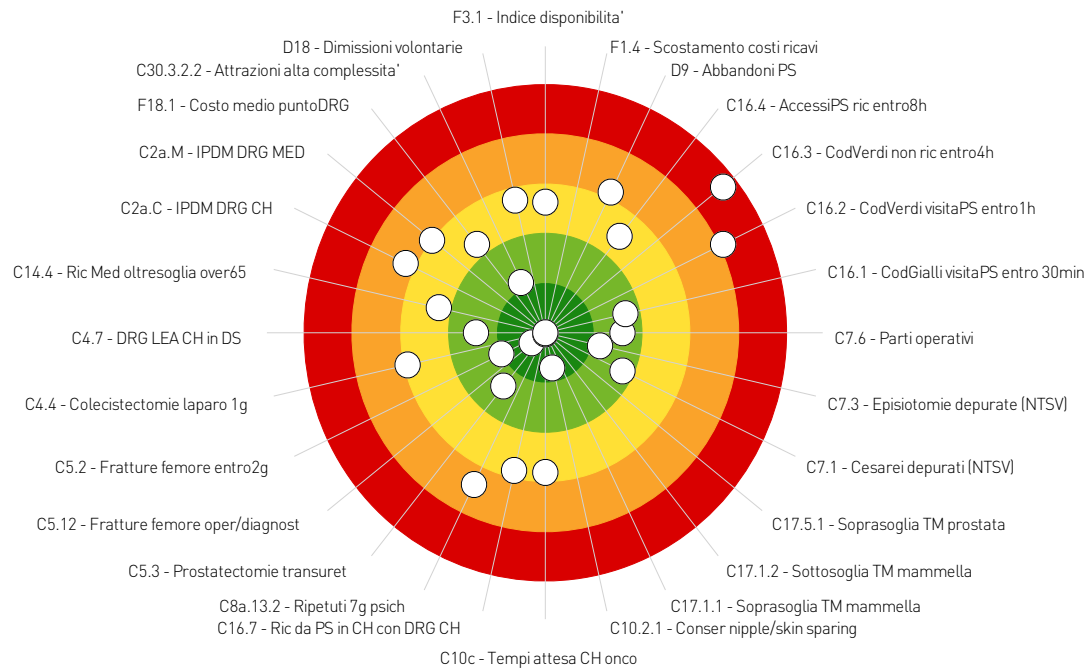


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

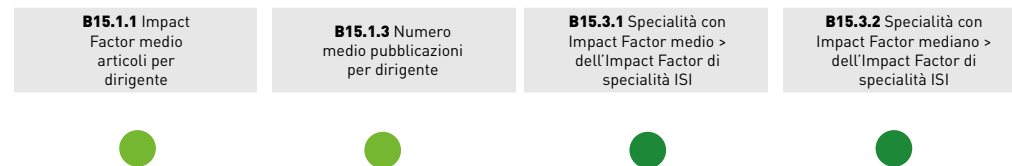


AOU VERONA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

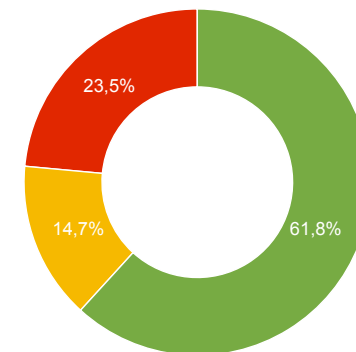


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-2.00	●	●	●	●
Cardiologia	3.27	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.93	●	●	●	●
Medicina	1.24	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.00	●	●	●	●
Neurologia	1.59	●	●	●	●
Ortopedia	-0.16	●	●	●	●
Urologia	-0.58	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Trend 2015-2016 Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



● Migliorati: trend positivo
● Stazionari
● Peggiorati: trend negativo

Totale indicatori: 34

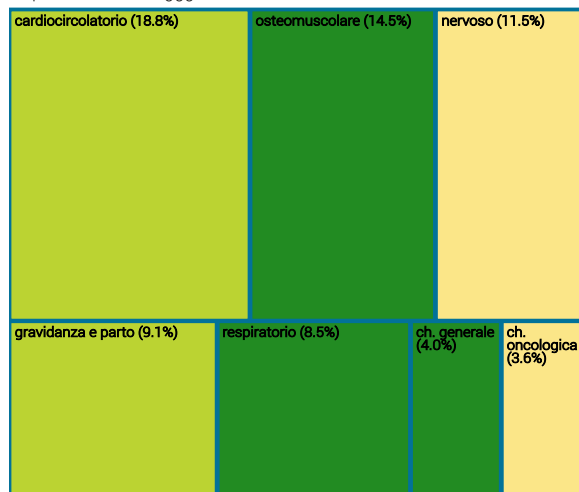
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità

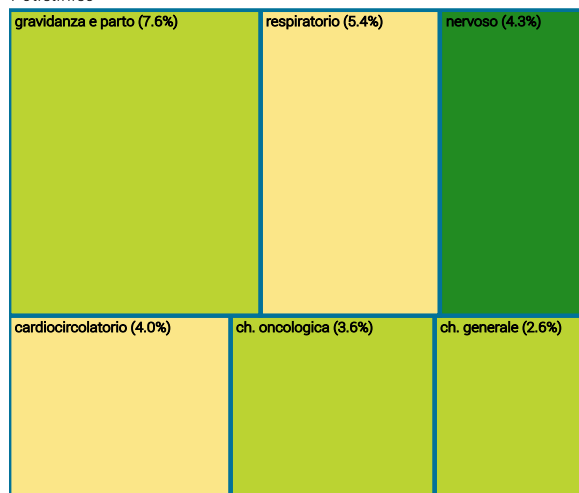
■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

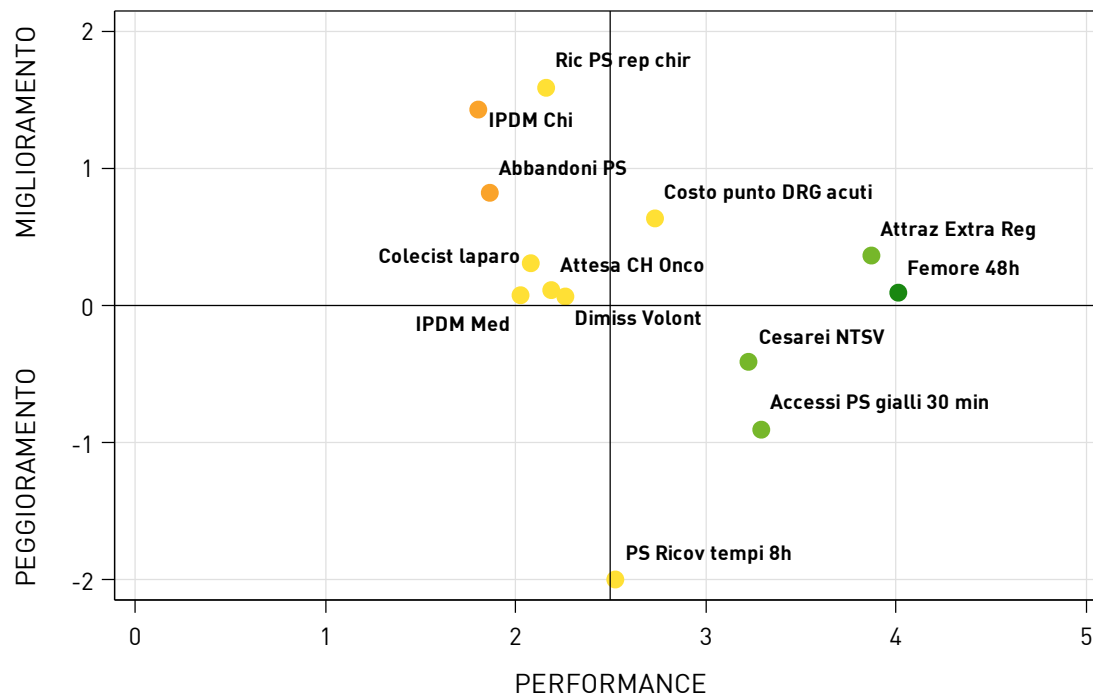
Ospedale Civile Maggiore



Policlinico

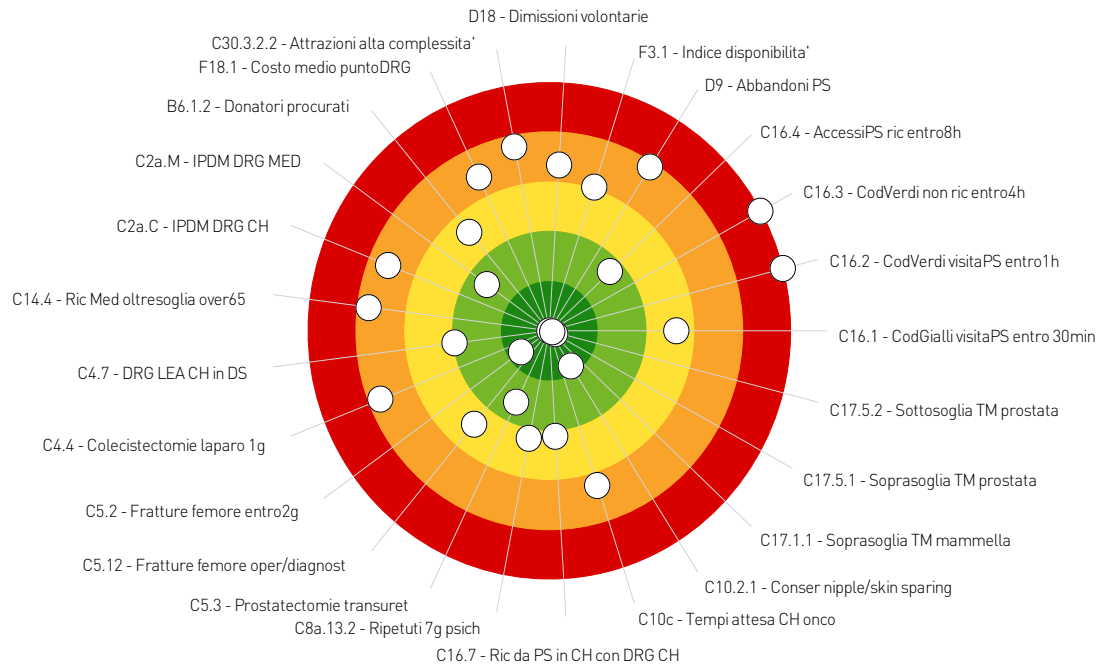


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

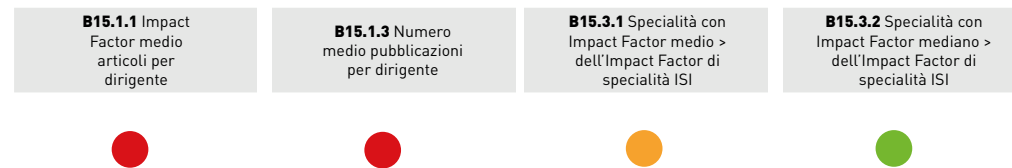


ASUI TRIESTE

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



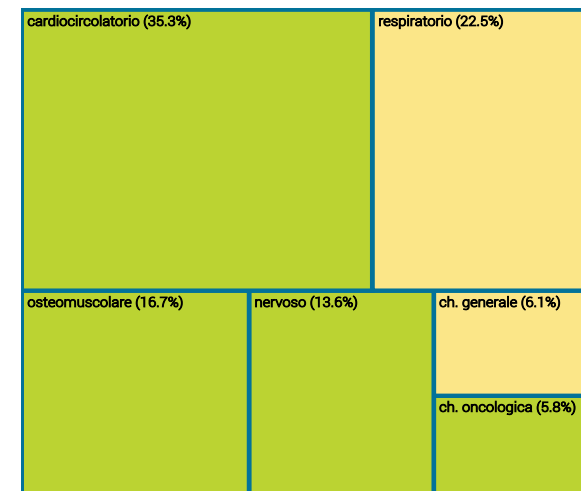
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	4.46	●	●	●	●
Cardiologia	-2.36	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.23	●	●	●	●
Medicina	0.18	●	●	●	●
Neurochirurgia	2.99	●	●	●	●
Neurologia	5.55	●	●	●	●
Ortopedia	0.72	●	●	●	●
Urologia	-0.24	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

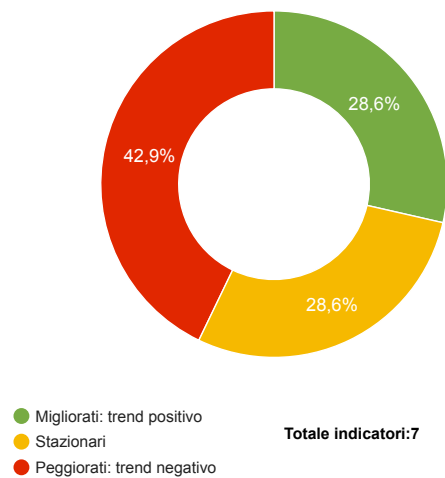
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

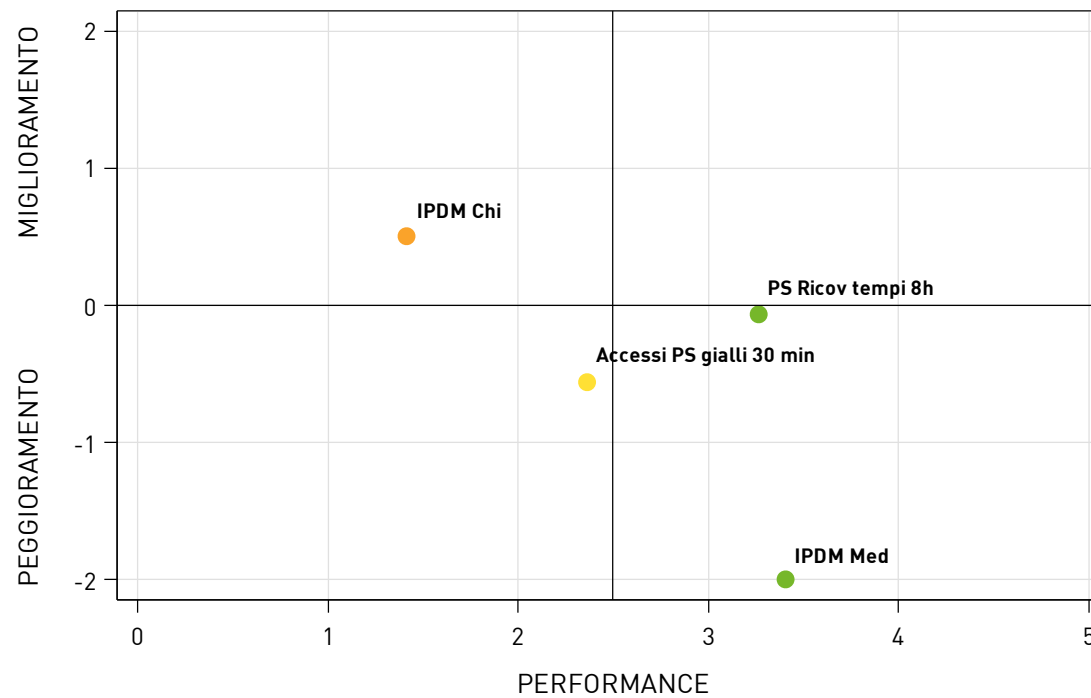


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

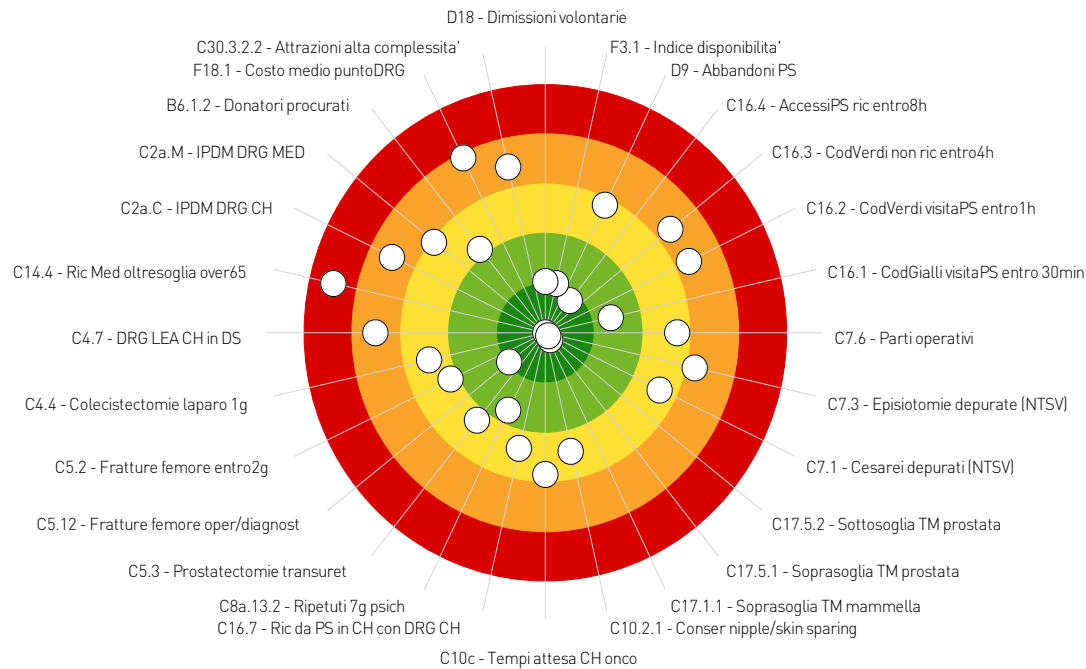


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

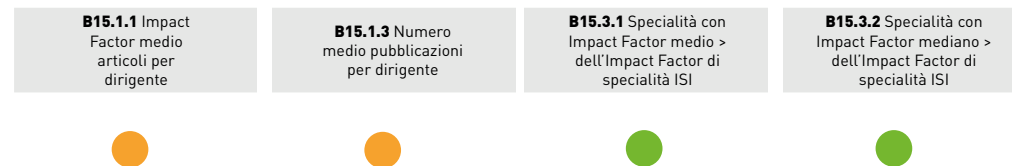


ASUI UDINE

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

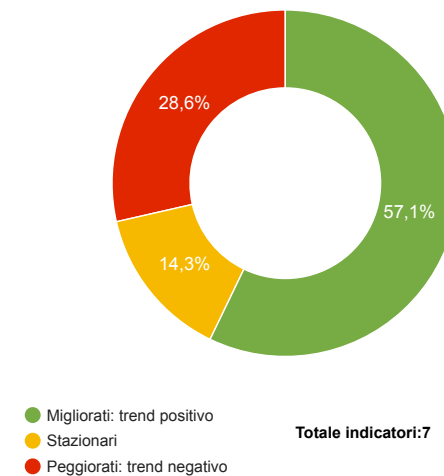


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	5.59	●	●	●	●
Cardiologia	-0.53	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.73	●	●	●	●
Medicina	1.26	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.29	●	●	●	●
Neurologia	0.47	●	●	●	●
Ortopedia	1.83	●	●	●	●
Urologia	-1.55	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Trend 2015-2016 Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



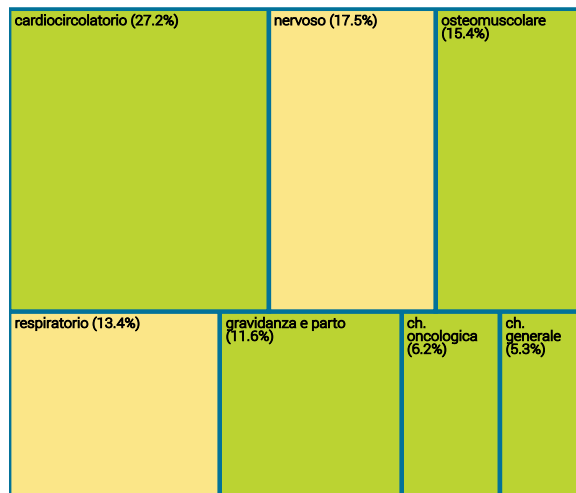
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità

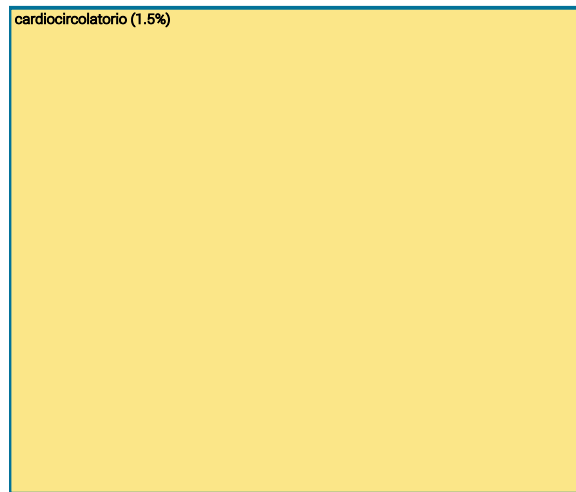
■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto Basso
 ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

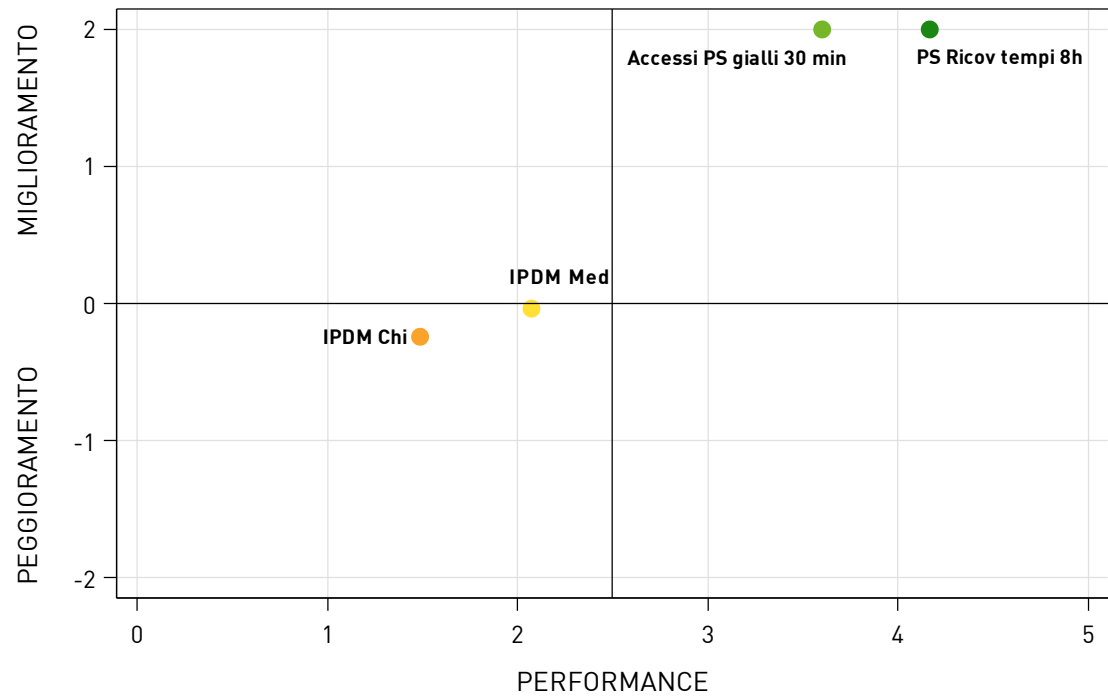
Sede di Udine



Sede di Cividale

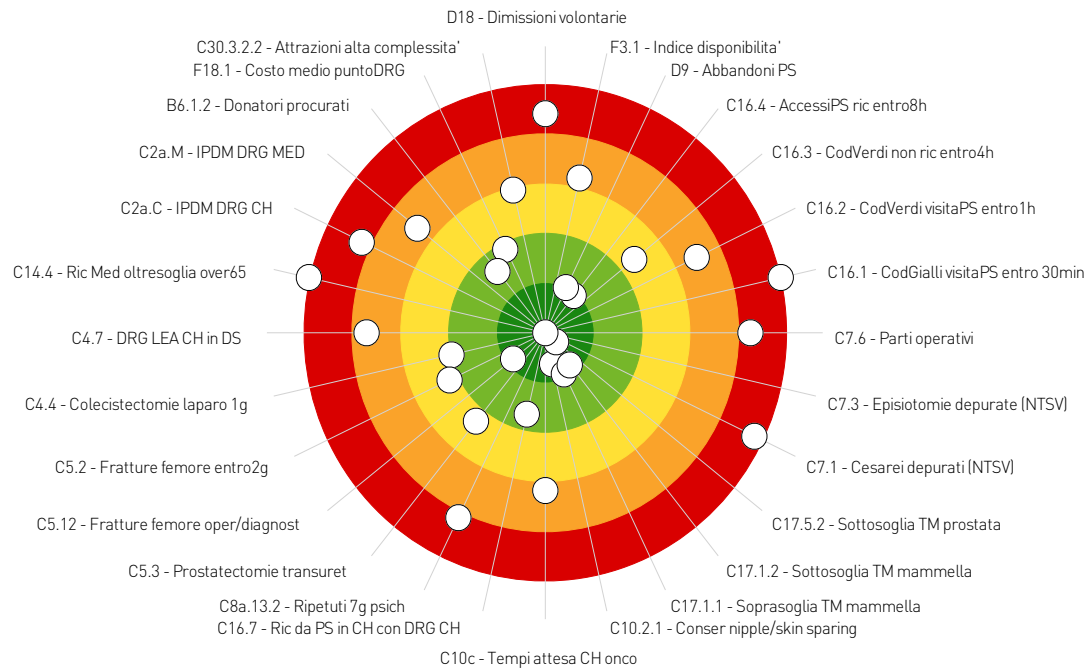


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

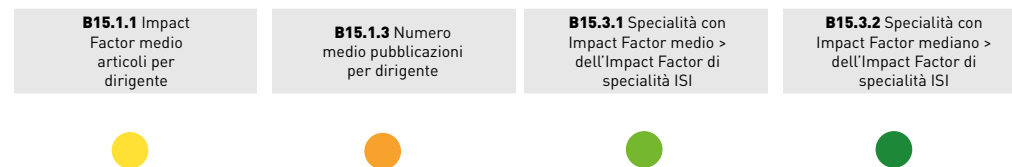


IRCCS S. MARTINO - GENOVA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



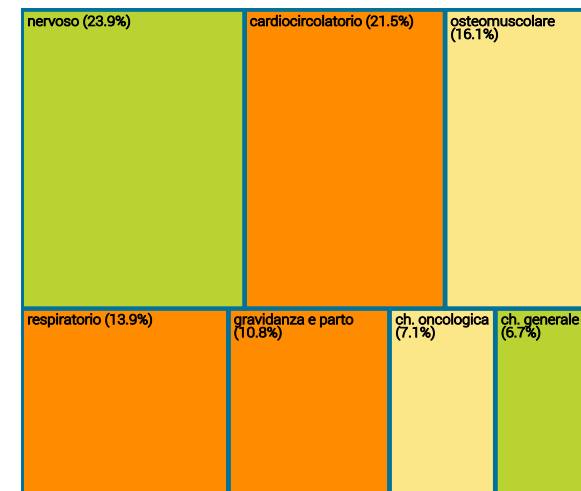
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	4.65	●	●	●	●
Cardiologia	-0.91	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.26	●	●	●	●
Medicina	6.01	●	●	●	●
Neurochirurgia	1.49	●	●	●	●
Neurologia	1.34	●	●	●	●
Ortopedia	-0.12	●	●	●	●
Urologia	1.40	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

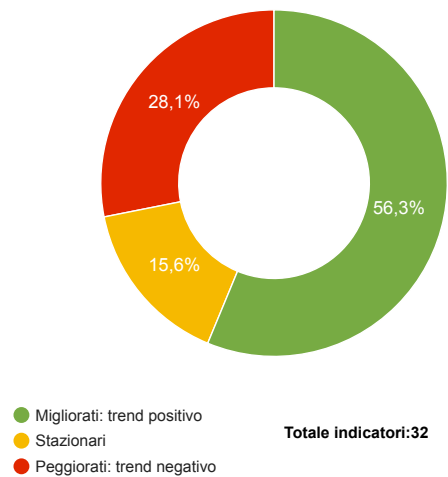
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

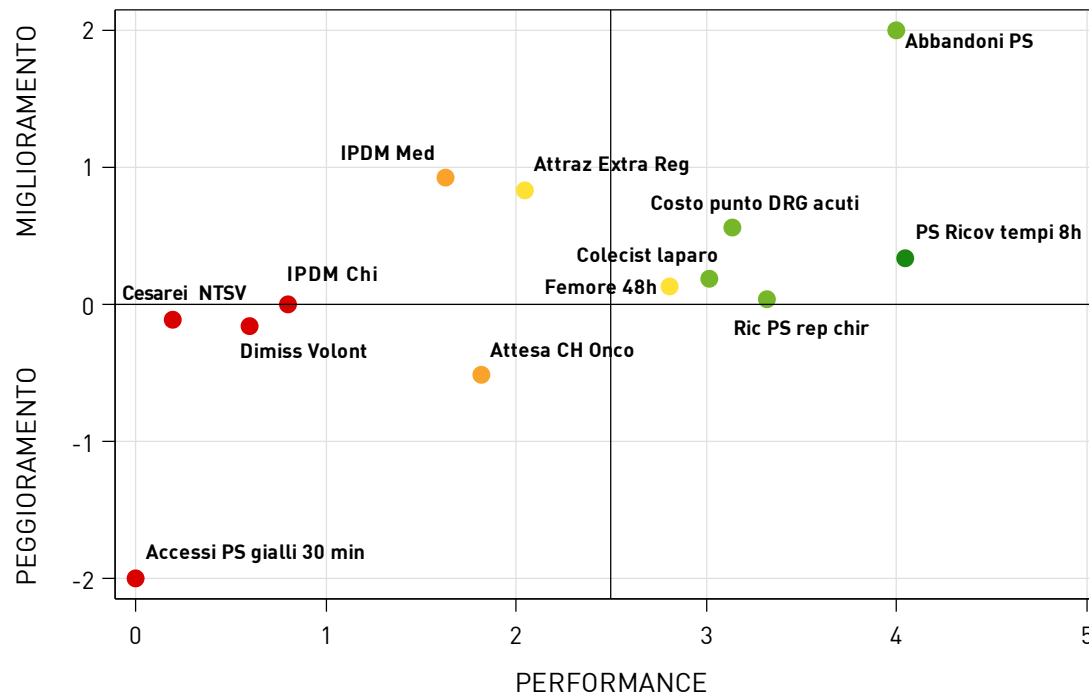


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

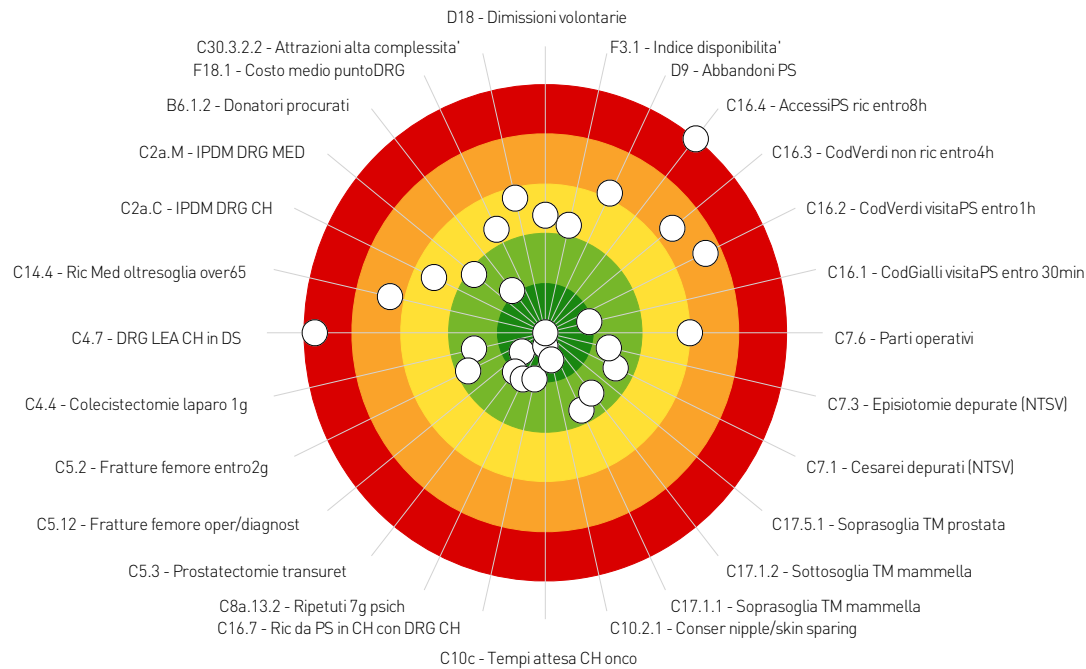


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

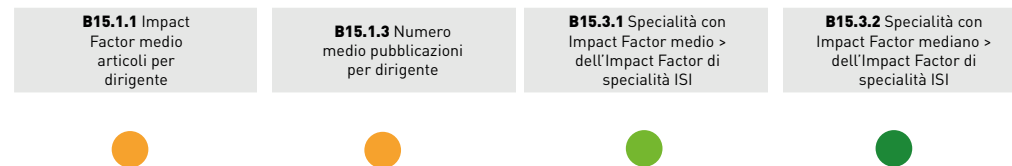


AOU PARMA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



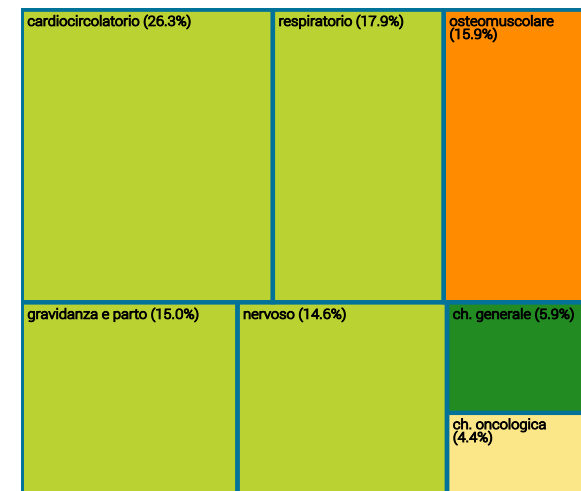
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.85	●	●	●	●
Cardiologia	1.46	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.38	●	●	●	●
Medicina	-0.87	●	●	●	●
Neurochirurgia	0.16	●	●	●	●
Neurologia	-0.77	●	●	●	●
Ortopedia	0.64	●	●	●	●
Urologia	-0.64	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

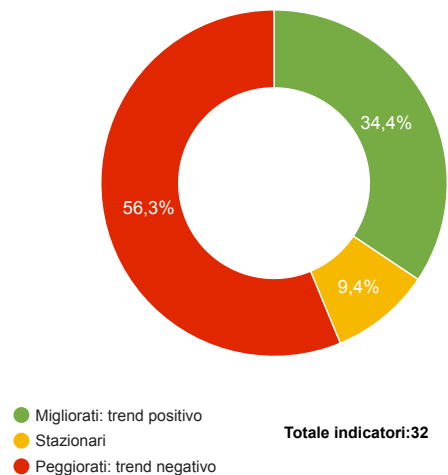
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

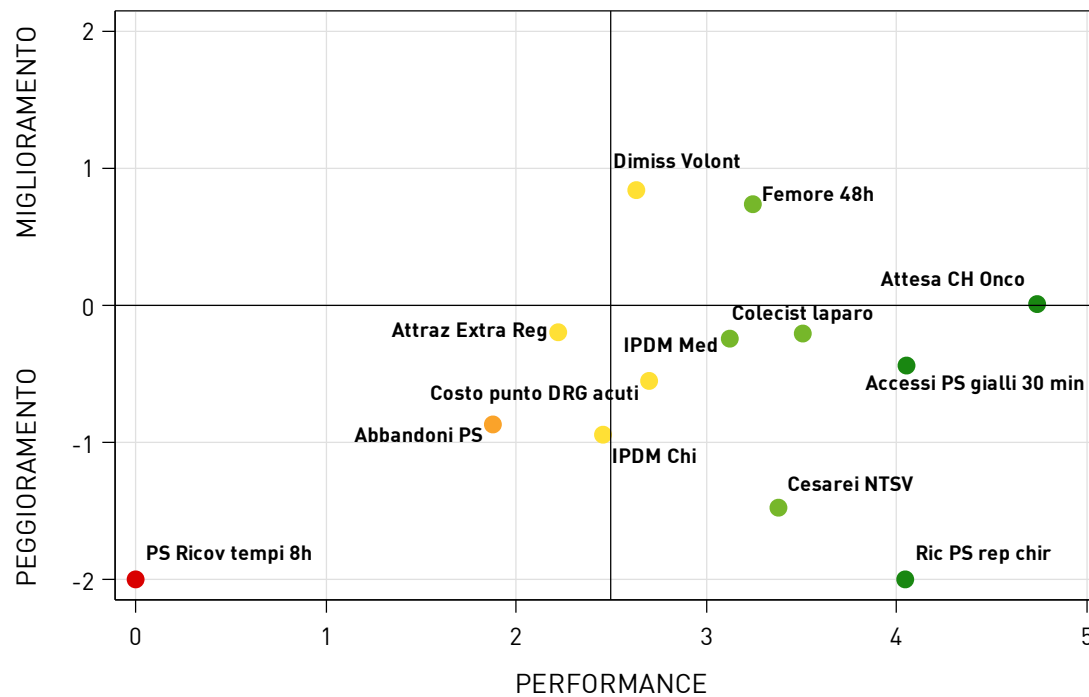


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

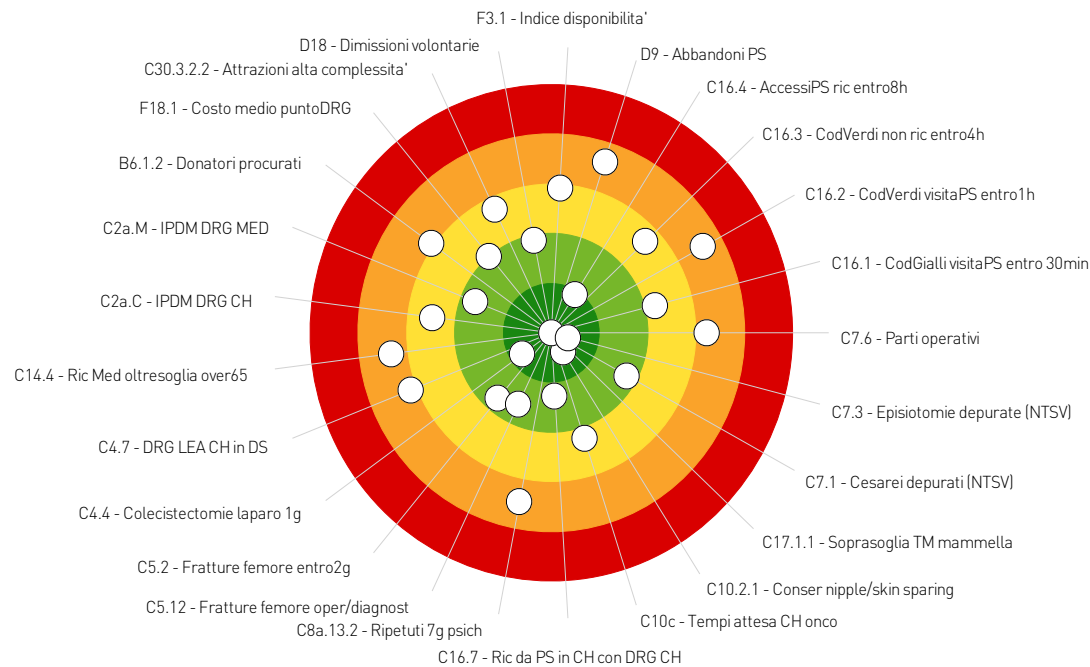


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

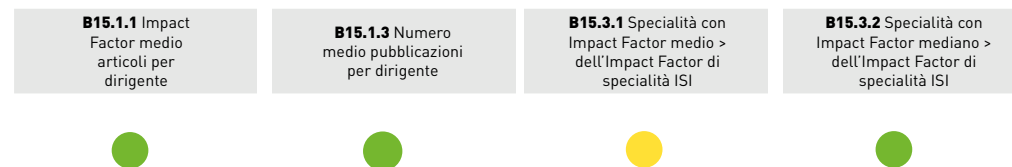


AOU MODENA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



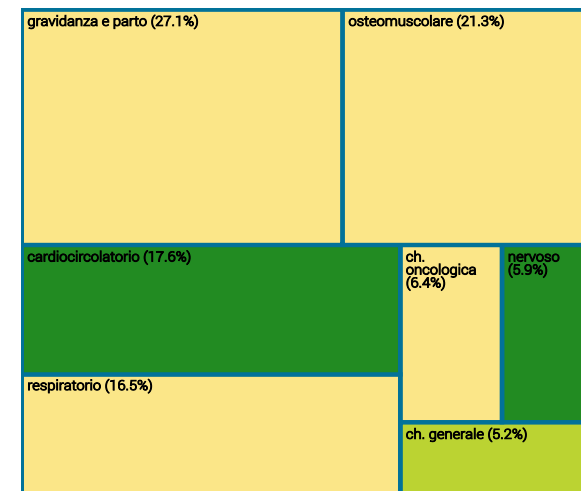
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.63	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.30	●	●	●	●
Medicina	0.82	●	●	●	●
Ortopedia	-1.28	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

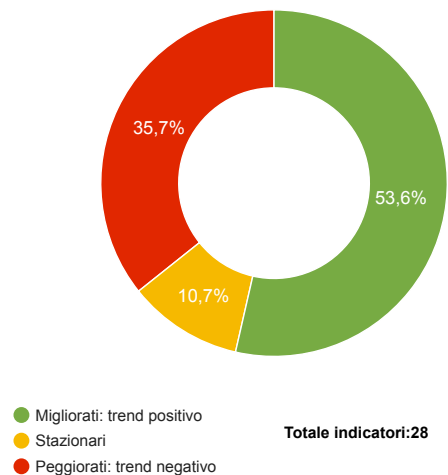
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

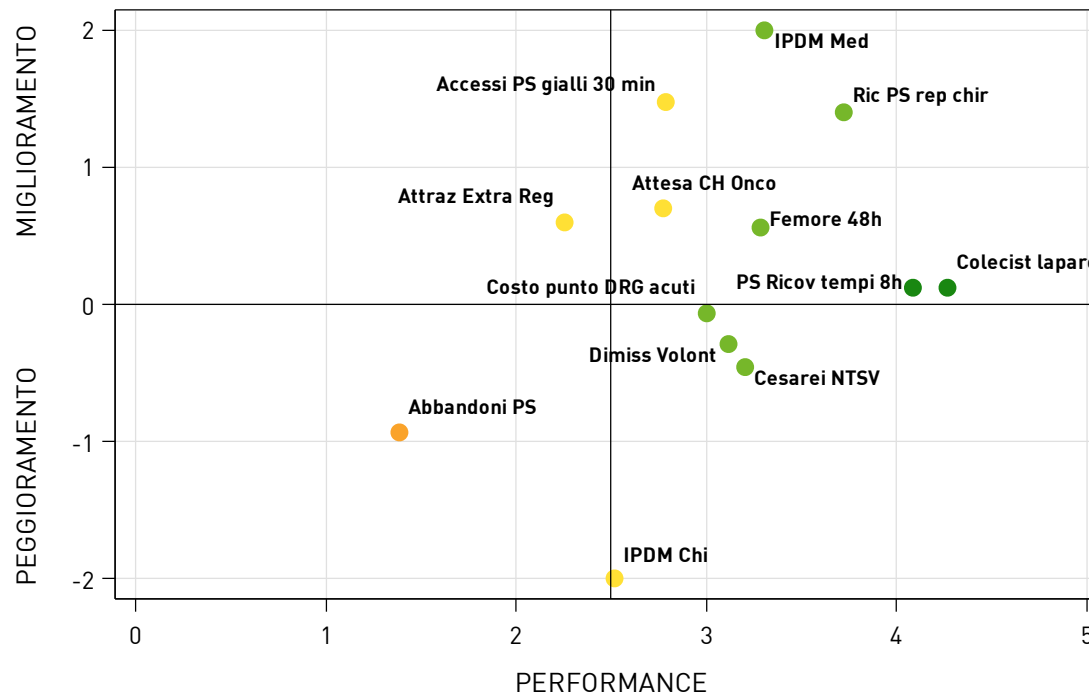


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

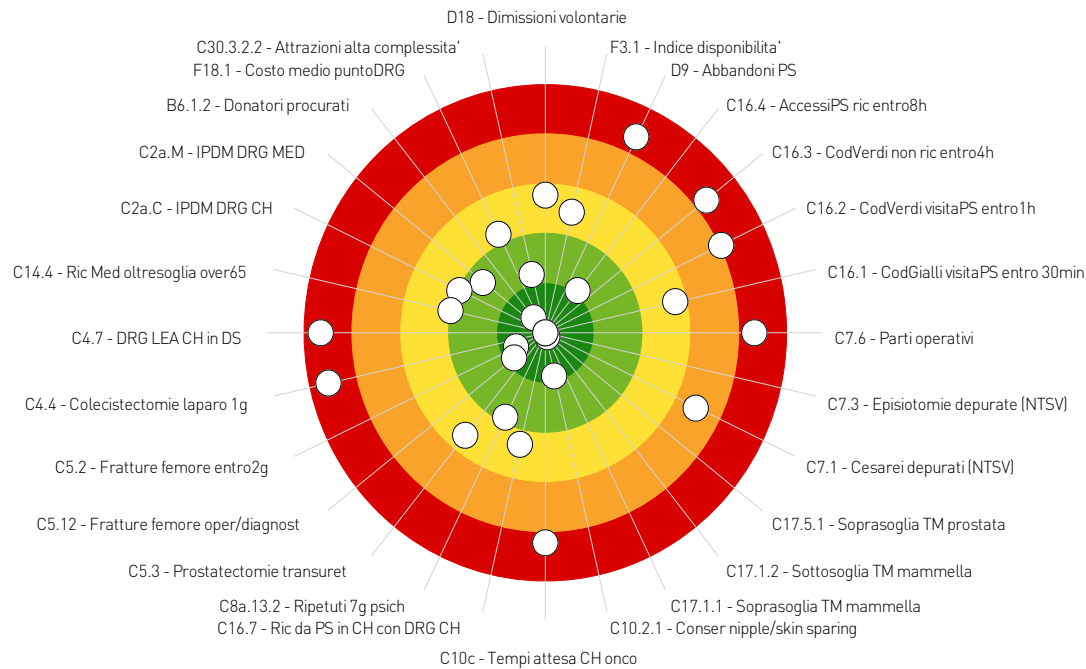


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

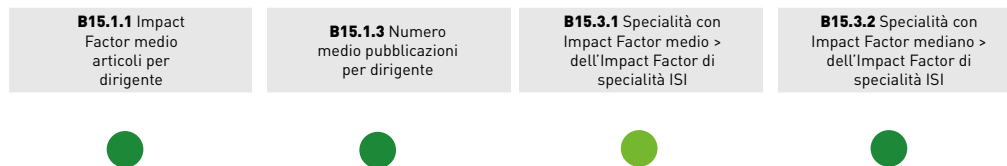


AOU BOLOGNA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

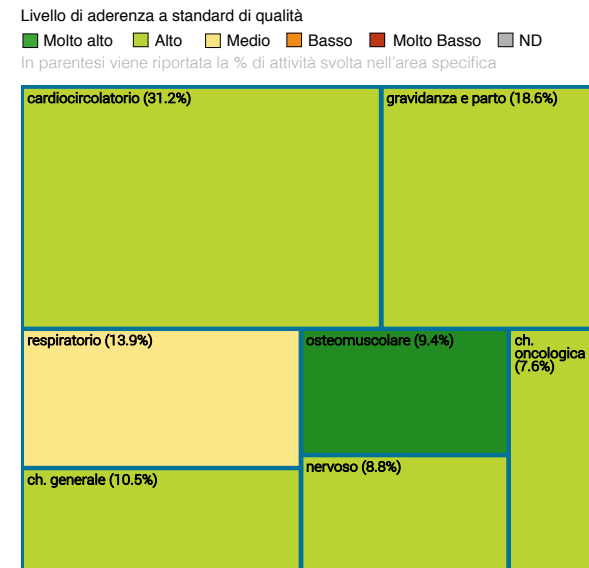


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.99		●	●	●
Cardiologia	-0.31	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.34	●	●	●	●
Medicina	-0.10	●	●	●	
Ortopedia	-0.01	●	●	●	●
Urologia	-1.61	●	●	●	●

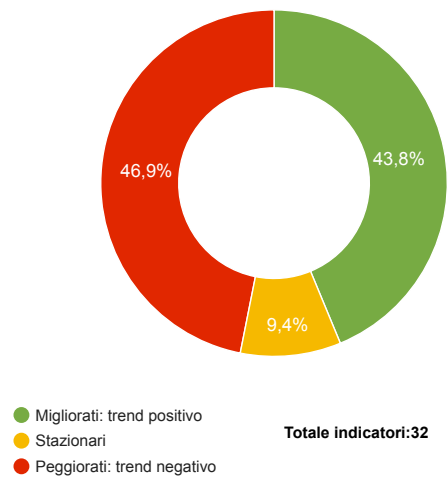
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

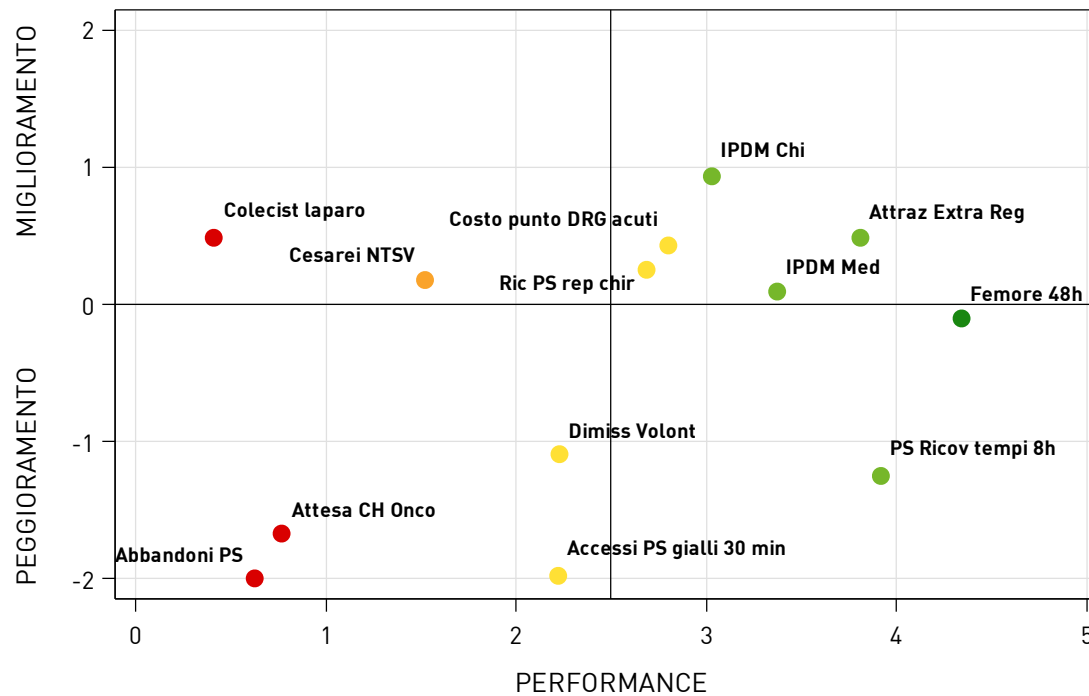


Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

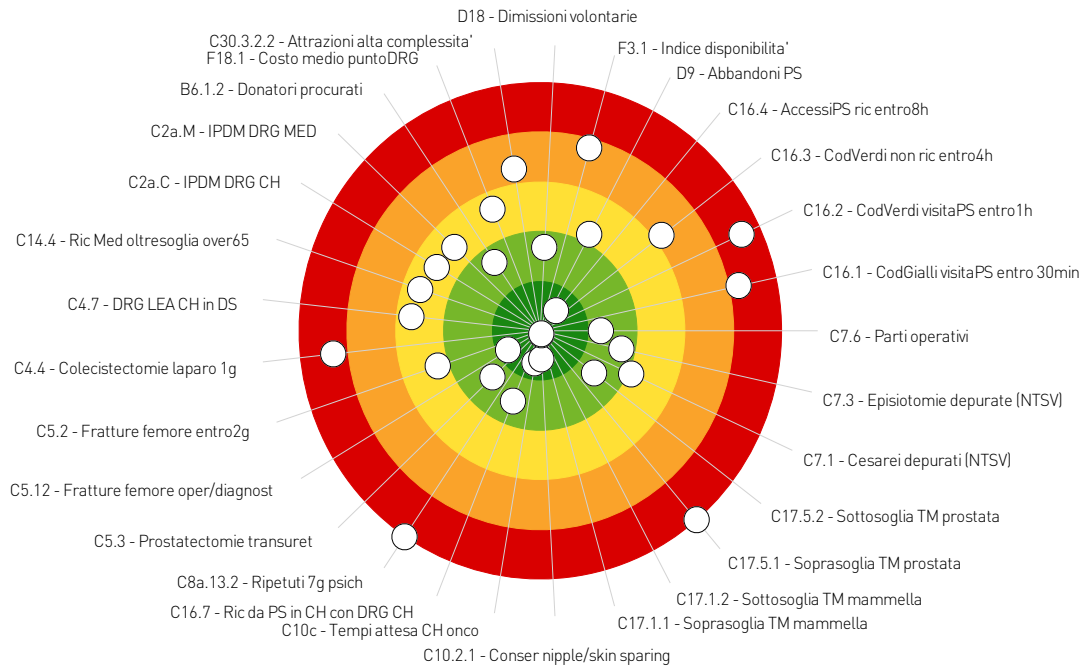


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

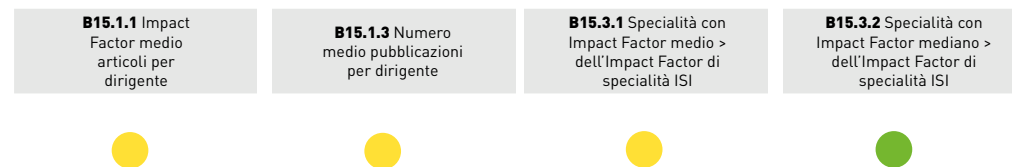


AOU FERRARA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



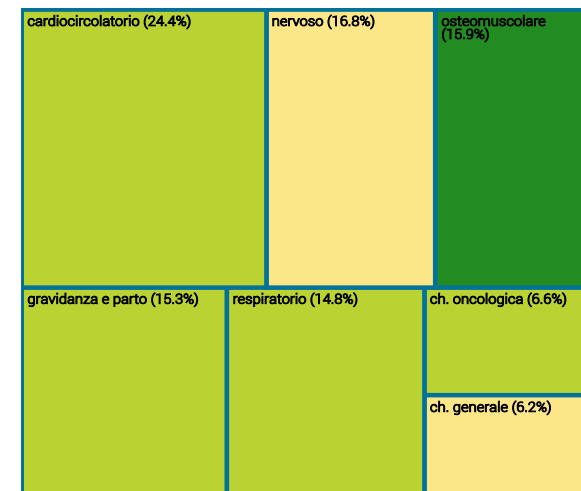
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-2.44	●	●	●	●
Chirurgia generale	-0.40	●	●	●	●
Medicina	0.69	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.94	●	●	●	●
Neurologia	-0.44	●	●	●	●
Ortopedia	0.45	●	●	●	●
Urologia	0.25	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

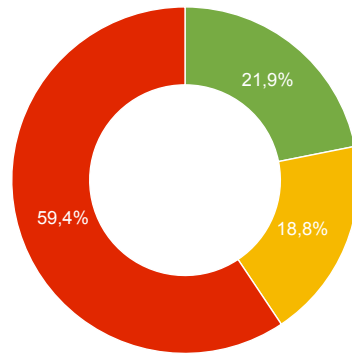
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

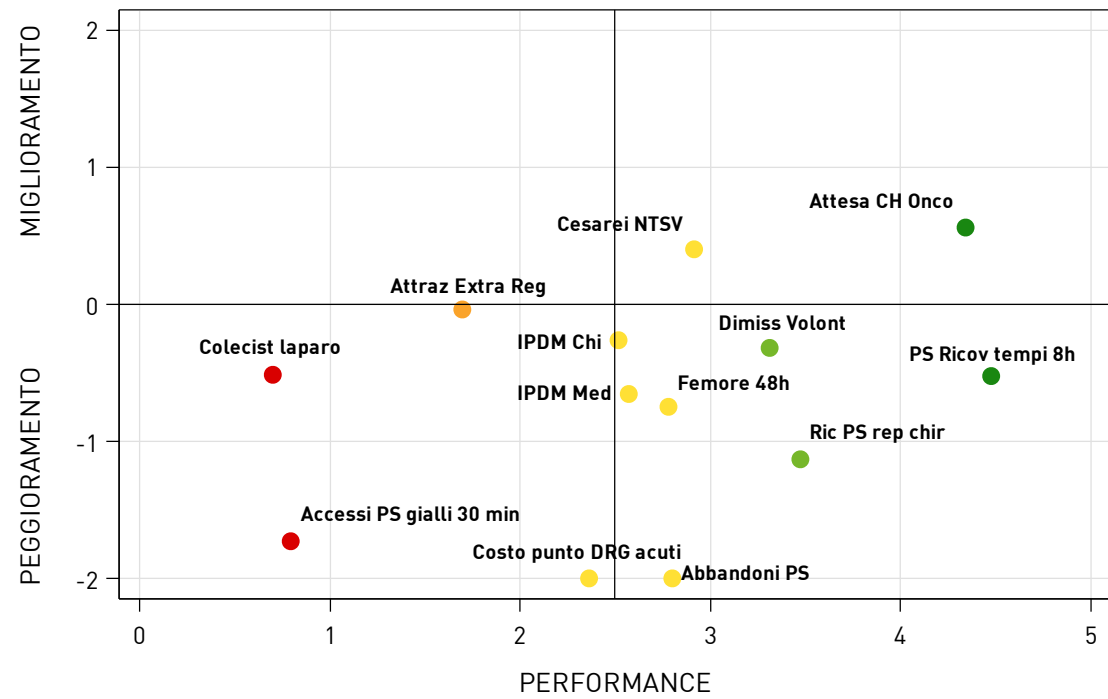
Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



- Migliorati: trend positivo
- Stazionari
- Peggiorati: trend negativo

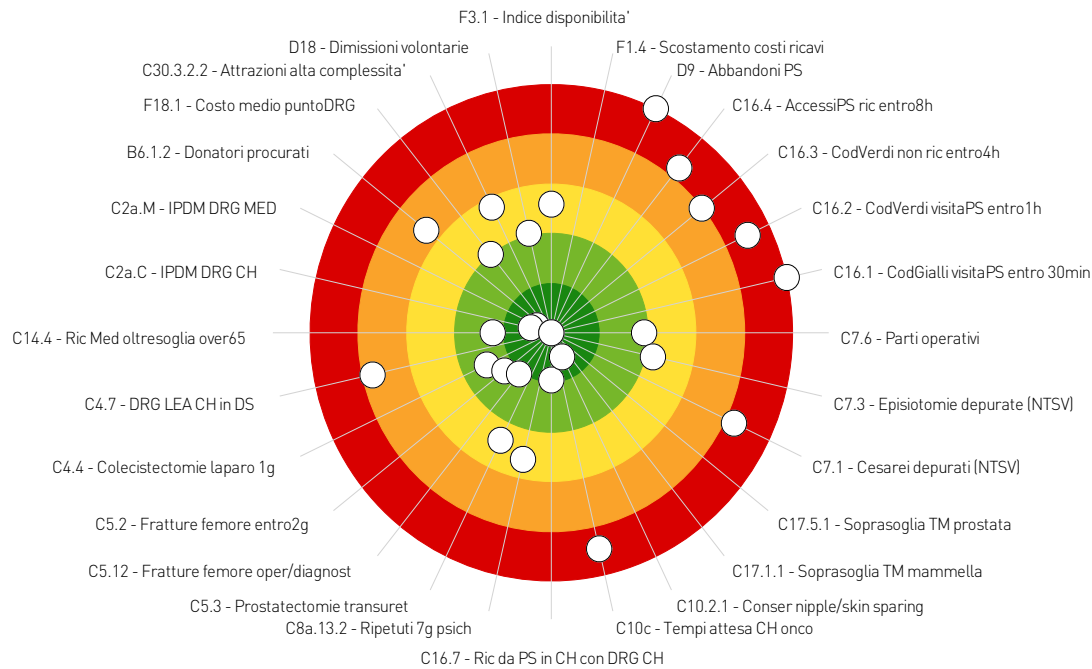
Totale indicatori:32

Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

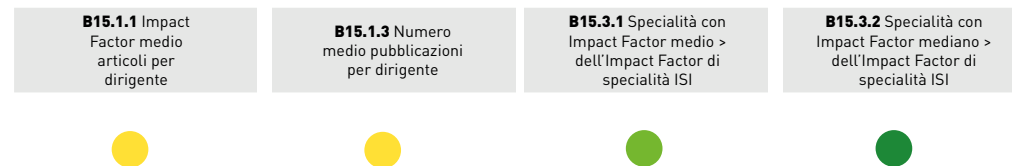


AOU PISANA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



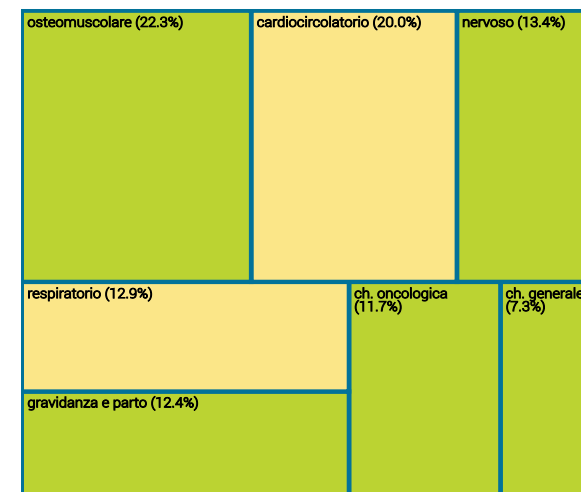
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.45	●	●	●	●
Cardiologia	-0.95	●	●	●	●
Chirurgia generale	-1.03	●	●	●	●
Medicina	-2.83	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.97	●	●	●	●
Neurologia	-0.95	●	●	●	●
Ortopedia	-2.46	●	●	●	●
Urologia	-2.21	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

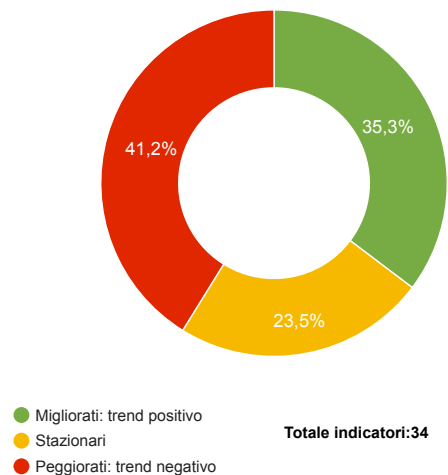
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

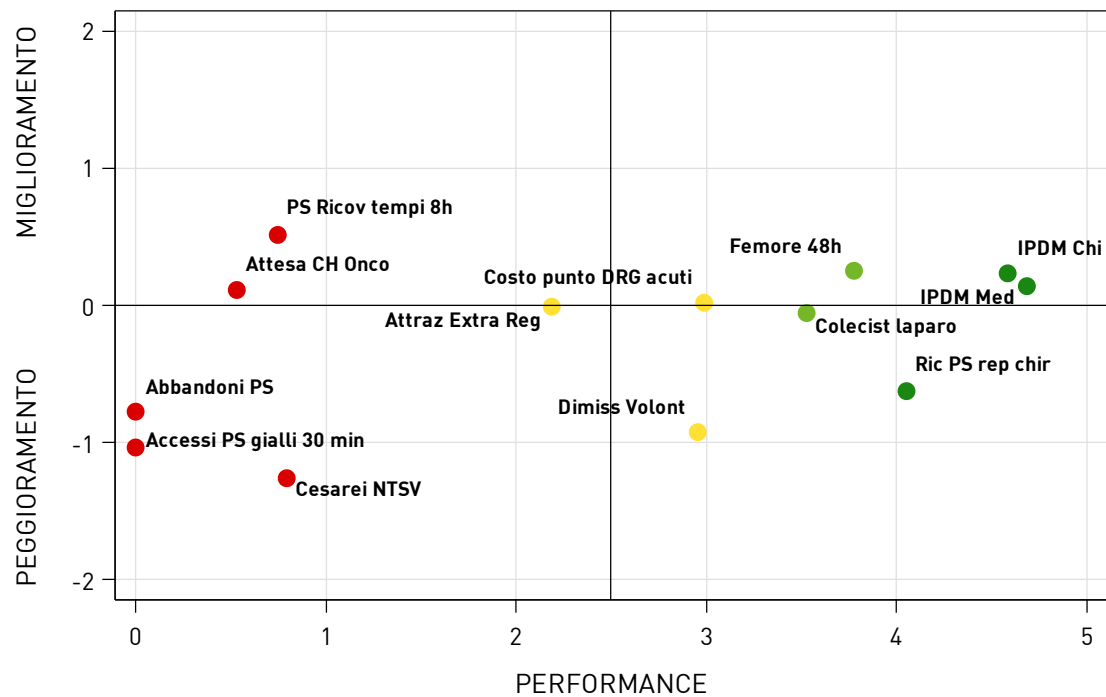


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

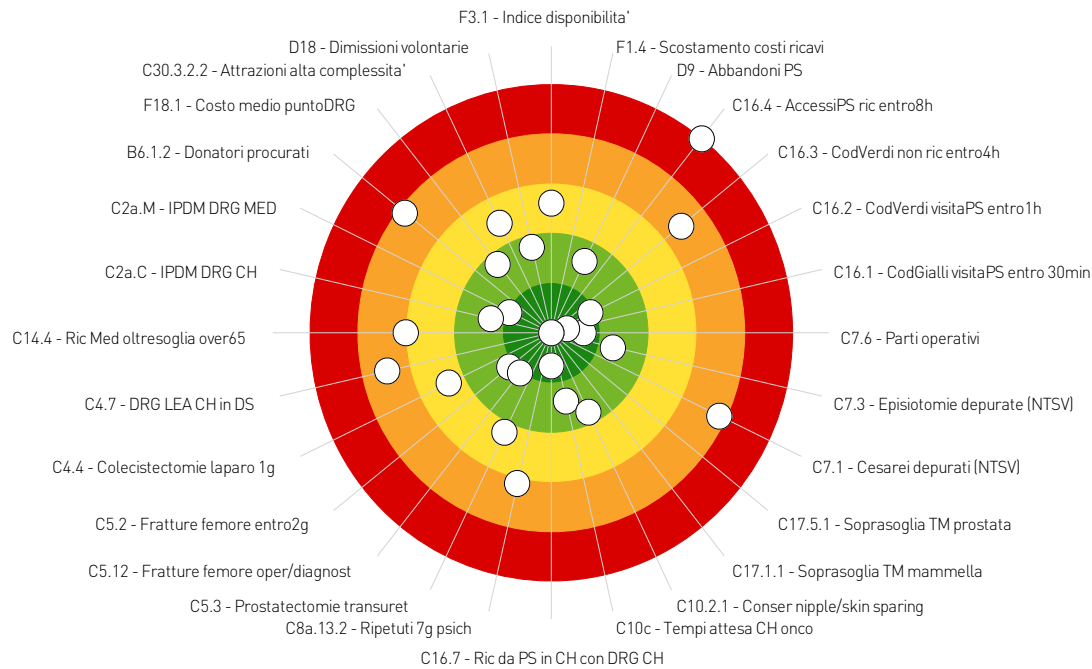


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

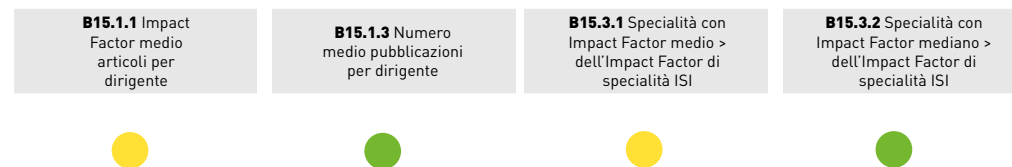


AOU SENESE

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



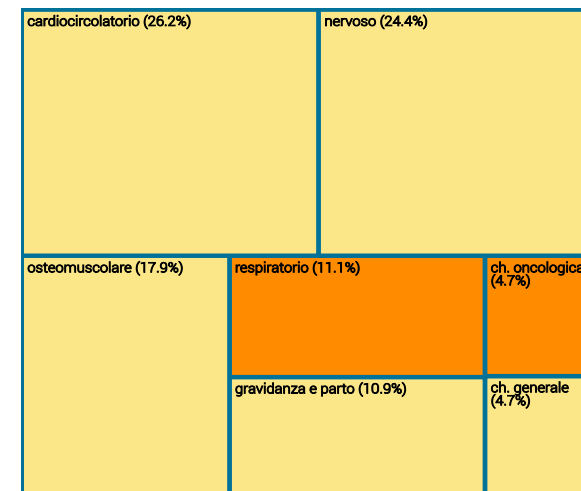
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.06	●	●	●	●
Cardiologia	0.26	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.44	●	●	●	●
Medicina	2.34	●	●	●	●
Neurochirurgia	-1.05	●	●	●	●
Neurologia	-0.43	●	●	●	●
Ortopedia	-1.59	●	●	●	●
Urologia	-2.86	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

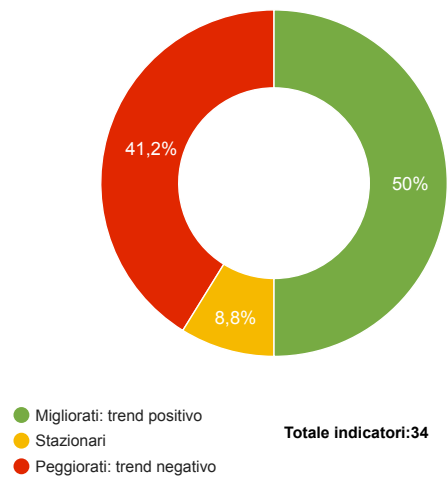
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ● Molto alto ● Alto ● Medio ● Basso ● Molto Basso ● ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

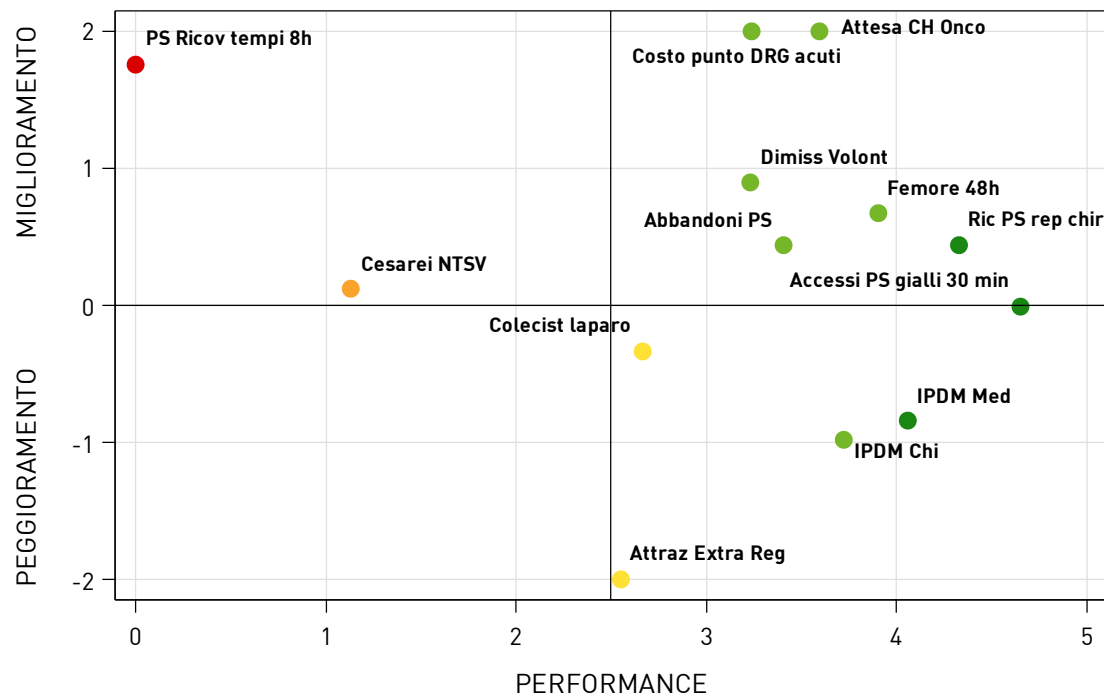


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

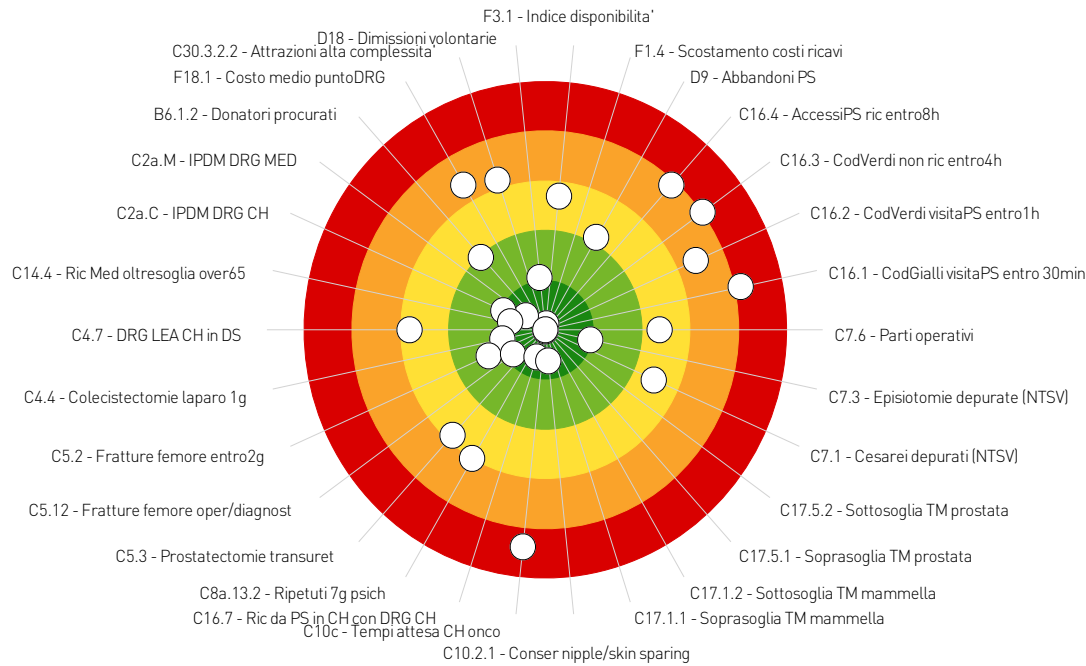


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

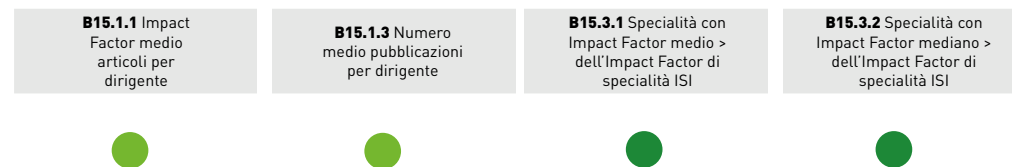


AOU CAREGGI

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-0.48	●	●	●	●
Cardiologia	-1.80	●	●	●	●
Chirurgia generale	-2.09	●	●	●	●
Medicina	-1.75	●	●	●	●
Neurochirurgia	-2.78	●	●	●	●
Neurologia	-1.73	●	●	●	●
Ortopedia	0.51	●	●	●	●
Urologia	-0.81	●	●	●	●

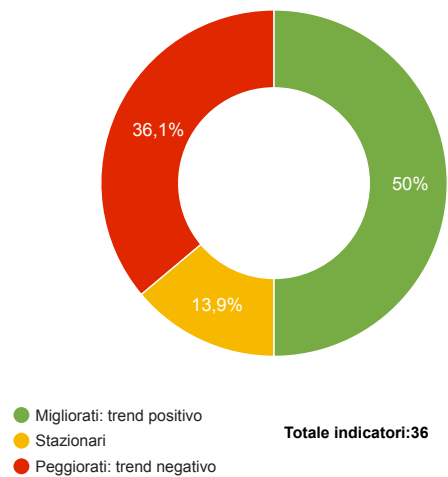
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

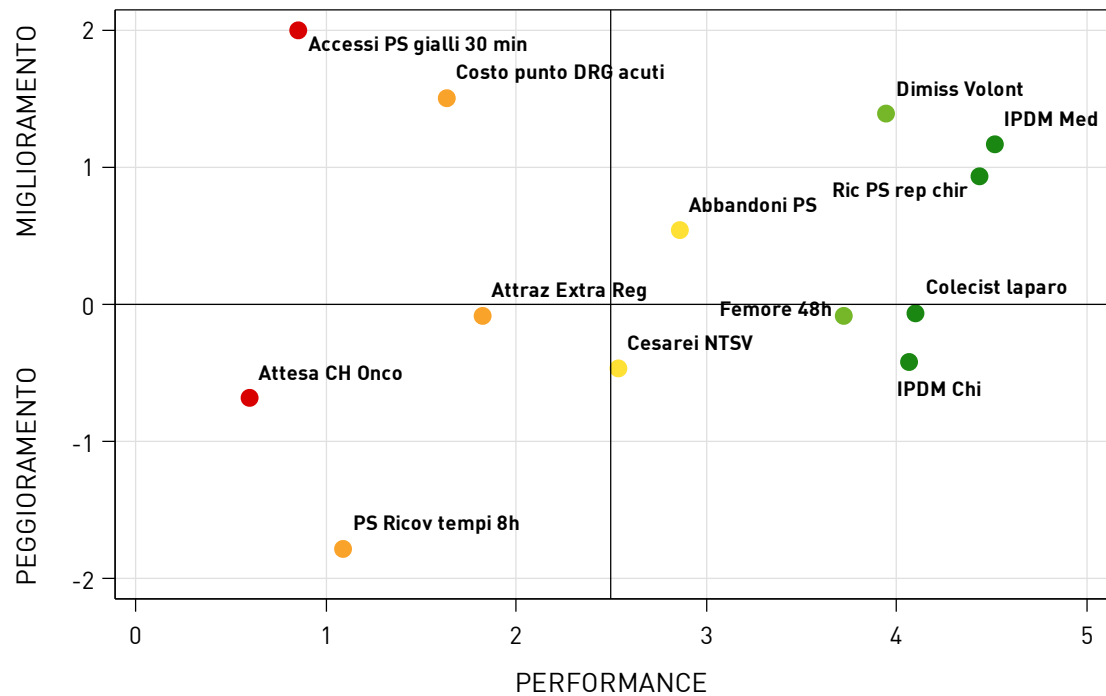


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

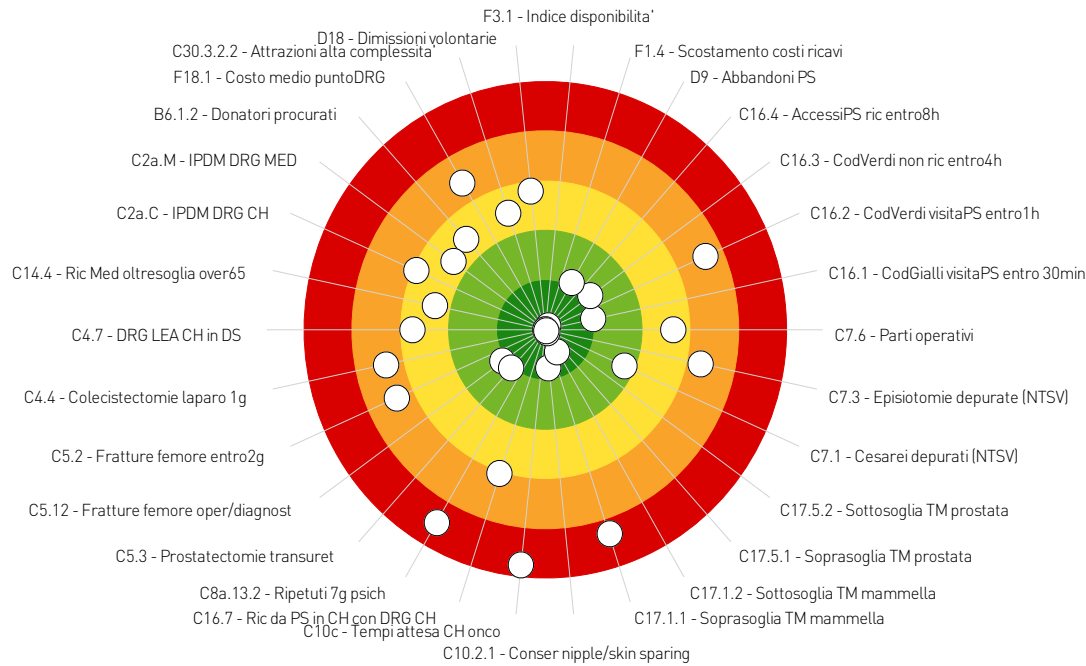


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

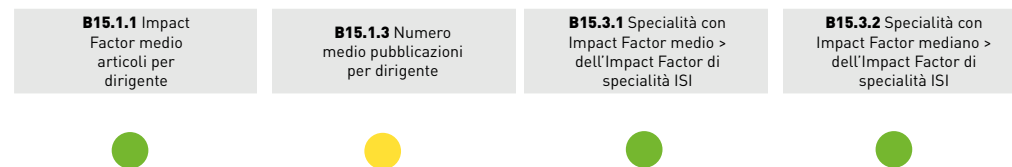


AO PERUGIA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



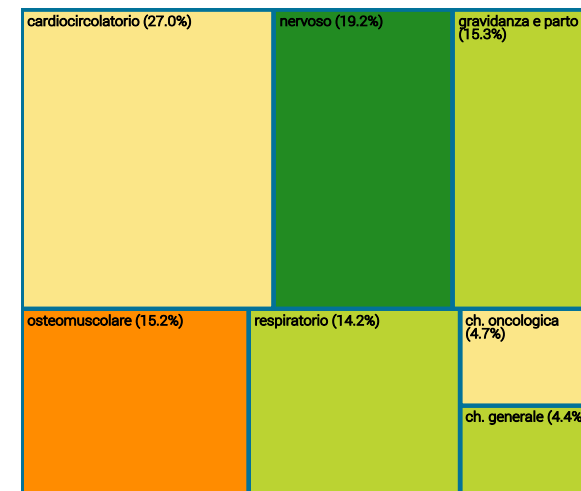
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia	5.22			
Cardiologia	-1.98			
Chirurgia generale	0.24			
Medicina	-0.04			
Neurochirurgia	-0.08			
Neurologia	-0.92			
Ortopedia	-1.82			
Urologia	1.02			

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

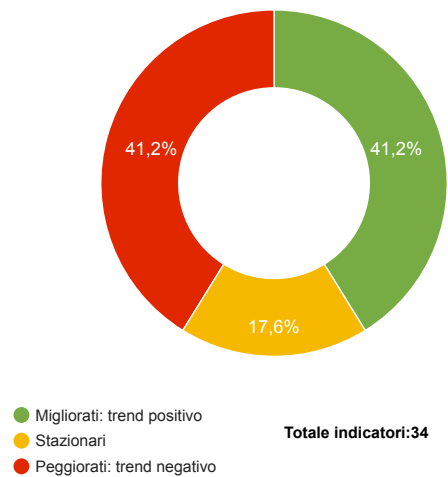
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

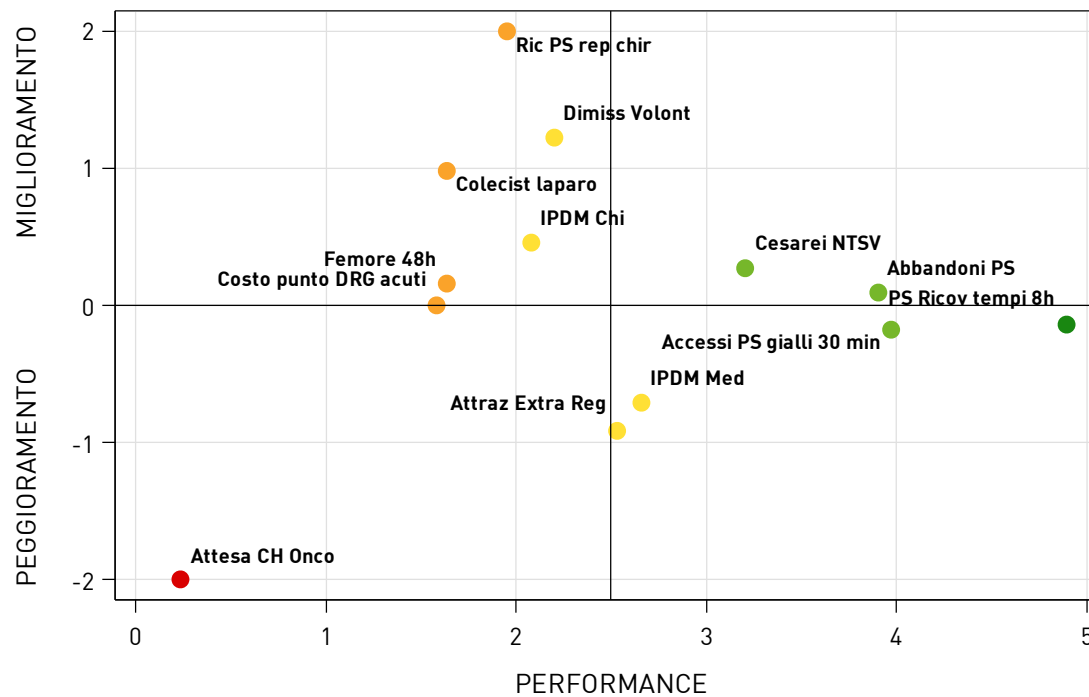


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

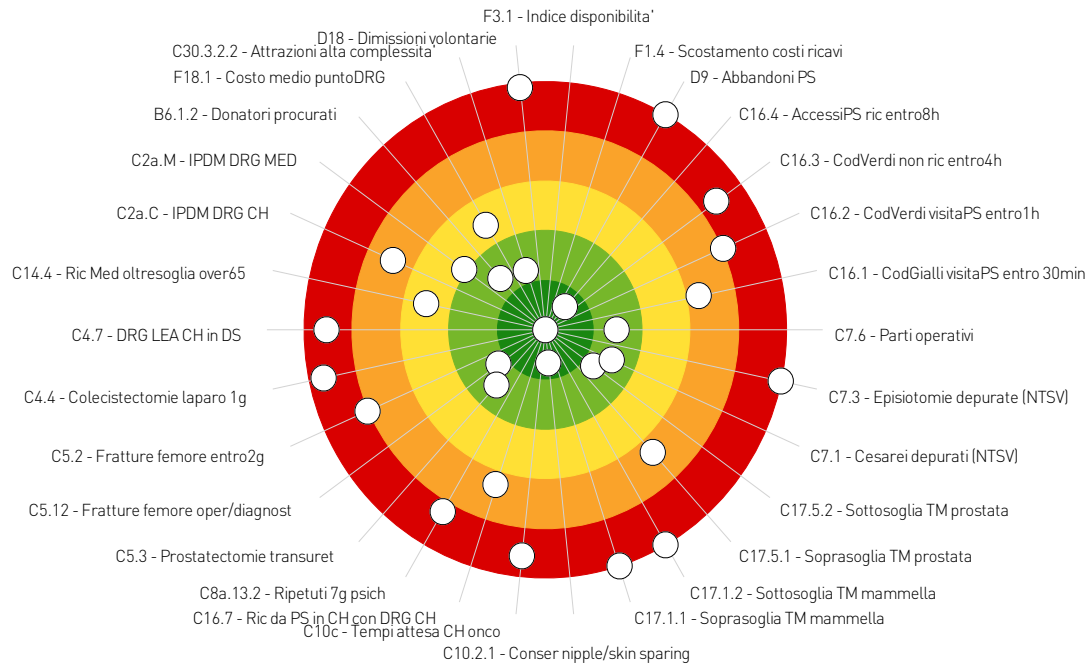


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

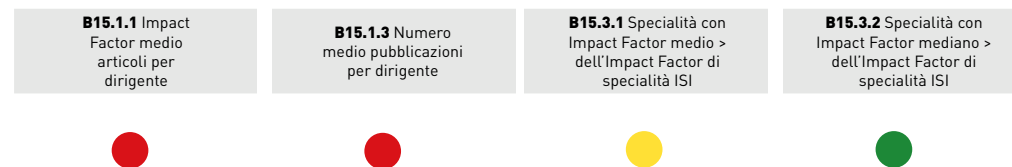


AO TERNI

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015

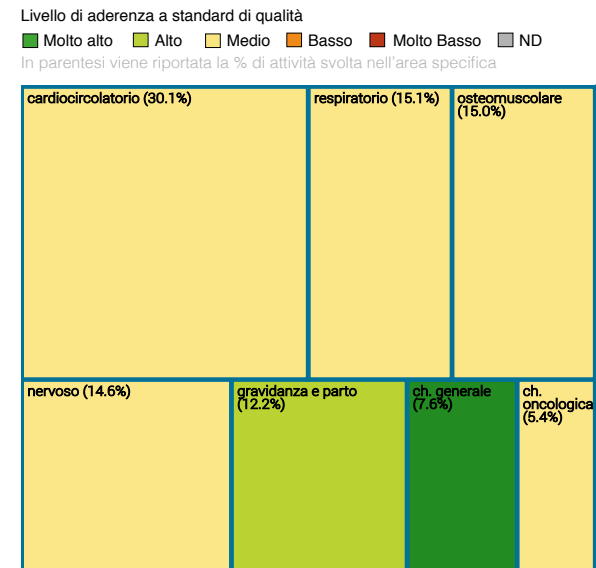


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia	2.30	●	●	●
Cardiologia	-1.48	●	●	●
Chirurgia generale	0.40	●	●	●
Medicina	-0.66	●	●	●
Neurochirurgia	-0.61	●	●	●
Neurologia	0.72	●	●	●
Ortopedia	-0.10	●	●	●
Urologia	1.66	●	●	●

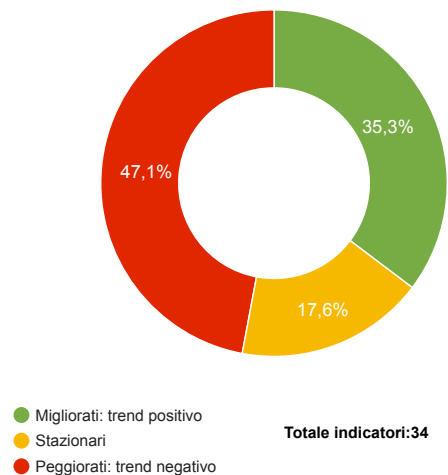
Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

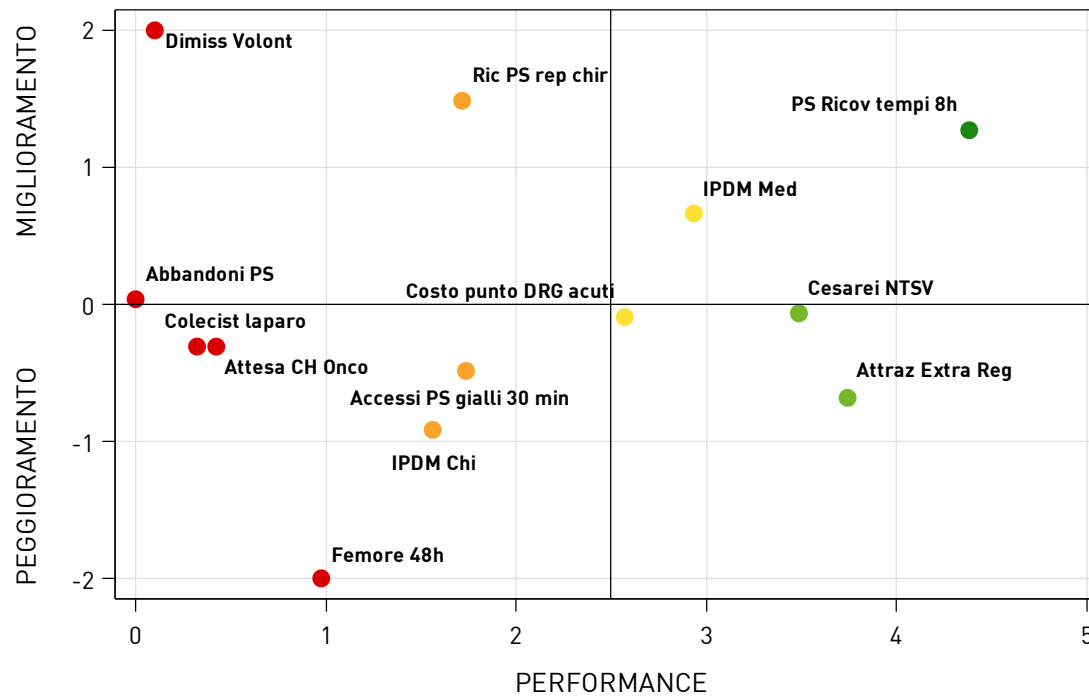


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

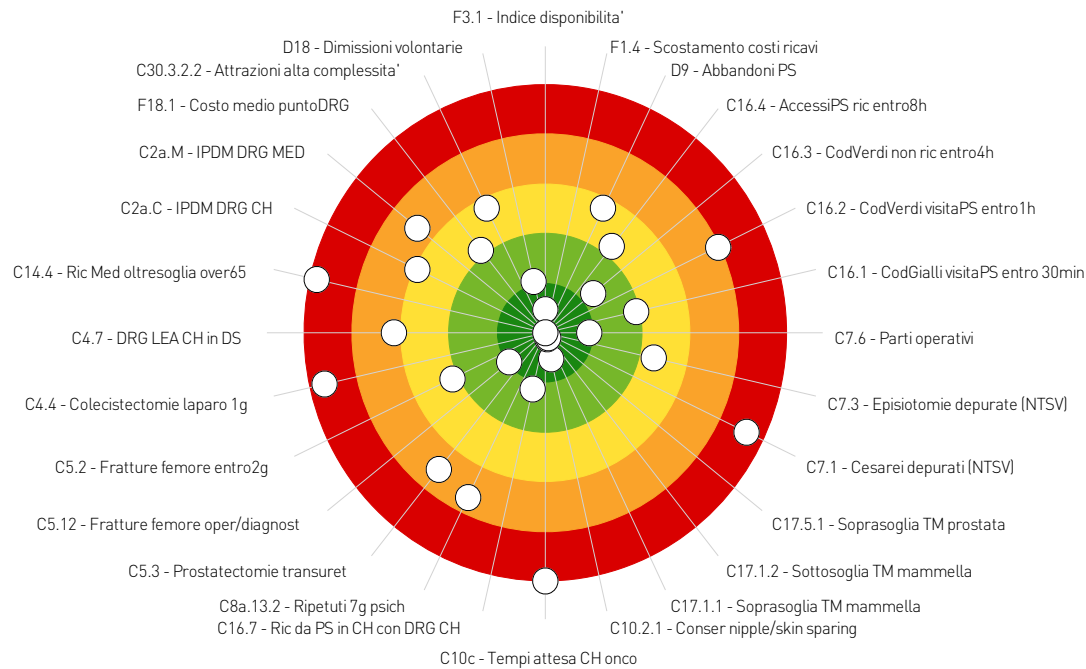


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA

Valutazione Performance 2016

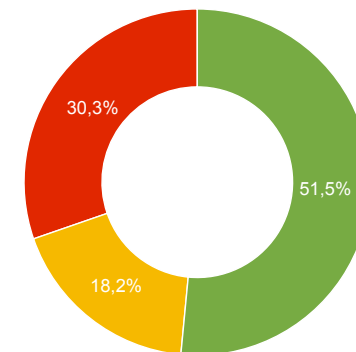


Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg
Cardiochirurgia	-2.48		●	●
Cardiologia	0.78	●	●	●
Chirurgia generale	-0.30	●	●	●
Medicina	0.24	●	●	●
Neurochirurgia	1.84	●	●	●
Neurologia	3.09	●	●	●
Ortopedia	4.23	●	●	●
Urologia	-0.87	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

Trend 2015-2016 Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



- Migliorati: trend positivo
- Stazionari
- Peggiorati: trend negativo

Totale indicatori:33



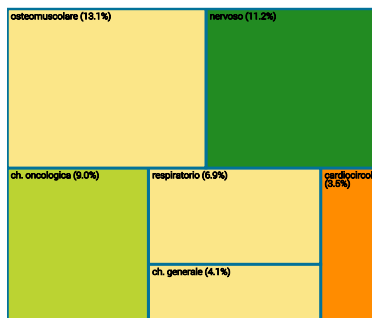
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto Basso
 ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

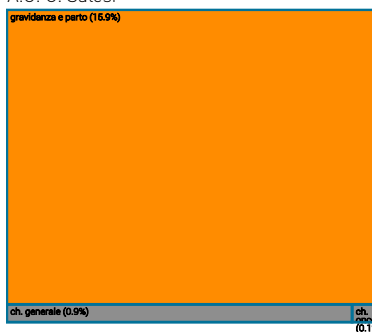
A.O. Umberto I



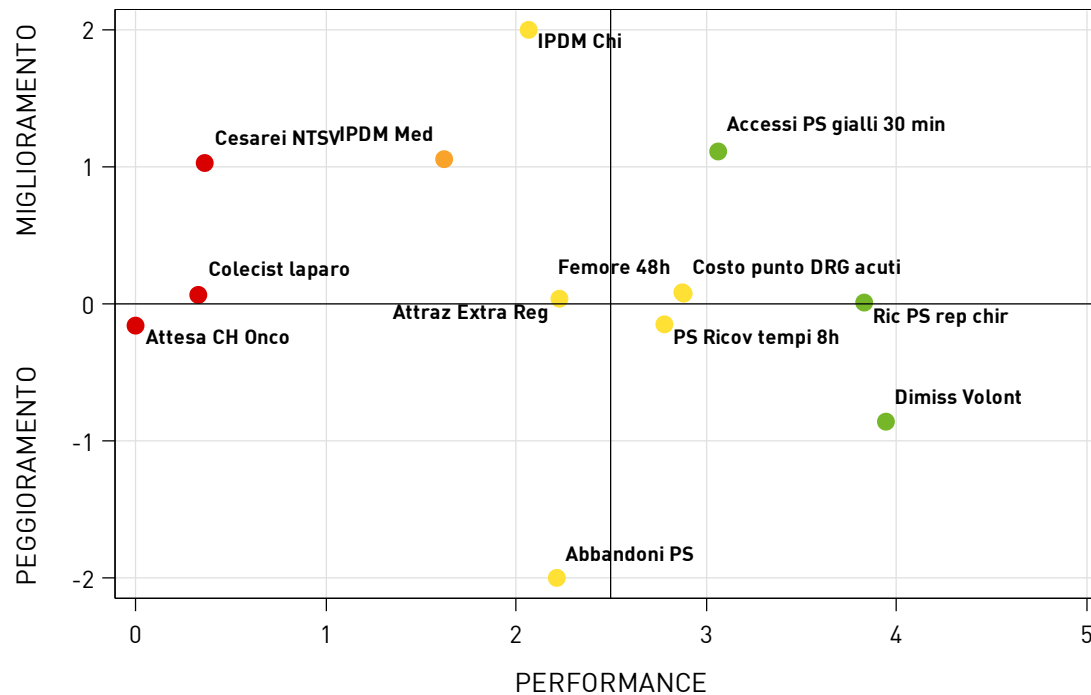
A.O. G.M. Lancisi



A.O. G. Salesi



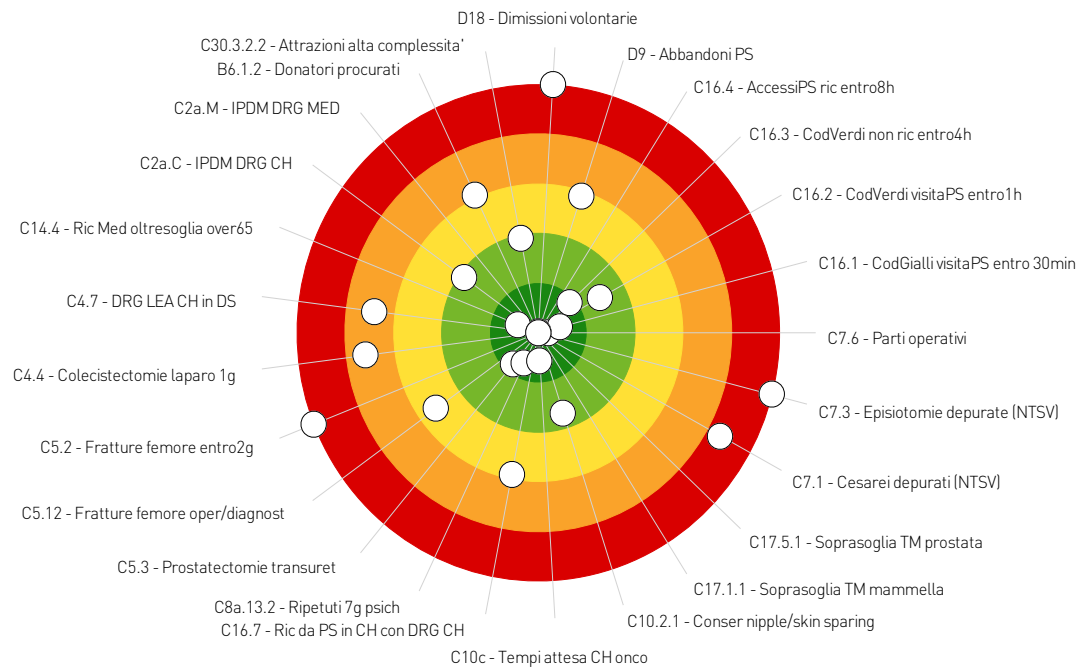
Mapa Performance Trend Indicatori MeS 2016



Programma nazionale esiti - PNE di [Ministero della Salute](#)
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)

Valutazione Performance 2016



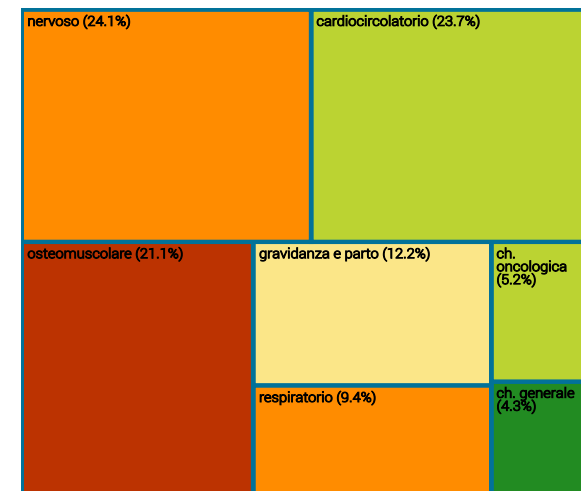
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	-2.68	●	●	●	●
Cardiologia	-2.12	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.13	●	●	●	●
Medicina	-0.25	●	●	●	●
Neurochirurgia	0.31	●	●	●	●
Neurologia	-0.75	●	●	●	●
Ortopedia	0.55	●	●	●	●
Urologia	1.06	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

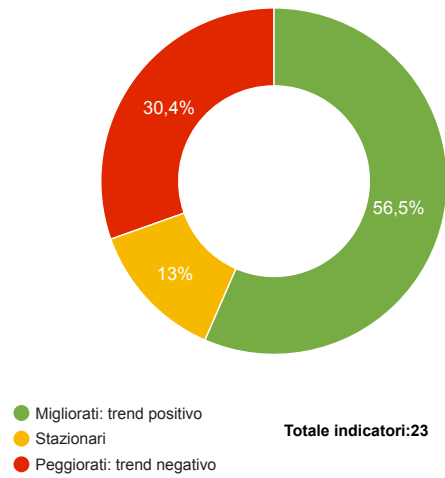
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

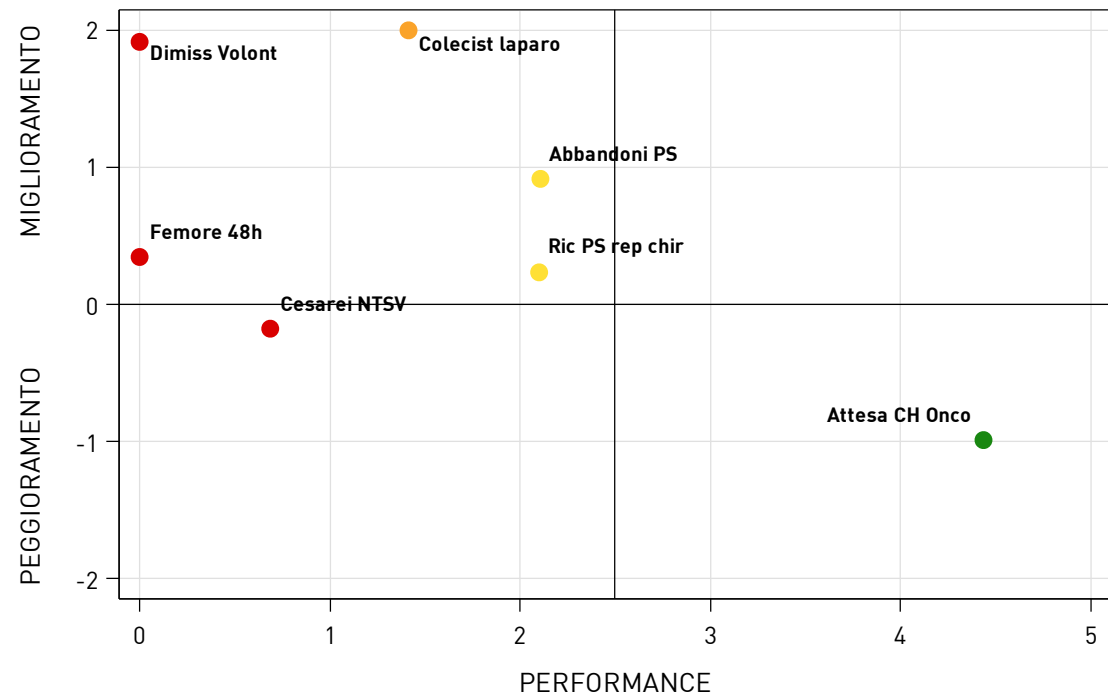


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

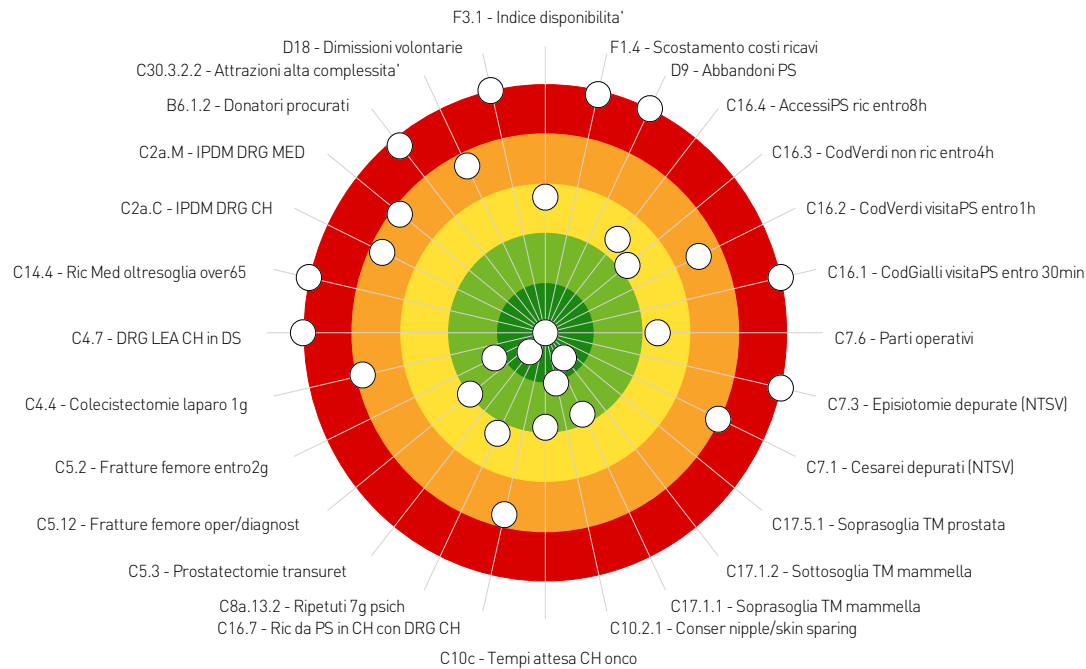


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

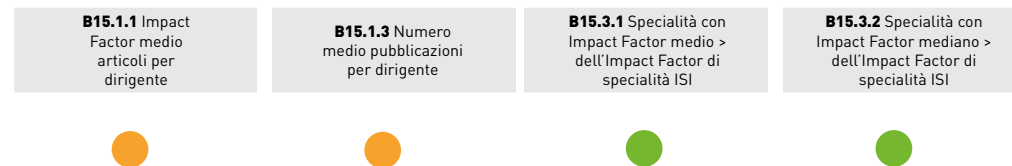


AOU POLICLINICO BARI

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



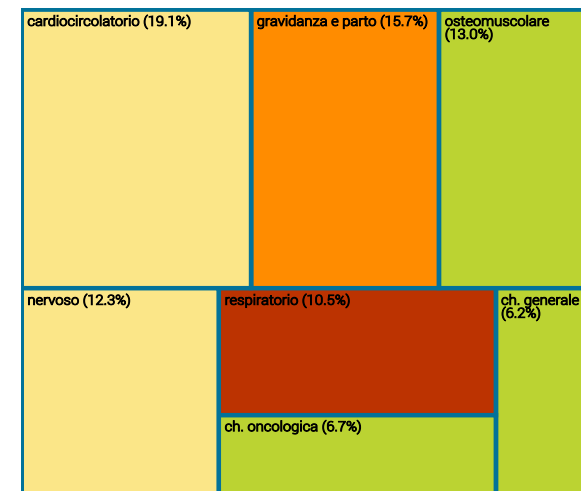
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.29				
Cardiologia	1.46				
Chirurgia generale	-0.59				
Medicina	1.18				
Neurochirurgia	3.33				
Neurologia	3.38				
Ortopedia	0.32				
Urologia	-0.10				

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

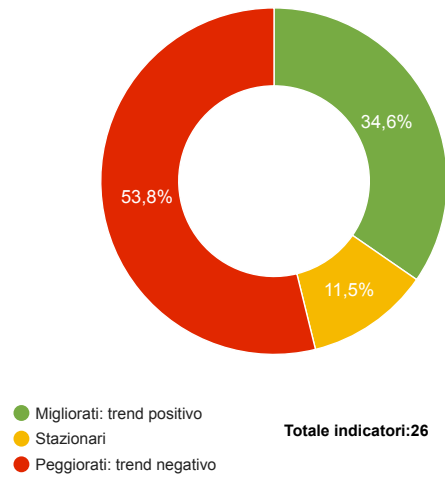
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

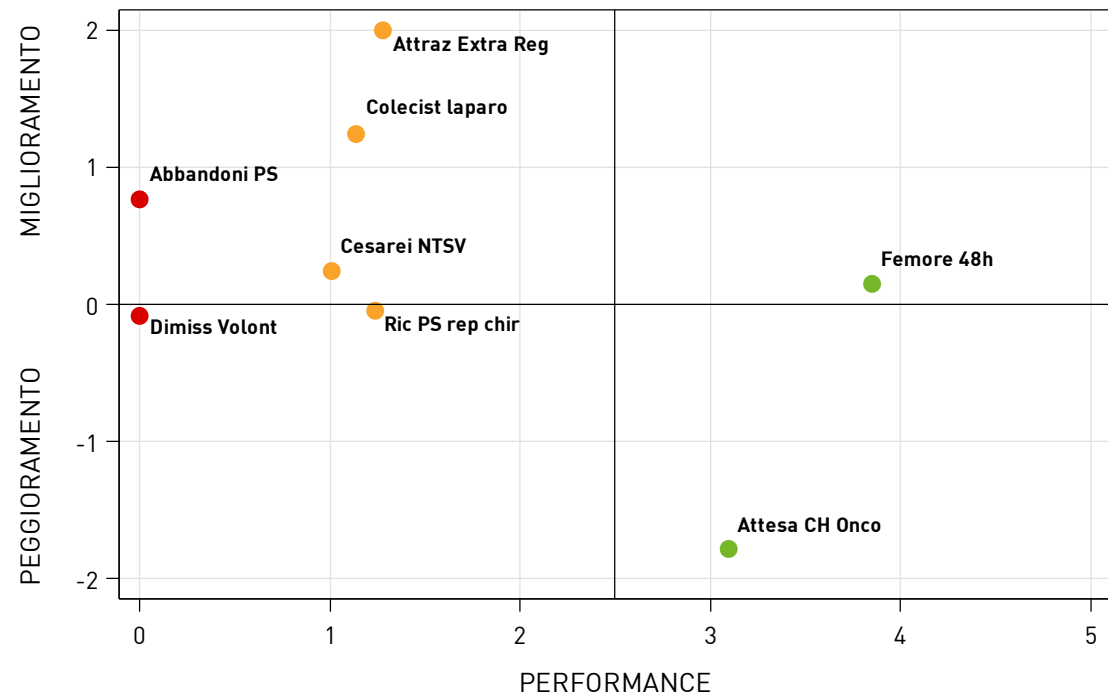


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio

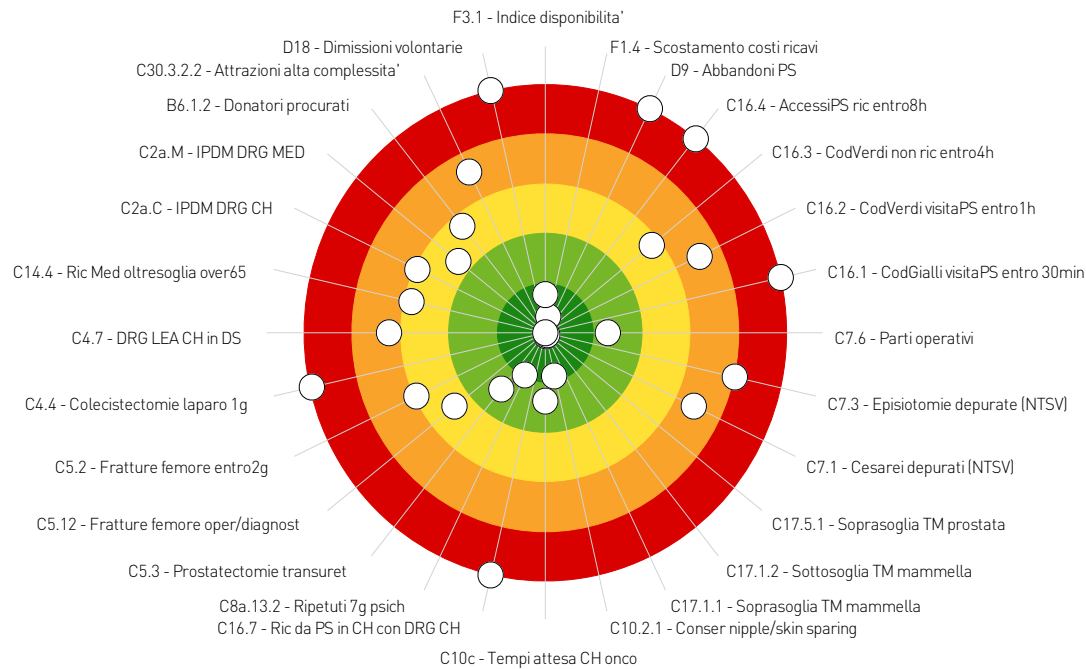


Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016

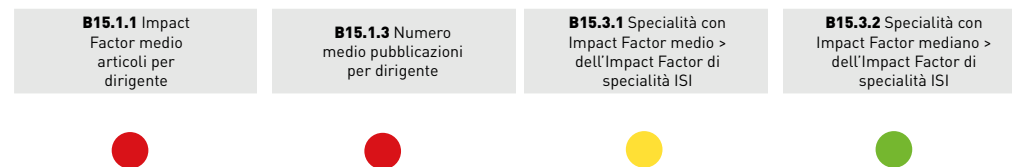


00. RR. FOGGIA

Valutazione Performance 2016



Valutazione attività di ricerca 2013-2015



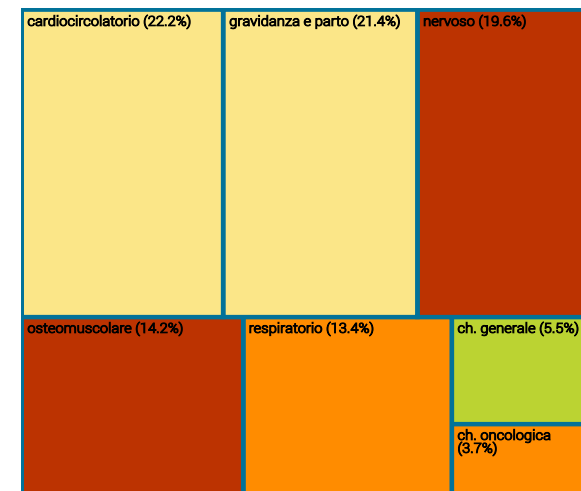
Valutazione esiti per specialità di dimissione 2016 - Metodologia CRISP-MeS

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.94	●	●	●	●
Chirurgia generale	1.07	●	●	●	●
Medicina	-0.30	●	●	●	●
Neurochirurgia	-0.55	●	●	●	●
Neurologia	-1.98	●	●	●	●
Ortopedia	-0.55	●	●	●	●
Urologia	0.77	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

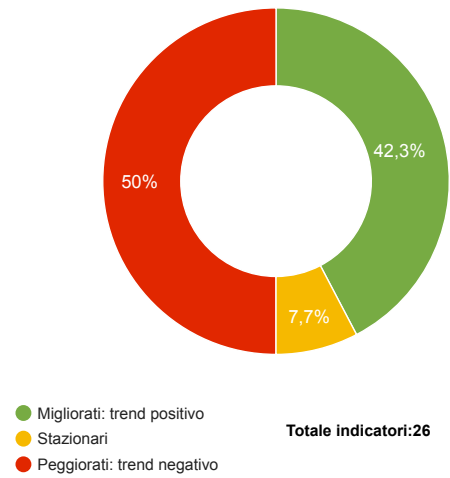
Treemap PNE - Valutazione esiti per Area Clinica 2015

Livello di aderenza a standard di qualità
 ■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto Basso ■ ND
 In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

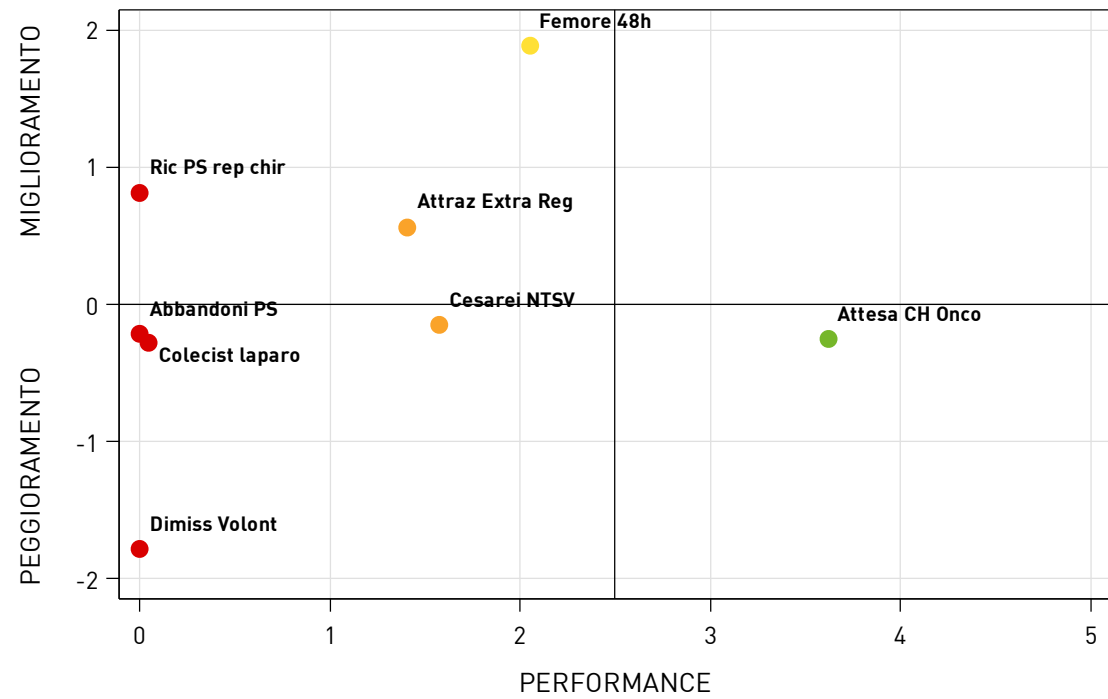


Programma nazionale esiti - PNE di Ministero della Salute
 Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali -
 Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

Trend 2015-2016
Indicatori MeS monitorati nel Bersaglio



Mappa Performance Trend Indicatori MeS 2016



BIBLIOGRAFIA

- Abramo, G., D'Angelo, C. A. (2014). How do you define and measure research productivity? *Scientometrics*, 101(2), 1129- 1144.
- 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 Ospedaliero-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
- Boncianni, 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
- Brown, A.D., Nuti, S. (2016), *The Continuing Relevance of Academics to Health System Reform*, HealthcarePapers, 16 (Special Issue) September 2016: 4-6. doi:10.12927/hcpap.2016.24718"
- Calland Forrest J, Tanaka Koji, Foley Eugene, Bovbjerg Viktor E, Markey Donna W, Blome Sonia, Minasi John S, Hanks John B, Moore Marcia M, Young Jeffery S, Jones Scott R, Schirmer, Bruce D, Adams Reid B (2001), Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway, *Ann Surg* 2001; 233(5):704-715.
- 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
- Fantini MP, Nuti S, Vola F (2016). Il governo dell'innovazione farmaceutica in Italia. Dallo stato dell'arte a un modello di gestione regionale equa e sostenibile dei farmaci

- innovativi e ad alto costo. Del Gallo Editori 2016
- Fortino A., Lispi L., Matera 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 (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
- Kitzmler 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
- Ministero della Salute, Patto per la Salute 2010-2012. Roma, disponibile all'indirizzo <http://www.salute.gov.it>
- 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 Ospedaliero-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.
- Nuti S., Vola F., Bonini A., Vainieri M. (2015), Making governance work in the healthcare sector: evidence from a "natural experiment" in Italy, Health Economics, Policy and Law, Cambridge University Press.
- Nuti S, Vola F. (2016), Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali - Report 2015. Del Gallo Editori, 2016
- Nuti S, Vola F, Milena V (2016). The Interregional Performance Evaluation System (IRPES). SO WHAT? Strategies across Europe to assess quality of care. European Union 2016; 5314/16
- Nuti S, Vainieri M, Vola F (2017). Priorities and targets: supporting target-setting in healthcare. Public Money & Management 2017;37(1)
- 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
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2017), *Rapporto Osservasalute 2016*, Osservasalute, Roma
- Rosselli Del Turco M, Ponti A, Bick U, Biganzoli L, Cserni G, Cutuli B, Decker T, Dietel M, Gentilini O, Kuehn T, Mano MP, Mantellini P, Marotti L, Poortmans P, Rank F, Roe H, Scaffidi E, van der Hage JA, Viale G, Wells C, Welnicka-Jaskiewicz M, Wengstöm Y, Cataliotti L (2010), Quality indicators in breast cancer care, *European Journal of Cancer* 2010;46(13):2344-2356.
- 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
- Smith T, Whitchurch C. The Future of the Tripartite Mission: Re-examining the Relationship Linking Universities, Medical Schools and Health Systems. *Higher Education Management and Policy* 2002;14(2):39-52 doi:10.1787/hemp-v14-art12-en
- 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., Ferrè F., Giacomelli G., Nuti S (2017). Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference. *Health Care Management Review* 2017;44(1)
- 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*
- Vainieri, F., Vola, F. Gomez Soriano, G., Nuti, S. (2016), How to set challenging goals and conduct fair evaluation in regional public health systems. Insights from Valencia and Tuscany Regions, *Health Policy*, Sept. 2016
- 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
- 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

Collane MeS

- Nuti, S., Grillo Ruggieri, T. (2016), *La valutazione della performance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. Finalità, metodi e risultati a confronto*, Il Mulino, Bologna
- Barsanti S., Bonciani M., Roti L., (2016), *Il Quaderno delle Case della Salute*, Tipografia Editrice Polistampa, Firenze



Report realizzato su carta NAUTILUS®.
NAUTILUS® Classic is the ecological 100% postconsumer recycled paper. It combines the stringent Blue Angel environmental profile with pleasant medium whiteness and in addition it is EU Ecolabel certified. This 100% recycled paper is optimized for trouble free printing and copying and is available in different grammages and formats.



Pacini Editore
Via Alessandro Gherardesca, 1, 56121 Pisa Ospedaletto PI
info@pacinieditore.it - info@pacinieditore.it
Finito di stampare nel mese di luglio 2017

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



2016

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI
I risultati delle Aziende Ospedaliere-Universitarie a confronto