

- Gli indicatori sono valutati rispetto al medesimo calcolato su tutta la Regione;
- Una volta calcolato l'indicatore a livello regionale si calcola il rapporto tra l'indicatore a livello di ospedale/reparto e l'indicatore regione/reparto;
- A questo punto si verifica se tale rapporto si discosta per 2 deviazioni standard dalla media regionale;
- Si evidenzia un'anomalia quando gli indicatori risultano maggiori di due deviazioni standard dalla media regionale;
- Per l'indicatore "Percentuale di procedure effettuate in ambulatorio", al contrario, si evidenzia un'anomalia quando risulta minore di due deviazioni standard dalla media regionale.



Percentuale di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni

Definizione:	% di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni
Significato:	Questo indicatore può evidenziare la tendenza a massimizzare, da parte di una struttura, la resa economica del ricovero con il minimo impegno di risorse; l'indicatore deve essere letto alla luce delle regole stabilite dalla Giunta Regionale
Numeratore:	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati della durata di 2 e 3 giorni
Denominatore:	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati con durata >= di 2 giorni
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati della durata di 2 e 3 giorni}}{\text{N. ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati con durata } \geq \text{ di 2 giorni}}$
Note per l'elaborazione:	<ul style="list-style-type: none">- L'analisi è realizzata a livello di Reparto e DRG- Dall'analisi sono esclusi, a partire dal 2011, i DRG contenuti nell'allegato F della delibera 2057/2011- Sono considerati ai fini del calcolo solo quelle n-ple che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG a livello di numeratore
Fonte:	SDO



Percentuale di casi complicati

Definizione:	% casi complicati
Significato:	Questo indicatore può evidenziare la tendenza a segnalare delle complicanze e/o delle comorbidità che non sono state significative in termini di necessità di maggiore impegno di risorse e di maggiore durata della degenza
Numeratore:	Numero di ricoveri ordinari acuti e finanziati per DRG complicati con durata della degenza compresa tra soglia complicato e soglia complicato + 2gg
Denominatore:	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati per DRG con complicanza e senza complicanza
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri ord, acuti e finanz, DRG con CC e soglia cc} < \text{gg deg} \leq \text{soglia complicato} + 2\text{gg}}{\text{N. Ricoveri ordinari, acuti, finanziati per DRG complicati e non complicati}}$
Note per l'elaborazione:	<ul style="list-style-type: none">- L'analisi è realizzata a livello di reparto e DRGIl calcolo è effettuato solo per le coppie di DRG con complicanza e senza complicanzaSono considerati ai fini del calcolo solo quelle n-ple che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG complicato a livello di numeratore; sono dunque eliminati dall'analisi quei DRG non complicati per i quali l'omologo con complicanza è stato soppresso dalla precedente condizioneIl calcolo non comprende i ricoveri 0-1 gg
Fonte:	SDO



Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa

Definizione:	Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa
Significato:	Questo indicatore, calcolato i ricoveri in regime ordinario, può indicare, per una certa struttura, o la particolare attrattiva/specializzazione o la tendenza ad usare delle codifiche o ad adottare delle modalità organizzative degne di attenzione e di valutazione
Numeratore:	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria e finanziati per DRG e per UO
Denominatore:	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria e finanziati per UO
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri acuti, ordinari, finanziati per DRG e UO}}{\text{N. ricoveri acuti, ordinari, finanziati UO}}$
Note per l'elaborazione:	L'analisi è realizzata a livello di reparto e DRG Sono considerati ai fini del calcolo solo quelle n-ple che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG a livello di numeratore
Fonte:	SDO



Percentuale di ricoveri ripetuti per la stessa MDC e nello stesso ospedale

Definizione:	% di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale
Significato:	Questo indicatore può evidenziare o la tendenza a frammentare i processi di erogazione delle cure, o problemi in termini di efficacia delle stesse. In entrambi i casi la valutazione è opportuna. Essendo tale indicatore basato sulla casistica di tutta la struttura, non distinguendo tra ricoveri per acuti e riabilitativi, nelle strutture in cui sono presenti entrambe le tipologie di assistenza, la percentuale dei ricoveri ripetuti può derivare dall'assetto organizzativo della struttura stessa.
Numeratore:	Numero di ricoveri finanziati in degenza ordinaria con degenza maggiore o uguale a 2 giorni ripetuti entro l'anno di dimissione per lo stesso MDC nello stesso presidio ospedaliero
Denominatore:	Numero di ricoveri finanziati in degenza ordinaria con degenza maggiore o uguale a 2 giorni
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri ord e finanz, gg deg} \geq 2 \text{ ripetuti stesso MDC stesso presidio}}{\text{N. ricoveri ord e finanz, gg deg} \geq 2}$
Note per l'elaborazione:	L'analisi è realizzata a livello di reparto e DRG Sono considerati ai fini del calcolo solo quelle n-ple che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG a livello di numeratore
Fonte:	SDO



Percentuale di ricoveri ripetuti all'interno dello stesso ospedale

Definizione:	% di ricoveri ripetuti nello stesso ospedale
Significato:	Questo indicatore può evidenziare o la tendenza a frammentare i processi di erogazione delle cure o problemi in termini di efficacia delle stesse. In entrambi i casi la valutazione è opportuna. Essendo tale indicatore basato sulla casistica di tutta la struttura, non distinguendo tra ricoveri per acuti e riabilitativi, nelle strutture in cui sono presenti entrambe le tipologie di assistenza, la percentuale dei ricoveri ripetuti può derivare dall'assetto organizzativo della struttura stessa
Numeratore:	Numero di ricoveri finanziati in degenza ordinaria con degenza maggiore o uguale a 2 giorni ripetuti entro l'anno di dimissione nello stesso presidio ospedaliero
Denominatore:	Numero di ricoveri finanziati in degenza ordinaria con degenza maggiore o uguale a 2 giorni
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri ord e finanz, gg deg} \geq 2 \text{ ripetuti stesso presidio}}{\text{N. ricoveri ord e finanz, gg deg} \geq 2}$
Note per l'elaborazione:	Non sono previste soglie sulla cardinalità delle schede di dimissione L'analisi è realizzata a livello di reparto
Fonte:	SDO



Numero di accessi per record di Day Hospital

Definizione:	Numero di accessi per SDO in regime di day hospital
Significato:	Questo indicatore può evidenziare la tendenza ad effettuare, per ciclo, un numero eccessivo di accessi.
Numeratore:	Numero di accessi al DH finanziati
Denominatore:	Numero di ricoveri in DH finanziati
Formula matematica:	$\frac{\text{N. accessi al DH finanziati}}{\text{N. Ricoveri in DH finanziati}}$
Note per l'elaborazione:	L'analisi è realizzata a livello di reparto e DRG Sono considerati ai fini del calcolo solo quelle n-ple che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG a livello di denominatore Sono considerati solo i DRG Medici
Fonte:	SDO



Percentuale di procedure effettuate in ambulatorio

Definizione:	% di procedure effettuate in ambulatorio
Significato:	Questo indicatore può evidenziare la tendenza ad utilizzare in modo anomalo il regime di ricovero invece della più appropriata modalità ambulatoriale di erogazione delle prestazioni
Numeratore:	Numero di prestazioni ambulatoriali finanziate in regime di SSN
Denominatore:	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria e finanziati con degenza 0, 1 giorno + Numero di prestazioni ambulatoriali finanziate in regime di SSN
Formula matematica:	$\frac{\text{N. prestaz finanziate}}{\text{N. Ricoveri acuti, ord, finanz deg 0-1gg} + \text{N. prestaz finanz SSN}}$
Note per l'elaborazione:	L'analisi è realizzata a livello di procedura\prestazione Sono considerati ai fini del calcolo solo quelle n-ple che presentano almeno 20 schede di dimissione per struttura e procedura a livello di denominatore; sono eliminate dall'analisi anche quelle prestazioni ambulatoriali per le quali l'omologa procedura è stata soppressa dalla precedente condizione
Fonte:	SDO + PRESTAZIONI AMBULATORIALI



Definizione:	Importo medio per reparto
Significato:	Questo indicatore vuole intercettare eventuali anomalie di codifica o selezioni opportunistiche finalizzate ad incrementare il rimborso
Numeratore:	Somma degli importi di ricoveri per acuti in degenza ordinaria e finanziati
Denominatore:	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria e finanziati
Formula matematica:	$\frac{\text{Importo ricoveri acuti, ord e finanz}}{\text{N. ricoveri acuti, ord e finanz}}$
Note per l'elaborazione:	Sono considerati ai fini del calcolo solo quelle n-ple che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto a livello di denominatore L'analisi è realizzata a livello di reparto
Fonte:	SDO



Percentuale di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni

Definizione:	% di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni
Significato:	Questo indicatore può evidenziare la tendenza a massimizzare, da parte di una struttura, la resa economica del ricovero con il minimo impegno di risorse; l'indicatore deve essere letto alla luce delle regole stabilite dalla Giunta Regionale.
Numeratore:	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati della durata di x e x+1 giorni Ove x è la durata della degenza espressa in giorni specificata nell'allegato F della delibera 2057/2011
Denominatore:	Numero di ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati con durata >= di x giorni Ove x è la durata della degenza espressa in giorni specificata nell'allegato F della delibera 2057/2011
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati della durata di x e x+1 giorni}}{\text{N. ricoveri per acuti in degenza ordinaria finanziati con durata } \geq \text{ di x giorni}}$
Note per l'elaborazione:	<ul style="list-style-type: none">- L'analisi è realizzata a livello di Reparto e DRG- L'analisi è limitata e limitata ai DRG contenuti nell'allegato F della delibera 2057/2011- Sono considerati ai fini del calcolo solo quelle n-ple che presentano almeno 20 schede di dimissione per reparto e DRG a livello di numeratore
Fonte:	SDO

