

SCHEDE INDICATORE 2016

Codice indicatore:
A1
Definizione:
Mortalita' infantile
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore A1.1 Mortalità nel primo anno di vita.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A1.1
Definizione:
Tasso di mortalità nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi
Numeratore:
N. deceduti nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi
Denominatore:
N. nati vivi residenti
Note:
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Umbria: ReNCaM; Trento e Bolzano: Registro provinciale di mortalità; Toscana: RMR-UO Epidemiologia ambientale e occupazionale, ISPO; Liguria: Registro Mortalità; Basilicata: Registri di Mortalità aziendali-Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata; Veneto: SER; Emilia-Romagna: FLUSSI SDO, CEDAP E REM; FVG: Schede di Morte, CEDAP
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A1.2
Definizione:
Tasso di mortalità nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Numeratore:
N. deceduti nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Denominatore:
N. nati vivi residenti
Note:
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Umbria: ReNCaM; Trento e Bolzano: Registro provinciale di mortalità; Toscana: RMR-UO Epidemiologia ambientale e occupazionale, ISPO; Liguria: Registro Mortalità; Basilicata: Registri di Mortalità aziendali-Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata; Veneto: SER; Emilia-Romagna: FLUSSI SDO, CEDAP E REM; FVG: Schede di Morte, CEDAP
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A1.3
Definizione:
Tasso di mortalità nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Numeratore:
N. deceduti nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Denominatore:
N. nati vivi residenti
Note:
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Umbria: ReNCaM; Trento e Bolzano: Registro provinciale di mortalità; Toscana: RMR-UO Epidemiologia ambientale e occupazionale, ISPO; Liguria: Registro Mortalità; Basilicata: Registri di Mortalità aziendali-Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata; Veneto: SER; Emilia-Romagna: FLUSSI SDO, CEDAP E REM; FVG: Schede di Morte, CEDAP
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A10
Definizione:
Stili di vita (PASSI)
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: A6.1.1 Percentuale di sedentari A6.2.1 Percentuale di persone sovrappeso e obese A6.3.1 Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio A6.4.1 Percentuale di fumatori
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A2
Definizione:
Tasso di mortalità per tumori
Numeratore:
N. deceduti per tumore per 100.000 residenti
Denominatore:
N. totale residenti
Note:
Codifiche ICD9-CM: 140 - 239. P.A. Trento e Bolzano:codifiche ICD-10: C00 - D489.
Il tasso è standardizzato per età (popolazione europea standard).
Riferimento:
Valore medio eu-15 eurostat 2013
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Umbria: ReNCaM; Trento e Bolzano: Registro provinciale di mortalità; Toscana: RMR-UO Epidemiologia ambientale e occupazionale, ISPO; Liguria: Registro Mortalità; Basilicata: Registri di Mortalità aziendali-Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata; Veneto: SER; Emilia-Romagna: Flusso REM; FVG: Schede di morte, Popolazione Anagrafe comunale
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A3
Definizione:
Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio
Numeratore:
N. deceduti per malattie del sistema circolatorio per 100.000 residenti
Denominatore:
N. totale residenti
Note:
Codifiche ICD9-CM: 390 – 459. P.A. Trento e Bolzano: codifiche ICD-10: I00 -I99.
Il tasso è standardizzato per età (Popolazione standard: popolazione europea 2013).
Riferimento:
Valore medio eu-15 eurostat 2013
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Umbria: ReNCaM; Trento e Bolzano: Registro provinciale di mortalità; Toscana: RMR-UO Epidemiologia ambientale e occupazionale, ISPO; Liguria: Registro Mortalità; Basilicata: Registri di Mortalità aziendali-Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata; Veneto: SER; Emilia-Romagna: Flusso REM; FVG: Schede di morte, Popolazione Anagrafe comunale
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A4
Definizione:
Tasso di mortalità per suicidio
Numeratore:
N. deceduti per suicidio per 100.000 residenti
Denominatore:
N. totale residenti
Note:
Codifiche ICD9-CM: E950 - E959. Il tasso è standardizzato per età (Popolazione standard: popolazione europea 2013).
Riferimento:
Media interregionale anno 2015
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Umbria: ReNCaM; Trento e Bolzano: Registro provinciale di mortalità; Toscana: RMR-UO Epidemiologia ambientale e occupazionale, ISPO; Liguria: Registro Mortalità; Basilicata: Registri di Mortalità aziendali-Osservatorio Epidemiologico Regione Basilicata; Veneto: SER; Emilia-Romagna: Flusso REM; FVG: Schede di morte, Popolazione Anagrafe comunale
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A6.1.1
Definizione:
Percentuale di sedentari
Numeratore:
Sommatoria di N. sedentari 2014-2015-2016
Denominatore:
Sommatoria delle persone intervistate sedentarie e non sedentarie nei tre anni
Note:
Livello di attività fisica "sedentario": chi non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A6.1.2
Definizione:
Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica
Numeratore:
N. persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nel 2014 più N. pers. intervistate consigliate dal medico o altro op. sanit. di fare attività fisica nel 2015 più N. pers. intervistate consigliate nel
Denominatore:
Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica
Note:
Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2014-2015-2016)
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A6.2.1
Definizione:
Percentuale di persone sovrappeso e obese
Numeratore:
N. di persone sovrappeso e obese 2014 più N. di persone sovrappeso e obese 2015 più N. di persone sovrappeso e obese 2016
Denominatore:
Sommatoria persone obese, sovrappeso, normopeso, sottopeso nei tre anni
Note:
Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: - sottopeso (Imc<30)
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A6.2.2
Definizione:
Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso
Numeratore:
N. di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso nel 2014 più N. di persone sovrappeso o obese consigliate nel 2015 più N. persone sovrappeso o obese consigliate nel 2016
Denominatore:
Sommatoria delle persone sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico di perdere o mantenere peso nei tre anni
Note:
Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<30) Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2014-2015-2016)
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A6.2.3
Definizione:
Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica
Numeratore:
N.persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nel 2014 più N.persone sovrappeso o obese consigliate nel 2015 più N.persone sovrappeso o obese consigliate nel 2016
Denominatore:
Sommatoria di persone sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico di fare attività fisica nei tre anni
Note:
Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<30)
Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2014-2015-2016)
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A6.3.1
Definizione:
Percentuale di bevitori a rischio
Numeratore:
N. Bevitori a rischio 2014 più N. Bevitori a rischio 2015 più N. Bevitori a rischio 2016
Denominatore:
Sommatoria N. Bevitori e non bevitori a rischio nei tre anni
Note:
Consumatore di alcol a maggior rischio: bevitore fuori pasto o bevitore binge (persone che hanno consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni almeno 4 Unità Alcoliche per gli uomini e almeno 3 Unità Alcoliche per le donne - definizione OMS) o forte bevitore (uomini che bevono più di 2 Unità Alcoliche al giorno e donne che bevono più di 1 Unità Alcolica al giorno). Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal (definizione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN). Una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio non è la somma dei singoli comportamenti.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A6.3.2
Definizione:
Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno
Numeratore:
N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nel 2014 più N. di bevitori a rischio consigliati nel 2015 più N. di bevitori a rischio consigliati nel 2016
Denominatore:
Sommatoria dei bevitori a maggior rischio nei tre anni
Note:
Consumatore di alcol a maggior rischio: bevitore fuori pasto o bevitore binge (persone che hanno consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni almeno 4 Unità Alcoliche per gli uomini e almeno 3 Unità Alcoliche per le donne - definizione OMS) o forte bevitore (uomini che bevono più di 2 Unità Alcoliche al giorno e donne che bevono più di 1 Unità Alcolica al giorno). Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal (definizione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN). Una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio non è la somma dei singoli comportamenti. Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2014-2015-2016)
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A6.4.1
Definizione:
Percentuale di fumatori
Numeratore:
N. Fumatori 2014 più N. Fumatori 2015 più N. Fumatori 2016
Denominatore:
Sommatoria fumatori e non fumatori nei tre anni
Note:
Si definisce "Fumatore" chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
A6.4.2
Definizione:
Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare
Numeratore:
N. Fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare nel 2014 più N. Fumatori consigliati nel 2015 più N. Fumatori consigliati nel 2016
Denominatore:
N. fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei tre anni
Note:
<p>“Fumatore”: chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi.</p> <p>Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione (indicatore triennale: 2014-2015-2016)</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B15
Definizione:
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore B15 assume una valutazione pari alla media dei punteggi degli indicatori B15.1.1, B15.1.3, B15.3.1, e B15.3.2 per le AOU e una valutazione pari alla media dei punteggi degli indicatori B15.4.1 e B15.4.2 per gli enti specialistici. Si considerano le pubblicazioni (Articles e Review articles, Letters, Proceedings Papers), indicizzate nella core collection di Web of Science nel triennio 2013-2015. Le fasce di valutazione degli indicatori relativi alla valutazione della ricerca sono state assegnate in benchmarking con le AOU/enti specialistici delle regioni del network che hanno adottato questo set di indicatori.
Riferimento:
Livello:
Aziende Ospedaliero-Universitarie, IRCCS
Cutoff
-
Fonte:
Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B15.1.1
Definizione:
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.
Riferimento:
Media delle Aziende, anno 2015
Livello:
Aziende Ospedaliero-Universitarie
Cutoff
-
Fonte:
Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B15.1.3
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.
Riferimento:
Media delle Aziende, anno 2015
Livello:
Aziende Ospedaliero-Universitarie
Cutoff
-
Fonte:
Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B15.3.1
Definizione:
IF medio maggiore dell'IF per specialità
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. Si escludono le specialità con meno di 5 pubblicazioni nel triennio 2013-2015.
Riferimento:
Livello:
Aziende Ospedaliero-Universitarie
Cutoff
-
Fonte:
Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B15.4.1
Definizione:
Valutazione IF mediano per Specialità
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Si selezionano le specialità scientifiche con almeno 30 pubblicazioni nel triennio 2013-2015 per gli enti specialistici. Ciascuno degli enti specialistici considerati avrà quindi specialità di riferimento diverse, a seconda della propria specializzazione e mission. Per ogni specialità si calcola l'IF mediano e si assegna la valutazione per ogni specialità. L'indicatore in oggetto risulta dalla media della valutazione delle specialità considerate per ciascun ente.
Riferimento:
Livello:
Enti specialistici
Cutoff
-
Fonte:
Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B15.4.2
Definizione:
Valutazione scostamento percentuale IF mediano per specialità
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Si selezionano le specialità scientifiche con almeno 30 pubblicazioni nel triennio 2013-2015 per gli enti specialistici. Per tali specialità si confronta l'IF mediano degli enti considerati con l'IF mediano riportato da ISI e si calcola lo scostamento percentuale. Ciascuna degli enti considerati avrà quindi specialità di riferimento diverse, a seconda della propria specializzazione e mission. L'indicatore in oggetto risulta dalla media della valutazione delle specialità considerate per ciascun ente.
Riferimento:
IF mediano per specialità riportato da ISI
Livello:
Enti specialistici
Cutoff
-
Fonte:
Journal Citation Report - ISI Web of Knowledge
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B2
Definizione:
Promozione stili di vita sani (PASSI)
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: A6.1.2 Percentuale di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica A6.2.2 Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso A6.2.3 Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di fare attività fisica A6.3.2 Percentuale di consumatori di alcol a maggior rischio consigliati dal medico di bere meno A6.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B28
Definizione:
Cure domiciliari
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore è calcolato come media del punteggio dei seguenti indicatori di valutazione:
B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione
B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni
B28.2.9 Percentuale di Prese in Carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-06 12:13:27 - Aggiunti di valutazione per il calcolo della testa i seguenti indicatori: B28.2.5 e B28.2.9
2017-03-06 12:08:25 - La testa cambia titolo da "Cure Domiciliari" a "Assistenza Domiciliare e Residenziale"

Codice indicatore:
B28.1.1
Definizione:
Percentuale di anziani in CD
Numeratore:
Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare
Denominatore:
Popolazione residente >= 65 anni
Note:
Al numeratore si considerano le persone con età maggiore o uguale a 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare di qualsiasi tipologia. Al denominatore si considerano i residenti in Regione di età maggiore o uguale a 65 anni.
Riferimento:
Livello:
Azienda di Residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B28.1.1b
Definizione:
Tasso standardizzato di utilizzo dell'assistenza domiciliare
Numeratore:
Numero di assistiti con almeno un accesso domiciliare nell'anno di riferimento x 1.000
Denominatore:
Popolazione residente
Note:
Residenti in Regione Applicazione della standardizzazione per età La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT). Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di Residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-06 12:21:42 - L'indicatore cambia di criterio e al numeratore viene considerato il numero di assistiti con almeno un accesso domiciliare nell'anno di riferimento e non più il numero di prese in Carico.

Codice indicatore:
B28.1.2
Definizione:
Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione
Numeratore:
Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione x 100
Denominatore:
Popolazione residente >= 65 anni
Note:
L'indicatore monitora la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione o per un percorso socio-sanitario o per un percorso sanitario; sono quindi escluse le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione.
Riferimento:
Livello:
Azienda di Residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B28.1.5
Definizione:
Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e i giorni festivi
Numeratore:
N. di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi
Denominatore:
N. di accessi domiciliari
Note:
Si considerano tutte le erogazioni di Assistenza Domiciliare, quindi anche gli accessi occasionali.
Riferimento:
Livello:
Azienda di Presa in Carico
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
B28.2.10
Definizione:
Percentuale di prese in carico ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera
Numeratore:
Numero Prese in Carico ADI con accessi domiciliari entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera
Denominatore:
Totale Prese in Carico in ADI dopo dimissione ospedaliera entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera
Note:
Residenti in Regione, ricoveri erogati in Regione Modalità dimissione: Dimissione ordinaria, ordinaria con attivazione Assistenza Domiciliare Integrata Il numero di giorni viene calcolato come differenza tra la dimissione ospedaliera e la data di Presa in Carico. Si considerano solo i ricoveri avvenuti entro trenta giorni prima della data di Presa in Carico. In presenza di più ricoveri viene considerato l'ultimo ricovero.
Riferimento:
Livello:
Azienda di Presa in Carico
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA, Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B28.2.11
Definizione:
Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni
Numeratore:
Assistiti in ADI con almeno due ricoveri ospedalieri (ordinari, di tipo medico), >= 65 anni
Denominatore:
Assistiti in ADI >=65 anni
Note:
- Residenti in Regione - Regime di ricovero ordinario - Tipologia del ricovero medico
Si selezionano a numeratore i casi con un numero ricoveri ospedalieri durante la Presa in Carico domiciliare >1.
Si considerano le Prese in Carico attive nell'anno di riferimento, quindi anche quelle attivate in anni precedenti e non ancora concluse.
Riferimento:
Livello:
Azienda di Presa in Carico
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA, Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B28.2.12
Definizione:
Percentuale di assistiti in ADI con accessi al PS durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni
Numeratore:
Assistiti in ADI con almeno un accesso al PS per assistiti ADI \geq 65 anni
Denominatore:
Assistiti in ADI \geq 65 anni
Note:
<p>Residenti in Regione</p> <p>Accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero</p> <p>Si considerano le Prese in Carico attive nell'anno di riferimento, quindi anche quelle attivate in anni precedenti e non ancora concluse.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di Presa in Carico
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA, Flusso PS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B28.2.5
Definizione:
Percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni
Numeratore:
Persones con accessi CD entro 2 gg dalla dimissione >= 75 anni
Denominatore:
Pazienti ricoverati con dimissione a domicilio >= 75
Note:
Residenti in Regione, ricoveri erogati in Regione e CD ricevute in Regione Modalità dimissione ordinaria o dimissione ordinaria con attivazione assistenza domiciliare integrata Ricoveri ordinari Esclusione dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) Ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate Si considerano tutte le erogazioni di assistenza domiciliare, quindi sono incluse le CD prestazionali
Riferimento:
Livello:
Azienda di Residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA, Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-06 12:34:15 - L'indicatore diventa di valutazione. Si precisa nella scheda che vengono considerate tutte le erogazioni di assistenza domiciliare, incluse le CD domiciliari.

Codice indicatore:
B28.2.9
Definizione:
Percentuale di prese in carico con CIA>0,13 per over 65 in Cure Domiciliari
Numeratore:
Prese in Carico con CIA > 0,13 (over 65)
Denominatore:
Prese in Carico per persone over 65
Note:
<ul style="list-style-type: none"> - Residenti in Regione, cure domiciliari erogate in Regione - Includere le Prese in Carico con valutazione - Inclusi tutti i tipi di Cure Domiciliari <p>Numeratore: Numero di Prese in Carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni CIA = Numero GEA / Numero GdC GEA = Numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore GdC = Numero di giorni trascorsi dalla data di primo accesso nell'anno di riferimento alla data dell'ultimo accesso nell'anno di riferimento (si escludono le GdC=0, ovvero i casi con un solo accesso)</p> <p>Denominatore: Numero di Prese in Carico per CD, per persone con età maggiore o uguale a 65 anni (PIC erogate)</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di Presa in Carico
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-06 12:40:07 - L'indicatore diventa di valutazione.

Codice indicatore:
B28.3.10
Definizione:
Ammissioni in RSA per over 65
Numeratore:
Assistiti >= 65 ammessi in struttura residenziale nell'anno di riferimento x 1.000
Denominatore:
Popolazione residente >= 65
Note:
Residenti in Regione Applicazione della standardizzazione per età La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT Si considerano solo i nuovi ammessi nell'anno di riferimento e non i presenti ammessi in anni precedenti.
Riferimento:
Livello:
Azienda di Residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
B28.3.11
Definizione:
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni
Numeratore:
Assistiti ammessi in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (ordinari, di tipo medico) >= 65 anni
Denominatore:
Assistiti >= 65 ammessi in struttura residenziale nell'anno di riferimento
Note:
Residenti in Regione Regime di ricovero ordinario Si considerano solo i nuovi ammessi in struttura nell'anno di riferimento e non i presenti ammessi in anni precedenti.
Riferimento:
Livello:
Azienda di Presa in Carico
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA, Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
B28.3.12
Definizione:
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni
Numeratore:
Assistiti ammessi in RSA con almeno un accesso al Pronto Soccorso (non seguito da ricovero) >= 65 anni
Denominatore:
Assistiti >= 65 ammessi in struttura residenziale nell'anno di riferimento
Note:
<p>Residenti in Regione</p> <p>Accessi al Pronto soccorso non seguiti da ricovero</p> <p>Si considerano solo i nuovi ammessi in struttura nell'anno di riferimento e non i presenti ammessi in anni precedenti.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di Presa in Carico
Cutoff
-
Fonte:
Flusso AD RSA, Flusso PS
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
B31
Definizione:
Comunicazione e Prenotazione Web
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore misura nel suo complesso se e quanto una Azienda Sanitaria rende fruibili e accessibili le informazioni sanitarie, in particolare sulla prenotazione dei servizi. La capacità delle Aziende di comunicare efficacemente su web è misurata in termini di: comunicazione e offerta di canali digitali per effettuare le prenotazioni; possibilità di visualizzare correttamente il sito da diversi dispositivi; leggibilità e comprensibilità dei testi.
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza/erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B31.1
Definizione:
Digitalizzazione servizi di prenotazione
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore misura la possibilità per gli utenti di accedere ai servizi di prenotazione mediante canali digitali, anche considerando se il canale di prenotazione digitale è comunicato sul sito web. L'indicatore assume tre valori: 1 se la prenotazione non è digitalizzata; 2 se è disponibile da sito web o da mobile APP; 3 se è disponibile da entrambi i canali considerati. Intende misurare quanto sia ampia e se sia promossa online l'offerta di canali di accesso alla prenotazione delle prestazioni sanitarie da parte delle Aziende.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza/erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sito web delle Aziende; Store digitali online – Analisi MeS (situazione aggiornata a Dicembre 2015)
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B31.2
Definizione:
Accessibilità online alle informazioni sui servizi
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore esprime la capacità del sito web di facilitare ai potenziali utenti dei servizi l'accesso alle informazioni e ai servizi in termini di: (i) visualizzazione da diversi dispositivi tecnologici; (ii) comprensibilità e leggibilità dei testi.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione/residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sito aziendale – Analisi MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B31.2.1
Definizione:
Responsive Web Design (RWD)
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore misura la capacità del sito web di adattarsi graficamente in modo automatico al dispositivo con cui è visualizzato. Intende misurare quanto i contenuti dei siti web dalle Aziende siano accessibili da diversi dispositivi senza problemi di visualizzazione, anche in versione mobile. La responsività del design del sito web è misurata su tre valori: 1 se il sito non è responsivo; 2 se è responsivo in una sola modalità delle due analizzate; 3 se è responsivo ad entrambe le modalità analizzate.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione/residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sito aziendale – Analisi MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B31.2.2
Definizione:
Leggibilità del sito web
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore misura il grado di leggibilità e comprensibilità dei testi presenti sul sito web aziendale.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza/erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sito web aziendale - Analisi MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B31.2.2.1
Definizione:
Leggibilità della pagina di spiegazione su come prenotare
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore misura il grado di leggibilità e comprensibilità dei testi presenti sulla pagina web che spiega come effettuare le prenotazioni dei servizi sanitari.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza/erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sito web aziendale - Analisi Mes
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B31.2.2.1.1
Definizione:
Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare
Numeratore:
$89 [300 * (N. frasi) - 10 * (N. lettere)]$
Denominatore:
N. Parole
Note:
<p>L'indicatore analizza i testi dal punto di vista sintattico-lessicale, anche in termini di lunghezza delle frasi e lunghezza delle parole, e mostra lo scostamento medio, espresso in valore assoluto da 0 a 100, dell'Indice Gulpease dalle soglie di leggibilità, utilizzando il software online Corrige! – Eulogos.</p> <p>Intende misurare quanto i testi web dalle Aziende siano caratterizzati da frasi e parole dalla lunghezza tale da rendere più o meno leggibili i testi stessi.</p> <p>Per leggere correttamente l'indicatore, oltre alle fasce di valutazione adottate basate sulla distribuzione dei valori, si deve far riferimento a tre soglie minime di leggibilità: 40 per diploma superiore, 60 per licenza media, 80 per scuola elementare.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza/erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sito web aziendale (Parte testuale della pagina web relativa alla spiegazione delle prenotazioni presente sul sito aziendale)
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B31.2.2.1.2
Definizione:
Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare
Numeratore:
N. Parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale
Denominatore:
N. Parole
Note:
L'indicatore mostra lo scostamento medio, espresso in percentuale, dell'uso del Vocabolario Fondamentale nelle pagine web di spiegazione delle prenotazioni rispetto al totale delle parole utilizzate. Intende misurare quanto nei testi web dalle Aziende sia adottato un lessico facilmente comprensibile dai cittadini utenti dei servizi. Si utilizza il software online Corrige! – Eulogos per l'analisi dei testi. La valutazione dell'indicatore è riferita alla distribuzione dei valori. Tuttavia va tenuto conto della soglia minima di presenza di parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale nei testi (in media 88%), suggerita dalla letteratura.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza/erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sito web Aziendale - Parte testuale della pagina web relativa alla spiegazione delle prenotazioni presente sul sito aziendale.
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B31.2.2.2
Definizione:
Leggibilità della pagina di scelta/revoca del medico di medicina generale
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore misura il grado di leggibilità e comprensibilità dei testi presenti sulla pagina web che spiega come scegliere e revocare il medico di medicina generale.
Riferimento:
Media
Livello:
Azienda di erogazione/residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sito web delle Aziende - Analisi MeS
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
B31.2.2.2.1
Definizione:
Indice Gulpease della pagina di scelta/revoca del medico di medicina generale
Numeratore:
$89 [300 * (N. frasi) - 10 * (N. lettere)]$
Denominatore:
N. Parole
Note:
<p>L'indicatore analizza i testi dal punto di vista sintattico-lessicale, anche in termini di lunghezza delle frasi e lunghezza delle parole, e mostra lo scostamento medio, espresso in valore assoluto da 0 a 100, dell'Indice Gulpease dalle soglie di leggibilità, utilizzando il software online Corrige! – Eulogos.</p> <p>Intende misurare quanto i testi web dalle Aziende siano caratterizzati da frasi e parole dalla lunghezza tale da rendere più o meno leggibili i testi stessi.</p> <p>Per leggere correttamente l'indicatore, oltre alle fasce di valutazione adottate basate sulla distribuzione dei valori, si deve far riferimento a tre soglie minime di leggibilità: 40 per diploma superiore, 60 per licenza media, 80 per scuola elementare.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza/erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sito web aziendale (Parte testuale della pagina web relativa alla scelta/revoca del medico di medicina generale)
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
B31.2.2.2.2
Definizione:
Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di scelta/revoca del medico di medicina generale
Numeratore:
N. Parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale
Denominatore:
N. Parole
Note:
L'indicatore mostra lo scostamento medio, espresso in percentuale, dell'uso del Vocabolario Fondamentale nelle pagine web di spiegazione delle prenotazioni rispetto al totale delle parole utilizzate. Intende misurare quanto nei testi web dalle Aziende sia adottato un lessico facilmente comprensibile dai cittadini utenti dei servizi. Si utilizza il software online Corrige! – Eulogos per l'analisi dei testi. La valutazione dell'indicatore è riferita alla distribuzione dei valori. Tuttavia va tenuto conto della soglia minima di presenza di parole appartenenti al Vocabolario Fondamentale nei testi (in media 88%), suggerita dalla letteratura.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza/erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sito web Aziendale - Parte testuale della pagina web relativa alla scelta/revoca del medico di medicina generale
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
B4
Definizione:
Consumo farmaci oppioidi maggiori
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore B4 assume una valutazione pari a quella dell'indicatore B4.1.1 - "Consumo territoriale di farmaci oppioidi".
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B4.1.1
Definizione:
Consumo giornaliero di farmaci oppioidi maggiori, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o in distribuzione per conto, di classe A, per 1.000 residenti
Numeratore:
DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno (x 1000)
Denominatore:
N. residenti (x 365)
Note:
I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): Morfina (ATC N02AA01), Morfina ed antispastici (ATC N02AG01), Buprenorfina (ATC N02AE01), Fentanile (ATC N02AB03), Ossicodone (ATC N02AA05), Oxicodone-associazioni (N02AA55) e Idromorfone (ATC N02AA03). Dal 2013 è incluso nel calcolo anche il Tapentadolo (ATC N02AX06). Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5
Definizione:
Screening oncologici
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: B5.1 Screening mammografico, B5.2 Screening cervice uterina, B5.3 Screening coloretale
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.1
Definizione:
Screening mammografico
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore B5.1 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: B5.1.1 (Estensione screening mammografico), B5.1.2 (Adesione screening mammografico)
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.1.1
Definizione:
Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione
Numeratore:
$\frac{N. \text{ Donne invitate nell'anno } x \text{ più } N. \text{ Donne invitate nell'anno } x-1 - N. \text{ Inviti inesitati nell'anno } x - N. \text{ Inviti inesitati nell'anno } x-1}{*}$
Denominatore:
$\frac{\text{Popolazione bersaglio anno } x \text{ più Popolazione bersaglio anno } x-1 - \text{donne escluse prima dell'invito nell'anno } x - N. \text{ donne escluse prima dell'invito nell'anno } x-1}{*}$
Note:
Il biennio da considerare è quello precedente all'anno. Ad es. per il report di valutazione 2016 si esamina il biennio 2015-2016. * Si applicano i criteri di correzione ONS
Riferimento:
Obiettivo: 100%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Puglia: Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia; P.A. Trento: Rilevazioni regionali; Umbria: rilevazioni regionali.
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.1.2
Definizione:
Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate
Numeratore:
N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)
Denominatore:
N. donne invitate allo screening mammografico nell'anno oggetto della rilevazione – inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. Donne escluse dopo l'invito *
Note:
Indicatore annuale
* Si applicano i criteri di correzione ONS
Riferimento:
Obiettivo: >70%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
500
Fonte:
Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Puglia: Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia; P.A. Trento: Rilevazioni regionali; Umbria: rilevazioni regionali.
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.1.4
Definizione:
Adesione volontaria allo screening mammografico (PASSI)
Numeratore:
N. donne rispondenti, in età 50-69 anni, che dichiarano di aver eseguito una mammografia preventiva nei due anni precedenti la data dell'intervista e che dichiarano di averlo pagato (interamente o solo il ticket) 201X0 201X1 201X2
Denominatore:
Sommatoria del N. Donne intervistate, in età 50-69 anni, che rispondono di aver eseguito o di non aver eseguito la mammografia nei 2 anni precedenti la data dell'intervista, escluse quelle che rifiutano di rispondere e quelle che rispondono "non so", nei
Note:
Dato triennale (2014-2016). Si considerano le persone che dichiarano di avere eseguito la mammografia nei due anni precedenti l'intervista. Il numeratore e il denominatore si riferiscono ai rispondenti effettivi dell'indagine. Il valore dell'indicatore si riferisce al dato che si ottiene considerando nel calcolo i pesi campionari dell'indagine.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.1.5
Definizione:
Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo
Numeratore:
N. donne che sono state sottoposte al primo approfondimento entro 20 giorni dalla data della mammografia di screening con esito positivo
Denominatore:
N. donne con mammografia di screening positiva che hanno eseguito almeno una seduta di approfondimento
Note:
Indicatore annuale. Si fa riferimento al programma di Screening 2015: si considerano pertanto le adesioni avvenute entro il 30/04/2016.
Riferimento:
90%, Standard di riferimento GISMa ritenuto «Accettabile»
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Varia a seconda della regione
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.1.6
Definizione:
Percentuale di adesione agli approfondimenti
Numeratore:
N. donne con mammografia di screening con esito positivo che hanno effettuato almeno una seduta di approfondimento
Denominatore:
N. totale donne che hanno ricevuto un esito positivo della mammografia di screening
Note:
Indicatore annuale. Si fa riferimento al programma di Screening 2015: si considerano pertanto le adesioni avvenute entro il 30/04/2016.
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Varia a seconda della regione
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.2
Definizione:
Screening cervice uterina
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore B5.2 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: B5.2.1 (Estensione screening cervice uterina), B5.2.2 (Adesione screening cervice uterina)
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.2.1
Definizione:
Percentuale di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione
Numeratore:
$N. \text{ Donne invitate nell'anno } x \text{ pi\`u } N. \text{ Donne invitate nell'anno } x-1 \text{ pi\`u } N. \text{ Donne invitate nell'anno } x-2 - N. \text{ Inviti inesitati nell'anno } x - N. \text{ Inviti inesitati nell'anno } x-1 - N. \text{ inviti inesitati nell'anno } x-2$ *
Denominatore:
$\text{Popolazione bersaglio anno } x \text{ pi\`u } \text{Popolazione bersaglio anno } x-1 \text{ pi\`u } \text{Popolazione bersaglio anno } x-2 - N. \text{ donne escluse prima dell'invito nell'anno } x - N. \text{ donne escluse prima dell'invito nell'anno } x-1 - N. \text{ donne escluse prima dell'invito nell'anno } x-2$ *
Note:
Il triennio da considerare \u00e8 quello precedente all'anno. Ad es. per il report di valutazione 2016 si esamina il triennio 2014-2016. * Si applicano i criteri di correzione ONS
Riferimento:
Obiettivo: 100%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Puglia: Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia; P.A. Trento: Rilevazioni regionali; Umbria: rilevazioni regionali.
Criterio:
2012
Propriet\u00e0:
L'indicatore \u00e8 crescente
L'indicatore \u00e8 valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.2.2
Definizione:
Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate
Numeratore:
N. donne che hanno partecipato allo screening a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)
Denominatore:
N. donne invitate allo screening della cervice uterina nell'anno oggetto della rilevazione– inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. donne escluse dopo l'invito *
Note:
Indicatore annuale
* Si applicano i criteri di correzione ONS
Riferimento:
Obiettivo: >60%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
500
Fonte:
Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Puglia: Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia; P.A. Trento: Rilevazioni regionali; Umbria: rilevazioni regionali.
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.2.4
Definizione:
Adezione volontaria allo screening cervice uterina (PASSI)
Numeratore:
N. donne rispondenti, in età 25-64 anni, che dichiarano di aver eseguito un Pap-Test oppure un Test dell'HPV per la ricerca del papilloma virus nei tre anni precedenti la data dell'intervista e che dichiarano di averlo pagato (interamente o solo il ticket)
Denominatore:
Sommatoria del N. Donne intervistate, in età 25-64 anni, che rispondono di aver eseguito o di non aver eseguito un Pap-Test o un Test-HPV nei 3 anni precedenti la data dell'intervista, escluse quelle che rifiutano di rispondere e quelle che rispondono "no"
Note:
Dato triennale (2014-2016). Si considerano le persone che dichiarano di avere eseguito il Pap-Test o il Test-HPV nei tre anni precedenti l'intervista. Il numeratore e il denominatore si riferiscono ai rispondenti effettivi dell'indagine. Il valore dell'indicatore si riferisce al dato che si ottiene considerando nel calcolo i pesi campionari dell'indagine.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.3
Definizione:
Screening coloretale
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore B5.3 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: B5.3.1 (Estensione screening coloretale), B5.3.2 (Adesione screening coloretale)
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.3.1
Definizione:
Percentuale di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione
Numeratore:
$N. \text{ invitati nell'anno } x \text{ pi\`u } N. \text{ invitati nell'anno } x-1 \text{ pi\`u } N. \text{ Inviti inesitati nell'anno } x - N. \text{ Inviti inesitati nell'anno } x-1$ *
Denominatore:
$\text{Popolazione bersaglio anno } x \text{ pi\`u } \text{Popolazione bersaglio anno } x-1 - N. \text{ persone escluse prima dell'invito nell'anno } x - N. \text{ persone escluse prima dell'invito nell'anno } x-1$ *
Note:
Il biennio da considerare \u00e8 quello precedente all'anno. Ad es. per il report di valutazione 2016 si esamina il biennio 2015-2016. * Si applicano i criteri di correzione ONS
Riferimento:
Obiettivo: 100%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Puglia: Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia; P.A. Trento: Rilevazioni regionali; Umbria: rilevazioni regionali.
Criterio:
2012
Propriet\u00e0:
L'indicatore \u00e8 crescente
L'indicatore \u00e8 valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.3.2
Definizione:
Percentuale di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate
Numeratore:
N. persone che hanno partecipato allo screening coloretale a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)
Denominatore:
N. invitati allo screening coloretale a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito) – inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. persone escluse dopo
Note:
Indicatore annuale
* Si applicano i criteri di correzione ONS
Riferimento:
Obiettivo: >70%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
500
Fonte:
Veneto: Dipartimento Prevenzione; Toscana: ISPO; Marche: Rilevazioni regionali; Liguria: GISMA; Friuli Venezia Giulia: SISSR; P.A. Bolzano: Registro Tumori Alto Adige; Emilia-Romagna: Osservatorio Nazionale Screening; Lombardia: DWH Regione Lombardia; Lazio: Sipsoweb
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B5.3.5
Definizione:
Adesione volontaria allo screening coloretale (PASSI)
Numeratore:
N. Persone rispondenti, in età 50-69 anni, che dichiarano di aver eseguito un esame di "ricerca del sangue occulto nelle feci" nei due anni precedenti la data dell'intervista e che dichiarano di averlo pagato (interamente o solo il ticket) 201X0 201X1
Denominatore:
Sommatoria del N. Persone intervistate, in età 50-69 anni, che rispondono di aver eseguito o di non aver eseguito una "ricerca del sangue occulto nelle feci" nei 2 anni precedenti la data dell'intervista, escluse quelle che rifiutano di rispondere e quell
Note:
Dato triennale (2014-2016). Si considerano le persone che dichiarano di avere eseguito la ricerca nel sangue occulto nelle feci nei due anni precedenti l'intervista. Il numeratore e il denominatore si riferiscono ai rispondenti effettivi dell'indagine. Il valore dell'indicatore si riferisce al dato che si ottiene considerando nel calcolo i pesi campionari dell'indagine.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B6.1.2
Definizione:
Percentuale di Donatori Effettivi di organi
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.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-13 12:38:26 - A partire dai dati 2016 l'indicatore è diventato di valutazione. Decisione presa durante l'incontro dei Referenti del Network (Pisa, 13-14 febbraio 2017)

Codice indicatore:
B6.1.6
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.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
B6.1.9
Definizione:
Opposizione alla donazione
Numeratore:
Numero di opposizioni dei familiari di un potenziale donatore di organi (HBD)
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.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
B6a
Definizione:
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore B6.1.2 - Percentuale di donatori procurati.
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B7
Definizione:
Copertura vaccinale
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi dei seguenti indicatori: B7.1 Copertura vaccinale MPR B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale anziani B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV) B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico B7.7 Copertura vaccinale esavalente.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B7.1
Definizione:
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza
Numeratore:
Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)
Denominatore:
N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione
Note:
Usare per l'anno 2016 la coorte di bambini nati nell'anno 2014. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.
Riferimento:
Obiettivo: >95%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Varia a seconda della regione
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B7.2
Definizione:
Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio
Numeratore:
Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni
Denominatore:
Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente
Note:
Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno
Riferimento:
Obiettivo: >75%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Varia a seconda della regione
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B7.3
Definizione:
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio
Numeratore:
Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento (*)
Denominatore:
Numero bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (nate nel (*))
Note:
(*) Utilizzare la coorte nate nel 2004 per il 2016
Riferimento:
Obiettivo: >70%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Varia a seconda della regione
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B7.4
Definizione:
Grado di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio
Numeratore:
N. operatori sanitari vaccinati
Denominatore:
Totale dipendenti ruolo sanitario e tecnico
Note:
Per Operatori sanitari vaccinati si intendono quelli registrati come tali nel prospetto riassuntivo inviato al ministero a fine stagione
Riferimento:
Media regionale, anno 2012
Livello:
Aziende di appartenenza degli operatori
Cutoff
-
Fonte:
Flusso ministeriale fine stagione, Conto Annuale del Personale (solo dipendenti pubblici tempo pieno e parziale)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B7.5
Definizione:
Grado di copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi
Numeratore:
Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica
Denominatore:
Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre
Note:
Usare per l'anno 2016 la coorte di bambini nati nell'anno 2014. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno
Riferimento:
Obiettivo: 95%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Varia a seconda della regione
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B7.6
Definizione:
Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese
Numeratore:
Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica (*)
Denominatore:
N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre
Note:
(*) Il vaccino cui si fa riferimento è il 13 valente Usare per l'anno 2016 la coorte di bambini nati nell'anno 2014. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.
Riferimento:
Obiettivo: 95%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Varia a seconda della regione
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B7.7
Definizione:
Grado di Copertura vaccinazione Esavalente a 24 mesi
Numeratore:
Cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre per Esavalente
Denominatore:
Numero bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi
Note:
Usare per l'anno 2016 la coorte di bambini nati nell'anno 2014. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.
Riferimento:
95%
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Varia a seconda della regione
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B8
Definizione:
Malattie infettive
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore è pari alla media della valutazione dei seguenti sottoindicatori: B8.1 Proporzione malattie invasive batteriche tipizzate, B8.3 % esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B8.1
Definizione:
proporzione malattie invasive batteriche tipizzate
Numeratore:
Casi di malattie invasive con ceppo microbico tipizzato nell'anno*100
Denominatore:
Casi totali di malattie invasive notificati nell'anno
Note:
Per Meningococco e Pneumococco
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
SIMI (Sistema Informatizzato Malattie Infettive)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B8.2
Definizione:
Tasso di incidenza di tubercolosi polmonare nella popolazione residente
Numeratore:
Casi tubercolosi polmonare notificati nell'anno nei residenti *100.000
Denominatore:
Popolazione residente
Note:
Si intendono i casi notificati
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
SIMI (Sistema Informatizzato Malattie Infettive)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B8.3
Definizione:
% esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare
Numeratore:
Numero di casi di tubercolosi polmonare per cui è stato effettuato l'accertamento colturale (*) \times 100
Denominatore:
Casi di tubercolosi polmonare notificati nell'anno
Note:
Controllare completezza di compilazione. (*) l'accertamento colturale deve essere su campioni respiratori (escreato, BAL, BAS, aspirato gastrico)
Riferimento:
85%
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
SIMI (Sistema Informatizzato Malattie Infettive)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
B8.4
Definizione:
Conferma culturale diagnosi di tubercolosi polmonare
Numeratore:
Numero diagnosi di tubercolosi polmonare confermati da coltura*100
Denominatore:
Casi di tubercolosi polmonare notificati nell'anno
Note:
Controllare completezza di compilazione. L'accertamento culturale deve essere su campioni respiratori (escreato, BAL. BAS, aspirato gastrico).
Riferimento:
65%
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
SIMI (Sistema Informatizzato Malattie Infettive)
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C1
Definizione:
Capacità di governo della domanda
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori:</p> <p>C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso, C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione DH medico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso.</p> <p>L'indicatore C1.1 "Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso" è di valutazione ma non concorre al calcolo del punteggio della testa.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C1.1
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso per 1.000 residenti
Numeratore:
Numero di ricoveri relativi ai residenti x 1.000
Denominatore:
Numero residenti
Note:
Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri: - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 .
Riferimento:
Mediana interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C1.1.1
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
Numeratore:
Numero di ricoveri ordinari acuti relativi ai residenti x 1.000
Denominatore:
Numero residenti
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si considera inclusa la One Day Surgery.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Mediana interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-03 16:44:57 - Specificato nel campo "Numeratore" ricoveri per "acuti". Nota bene: i criteri di selezione erano corretti e non sono variati

Codice indicatore:
C1.1.1.1
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per azienda di residenza, standardizzato per età e per sesso DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti
Numeratore:
Numero di ricoveri DRG medici relativi ai residenti 0-64 anni x 1.000
Denominatore:
Numero residenti 0-64 anni
Note:
Si considerano: - i ricoveri ordinari e day-hospital ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. - drg medici - età compresa tra 0 e 64 anni Sono esclusi i ricoveri: - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi al parto (MDC 14 e 15) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75, 99) - Relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409,410,492) La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT.
Riferimento:
Media regionale, Anno 2011
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C1.1.2
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
Numeratore:
Numero di ricoveri in Day Hospital per acuti relativi ai residenti x 1.000
Denominatore:
Numero residenti
Note:
<p>Si considerano i ricoveri in regime di day-hospital, ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si considera esclusa la One Day Surgery.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-03 16:46:25 - Specificato nel campo "Numeratore" ricoveri per "acuti". Nota bene: i criteri di selezione erano corretti e non sono variati

Codice indicatore:
C1.1.2.1
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital medico per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
Numeratore:
Numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti relativi ai residenti x 1.000
Denominatore:
Numero residenti
Note:
<p>Si considerano i ricoveri in regime di day hospital medico, ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - Relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409, 410, 492) <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Mediana interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-03 16:52:55 - Specificato nel campo "Numeratore" ricoveri per "acuti". Nota bene: i criteri di selezione erano corretti e non sono variati

Codice indicatore:
C1.1.2.2
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital chirurgico per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
Numeratore:
Numero di ricoveri in Day Hospital chirurgico per acuti relativi ai residenti x 1.000
Denominatore:
Numero residenti
Note:
<p>Si considerano i ricoveri in regime di day hospital chirurgico, ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si considera esclusa la One Day Surgery.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-03 16:48:18 - Specificato nel campo "Numeratore" ricoveri per "acuti". Nota bene: i criteri di selezione erano corretti e non sono variati

Codice indicatore:
C1.1.2.2.1
Definizione:
Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale
Numeratore:
Numero accessi per prestazioni chirurgiche per azienda di residenza x 1.000
Denominatore:
Popolazione residente
Note:
Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, mobilità extra regione inclusa. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso Si considera il settore Procedure chirurgiche Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C1.1.3
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per post acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso
Numeratore:
N. ricoveri per post acuti relativi ai residenti x 1.000
Denominatore:
N. residenti
Note:
Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione, dimessi dai reparti di unitòà spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).
Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell’anno precedente.
Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.
La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85+
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C1.1dh
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione standardizzato pe età e sesso per 1000 residenti - DH
Numeratore:
Numero di ricoveri DH relativi ai residenti x 1.000
Denominatore:
Numero residenti
Note:
<p>Si considerano i ricoveri DH ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti toscani.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <p>Erogati da strutture private non accreditate Relativi a neonato normale (DRG 391)</p> <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C1.1ro
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione standardizzato pe età e sesso per 1000 residenti - ricoveri ordinari
Numeratore:
Numero di ricoveri ordinari relativi ai residenti x 1.000
Denominatore:
Numero residenti
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti toscani.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <p>Erogati da strutture private non accreditate Relativi a neonato normale (DRG 391)</p> <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C1.3
Definizione:
Posti letto per 1.000 abitanti
Numeratore:
N. posti letto x 1.000
Denominatore:
N. residenti
Note:
L'indicatore si calcola a livello complessivo di regione e non per le singole aziende sanitarie. Sono considerati i Posti Letto Ordinari, Day Hospital, Day Surgery e a Pagamento degli ospedali pubblici e privati accreditati da flusso HSP12 e HSP13 (Quadro E) all' 1 Gennaio dell'anno di riferimento del dato. Si escludono dal calcolo i posti letto della disciplina Nido (31).
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Regione di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso HSP12 e HSP13 (Quadro E)
Criterio:
2010
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C1.5
Definizione:
Indice di case mix
Numeratore:
$[\sum(\text{numero di dimissioni per DRG per azienda} * \text{Peso DRG})] / \text{numero di dimissioni per azienda}$
Denominatore:
Peso medio DRG nazionale (1.17)
Note:
<p>Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari, inclusa la One Day Surgery.</p> <p>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).</p> <p>I pesi utilizzati sono quelli ministeriali (DM 18 dicembre 2008).</p> <p>Per il calcolo del peso medio di riferimento nazionale si considerano sia gli erogatori pubblici che i privati accreditati.</p> <p>Il peso medio DRG nazionale per ricoveri ordinari (erogatori pubblici e privati accreditati) è 1.17 (Fonte: rapporto SDO primo semestre 2015 del Ministero)</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C1.6
Definizione:
Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (Griglia LEA)
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).
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10
Definizione:
Percorso oncologico
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume un punteggio pari alla media dei punteggi dei seguenti indicatori: C10.1 Volumi Oncologia C10.2 Percorso Tumore alla Mammella C10.5 Appropriata prescrizione dei Biomarcatori tumorali
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-07 16:20:37 - Introduzione dell'indicatore di valutazione: C10.5

Codice indicatore:
C10.1
Definizione:
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.2
Definizione:
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.2.1
Definizione:
% 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:
<p>Numeratore:</p> <p>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.</p> <p>oppure</p> <p>B) Nipple/Skin Sparing. Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e (Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: (85.4* 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 e (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella)) o 85.33 Mastectomia sottocutanea monolaterale o 85.35 Mastectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi). Attenzione: le procedure 85.34 e 85.36 non abbinata a (85.53 o 85.54 o 85.95) si considerano errori di codifica.</p> <p>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*</p> <p>Erogazione in Regione, ovunque residenti. Pazienti di genere femminile.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-07 15:35:09 - Specificato meglio il numeratore con l'eliminazione di "Esclusione della casistica nipple/skin sparing (vedi codici punto B) e 'demolitivi' (Diagnosi principale: 174.* o 233.0; Procedura principale o secondaria: 85.4*)" che non era necessaria. Il criterio dell'indicatore non cambia.

Codice indicatore:
C10.2.2
Definizione:
% 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.
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.2.2.1
Definizione:
% 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:
<p>Numeratore:</p> <p>[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: Carcinoma infiltrante: 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]</p> <p>Denominatore:</p> <p>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*</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.2.4
Definizione:
Percentuale di donne sottoposti a radioterapia entro 4 mesi da intervento per tumore alla mammella INDICATORE IN FASE DI REVISIONE
Numeratore:
Numero di donne con somministrazione di trattamento radioterapico entro 120 giorni dall'intervento chirurgico per tumore della mammella
Denominatore:
Numero di donne con somministrazione di trattamento radioterapico da 30 a 240 giorni dall'intervento chirurgico per tumore della mammella
Note:
<p>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.</p> <p>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 85.31 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. Sono escluse le pazienti con chemioterapia adiuvante vedi NOTA 3.</p> <p>Trattamenti radioterapici: Da SDO: diagnosi principale V58.0 e secondaria 174* o V10.3 e procedura principale o secondaria 92.2* Da SPA: codice prestazione: 92.2*e 92.47.9</p> <p>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.</p> <p>Nota 2: nel caso in cui la donna sia stata sottoposta a più interventi, si considera l'ultimo intervento.</p> <p>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"</p> <p>Si considerano i residenti in Regione, operati in Regione e che hanno effettuato la radioterapia in Regione.</p>
Riferimento:
Il valore ottimale dovrebbe essere > = 90%
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Farmaceutica erogazione diretta, SDO e prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato

L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C10.2.5
Definizione:
Volumi di interventi chirurgici alla mammella
Numeratore:
Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 8 settimane dall'intervento chirurgico per tumore della mammella
Denominatore:
Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 24 settimane dall'intervento chirurgico per tumore della mammella.
Note:
<p>Numeratore:</p> <p>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.</p> <p>La procedura di individuazione dei trattamenti chemioterapici è riportata di seguito.</p> <p>Denominatore:</p> <p>Partendo dalla coorte delle donne con intervento chirurgico (Nota1 e Nota 2) per tumore mammario (codici ICD 9: diagnosi principale 174.* e procedure principali o secondarie 85.2* o 85.3* o 85.4*), si considerano tutte le donne che hanno ricevuto entro 24 settimane dall'intervento chirurgico un trattamento chemioterapico.</p> <p>La procedura di individuazione dei trattamenti chemioterapici è riportata di seguito.</p> <p>Trattamenti chemioterapici:</p> <p>Da SDO: diagnosi principale o secondaria V58.1* o procedura principale o secondaria 99.25 o 99.28</p> <p>Da Flusso Prestazioni Ambulatoriali: codice prestazione: 99.25</p> <p>Da Flusso della Farmaceutica: pazienti con somministrazione delle ATC inserite in elenco.</p> <p>Si considerano i residenti in Regione, operati in Regione e che hanno effettuato la chemioterapia in Regione</p> <p>Elenco ATC:</p> <p>L01AA01 L01BA01 L01BC02 L01BC05 L01BC06 L01CA01 L01CA04 L01CB01 L01CD01 L01CD02 L01DA01 L01DB01 L01DB03 L01DB07 L01DC01 L01DC03 L01XA01 L01XA02 L01XA03 L01XC03 L01XC07 L01XC13 L01XC14 L01XE07 L01XE10 L01XX19 L01XX41 L02AB01 L02AB02 L02AE01 L02AE02 L02AE03 L02AE04 L02BA01 L02BA02 L02BA03 L02BG03 L02BG04 L02BG06 L02BX02</p> <p>Nota 1: ai fini del calcolo dell'indicatore nell'anno corrente, per consentire l'identificazione dei trattamenti chemioterapici entro 24 settimane dall'intervento chirurgico, le donne da includere nella coorte dovranno essere state sottoposte a chirurgia nei primi 197 giorni dell'anno. In caso il paziente venga individuato da Flusso SDO con sola diagnosi principale o secondaria V58.1, quindi in mancanza di una specifica data che individui il trattamento chemioterapico, si considera la data di ammissione.</p> <p>Nota 2: nel caso in cui la donna sia stata sottoposta a più interventi, si considera l'ultimo intervento.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di Erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO, Flusso Prestazioni ambulatoriali, Flusso farmaceutica
Criterio:
2015

Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-21 12:28:28 - Aggiornato elenco ATC
2017-03-07 14:26:06 - Eliminato il codice 99.28 dal flusso delle Prestazioni Ambulatoriali a causa di mancata codifica nei nomenclatori regionali. Il criterio dell'indicatore non cambia.

Codice indicatore:
C10.3
Definizione:
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.3.1
Definizione:
Numero di interventi chirurgici al retto in soggetti con tumore maligno al retto
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:

Codici ICD9-CM di diagnosi principale: 153.* Tumori maligni del colon o 230.3 Tumori in situ del colon

E Codici ICD9-CM di diagnosi secondarie: 996-999 o 566 o 569.86 o 536.4* o 567.** o 569.89 o 537.4 o 568.0 o 570 o 551.2* o 568.8* o 575.4 o 552.2* o 569.3 o 575.5 o 557.0 o 569.6* o 576.3 o 557.1 o 569.81 o 576.4 o 557.9 o 569.83 o 578.* o 560.** o 569.85 o 285.1

E Codici ICD9-CM di procedura principale: 45.7* Asportazione parziale dell'intestino crasso o 45.8* Colectomia totale intraaddominale

E Codici ICD9-CM di procedura secondaria: intervento chirurgico con codici "4533" "4534""4541" "4549" "4550" "4551" "4552" "4561" "4562" "4563" "4571" "4572" "4573" "4574" "4575" "4576" "4579" "4590" "4591""4592" "4593" "4594" "4595" "4601" "4602" "4603" "4604" "4610" "4611" "4613" "4620" "4621" "4622" "4623" "4640" "4641" "4642" "4643" "4660""4661" "4662" "4663" "4664" "4671" "4672" "4673" "4674" "4675" "4676" "4679" "4680" "4681" "4682" "4691" "4692" "4693" "4694" "4697" "4699" "4701" "4709" "4711""4719" "4791" "4792" "4799" "4821" "4835" "4841" "4849" "4861" "4862" "4863" "4864" "4865" "4869" "4871" "4873" "4874" "4879" "5069" "5122" "5123" "5136" "5137" "5143" "5193" "5351" "5359" "5361" "5411""5412" "5419" "5421" "5451" "5459" "5461" "5462" "5463" "5464" "5472" "5473" "5474" "5475" "5492" "5493" "5494" "5495""5502" "5512" "5551" "5581" "5661" "5682" "5684" "5686" "5695" "5781" "5783" "5799" "6829" "6831" "6839" "6841" "6849" "6851" "6861" "6869" "7072" "7073" "7074""7075" "458" "480" "472" "481" "485" "543" "544" "554" "719" e data successiva all'intervento indice.

Criteri per cercare il reintervento entro 30 gg da intervento al colon:

Intervento avvenuto tra 1 e 30 giorni successivi all'intervento indice per tumore al colon

Codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondaria: 996-999 o 566 o 569.86 o 536.4* o 567.** o 569.89 o 537.4 o 568.0 o 570 o 551.2* o 568.8* o 575.4 o 552.2* o 569.3 o 575.5 o 557.0 o 569.6* o 576.3 o 557.1 o 569.81 o 576.4 o 557.9 o 569.83 o 578.* o 560.** o 569.85 o 285.1

E Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: intervento chirurgico con codici "4533" "4534""4541" "4549" "4550" "4551" "4552" "4561" "4562" "4563" "4571" "4572" "4573" "4574" "4575" "4576" "4579" "4590" "4591""4592" "4593" "4594" "4595" "4601" "4602" "4603" "4604" "4610" "4611" "4613" "4620" "4621" "4622" "4623" "4640" "4641" "4642" "4643" "4660""4661" "4662" "4663" "4664" "4671" "4672" "4673" "4674" "4675" "4676" "4679" "4680" "4681" "4682" "4691" "4692" "4693" "4694" "4697" "4699" "4701" "4709" "4711""4719" "4791" "4792" "4799" "4821" "4835" "4841" "4849" "4861" "4862" "4863" "4864" "4865" "4869" "4871" "4873" "4874" "4879" "5069" "5122" "5123" "5136" "5137" "5143" "5193" "5351" "5359" "5361" "5411""5412" "5419" "5421" "5451" "5459" "5461" "5462" "5463" "5464" "5472" "5473" "5474" "5475" "5492" "5493" "5494" "5495""5502" "5512" "5551" "5581" "5661" "5682" "5684" "5686" "5695" "5781" "5783" "5799" "6829" "6831" "6839" "6841" "6849" "6851" "6861" "6869" "7072" "7073" "7074""7075" "458" "480" "472" "481" "485" "543" "544" "554" "719" e data successiva all'intervento indice.

Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: 153.* Tumori maligni del colon o 230.3 Tumori in situ del colon

Codici ICD9-CM di procedura principale (ricovero indice): 45.7* Asportazione parziale dell'intestino crasso o 45.8* Colectomia totale intraaddominale

Da escludere al denominatore:

- Ricoveri con diagnosi secondarie di altro tumore maligno dell'apparato digerente, incluso pancreas e fegato [ICD-9-CM 150 (esofago), 151 (stomaco), 152 (tenue), 155 (fegato), 156 (vie biliari), 157 (pancreas), 158-159 (peritoneo e retroperitoneo)];

- I pazienti che hanno avuto un ricovero con sola diagnosi (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06) nel periodo fra 5 anni e 6 mesi (179gg) prima dell'intervento;

- Ricoveri con intervento secondario di resezione del retto (ICD-9-CM 48.49, 48.5, 48.6);

- I pazienti che hanno avuto un ricovero con diagnosi principale (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06) ed intervento principale di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM 45.7*, 45.8, 45.9*, 46.03, 46.04, 46.1*) nel periodo fra 6 mesi (179gg) prima e la data dell'intervento.

- Anni di riferimento per trovare il ricovero indice: 2014-2015-2016

- Per il 2016 si considerano, al denominatore, i ricoveri effettuati nei primi 11 mesi dell'anno
- Sono esclusi (sia dal numeratore che dal denominatore) i ricoveri dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto
- 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.

Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
<p>2017-04-03 12:21:03 - - Eliminati i codici "4650" "4651" "4652" in Criteri per cercare il reintervento durante il ricovero indice per intervento al colon e Criteri per cercare il reintervento entro 30 gg da intervento al colon.</p> <p>- Eliminata la seguente esclusione "Da escludere al numeratore: i casi con codici di procedura 46.5* (chiusura di orifizio intestinale artificiale)"</p> <p>- La seconda esclusione al denominatore "Ricoveri preceduti, nei 5 anni precedenti e fino a 6 mesi prima dell'intervento (179gg), da un ricovero con diagnosi principale di tumore maligno colo-rettale (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06)" DIVENTA "I pazienti che hanno avuto un ricovero con sola diagnosi (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06) nel periodo fra 5 anni e 6 mesi (179gg) prima dell'intervento"</p> <p>- La quarta esclusione al denominatore "Ricoveri preceduti fino a 6 mesi prima dell'intervento (180gg), da un ricovero con diagnosi principale di tumore maligno colo-rettale (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06) ed intervento principale di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM 45.7*, 45.8, 45.9*, 46.03, 46.04, 46.1*)" DIVENTA "I pazienti che hanno avuto un ricovero con diagnosi principale (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06) ed intervento principale di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM 45.7*, 45.8, 45.9*, 46.03, 46.04, 46.1*) nel periodo fra 6 mesi (179gg) prima e la data dell'intervento".</p> <p>- Inserito "Sono esclusi (sia dal numeratore che dal denominatore) i ricoveri dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto"</p> <p>- Cambio criterio da 2015 a 2016</p>

Codice indicatore:
C10.3.2
Definizione:
Percentuale di pazienti con tumore maligno del retto sottoposti a radioterapia preoperatoria
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:

Codici ICD9-CM di diagnosi principale: 154.0 Tumori della giunzione retto-sigmoidea o 154.1 Tumori maligni del retto o 154.2 Tumori maligni del canale anale 154.3 Tumori maligni dell'ano, non specificato o 154.8 Altri tumori del retto della giunzione retto-sigmoidea e dell'ano o 230.4 Tumori in situ del retto o 230.5 Tumori in situ del canale anale o 230.6 Tumori in situ dell'ano non specificato

E Codici ICD9-CM di diagnosi secondarie: 996-999 o 566 o 569.86 o 536.4* o 567.** o 569.89 o 537.4 o 568.0 o 570 o 551.2* o 568.8* o 575.4 o 552.2* o 569.3 o 575.5 o 557.0 o 569.6* o 576.3 o 557.1 o 569.81 o 576.4 o 557.9 o 569.83 o 578.* o 560.** o 569.85 o 285.1

E Codici ICD9-CM di procedura principale: 48.3* Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del retto, 48.4* Resezione del retto con pull-through, 48.5* Resezione del retto per via addomino-perineale, 48.6* Altra resezione del retto

E Codici ICD9-CM di procedura secondaria: intervento chirurgico con codici "4533" "4534""4541" "4549" "4550" "4551" "4552" "4561" "4562" "4563" "4571" "4572" "4573" "4574" "4575" "4576" "4579" "4590" "4591""4592" "4593" "4594" "4595" "4601" "4602" "4603" "4604" "4610" "4611" "4613" "4620" "4621" "4622" "4623" "4640" "4641" "4642" "4643" "4660""4661" "4662" "4663" "4664" "4671" "4672" "4673" "4674" "4675" "4676" "4679" "4680" "4681" "4682" "4691" "4692" "4693" "4694" "4697" "4699" "4701" "4709" "4711""4719" "4791" "4792" "4799" "4821" "4835" "4841" "4849" "4861" "4862" "4863" "4864" "4865" "4869" "4871" "4873" "4874" "4879" "5069" "5122" "5123" "5136" "5137" "5143" "5193" "5351" "5359" "5361" "5411""5412" "5419" "5421" "5451" "5459" "5461" "5462" "5463" "5464" "5472" "5473" "5474" "5475" "5492" "5493" "5494" "5495""5502" "5512" "5551" "5581" "5661" "5682" "5684" "5686" "5695" "5781" "5783" "5799" "6829" "6831" "6839" "6841" "6849" "6851" "6861" "6869" "7072" "7073" "7074""7075" "458" "480" "472" "481" "485" "543" "544" "554" "719" e data successiva all'intervento indice.

Criteri per cercare il re-intervento entro 30 gg da intervento al retto, in un ricovero diverso:

Intervento avvenuto tra 1 e 30 giorni successivi all'intervento indice per tumore al retto

Codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondaria: 996-999 o 566 o 569.86 o 536.4* o 567.** o 569.89 o 537.4 o 568.0 o 570 o 551.2* o 568.8* o 575.4 o 552.2* o 569.3 o 575.5 o 557.0 o 569.6* o 576.3 o 557.1 o 569.81 o 576.4 o 557.9 o 569.83 o 578.* o 560.** o 569.85 o 285.1

E Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: intervento chirurgico con codici "4533" "4534""4541" "4549" "4550" "4551" "4552" "4561" "4562" "4563" "4571" "4572" "4573" "4574" "4575" "4576" "4579" "4590" "4591""4592" "4593" "4594" "4595" "4601" "4602" "4603" "4604" "4610" "4611" "4613" "4620" "4621" "4622" "4623" "4640" "4641" "4642" "4643" "4660""4661" "4662" "4663" "4664" "4671" "4672" "4673" "4674" "4675" "4676" "4679" "4680" "4681" "4682" "4691" "4692" "4693" "4694" "4697" "4699" "4701" "4709" "4711""4719" "4791" "4792" "4799" "4821" "4835" "4841" "4849" "4861" "4862" "4863" "4864" "4865" "4869" "4871" "4873" "4874" "4879" "5069" "5122" "5123" "5136" "5137" "5143" "5193" "5351" "5359" "5361" "5411""5412" "5419" "5421" "5451" "5459" "5461" "5462" "5463" "5464" "5472" "5473" "5474" "5475" "5492" "5493" "5494" "5495""5502" "5512" "5551" "5581" "5661" "5682" "5684" "5686" "5695" "5781" "5783" "5799" "6829" "6831" "6839" "6841" "6849" "6851" "6861" "6869" "7072" "7073" "7074""7075" "458" "480" "472" "481" "485" "543" "544" "554" "719" e data successiva all'intervento indice.

Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: 154.0 Tumori della giunzione rettosigmoidea o 154.1 Tumori maligni del retto o 154.2 Tumori maligni del canale anale

154.3 Tumori maligni dell'ano non specificato o 154.8 Altri tumori del retto della giunzione rettosigmoidea e dell'ano o 230.4 Tumori in situ del retto o 230.5 Tumori in situ del canale anale o 230.6 Tumori in situ dell'ano non specificato

E Codici ICD9-CM di procedura principale (ricovero indice): 48.3* Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del retto, 48.4* Resezione del retto con pull-through, 48.5* Resezione del retto per via addominoperineale, 48.6* Altra resezione del retto

Da escludere al denominatore:

- Ricoveri con diagnosi secondarie di altro tumore maligno dell'apparato digerente, incluso pancreas e fegato [ICD-9-CM

150 (esofago), 151 (stomaco), 152 (tenue), 155 (fegato), 156 (vie biliari), 157 (pancreas), 158-159 (peritoneo e retroperitoneo)];

- I pazienti che hanno avuto un ricovero con sola diagnosi (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06) nel periodo fra 5 anni e 6 mesi (179gg) prima dell'intervento;

- Ricoveri con intervento principale o secondario di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM 45.7, 45.8, 45.9, 46.03, 46.04, 46.1);

- I pazienti che hanno avuto un ricovero con diagnosi principale (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06) ed intervento di resezione del retto (ICD-9-CM 48.49, 48.5, 48.6) nel periodo fra 6 mesi (179gg) prima e la data dell'intervento.

- Anni di riferimento per trovare il ricovero indice: 2014-2015-2016

- Per il 2016 si considerano, al denominatore, i ricoveri effettuati nei primi 11 mesi dell'anno

- Sono esclusi (sia dal numeratore che dal denominatore) i ricoveri dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto

- 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.

Riferimento:
Livello:
Azienda di Erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-07 15:20:13 - Il criterio passa da 2015 a 2016
2017-03-07 15:19:14 - - Eliminati i codici "4650" "4651" "4652" in Criteri per cercare il reintervento durante il ricovero indice per intervento al retto e Criteri per cercare il reintervento entro 30 gg da intervento al retto. - Eliminata la seguente esclusione "Da escludere al numeratore: i casi con codici di procedura 46.5* (chiusura di orifizio intestinale artificiale)" - La seconda esclusione al denominatore "Ricoveri preceduti, nei 5 anni precedenti e fino a 6 mesi prima dell'intervento (179gg), da un ricovero con diagnosi principale di tumore maligno colo-rettale (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06)" DIVENTA "I pazienti che hanno avuto un ricovero con sola diagnosi (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06) nel periodo fra 5 anni e 6 mesi (179gg) prima dell'intervento" - La quarta esclusione al denominatore "Ricoveri preceduti fino a 6 mesi prima dell'intervento (180gg), da un ricovero con diagnosi principale di tumore maligno colo-rettale (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06) ed intervento di resezione del retto (ICD-9-CM 48.49, 48.5, 48.6)" DIVENTA "I pazienti che hanno avuto un ricovero con diagnosi principale (ICD-9-CM 153-154, 197.5, V10.05, V10.06) ed intervento di resezione del retto (ICD-9-CM 48.49, 48.5, 48.6) nel periodo fra 6 mesi (179gg) prima e la data dell'intervento". - Inserito "Sono esclusi (sia dal numeratore che dal denominatore) i ricoveri dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto"

Codice indicatore:
C10.3.3
Definizione:
Percentuale di pazienti sottoposti a dosaggio CEA a seguito di intervento chirurgico per tumore maligno del colon retto.
Numeratore:
Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 8 settimane dall'intervento chirurgico per tumore al colon
Denominatore:
Pazienti con somministrazione di trattamento chemioterapico entro 24 settimane dall'intervento chirurgico per tumore al colon
Note:
<p>Numeratore:</p> <p>Partendo dalla coorte dei soggetti con intervento chirurgico (Nota 1 e Nota 2) per tumore al colon (codici ICD 9: diagnosi principale 153.* e procedure principali 45.7* o 45.8*), si considerano tutti i pazienti che hanno ricevuto entro 24 settimane dall'intervento chirurgico un trattamento chemioterapico. La procedura di individuazione dei trattamenti chemioterapici è riportata di seguito.</p> <p>Denominatore:</p> <p>Partendo dalla coorte dei soggetti con intervento chirurgico (Nota1 e Nota 2) per tumore al colon (codici ICD 9: diagnosi principale 153.* e procedure principali 45.7* o 45.8*), si considerano tutti i pazienti che hanno ricevuto entro 24 settimane dall'intervento chirurgico un trattamento chemioterapico. La procedura di individuazione dei trattamenti chemioterapici è riportata di seguito.</p> <p>Trattamenti chemioterapici:</p> <p>Da SDO: diagnosi principale o secondaria V58.1* o procedura principale o secondaria 99.25 o 99.28</p> <p>Da Flusso Prestazioni Ambulatoriali: codice prestazione: 99.25</p> <p>Da Flusso della Farmaceutica: pazienti con somministrazione delle ATC inserite in elenco</p> <p>Si considerano i residenti in Regione, operati in Regione e che hanno effettuato la chemioterapia in Regione.</p> <p>Elenco ATC:</p> <p>L01BA03 L01BC02 L01BC05 L01BC06 L01BC53 L01CB01 L01CD01 L01DB03 L01DC03 L01XA01 L01XA03 L01XC06 L01XC07 L01XC08 L01XE21 L01XX19 L01XX44</p> <p>Nota 1: ai fini del calcolo dell'indicatore nell'anno corrente, per consentire l'identificazione dei trattamenti chemioterapici entro 24 settimane dall'intervento chirurgico, le donne da includere nella coorte dovranno essere state sottoposte a chirurgia nei primi 197 giorni dell'anno. In caso il paziente venga individuato da Flusso SDO con sola diagnosi principale o secondaria V58.1, quindi in mancanza di una specifica data che individui il trattamento chemioterapico, si considera la data di ammissione.</p> <p>Nota 2: nel caso in cui la donna sia stata sottoposta a più interventi, si considera l'ultimo intervento.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO, Flusso Prestazioni ambulatoriali, Flusso farmaceutica
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato

L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

2017-03-21 12:33:11 - Aggiornato elenco ATC

2017-03-07 14:28:36 - Eliminato il codice 99.28 dal Flusso delle Prestazioni ambulatoriali a causa di mancata codifica nei nomenclatori regionali. Il criterio dell'indicatore non cambia.

Codice indicatore:
C10.4.1
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.</p> <p>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.*)..</p> <p>Si escludono :</p> <p> i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni</p> <p> i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99</p> <p> i ricoveri urgenti, TSO, TSV.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.4.2
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 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> <p> i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni</p> <p> i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99</p> <p> i ricoveri urgenti, TSO, TSV.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.4.3
Definizione:
Attesa media prima del ricovero per 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.</p> <p>Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 45.7x, 45.8 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 153.*.</p> <p>Si escludono :</p> <p> i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni</p> <p> i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99</p> <p> i ricoveri urgenti, TSO, TSV.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.4.4
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> <p> i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni</p> <p> i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99</p> <p> i ricoveri urgenti, TSO, TSV.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.4.5
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.</p> <p>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.</p> <p>Si escludono :</p> <p> i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni</p> <p> i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99</p> <p> i ricoveri urgenti, TSO, TSV.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.4.6
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.</p> <p>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.*.</p> <p>Si escludono :</p> <p> i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni</p> <p> i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99</p> <p> i ricoveri urgenti, TSO, TSV.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.5
Definizione:
Appropriatezza prescrittiva dei Biomarcatori tumorali
Numeratore:
Numero di prestazioni ambulatoriali che misurano marcatori tumorali in soggetti con età ≥ 40 anni e non affetti da patologia oncologica o da patologia gastroenterologica cronica, per 10.000 abitanti
Denominatore:
Popolazione residente al 01/01/2016 con età ≥ 40 anni
Note:
Si considerano i seguenti Biomarcatori tumorali eseguiti nell'anno di riferimento: CEA - Antigene carcino embrionario (codice prestazione 90.56.3) Ca15.3 - Antigene tumorale 15.3 (codice prestazione 90.55.2) Alfa1 fetoproteina (codice prestazione 90.05.5) Ca19.9 - Antigene tumorale 19.9 (codice prestazione 90.55.3)
Esclusioni: individui con una delle seguenti esenzione al 01/01/2015 048 – Pazienti affetti tumore maligno 050 – Pazienti in attesa di trapianto 008 – Pazienti cirrotici 016 – Pazienti con epatiti croniche attive La popolazione di riferimento è la popolazione residente
Riferimento:
Livello:
Azienda di Residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Prestazioni ambulatoriali, Anagrafe sanitaria / Esenzioni ticket
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-07 14:21:04 - L'indicatore diventa di valutazione.

Codice indicatore:
C10.5a
Definizione:
Oncologia Medica
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.6
Definizione:
Percorso tumore alla prostata
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C10.6.1
Definizione:
Percentuale di uomini sottoposti a radioterapia entro 180gg da intervento per tumore maligno della prostata INDICATORE IN FASE DI REVISIONE
Numeratore:
Numero di pazienti con somministrazione di trattamento radioterapico entro 180 giorni dall'intervento chirurgico per tumore della prostata
Denominatore:
Numero di pazienti con somministrazione di trattamento radioterapico da 30 a 360 giorni dall'intervento chirurgico per tumore della prostata
Note:
<p>Numeratore: 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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Nota 1: per consentire l'identificazione dei trattamenti radioterapici, gli uomini da includere nella coorte dovranno essere stati sottoposti a chirurgia nell'anno precedente e nei primi 185 giorni dell'anno corrente. 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.</p> <p>Nota 2: nel caso in cui il paziente sia stata sottoposta a più interventi, si considera l'ultimo intervento.</p> <p>Si considerano i residenti in Regione, operati in Regione e che hanno effettuato la radioterapia in Regione.</p>
Riferimento:
Il valore ottimale dovrebbe essere > = 90%
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO e Flusso prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C10c
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:
<p>Si considerano i ricoveri in strutture pubbliche e private accreditate.</p> <p>Si selezionano i ricoveri con codice di procedura</p> <p>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.*)..</p> <p>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>45.7x, 45.8 in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 153.*.</p> <p>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>32.3x, 32.4x, 32.5x, 32.6x, 32.9x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 162.xx.</p> <p>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.*.</p> <p>Si escludono :</p> <p>i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni</p> <p>i ricoveri in specialità 28, 56, 60, 75, 99</p> <p>i ricoveri urgenti, TSO, TSV.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C11a
Definizione:
Efficacia assistenziale delle patologie croniche
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>L'indicatore C11a assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori:</p> <p>C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)</p> <p>C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)</p> <p>C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti</p> <p>C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C11a.1.1
Definizione:
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni
Numeratore:
N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl
Denominatore:
Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl
Note:
Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.
Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:
428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93
Esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36.**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura.
Sono esclusi:
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)
- i ricoveri in strutture private non accreditate
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C11a.1.1.1
Definizione:
Tasso ospedalizzazione scopenso per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18
Numeratore:
N. ricoveri per scopenso cardio-circolatorio relativi ai residenti nella Ausl >= 18 anni
Denominatore:
Popolazione maggiore uguale a 18 anni residente nella Ausl
Note:
Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 Esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono esclusi - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - i ricoveri in strutture private non accreditate Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 18-19, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C11a.2.1
Definizione:
Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni
Numeratore:
N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti nella Ausl
Denominatore:
Popolazione residente 35-74 anni residente nella Ausl
Note:
Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito Sono esclusi: - i DRG 113 e 114 - i codici di procedura 36.** e 39.5* in uno qualunque dei campi di procedura - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale) - i ricoveri in strutture private non accreditate
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C11a.2.1.1
Definizione:
Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18
Numeratore:
N. ricoveri per complicanze del diabete relativi ai residenti nella Ausl >=18 anni
Denominatore:
Popolazione residente maggiore uguale a 18 anni residente nella Ausl
Note:
Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione maggiori uguali a 18 anni, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: - Complicanze a breve termine 250.1*, 250.2*, 250.3* - Complicanze a lungo termine 250.4*, 250.5*, 250.6*, 250.7*, 250.8*, 250.9* Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - i ricoveri in strutture private non accreditate - i trasferiti da altra struttura (esclusione prevista nel protocollo PNE) - DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384. Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 18-19, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C11a.2.4
Definizione:
Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
Numeratore:
N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti anni 201X(0), 201X(1), 201X(2) x 1.000.000
Denominatore:
N. Residenti Anni 201X(0), 201X(1), 201X(2)
Note:
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C11a.3.1
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni
Numeratore:
N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl
Denominatore:
Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl
Note:
Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove 494*: Bronchiectasie Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - i ricoveri in strutture private non accreditate
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C11a.3.1.1
Definizione:
Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18
Numeratore:
N. ricoveri per BPCO relativi ai residenti nella Ausl >= 18 anni
Denominatore:
Popolazione maggiore uguale a 18 anni residente nella Ausl
Note:
Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica, 491*: Bronchite cronica, 492*: Enfisema, 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove, 494*: Bronchiectasie Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - i ricoveri in strutture private non accreditate Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 18-19, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13.1
Definizione:
Tasso di prestazioni ambulatoriali per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso
Numeratore:
N. prestazioni ambulatoriali x 1.000
Denominatore:
N. residenti
Note:
Residenti in Regione, erogazione intra ed extra regione
Prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni
Esclusione prestazioni di laboratorio (branca K)
Erogazione da presidi pubblici e privati accreditati
Esclusione accesso da Pronto Soccorso
La standardizzazione è fatta per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13.2
Definizione:
Tasso std diagnostica per immagini
Numeratore:
Numero di accessi diagnostica per immagini
Denominatore:
Popolazione residente
Note:
Residenti Toscani, erogazione intra ed extra regione
Prestazioni per esterni di Diagnostica immagini.
Erogazione da presidi pubblici e privati accreditati
Esclusione accesso da Pronto Soccorso
Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT).
Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13.2.1
Definizione:
Tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti std età e sesso
Numeratore:
Numero accessi TC per azienda di residenza x 1.000
Denominatore:
N. residenti
Note:
Si considera il ramo TC, sia le prestazioni di TC con contrasto che le prestazioni di TC senza contrasto.
Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse.
Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13.2.2
Definizione:
Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti std età e sesso
Numeratore:
Numero accessi RM per azienda di residenza x 1.000
Denominatore:
N. residenti
Note:
Si considera il ramo RM, sia le prestazioni di RM con contrasto che le prestazioni di RM senza contrasto.
Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse.
Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
Standardizzato per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13.2.2.4
Definizione:
Tasso di prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriatelyzza, per 1000 residenti, std età e sesso
Numeratore:
Prestazioni di laboratorio a rischio di inappropriatelyzza
Denominatore:
Popolazione residente
Note:
Si selezionano i seguenti codici di prestazione icd9-cm: 90.01.1, 90.02.1, 90.02.3, 90.04.4, 90.04.5, 90.05.1, 90.05.2, 90.06.4, 90.06.5, 90.08.1, 90.09.2, 90.11.4, 90.14.1, 90.14.2 90.14.3 90.15.4, 90.16.4, 90.16.5, 90.18.4, 90.22.5, 90.23.4, 90.23.5, 90.24.1, 90.24.3, 90.29.2, 90.30.2, 90.32.5, 90.33.5, 90.37.4, 90.38.5, 90.40.4, 90.41.1, 90.43.2, 90.43.5, 99.44.1, 90.46.4, 90.51.4, 90.55.1, 90.55.2, 90.55.3, 90.56.3, 90.57.3, 90.58.3, 90.61.3, 90.63.1, 90.64.4, 90.65.2, 90.65.3, 90.68.1, 90.68.2, 90.68.5, 90.69.5, 90.75.4, 90.76.1, 90.76.2, 90.77.2, 90.82.2, 90.83.1 90.88.3, 90.88.4, 90.88.5, 90.97.2, 90.97.3, 91.07.4, 91.07.5, 91.08.3, 91.18.2, 91.18.4 91.20.5
Si considerano i Residenti in regione, erogazione intra ed extra regione
Erogazione da presidi pubblici e privati accreditati
Esclusione accesso da Pronto Soccorso
Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13.2.2.5
Definizione:
Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inappropriatazza per 1.000 residenti
Numeratore:
Prestazioni di densitometria a rischio di inappropriatazza
Denominatore:
Popolazione residente
Note:
Si selezionano i seguenti codici di prestazione icd9-cm: 88.99.2, 88.99.3
Si considerano i Residenti in Regione, erogazione intra ed extra regione
Erogazione da presidi pubblici e privati accreditati
Esclusione accesso da Pronto Soccorso
Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13.2.2.6
Definizione:
Tasso di prestazioni di genetica a rischio di inappropriatazza, per 1000 residenti, std età e sesso
Numeratore:
Prestazioni di genetica a rischio di inappropriatazza
Denominatore:
Popolazione residente
Note:
Si selezionano i seguenti codici di prestazione icd9-cm: 90.78.2, 90.78.3, 90.78.4, 90.78.5, 90.79.1, 90.79.2, 90.79.3, 90.79.4, 90.79.5, 90.80.1, 90.80.2, 90.80.3, 90.80.4, 90.80.5, 90.81.1, 90.81.2, 90.81.3, 90.81.4, 91.28.1, 91.28.2, 91.28.3, 91.28.4, 91.28.5, 91.29.1, 91.28.2, 91.29.3, 91.29.4, 91.29.5, 91.30.1, 91.30.2, 91.30.3, 91.30.4, 91.30.5, 91.31.1, 91.31.2, 91.31.3, 91.31.4, 91.31.5, 91.32.1, 91.32.2, 91.32.3, 91.32.4, 91.32.5, 91.33.1, 91.33.2, 91.33.3, 91.33.4, 91.33.5, 91.34.1, 91.34.2, 91.34.3, 91.34.4, 91.34.5, 91.35.1, 91.35.2, 91.35.3, 91.35.4, 91.35.5, 91.36.1, 91.36.2, 91.36.3, 91.36.4, 91.36.5, 91.37.1, 91.37.2, 91.37.3, 91.37.4, 91.37.5, 91.38.1, 91.38.2, 91.38.3, 91.38.4
Si considerano i Residenti Toscani, erogazione intra ed extra regione
Erogazione da presidi pubblici e privati accreditati
Esclusione accesso da Pronto Soccorso
Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di Residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13.2.2.9
Definizione:
Tasso di prestazioni di dermatologia e allergologia a rischio di inappropriatazza, per 1000 residenti, std età e sesso
Numeratore:
Prestazioni dermatologiche ed allergologiche a rischio di inappropriatazza
Denominatore:
Popolazione residente
Note:
Si selezionano i seguenti codici di prestazione icd9-cm: 91.90.1, 91.90.4, 91.90.5, 91.90.6
Si considerano i Residenti Toscani, erogazione intra ed extra regione
Erogazione da presidi pubblici e privati accreditati
Esclusione accesso da Pronto Soccorso
Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13.3
Definizione:
Appropriatezza prescrittiva Dosaggio Ormoni Tiroidei
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C13.3.1
Definizione:
Tasso prestazioni di laboratorio TSH, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20
Numeratore:
Numero di prestazioni di TSH x 1000
Denominatore:
Popolazione residente >= 20 anni
Note:
<p>Si seleziona il seguenti codice di prestazione: 90.42.1 - Tireotropina (TSH)</p> <p>Si considerano le prestazioni erogate ai residenti in Regione con età superiore o uguale a 20 anni. Si considera l'erogazione intra ed extra regione. Si considera l'erogazione effettuata da presidi pubblici e privati accreditati Si escludono le prestazioni erogate in Pronto Soccorso ed in Libera Professione</p> <p>Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 20-24, 25-29, 30-34 ... , 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C13.3.2
Definizione:
Tasso prestazioni di laboratorio FT3, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20
Numeratore:
Numero di prestazioni di Triiodotironina (FT3) x 1000
Denominatore:
Popolazione residente >= 20 anni
Note:
Si seleziona il seguenti codice di prestazione: 90.43.3 - Triiodotironina (FT3)
Si considerano le prestazioni erogate ai residenti in Regione con età superiore o uguale a 20 anni.
Si considera l'erogazione intra ed extra regione.
Si considera l'erogazione effettuata da presidi pubblici e privati accreditati.
Si escludono le prestazioni erogate in Pronto Soccorso ed in Libera Professione.
Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 20-24, 25-29, 30-34 ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C13.3.3
Definizione:
Tasso prestazioni di laboratorio FT4, per 1000 residenti, std età e sesso, over 20
Numeratore:
Numero di prestazioni di Tiroxina (FT4) x 1000
Denominatore:
Popolazione residente >= 20 anni
Note:
Si seleziona il seguenti codice di prestazione: 90.42.3 - Tiroxina (FT4)
Si considerano le prestazioni erogate ai residenti in Regione con età superiore o uguale a 20 anni.
Si considera l'erogazione intra ed extra regione.
Si considera l'erogazione effettuata da presidi pubblici e privati accreditati.
Si escludono le prestazioni erogate in Pronto Soccorso ed in Libera Professione.
Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 20-24, 25-29, 30-34 ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di Residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C13a
Definizione:
Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media della valutazione dei seguenti indicatori:
- C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RMN Muscolo Scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)
- C13a.2.2.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2011
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13a.2.2.1
Definizione:
Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (≥ 65 anni)
Numeratore:
Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti ≥ 65 anni, relativi ai residenti nelle Ausl x 1.000
Denominatore:
Popolazione ≥ 65 anni
Note:
Selezione sulle RM muscolo scheletriche
Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse.
Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
Riferimento:
Mediana interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13a.2.2.1.1
Definizione:
Tasso prestazioni muscolo scheletriche e della colonna, per 1000 residenti, std età e sesso, over 18
Numeratore:
Numero accessi RM muscolo scheletriche e della colonna
Denominatore:
N. residenti
Note:
<p>Si considerano le prestazioni RM muscoloscheletriche e le RM della colonna</p> <p>Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse.</p> <p>Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.</p> <p>Selezione sui residenti maggiori uguali a 18 anni.</p> <p>Standardizzato per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ... , 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C13a.2.2.2
Definizione:
% Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi
Numeratore:
N. Persone che ripetono entro 12 mesi dalla prima volta la RM lombare
Denominatore:
N. Persone che eseguono RM lombare
Note:
Si considerano i residenti in Regione. E' inclusa la mobilità passiva, sia al numeratore, sia al denominatore.
Denominatore:
Pazienti che eseguono nell'anno X-2 una prestazione con codice:
- Risonanza magnetica nucleare della colonna
- Risonanza magnetica nucleare della colonna, senza e con contrasto.
Esclusioni: identificativi di pazienti anonimi e libera professione
Numeratore:
Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 giorni successivi alla prima prestazione. Il riferimento del numeratore è l'anno x-1, rispetto a quello del bersaglio.
Per l'elaborazione del bersaglio 2015, il denominatore è quindi definito nell'anno 2013, il numeratore nel 2014.
In caso di cambio di residenza, si considera l'ultima azienda di residenza in ordine cronologico. Non si considera ripetuta una prestazione effettuata nello stesso giorno della prima.
Riferimento:
Livello:
Azienda residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso regionale prestazioni ambulatoriali
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C14
Definizione:
Appropriatezza medica
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso è indicato in parentesi):
C4.8 - DRG LEA Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti (33%)
C14.2a - Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA) (33%)
C14.4 - % ricoveri medici oltre soglia \geq 65 anni. (33%)
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C14.2
Definizione:
Percentuale di ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica
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.</p> <p>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>
Riferimento:
Obiettivo:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C14.2.2
Definizione:
Percentuale di ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalità diagnostica
Numeratore:
N. di ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalità diagnostica x 100
Denominatore:
N. di ricoveri pediatrici per acuti in DH medico
Note:
<p>Si considerano i soli ricoveri pediatrici (età < 14) per acuti</p> <p>Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital.</p> <p>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"; -le dimissioni per radioterapia e chemio terapia (diagnosi di dimissione V580 e V581) -i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione e cure palliative (specialità 28, 56, 60, 75, 99) -i deceduti
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C14.2a
Definizione:
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti
Numeratore:
N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica x 1.000
Denominatore:
N. di residenti
Note:
<p>Si considerano le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate dei residenti in regione per ricovero di Day Hospital per acuti con finalità diagnostica. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Nel campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diurno diagnostico". Si escludono : - i codici 190.5–Tumori maligni della retina, V10.84–Anamnesi personale di tumore maligno dell'occhio, V16.8-Anamnesi familiare di altro tumore maligno specificato, V42.1-Cuore sostituito da trapianto, 996.83-Complicazioni di trapianto di cuore, V42.6-Polmone sostituito da trapianto, 996.84-Complicazioni di trapianto di polmone da qualsiasi diagnosi - la specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro" - relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (diagnosi di dimissione V580-Sessione di radioterapia, V581-Chemioterapia e immunoterapia antineoplastica) - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) - i deceduti.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C14.4
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).
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2010
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C14.5
Definizione:
Tasso di accessi di tipo medico standardizzato per età per 1.000 residenti (Griglia LEA)
Numeratore:
N. di giornate di degenza per acuti in day Hospital medico x 1.000
Denominatore:
N. di residenti
Note:
<p>Si considerano le dimissioni dei residenti in regione per ricovero di day hospital medico per acuti. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi i dimessi da reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (specialità 28, 56, 60, 75, 99).</p> <p>La standardizzazione è fatta per età (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT). Classi di età: 0-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15
Definizione:
Salute mentale
Numeratore:
Denominatore:
Note:
La valutazione dell'indicatore C15 assume un punteggio pari alla media del punteggio degli indicatori: C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni, C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni, C8a.5 Tasso di ricovero per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.11
Definizione:
Percentuale del drop-out dei minorenni nei servizi territoriali per malattie neuro-psichiatriche gravi
Numeratore:
N. di utenti minorenni con malattie neuro-psichiatriche gravi che hanno una chiusura della cartella clinica in automatico o senza prestazioni per >180gg
Denominatore:
N. di utenti minorenni con malattie neuro-psichiatriche in carico ai servizi
Note:
<p>Si considerano le prestazioni dei residenti minorenni in regione erogate in regione. Utenti presi in carico: prima valutazione=1 or con più di tre prestazioni nell'anno.</p> <p>Si considerano i codici ICD-10CM delle diagnosi principali:</p> <p>Schizofrenia, sindr. schizotipica e sindr. deliranti e Sindromi affettive: F20xx - F39xx; Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare: F50xx or F98.2x or F98.3x; Disturbi di personalità specifici: F60xx; Ritardo mentale: F70xx - F73xx; Epilessia, Malattie della giunzione mioneurale e del muscolo, Paralisi cerebrali infantili, Disturbi metabolici, Idrocefalo e Altre malattie del sistema nervoso: G00xx - G99xx or E70xx - E90xx; Malattie sistema muscolo-scheletrico: M00xx - M99xx; Malformazioni congenite, deformazioni e anomalie cromosomiche (incluso Sindrome di Down): Q00xx – Q99;</p> <p>Chiusura della cartella clinica in automatico: motivo_conclusione not="3";</p> <p>Sono esclusi:</p> <p>gli utenti con codice fiscale anonimo; i codici ICD-10CM delle diagnosi principali di emicrania e sindr. cefalalgiche di altro tipo: G43xx - G44xx; gli utenti senza prestazioni per 180gg deceduti entro 180gg dall'ultima prestazione.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Salute Mentale
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.12
Definizione:
Incidenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti
Numeratore:
N. nuovi utenti maggiorenni nell'anno presso i servizi di Salute Mentale Adulti
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
<p>Si considerano incidenti i pazienti che hanno ricevuto almeno una prestazione nell'anno di riferimento e/o un intervento presso strutture residenziali/semi-residenziali e non hanno avuto precedenti contatti con i servizi di salute mentale nella loro vita (variabile «precedenti contatti» =2). In assenza di variabile correttamente compilata si individuano i nuovi utenti fra coloro che non hanno avuto contatti o prestazioni o interventi presso il CSM oppure presso strutture residenziali/semi-residenziali nei 5 anni precedenti all'anno di rilevazione.</p> <p>Per individuare i pazienti incidenti si considerano quelli con data apertura scheda paziente (campo SISM) ? 01/01 dell'anno di osservazione.</p> <p>Si considerano gli utenti di età ?18 anni residenti in Regione.</p> <p>La popolazione di riferimento è quella al 01/01 dell'anno di osservazione.</p> <p>Standardizzazione per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SISM
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.13
Definizione:
Prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti per 1.000 residenti
Numeratore:
N. utenti maggiorenni nell'anno presso i servizi di Salute Mentale Adulti
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
<p>Si considerano i pazienti che hanno ricevuto almeno una prestazione nell'anno di riferimento e/o un intervento presso il CSM oppure presso strutture residenziali/semi-residenziali.</p> <p>Per individuare i pazienti prevalenti si considerano quelli con data apertura scheda paziente (campo SISM) ? 31/12 dell'anno di osservazione.</p> <p>Si considerano gli utenti di età ? 18 anni residenti in Regione.</p> <p>La popolazione di riferimento è quella al 01/01 dell'anno di osservazione.</p> <p>Standardizzazione per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85 .</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SISM
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.14
Definizione:
Percentuale di prestazioni domiciliari
Numeratore:
N. prestazioni effettuate presso il domicilio ad utenti maggiorenni
Denominatore:
N. totale prestazioni erogate ad utenti maggiorenni
Note:
Si considerano tutte le prestazioni erogate nell'anno di riferimento ad utenti di età ? 18 anni. Le prestazioni a domicilio sono individuate dal campo sede intervento (campo SISM)=02.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SISM
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.15
Definizione:
Prestazioni erogate nel territorio per 1.000 residenti
Numeratore:
Prestazioni effettuate nell'anno ad utenti maggiorenni
Denominatore:
Popolazione residente ad utenti maggiorenni
Note:
Si considerano tutte le prestazioni erogate nell'anno di riferimento a pazienti di età ≥ 18 anni nei Servizi Territoriali. Le prestazioni considerate sono quelle del Flusso Nazionale SISM.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SISM
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.16
Definizione:
Numeratore:
N. giorni di degenza in regime di ricovero ordinario in reparti di psichiatria
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
<p>Si considerano le giornate di degenza dei ricoveri in regime ordinario relativi ai residenti in regione di età ?18 anni, dimessi da reparto di Psichiatria (codice disciplina 040), da strutture pubbliche e private accreditate, compresa la mobilità passiva.</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Al denominatore si considera la popolazione residente di età ? 18 anni.</p> <p>La popolazione di riferimento è quella al 01/01 dell'anno di osservazione.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.1a
Definizione:
Attività territoriale
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.1b
Definizione:
Attività ospedaliera
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.1c
Definizione:
Continuità assistenziale
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.1d
Definizione:
Infanzia-adolescenza
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.2
Definizione:
Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti con disturbi dello spettro schizofrenico e affettivi psicotici dalla dimissione del ricovero ospedaliero
Numeratore:
N. ricoveri per patologie psichiatriche con almeno una prestazione al DSM entro 7gg dalla dimissione ospedaliera x100
Denominatore:
N. ricoveri per patologie psichiatriche dei residenti
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari, in strutture pubbliche e private accreditate, con disciplina di dimissione "40" dei residenti maggiorenni erogati in regione (sono esclusi i ricoveri fuori regione).</p> <p>Si considerano esclusivamente i disturbi dello spettro schizofrenico e i disturbi affettivi psicotici psicotici e di personalità: codici ICD9-CM in diagnosi principale: 295.xx-299.xx e 301.xx</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> gli utenti con codice fiscale anonimo; i codici ICD9-CM in diagnosi principale per disturbi dell'infanzia e adolescenza: 299.0x, 299.8x.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO e Sistema Informativo Salute Mentale Adulti
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-14 16:55:38 - A partire dall'anno 2016 l'indicatore considera anche i disturbi di personalità (codice ICD9-CM: 301.xx) decisione presa dal tavolo della salute mentale del network delle regioni.

Codice indicatore:
C15.8
Definizione:
Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche
Numeratore:
? (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore:
N. dimissioni per patologie psichiatriche
Note:
<p>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:</p> <p> i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99);</p> <p> i ricoveri con durata della degenza minore o uguale a 1 giorno e superiore o uguale a 365 giorni;</p> <p> i pazienti deceduti;</p> <p>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.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.9.1
Definizione:
Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto Salute Mentale
Numeratore:
N. contatti con abbandono del progetto
Denominatore:
N. contatti con almeno una prestazione nell'anno
Note:
<p>Si considerano le prestazioni dei residenti maggiorenni in regione, erogate in regione.</p> <p>Al denominatore si considerano tutti i contatti sia per l'attività Residenziale /Semiresidenziale che per l'attività Territoriale con almeno una prestazione in un anno. Vanno comunque esclusi quei contatti con modalità di chiusura =1 (assenza di indicazioni)</p> <p>A numeratore vanno considerati i contatti sia per l'attività Residenziale/Semiresidenziale che per l'attività Territoriale con modalità di chiusura=3 (interruzione non concordata) (tabelle CONTATTI) o che per 180 giorni non hanno avuto prestazioni.</p> <p>Le codifiche si riferiscono al tracciato Ministeriale.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Salute Mentale Adulti
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C15.9.2
Definizione:
Output del processo terapeutico: percentuale di abbandono del progetto Dipendenze
Numeratore:
N. contatti con abbandono del progetto
Denominatore:
N. contatti con almeno una prestazione nell'anno
Note:
<p>Si considerano le prestazioni dei residenti maggiorenni in regione, erogate in regione. Al denominatore si considerano tutti i contatti con almeno una prestazione in un anno. A numeratore vanno considerati i contatti (tabella ATTIVITA' – DATI DI CONTATTO) con stato contatto a fine anno =6 (chiusura d'ufficio) oppure =7 (abbandono) Le codifiche si riferiscono al tracciato Ministeriale.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C16
Definizione:
Percorso Emergenza-Urgenza
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore C16 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: C16.1, Percentuale accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti C16.2, Percentuale accessi con codice verde visitati entro 1 ora C16.3, Percentuale accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza minore o uguale 4h C16.11, Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-20 10:58:59 - Nella riunione del network del 13.02.2017 è stato deciso di spostare l'indicatore di valutazione C16.4 sotto l'albero della Qualità di Processo C5.

Codice indicatore:
C16.1
Definizione:
Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti
Numeratore:
N. accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100
Denominatore:
N. accessi in Pronto Soccorso con codice giallo
Note:
<p>Si considerano gli accessi con codice colore al triage giallo. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 29 minuti e 59 secondi.</p> <p>Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, gli accessi:</p> <p>con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti. con esito \"giunto cadavere\" (codice EMUR=9)</p> <p>Il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di presa in carico e la data di entrata in Pronto Soccorso.</p>
Riferimento:
Media Interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
<p>2017-03-30 17:23:39 - Aggiustamento dell'esclusione dei tempi di attesa superiori non a 1420 minuti ma a 24 ore</p> <p>2017-03-16 16:11:42 - A differenza di quanto stabilito nella riunione del Network del 14.02.2017, l'indicatore cambia criterio. Inizialmente si era previsto di mantenere lo stesso criterio perchè si prevedeva solo di escludere i giunti cadavere (esito=9) e di specificare il calcolo del tempo di attesa (differenza tra data di presa in carico e data di arrivo e 30 minuti = 29 minuti e 59 secondi). Si è poi previsto di aggiungere a queste specifiche anche l'esclusione, sia al numeratore che al denominatore, dei tempi di attesa negativi e di quelli superiori a 1420 minuti.</p>

Codice indicatore:
C16.11
Definizione:
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L' indicatore considera il 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata (allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target). Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con Codice Criticità presunta valorizzato con Rosso o Giallo. Sono escluse anche le missioni di elisoccorso.
Riferimento:
Livello:
Centrale Operativa 118
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Sistema 118
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C16.18
Definizione:
Percentuale di accessi in osservazione breve con degenza
Numeratore:
N. accessi in Osservazione Breve con durata <= 6 ore
Denominatore:
N. accessi in Osservazioni Breve
Note:
<p>Al numeratore si considerano gli accessi che hanno una durata dell'osservazione breve inferiore o uguale a 5 ore e 59 minuti.</p> <p>Sono esclusi gli accessi:</p> <p>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</p> <p>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.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C16.2
Definizione:
Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora
Numeratore:
N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora x 100
Denominatore:
N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde
Note:
<p>Si considerano gli accessi con codice colore al triage verde.</p> <p>Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 59 minuti e 59 secondi.</p> <p>Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore gli accessi:</p> <p>con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti.</p> <p>con esito ("giunto cadavere)" (codice EMUR=9)</p> <p>Il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di presa in carico e la data di entrata in Pronto Soccorso.</p>
Riferimento:
Media Interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
<p>2017-03-30 17:48:44 - L'esclusione dei tempi di attesa è superiore a 24 ore e non 1420 minuti</p> <p>2017-03-16 16:27:06 - A differenza di quanto stabilito nella riunione del Network del 14.02.2017, l'indicatore cambia criterio. Inizialmente si era previsto di mantenere lo stesso criterio perchè si prevedeva solo di escludere i giunti cadavere (esito=9) e di specificare il calcolo del tempo di attesa (differenza tra data di presa in carico e data di entrata e 60 minuti = 59 minuti e 59 secondi). Si è poi previsto di aggiungere a queste specifiche anche l'esclusione, sia al numeratore che al denominatore, dei tempi di attesa negativi e di quelli superiori a 1420 minuti.</p>

Codice indicatore:
C16.3
Definizione:
Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore
Numeratore:
N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100
Denominatore:
N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero
Note:
<p>Si considerano gli accessi:</p> <p>con codice colore triage verde, esito "dimissione a domicilio" (Codifica EMUR =1), esito "dimissione a strutture ambulatoriali" (Codifica EMUR =8).</p> <p>Al numeratore si considerano i tempi di permanenza inferiori o uguali a 239 minuti e 59 secondi. Sono esclusi gli accessi:</p> <p>con tempo di permanenza negativi e superiori a 4320 minuti, inviati in Osservazione Breve.</p> <p>Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di entrata in Pronto Soccorso e la data di dimissione.</p>
Riferimento:
Media Interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
<p>2017-03-16 16:32:20 - A differenza di quanto stabilito nella riunione del Network del 14.02.2017, l'indicatore cambia criterio. Inizialmente si era previsto di mantenere lo stesso criterio perchè si specificava solo la modalità di calcolo del tempo di permanenza (calcolato come differenza tra data di dimissione e data di entrata in PS e 4 ore equivalevano a 239 minuti e 59 secondi). Si è poi previsto di aggiungere a queste specifiche anche l'esclusione, sia al numeratore che al denominatore, dei tempi di permanenza negativi e di quelli superiori a 72 ore.</p>

Codice indicatore:
C16.4
Definizione:
Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
Numeratore:
N. accessi in PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
Denominatore:
N. Totale accessi inviati al ricovero
Note:
<p>Si considerano gli accessi con esito:</p> <p>ricovero in reparto di degenza (codice EMUR esito=2) trasferimento ad altro istituto (codice EMUR esito=3)</p> <p>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:</p> <p>con tempo di permanenza negativi e oltre le 72 ore inviati in Osservazione Breve</p> <p>Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di entrata in Pronto Soccorso e la data di dimissione.</p>
Riferimento:
Media Interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
<p>2017-03-16 15:25:33 - A differenza di quanto stabilito nella riunione del Network del 14.02.2017, l'indicatore cambia criterio. Inizialmente si era previsto di mantenere lo stesso criterio perchè si specificava solo la modalità di calcolo del tempo di permanenza (calcolato come differenza tra data di dimissione e data di arrivo e 8 ore equivalevano a 479 minuti e 59 secondi). Si è poi previsto di aggiungere a queste specifiche anche l'esclusione, sia al numeratore che al denominatore, dei tempi di permanenza negativi e di quelli superiori a 72 ore.</p>

Codice indicatore:
C16.5
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) Il sistema informativo dell'Azienda AOU Senese non rileva correttamente l'Osservazione Breve.
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-30 13:22:22 - Indicatore di nuovo inserimento (da riunione network del 13.02.2017)
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C16.5.1b
Definizione:
Percentuale accessi al PS in Osservazioni Brevi con durata > 36 ore
Numeratore:
N. accessi al PS in Osservazioni Brevi con permanenza entro 36 ore
Denominatore:
N. accessi al PS in Osservazioni Brevi
Note:
<p>Al numeratore si considerano gli accessi che hanno una permanenza in osservazione breve inferiore a 35 ore e 59 minuti.</p> <p>Sono esclusi gli accessi:</p> <p>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</p> <p>La permanenza è calcolata come differenza tra data di entrata in Pronto Soccorso e data di fine OBI Il sistema informativo dell'Azienda AOU Senese non rileva correttamente l'Osservazione Breve.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso PS
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-04-06 13:10:08 - errata corrige: La permanenza è calcolata come differenza tra data di entrata in Pronto Soccorso e data di fine OBI
2017-03-30 13:27:14 - Indicatore nuovo (creato a seguito di riunione del 13.02.2017)
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C16.7
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
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati dalle strutture pubbliche.</p> <p>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.</p> <p>Sono esclusi i dimessi con tipo drg nè medico nè chirurgico</p> <p>I ricoveri da Pronto Soccorso sono individuati dal Flusso SDO.</p> <p>Sono esclusi dal calcolo le Aziende che non hanno Pronto Soccorso</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C16.8
Definizione:
Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica
Numeratore:
N. ricoveri da Pronto Soccorso, inviati in un reparto qualsiasi (ad esclusione dell'area critica) e trasferiti entro 24 ore in area critica
Denominatore:
N. ricoveri da Pronto Soccorso inviati in un reparto qualsiasi (ad esclusione dell'area critica)
Note:
<p>Si considerano solo i ricoveri con DRG Medico. Le specialità dell'area critica selezionate sono:</p> <p>28 Unità Spinale, 46 Grandi ustioni pediatriche, 47 Grandi ustioni, 49 Terapia intensiva, 50 unità coronarica, 73 Terapia intensiva neonatale, 82 Anestesia e rianimazione.</p> <p>Si considera solo il primo reparto di trasferimento e solo i trasferimenti all'interno della struttura.</p> <p>I ricoveri da Pronto Soccorso sono individuati dal Flusso SDO.</p> <p>Sono esclusi dal calcolo gli stabilimenti che non effettuano nell'anno alcun ricovero ammesso, dimesso o trasferito in reparti di area critica. Sono esclusi dal calcolo le Aziende che non hanno Pronto Soccorso.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-04-06 13:08:18 - Inserita specifica "si considerano solo i trasferimenti all'interno della struttura."
2017-03-16 15:58:04 - Nuovo indicatore
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C16a.t1
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:
<p>Si considerano gli accessi con codice colore al triage rosso (emergenza)</p> <p>Al numeratore si considerano gli accessi con esito:</p> <p>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)</p> <p>Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi con codice esito "giunto cadavere" (=9).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-30 15:32:50 - Indicatore inserito durante riunione del network del 13.02.2017
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C16a.t2
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:
<p>Si considerano gli accessi con codice colore al triage giallo (in urgenza)</p> <p>Al numeratore si considerano gli accessi con esito:</p> <p>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)</p> <p>Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi con codice esito "giunto cadavere" (=9).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-30 15:34:08 - Indicatore inserito durante riunione del network del 13.02.2017
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C16a.t3
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).
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-30 15:35:24 - Inserimento nuovo indicatore da riunione network del 13.02.2017
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C16T.4
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti
Numeratore:
N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti x 1.000
Denominatore:
N. residenti
Note:

Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.

Fino a quando

Sono esclusi:

i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99).

Si considerano patologie sensibili alle prestazioni ambulatoriali :

Sifilide (diagnosi di dimissione 090.xx);
Condizioni prevenibili e correlate all'immunizzazione (diagnosi di dimissione 033.xx, 045.xx, 391.xx, 037, 390, 3200 (per quest'ultima diagnosi, età compresa tra 1 e 5 anni);
Epilessia(diagnosi di dimissione 345.xx);
Convulsioni (diagnosi di dimissione 780.3x);
Gravi infezioni di ORL (orecchio, naso e gola); si escludono i casi di otite media con codice di procedura di miringotomia con inserzione di tubo (diagnosi di dimissione 462, 463, 4721,465.xx, 382.xx escluso codice intervento principale 20.01);
Tubercolosi polmonare (diagnosi di dimissione 011.xx);
Altre tubercolosi (diagnosi di dimissione: 012.xx, 013.xx, 014.xx, 015.xx, 016.xx, 017.xx, 018.xx);
BPCO (diagnosi di dimissione 491.xx, 492.xx, 496, 490);
Bronchite acuta (diagnosi di dimissione: 466.0 e almeno una delle diagnosi secondarie 491.xx, 492.xx, 494.xx, 496);
Polmonite batterica (diagnosi di dimissione 483.xx, 481, 4822, 4823, 4829, 485, 486, una delle diagnosi secondarie 2826, età maggiore di 1 anno);
Asma (diagnosi di dimissione 493.xx);
Insufficienza cardiaca congestizia (diagnosi di dimissione 402.01, 402.11, 402.91, 518.4, 428.xx esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);
Angina (diagnosi di dimissione 401.0, 401.9, 402.00, 402.10, 402.90 esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);
Cellulite (diagnosi di dimissione 681.xx, 682.xx, 686.xx, 683 e codice di procedura principale o secondari 860.xx o vuoto);
Diabete (diagnosi di dimissione 250.0x, 250.1x, 250.2x, 250.3x, 250.8x, 250.9x);
ipoglicemia (diagnosi di dimissione 251.2);
Gastroenterite (diagnosi di dimissione 558.9); infezioni delle vie urinarie-renali (diagnosi di dimissione 599.0, 599.9, 590.xx);
Deidratazione/ipovolemia (diagnosi di dimissione 276.5);
Anemia per deficienza di ferro (diagnosi di dimissione 280.1, 280.8, 280.9 e età compresa tra 0 e 5 anni);
Carenze nutrizionali (diagnosi di dimissione 260, 261, 262, 268.0, 268.1);
Ritardo nella crescita (diagnosi di dimissione 783.4, e età minore di 1 anno);
Infiammazioni pelviche (donne con diagnosi di dimissione 614.xx, escluse le procedure principali 68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.51, 68.59, 68.61, 68.69, 68.71, 68.79, 688);
Malattie dei denti (diagnosi di dimissione 521.xx, 522.xx, 523.xx, 525.xx, 528.xx).

Riferimento:

Media interregionale

Livello:

Azienda di residenza

Cutoff

-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-04-05 16:42:53 - eliminata dicitura "toscani"; inserita dicitura sulla mobilità; specificato meglio diagnosi 3200.

Codice indicatore:
C17.1
Definizione:
Volumi per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C17.1.1
Definizione:
Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
Numeratore:
N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia
Denominatore:
N. ricoveri erogati totali
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari e DH di pazienti donne, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno alla mammella (ICDIX-CM 174*, 198.81 233.0) e intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (85.20, 85.21 85.22, 85.23, 85.24, 85.25, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.41, 85.42, 85.43, 85.44, 85.45, 85.46, 85.47, 85.48).</p> <p>Per le pazienti che hanno effettuato più di un ricovero per tale tipologia di intervento, si considera solo il primo ricovero. Si selezionano le pazienti transitate (ammesse, trasferite o dimesse) dai reparti di Chirurgia Generale (09) e Ginecologia e Ostetricia (37); si considera come reparto di intervento il primo di questi.</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015.</p> <p>Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di reparto.</p>
Riferimento:
Soglia = 150 primi interventi annui
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C17.1.2
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:
<p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015 .</p>
Riferimento:
Soglia = 150 primi interventi annui
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C17.4
Definizione:
Volumi per parti
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti sotto indicatori: C17.4.1: Percentuale ricoveri sopra soglia per parti C17.4.2: Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C17.4.1
Definizione:
Percentuale ricoveri sopra soglia per parti
Numeratore:
N. parti in stabilimenti sopra soglia
Denominatore:
N. parti totali
Note:
L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti 2014 Ed. 2015 (PNE). Si considerano i ricoveri con: - DRG 370-375, - o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.x, 650, 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, - o codici di procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6, 73.8, 73.9x, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 Si considerano gli stabilimenti con punti nascita. La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 500 parti annui.
Riferimento:
Soglia= 500 parti annui
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C17.4.2
Definizione:
Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti
Numeratore:
Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun stabilimento moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione
Denominatore:
Radice quadrata del numero totale di stabilimenti sotto soglia
Note:
<p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti 2014 Ed. 2015 (PNE).</p> <p>Si considerano i ricoveri con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DRG 370-375, - o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.x, 650, 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, - o codici di procedura 72.x, 73.2x, 73.5x, 73.6, 73.8, 73.9x, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 <p>Si considerano gli stabilimenti con punti nascita.</p> <p>La soglia minima di volume di attività prevista dal regolamento Balduzzi è pari a 500 parti annui.</p>
Riferimento:
Soglia = 500 parti annui
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C17.5
Definizione:
Volumi per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti sotto indicatori: C17.5.1: Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici di tumore maligno alla prostata C17.5.2: Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici di tumore maligno alla prostata
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C17.5.1
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:
<p>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).</p> <p>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.</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015.</p> <p>Il calcolo è fatto per reparto e non per struttura complessa, in quanto nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) l'informazione disponibile è quella a livello di reparto.</p>
Riferimento:
Soglia = 50 interventi annui
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C17.5.2
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:
<p>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).</p> <p>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.</p> <p>La soglia minima di volume di attività prevista è pari a 50 interventi annui.</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli PNE 2014 Ed. 2015.</p>
Riferimento:
Soglia = 50 interventi annui
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C18
Definizione:
Variabilita' chirurgia (tonsille-vene)
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C18.1
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia, per 100.000 residenti std per età e sesso
Numeratore:
Numero di ricoveri per interventi di tonsillectomia relativi ai residenti x 100.000
Denominatore:
Numero residenti con età minore o uguale a 17 anni
Note:
Si considerano: i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione; erogati da strutture pubbliche e private accreditate; età minore o uguale di 17 anni; con codici ICD9-CM di intervento principale o secondario di tonsillectomia senza e con adenoidectomia: 28.2 e 28.3.
Sono esclusi i ricoveri: con MDC 14 o 15; trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero; pazienti con i seguenti codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondaria: di tumore della testa e del collo 140 – 149, 160, 161, 170.0, 170.1, 171.0, 172.0, 172.1, 172.2, 172.3, 172.4, 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.4, 190, 191, 192.0, 192.1, 193, 194.1, 194.3, 194.4, 195.0, 196.0, 200.01, 200.11, 200.21, 200.81, 201.01, 201.11, 201.21, 201.41, 201.51, 201.61, 201.91, 202.01, 202.11, 202.21, 202.31, 202.41, 202.51, 202.61, 202.81, 202.91, 210, 212.1, 215.0, 216.0, 216.1, 216.2, 216.3, 216.4, 224, 226, 227.1, 227.3, 227.4, 230.0,231.0,232.0,232.1,232.2, 232.3, 232.4, 235.0, 235.1; di traumatismo o avvelenamento: da 800* a 999*.
La standardizzazione è per età e sesso (popolazione standard: popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT). Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14, 15-17. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti 2012. Ed 2013
Riferimento:
Mediana interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C18.10
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia al ginocchio, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso
Numeratore:
Numero di ricoveri per interventi di artroscopia al ginocchio relativi ai residenti x 100.000
Denominatore:
Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni
Note:
<p>Si considerano i ricoveri:</p> <p>ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione programmati (con o senza preospedalizzazione) per acuti ordinari e day hospital, con età \geq 18 anni, erogati da strutture pubbliche e private accreditate, con codici ICD9-CM di procedure principale o secondarie: 80.26 (artroscopia del ginocchio) associato ad uno dei seguenti codici di procedura in qualsiasi posizione: 80.4, 80.4x, 80.6, 80.7, 80.7x, 80.8, 80.8x, 80.9, 80.9x, 81.42, 81.43, 81.44, 81.45, 81.46, 81.47.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <p>con mdc 14 o 15, trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia di IRC di ricovero, relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</p> <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85 .</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C18.2
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso
Numeratore:
Numero di ricoveri per interventi di colecistectomia relativi ai residenti x 100.000
Denominatore:
Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni
Note:
<p>Si considerano i ricoveri:</p> <p>ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione programmati (con o senza preospedalizzazione) acuti ordinari e day hospital, con età >= 18 anni, erogati da strutture pubbliche e private accreditate, con codice ICD9-CM di procedure principale o secondarie di colecistectomia: 51.21, 51.22, 51.23, 51.24.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <p>con mdc 14, trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia delle stesso IRC di ricovero, relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</p> <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85 .</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C18.3
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso
Numeratore:
Numero di ricoveri per interventi di colecistectomia laparoscopica relativi ai residenti x 100.000
Denominatore:
Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni
Note:
<p>Si considerano i ricoveri:</p> <p>ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione programmati (con o senza preospedalizzazione) per acuti ordinari e day hospital, con età >= 18 anni, erogati da strutture pubbliche e private accreditate, con codici ICD9-CM di procedure principale o secondarie: 51.23, 51.24.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <p>con mdc 14, trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia di IRC di ricovero, relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</p> <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85 .</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C18.4
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso
Numeratore:
Numero di ricoveri per interventi di sostituzione del ginocchio relativi ai residenti x 100.000
Denominatore:
Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni
Note:
<p>Si considerano i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione; età maggiore o uguale a 18 anni; erogati da strutture pubbliche e private accreditate; con codici ICD9-CM di procedure chirurgiche principale o secondarie di sostituzione del ginocchio: 81.54. <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondarie di traumatismo (da 800* a 959*); trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero; con MDC 14 e 15; <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29,...., 80-84, 85 .</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C18.5
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso
Numeratore:
Numero di ricoveri per interventi di sostituzione dell'anca relativi ai residenti x 100.000
Denominatore:
Numero residenti con età maggiore o uguale a 65 anni
Note:
<p>Si considerano i ricoveri:</p> <p>ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione programmati (con o senza preospedalizzazione) acuti ordinari e day hospital, con età maggiore o uguale a 65 anni, erogati da strutture pubbliche e private accreditate, con codice ICD9-CM di procedure chirurgiche principale o secondarie di sostituzione dell'anca: 81.51, 81.52</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <p>con codici ICD9-CM di diagnosi principale o secondarie: 820.0*, 820.1*, 820.2*, 820.3*, 820.8*, 820.9*, 821.0*, 821.1*, 821.2*, 821.3*, 996.4*, trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero, con mdc 14 e 15 relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</p> <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 65-69, 70-74,75-79, 80-84, 85 .</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-13 17:39:48 - Modifica del testo togliendo la parola "totale" in quanto i codici di procedura si riferiscono non solo alla sostituzione totale dell'anca. Il criterio di calcolo non cambia perchè i codici di calcolo erano corretti, è stata solo migliorata la dicitura.

Codice indicatore:
C18.6
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso
Numeratore:
Numero di ricoveri per interventi di stripping vene, relativi ai residenti x 100.000
Denominatore:
Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni
Note:
Si considerano i ricoveri:
- ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione
- con età >= 18 anni
- con codici ICD9-CM di procedure principale o secondari di legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore:
38.59
- erogati da strutture pubbliche e private accreditate
Sono esclusi i ricoveri:
- con mdc 15
- trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia delle stesso IRC di ricovero
La standardizzazione è fatta per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT.
Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85
Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente
L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE).
Riferimento:
Mediana interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C18.7
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA), per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso
Numeratore:
Numero di ricoveri per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) relativi ai residenti x 100.000
Denominatore:
Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni
Note:
<p>Si considerano i ricoveri:</p> <p>ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione programmati (con o senza preospedalizzazione) acuti ordinari e day hospital, con età >= 18 anni, erogati da strutture pubbliche e private accreditate, con codici ICD9-CM di procedure chirurgiche principale o secondarie: 36.06, 36.07, 00.66</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <p>trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero, con mdc 14 e 15, relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</p> <p>La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85 .</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C18.8
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata, per 100.000 residenti standardizzato per età
Numeratore:
Numero di ricoveri per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata, relativi ai residenti x 100.000
Denominatore:
Numero residenti uomini con età maggiore o uguale a 18 anni
Note:
<p>Si considerano i ricoveri dei residenti, ovunque erogati, extra regione inclusi: :</p> <p>di sesso maschile con età >= 18 anni erogati da strutture pubbliche e private accreditate, con codici ICD9-CM di Diagnosi principale: 600*, 601*, 602.0, 602.1, 602.2, 788.2*, 788.4* AND con Intervento principale o secondari: 60.21, 60.29, 60.96, 60.97</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <p>trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero.</p> <p>La standardizzazione è fatta per età e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85 .</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Programma Nazionale Esiti (PNE) edizione 2014.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C18.9
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia, per 100.000 residenti standardizzato per età
Numeratore:
Numero di ricoveri per interventi di isterectomia, relativi ai residenti x 100.000
Denominatore:
Numero residenti donne con età maggiore o uguale a 18 anni
Note:
<p>Si considerano i ricoveri:</p> <p>ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione di sesso femminile, con età >= 18 anni, acuti programmati (con o senza preospedalizzazione) ordinari e day hospital, erogati da strutture pubbliche e private accreditate, con codici ICD9-CM di Intervento principale o secondari: 68.3*, 68.4*, 68.5*, 68.6*, 68.7*, 68.9</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <p>con MDC 14, con codici ICD9-CM di diagnosi principale: 179, 180.*, 181, 182.*, 183.*, 184.*, 869.*, 2331, 2332, 2333, 2360, 2361, 2362, 2363, 8674, 8675, 8676, 8677, 8678, 8679, 86800, 86803, 86804, 86809, 86810, 86813, 86814, 86819, 8796, 8797, 8798, 8799, 9060, 9081, 9082, 9391, 9474, 23330, 23331, 23332, 23339, trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero, relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione, cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</p> <p>La standardizzazione è fatta per età e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85 .</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente</p> <p>L'indicatore è costruito sulla base dei protocolli del Piano Nazionale Esiti (PNE).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:



Codice indicatore:
C21
Definizione:
Compliance assistenza farmaceutica
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Il punteggio di questo indicatore è dato dalla media pesata dei punteggi dei seguenti indicatori: C9.2 Percentuale di abbandono delle statine (70%) C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi (30%)
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SPF
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C21.2.1
Definizione:
% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione
Numeratore:
Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore:
Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta-bloccanti alla dimissione
Note:

Indicatore espresso in percentuale

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 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: Blocco atrioventricolare completo - ICD-IX
 - 426.0x - Blocco Atrioventricolare Completo
 - 426.12 - Blocco Atrioventricolare Di Secondo Grado, Mobitz II
 - 426.13 - Altro Blocco Atrioventricolare Di Secondo Grado
 - 427.81 Disfunzione del Nodo Senoatriale
 - c) Pazienti con asma identificati come segue:
Almeno due prescrizioni di corticosteroidi per via inalatoria nel 6 mesi precedenti il ricovero indice – codici ATC:
 - R03BA - Glicocorticoidi
 - R03AK06 – Salmeterolo ed altri farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie
 - R03AK07 - Formoterolo ed altri farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie
- OPPURE: Dimissione per asma (diagnosi in qualsiasi posizione 493.xx – Asma) nel 6 mesi precedenti il ricovero indice

ATC selezione farmaci:

- C07AA – Betabloccanti, non selettivi;
- C07AB – Betabloccanti, selettivi;
- C07AG – Bloccanti dei Recettori Alfa e Beta Adrenergici;
- C07BB – Betabloccanti Selettivi E Tiazidi;
- C07CA – Betabloccanti non Selettivi ed Altri Diuretici;
- C07CB – Betabloccanti Selettivi ed Altri Diuretici;
- C07CG – Alfa E Betabloccanti ed Altri Diuretici

Riferimento:

Livello:

Azienda di Erogazione

Cutoff

-

Fonte:
Sistema Informativo Regionale – SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) – Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-02-28 11:50:32 - Cambia il periodo di reclutamento della coorte 01/07/2015 - 30/06/2016 per renderlo omogeneo con il periodo dell'indicatore C21.3.1.
Cambia il criterio che passa a 2016.
L'indicatore diventa di valutazione

Codice indicatore:
C21.2.2
Definizione:
% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani 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 ACE inibitori o Sartani alla dimissione
Note:

Indicatore espresso in percentuale

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 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 dell'aorta, gravidanza - ICD-IX:
 - 440.1x - Aterosclerosi delle arterie renali
 - V56.0 - Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea
 - V56.8 - Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi
 - 39.95 - Emodialisi
 - 54.98 - Dialisi Peritoneale
 - 788.5x - Oliguria ed anuria
 - 586.xx - Insufficienza renale, non specificata
 - 403.01 - Nefropatia ipertensiva maligna con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 403.11 - Nefropatia ipertensiva benigna con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 403.91 - Nefropatia ipertensiva non specificata con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.02 - Cardionefropatia ipertensiva maligna senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.03 - Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.12 - Cardionefropatia ipertensiva benigna senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.13 - Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.92 - Cardionefropatia ipertensiva non specificata senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.93 - Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 584.5x - Insufficienza renale acuta, con necrosi tubulare
 - 584.6x - Insufficienza renale acuta, con lesioni di necrosi corticale renale
 - 584.7x - Insufficienza renale acuta, con lesioni di necrosi midollare [papillare] renale
 - 584.8x - Insufficienza renale acuta, con altre lesioni istologiche renali specificate
 - 584.9x - Insufficienza renale acuta, non specificata
 - 585.5x - Malattia Renale Cronica, Stadio V
 - 585.6x - Malattia Renale Cronica, Stadio Finale

- 425.1x - Cardiomiopatia Ipertrofica Ostruttiva
- V22 – Gravidanza normale
- V23 – Controllo di gravidanza ad alto rischio
- 277.6x - Altre Carenze Di Enzimi Circolanti

c) Pazienti con diagnosi in qualsiasi posizione, nell'anno precedente al ricovero indice, di:

- 570.xx - Necrosi Acuta E Subacuta Del Fegato
- 571.xx - Malattia Epatica Cronica E Cirrosi
- 573.3x - Epatite, Non Specificata

ATC selezione farmaci:

- C09A - Ace Inibitori Non Associati
- C09B - Ace Inibitori, Associazioni
- C09C - Antagonisti Dell'Angiotensina II, Non Associati
- C09D - Antagonisti Dell'Angiotensina II, Associazioni

Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione ricovero IMA
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) – Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-02-28 13:20:20 - Cambia il periodo di reclutamento della coorte 01/07/2015 - 30/06/2016 per renderlo omogeneo con il periodo dell'indicatore C21.3.2. Cambia il criterio che passa a 2016.
L'indicatore diventa di valutazione

Codice indicatore:
C21.2.3
Definizione:
% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione
Numeratore:
Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro dei due farmaci entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA
Denominatore:
Numero di pazienti contestualmente eleggibili alla terapia con antiaggregante e statine alla dimissione
Note:

Indicatore espresso in percentuale

Numeratore:

Pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali è stata prescritta terapia contestuale di antiaggregante e statine dopo la dimissione. (condizione: almeno un ritiro dei due farmaci entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA nel periodo 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 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 - Esofagite
- 530.2x - Ulcera dell'esofago
- 531.xx - Ulcera gastrica eccetto 531.9x (Ulcera Gastrica non Specificata come Acuta o Cronica, senza Menzione di Emorragia o Perforazione)
- 532.xx - Ulcera duodenale eccetto 532.9x (Ulcera Duodenale Non Specificata Come Acuta O Cronica, Senza Menzione Di Emorragia o Perforazione)
- 533.xx - Ulcera peptica eccetto 533.9x
- 534.xx - Ulcera gastroduodenale eccetto 534.9x (Ulcera Gastroduodenale Non Specificata Come Acuta O Cronica, Senza Menzione Di Emorragia O Perforazione)
- 535.x1 - Gastrite e duodenite con emorragia
- 562.02, 562.03, 562.12, 562.13 - Diverticolosi o diverticolite dell'intestino o colon con emorragia
- 238.7x - Trombocitopenia idiopatica emorragica
- 286.xx - Difetti della coagulazione
- 287.0x - Porpora allergica
- 287.3x - Trombocitopenia primaria
- 287.4x - Trombocitopenia secondaria
- 287.5x - Trombocitopenia NAS
- 446.6x - Porpora trombotica trombocitopenia
- 432.9x - Emorragia intracranica
- 573.8x - Insufficienza epatica severa

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:

Antiaggreganti

- B01AC06 - acido acetilsalicilico
- B01AC04 - clopidogrel
- B01AC05 - ticlopidina
- B01AC22 - prasugrel
- B01AC24 - ticagrerol
- B01AC30 - DUOPLAVIN Agrenoxx

Statine

- C10AA

Riferimento:
Livello:
Azienda erogazione ricovero IMA
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) – Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-02-28 12:32:15 - Cambia il periodo di reclutamento della coorte 01/07/2015 - 30/06/2016 per renderlo omogeneo con il periodo dell'indicatore C21.3.3 Cambia il criterio che passa a 2016.
L'indicatore diventa di valutazione

Codice indicatore:
C21.3.1
Definizione:
% di pazienti dimessi per IMA aderenti alla terapia con beta-bloccanti
Numeratore:
Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco fra il 90° giorno ed il 180° dalla dimissione per IMA
Denominatore:
Numero di pazienti dimessi per IMA che hanno assunto il farmaco a 30gg dalla dimissione
Note:

Indicatore espresso in percentuale

Numeratore:

Pazienti determinati dal calcolo del denominatore con almeno un'assunzione di betabloccanti tra il 90° e il 180° giorno dalla dimissione per IMA nel periodo 1/07/2015 – 30/06/2016, vivi a 90 giorni dalla dimissione.

Denominatore:

Si considerano i pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco a 30 giorni dalla dimissione con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI), nel periodo 1/07/2015 – 30/06/2016, tra i 18 e i 100 anni, vivi a 90 giorni dalla dimissione

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 vivi a 90 gg dalla dimissione
- 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 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: Blocco atrioventricolare completo - ICD-IX
 - 426.0x - Blocco Atrioventricolare Completo
 - 426.12 - Blocco Atrioventricolare Di Secondo Grado, Mobitz II
 - 426.13 - Altro Blocco Atrioventricolare Di Secondo Grado

 - 427.81 Disfunzione del Nodo Senoatriale
- c) Pazienti con asma identificati come segue:
Almeno due prescrizioni di corticosteroidi per via inalatoria nel 6 mesi precedenti il ricovero indice – codici ATC:
 - R03BA - Glicocorticoidi
 - R03AK06 – Salmeterolo ed altri farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie
 - R03AK07 - Formoterolo ed altri farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie

OPPURE: Dimissione per asma (diagnosi in qualsiasi posizione 493.xx – Asma) nel 6 mesi precedenti il ricovero indice

ATC selezione farmaci:

- C07AA – Betabloccanti, non selettivi;
- C07AB – Betabloccanti, selettivi;
- C07AG – Bloccanti dei Recettori Alfa e Beta Adrenergici;
- C07BB – Betabloccanti Selettivi E Tiazidi;
- C07CA – Betabloccanti non Selettivi ed Altri Diuretici;
- C07CB – Betabloccanti Selettivi ed Altri Diuretici;
- C07CG – Alfa E Betabloccanti ed Altri Diuretici

Riferimento:

Livello:

Azienda di residenza

Cutoff

-

Fonte:

Sistema Informativo Regionale – SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) – Flussi regionali farmaceutica – Anagrafe assistiti
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-02-28 13:11:44 - Al denominatore si considerano i dimessi che hanno preso il farmaco a 30 gg dalla dimissione che sono vivi a 90 gg dalla dimissione. Al numeratore si considerano i dimessi che hanno preso il farmaco a 90-180 gg dalla dimissione, con assunzione del farmaco a 30 gg dalla dimissione e ancora vivi a 90 gg. Cambia il criterio che passa a 2016.
L'indicatore diventa di valutazione

Codice indicatore:
C21.3.2
Definizione:
% di pazienti dimessi per IMA aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani
Numeratore:
Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco fra il 90° giorno ed il 180° dalla dimissione per IMA
Denominatore:
Numero di pazienti dimessi per IMA che hanno assunto il farmaco a 30gg dalla dimissione
Note:

Indicatore espresso in percentuale

Numeratore:

Pazienti determinati dal calcolo del denominatore con almeno un'assunzione di ACE inibitori o Sartani tra il 90° e il 180° giorno dalla dimissione per IMA nel periodo 1/07/2015 – 30/06/2016, vivi a 90 giorni dalla dimissione

Denominatore:

Si considerano i pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco a 30 giorni dalla dimissione con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI), nel periodo 1/07/2015 – 30/06/2016, tra i 18 e i 100 anni, vivi a 90 giorni dalla dimissione

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 vivi a 90 gg dalla dimissione
- 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 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 dell'aorta, gravidanza - ICD-IX:
 - 440.1x - Aterosclerosi delle arterie renali
 - V56.0 - Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea
 - V56.8 - Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi
 - 39.95 - Emodialisi
 - 54.98 - Dialisi Peritoneale
 - 788.5x - Oliguria ed anuria
 - 586.xx - Insufficienza renale, non specificata
 - 403.01 - Nefropatia ipertensiva maligna con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 403.11 - Nefropatia ipertensiva benigna con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 403.91 - Nefropatia ipertensiva non specificata con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.02 - Cardionefropatia ipertensiva maligna senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.03 - Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.12 - Cardionefropatia ipertensiva benigna senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.13 - Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.92 - Cardionefropatia ipertensiva non specificata senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 404.93 - Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale
 - 584.5x - Insufficienza renale acuta, con necrosi tubulare
 - 584.6x - Insufficienza renale acuta, con lesioni di necrosi corticale renale
 - 584.7x - Insufficienza renale acuta, con lesioni di necrosi midollare [papillare] renale
 - 584.8x - Insufficienza renale acuta, con altre lesioni istologiche renali specificate
 - 584.9x - Insufficienza renale acuta, non specificata
 - 585.5x - Malattia Renale Cronica, Stadio V
 - 585.6x - Malattia Renale Cronica, Stadio Finale
 - 425.1x - Cardiomiopatia Ipertrofica Ostruttiva

- V22 – Gravidanza normale
- V23 – Controllo di gravidanza ad alto rischio
- 277.6x - Altre Carenze Di Enzimi Circolanti

c) Pazienti con diagnosi in qualsiasi posizione, nell'anno precedente al ricovero indice, di:

- 570.xx - Necrosi Acuta E Subacuta Del Fegato
- 571.xx - Malattia Epatica Cronica E Cirrosi
- 573.3x - Epatite, Non Specificata

ATC selezione farmaci:

C09A - Ace Inibitori Non Associati

C09B - Ace Inibitori, Associazioni

C09C - Antagonisti Dell'Angiotensina II, Non Associati

C09D - Antagonisti Dell'Angiotensina II, Associazioni

Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) – Flussi regionali farmaceutica– Anagrafe assistiti
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
<p>2017-02-28 13:21:13 - Al denominatore si considerano i dimessi che hanno preso il farmaco a 30 gg dalla dimissione che ancora vivi a 90 gg dalla dimissione.</p> <p>Al numeratore si considerano i dimessi che hanno preso il farmaco a 90-180 gg dalla dimissione, con assunzione del farmaco a 30 gg dalla dimissione e ancora vivi a 90 gg.</p> <p>Cambia il criterio che passa a 2016.</p> <p>L'indicatore diventa di valutazione</p>

Codice indicatore:
C21.3.3
Definizione:
% di pazienti dimessi per IMA aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine
Numeratore:
Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro dei due farmaci fra il 90° giorno ed il 180° dalla dimissione per IMA
Denominatore:
Numero di pazienti dimessi per IMA che hanno assunto contestualmente i farmaci a 30gg dalla dimissione
Note:

Indicatore espresso in percentuale

Numeratore:

Pazienti determinati dal calcolo del denominatore con almeno un'assunzione contestuale di antiaggreganti e statine tra il 90° e il 180° giorno dalla dimissione per IMA nel periodo 1/07/2015 – 30/06/2016, vivi a 90 giorni dalla dimissione

Denominatore:

Si considerano i pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) che hanno effettuato almeno un ritiro contestuale dei farmaci a 30 giorni dalla dimissione con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI), nel periodo 1/07/2015 – 30/06/2016, tra i 18 e i 100 anni, vivi a 90 giorni dalla dimissione

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 vivi a 90 gg dalla dimissione
- 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 a 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 - Esofagite
- 530.2x - Ulcera dell'esofago
- 531.xx - Ulcera gastrica eccetto 531.9x (Ulcera Gastrica non Specificata come Acuta o Cronica, senza Menzione di Emorragia o Perforazione)
- 532.xx - Ulcera duodenale eccetto 532.9x (Ulcera Duodenale Non Specificata Come Acuta O Cronica, Senza Menzione Di Emorragia o Perforazione)
- 533.xx - Ulcera peptica eccetto 533.9x
- 534.xx - Ulcera gastroduodenale eccetto 534.9x (Ulcera Gastroduodenale Non Specificata Come Acuta O Cronica, Senza Menzione Di Emorragia O Perforazione)
- 535.x1 - Gastrite e duodenite con emorragia
- 562.02, 562.03, 562.12, 562.13 - Diverticolosi o diverticolite dell'intestino o colon con emorragia
- 238.7x - Trombocitopenia idiopatica emorragica
- 286.xx - Difetti della coagulazione
- 287.0x - Porpora allergica
- 287.3x - Trombocitopenia primaria
- 287.4x - Trombocitopenia secondaria
- 287.5x - Trombocitopenia NAS
- 446.6x - Porpora trombotica trombocitopenia
- 432.9x - Emorragia intracranica
- 573.8x - Insufficienza epatica severa

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:

Antiaggreganti

- B01AC06 - acido acetilsalicilico
- B01AC04 - clopidogrel
- B01AC05 - ticlopidina
- B01AC22 - prasugrel
- B01AC24 - ticagrerol
- B01AC30 - DUOPLAVIN Agrenoxx

Statine

- C10AA

Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) – Flussi regionali farmaceutica– Anagrafe assistiti
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
<p>2017-02-28 13:26:34 - Al denominatore si considerano i dimessi che hanno preso il farmaco a 30 gg dalla dimissione che ancora vivi a 90 gg dalla dimissione.</p> <p>Al numeratore si considerano i dimessi che hanno preso il farmaco a 90-180 gg dalla dimissione, con assunzione del farmaco a 30 gg dalla dimissione e ancora vivi a 90 gg.</p> <p>Cambia il criterio che passa a 2016.</p> <p>L'indicatore diventa di valutazione</p>

Codice indicatore:
C28
Definizione:
Cure Palliative
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C28.1
Definizione:
Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti
Numeratore:
Numero di deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in Hospice
Denominatore:
Numero di deceduti per malattia oncologica
Note:
Per i pazienti deceduti per tumore ed assistiti dalla rete di Cure Palliative si considera la patologia di presa in carico ICD9 140-239 con esclusione dei tumori benigni (210-229) o anamnesi V580 V581 V5811 V5812 V661 V662 V10 in Patologia Prevalente.
Il numero di malati per malattia oncologica fa riferimento al numeratore (ultimo anno disponibile 2012) dell'indicatore «A2 Network – Mortalità per tumori» relativo al triennio 2012-2014.
Riferimento:
Standard ministeriale $\geq 65\%$ (DM 43/2007)
Livello:
Azienda di Residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Hospice
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-07 17:35:24 - - Il titolo dell'indicatore "Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti" DIVENTA "Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative" - L'indicatore passa da osservazione a valutazione

Codice indicatore:
C28.2
Definizione:
C28.2 - Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni
Numeratore:
Numero di assistiti con tempo massimo di attesa fra Segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni
Denominatore:
Numero di assistiti ricoverati e con assistenza conclusa
Note:
Numeratore: Numero di assistiti con tempo massimo di attesa fra Segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni x 100
Denominatore: Numero di assistiti ricoverati e con assistenza conclusa
Data di Segnalazione = Data_ricezione_richiesta
Riferimento:
Standard ministeriale >= 40% (DM 43/2007)
Livello:
Azienda di Erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Hospice
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C28.2b
Definizione:
Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice
Numeratore:
Numero di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra Segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni
Denominatore:
Numero di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa
Note:
Numeratore: Numero di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra Segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni x 100
Denominatore: Numero di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa
Note: Per i pazienti oncologici assistiti dalla rete di cure palliative si considera la patologia di presa in carico ICD9 140-239 con esclusione dei tumori benigni (210-229) o anamnesi V580 v581 v5811 v5812 v661 v662 610 in patologia prevalente.
Data di Segnalazione = Data_ricezione_richiesta
Riferimento:
Standard ministeriale $\geq 40\%$ (DM 43/2007)
Livello:
Azienda di Erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Hospice
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C28.3
Definizione:
Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni
Numeratore:
Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni
Denominatore:
Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica
Note:
Numeratore: Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni x 100
Denominatore: Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica
Codici di diagnosi principale o secondaria di tumore maligno ICD9 140-239.
Esclusione dei tumori benigni (ICD9 210 – 229) in diagnosi principale o secondaria
Codici di anamnesi (V) principale o secondaria di tumore maligno V10 V580 V581 V5811 V5812 V661 V662
Variabile in cui cercare la patologia oncologica = PATOLOGIA_RESPONSABILE
Calcolo del periodo di ricovero = (Data_dimissione – Data_Ammissione) / 1
Riferimento:
Livello:
Azienda di Erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Hospice
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C2a.C
Definizione:
Efficienza degenza ospedaliera ricoveri chirurgici
Numeratore:
? (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore:
N. Dimissioni
Note:
<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari chirurgici maggiori di 1 giorno.</p> <p>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, le dimissioni volontarie.</p> <p>Si utilizza il DRG Grouper XIX.</p> <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG.</p> <p>La degenza di riferimento è la degenza media 2014 del network delle regioni.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-03 15:12:38 - 3 marzo 2017: escludiamo le dimissioni volontarie (vedi verbale incontro 13-14 febbraio 2017). Il criterio di calcolo diventa 2016

Codice indicatore:
C2a.M
Definizione:
Efficienza degenza ospedaliera ricoveri medici
Numeratore:
? (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)
Denominatore:
N. Dimissioni
Note:
<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari medici maggiori di 1 giorno.</p> <p>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, le dimissioni volontarie.</p> <p>Si utilizza il DRG Grouper XIX.</p> <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG.</p> <p>La degenza di riferimento è la degenza media 2014 del network delle regioni.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-03 15:08:13 - 3 marzo 2017: escludiamo le dimissioni volontarie (vedi verbale incontro 13-14 febbraio 2017). Il criterio di calcolo diventa 2016.

Codice indicatore:
C30
Definizione:
Indicatori Generali AOU
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C30.3.1.1
Definizione:
Numeratore:
Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione
Denominatore:
Note:
<p>Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-specialistiche. Le Regioni possono a loro discrezione calcolare la misura anche per gli IRCCS/AOU mono-specialistiche e per le altre tipologie di azienda.</p> <p>Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99;</p> <p>Si considerano i ricoveri (RO e DH) erogati per residenti fuori Regione (cittadini stranieri compresi).</p> <p>Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C30.3.1.2
Definizione:
Numeratore:
Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione
Denominatore:
Numero ricoveri totali erogati
Note:
Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-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 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.
Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C30.3.2.1
Definizione:
Numeratore:
Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione di alta complessità
Denominatore:
Note:
<p>Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-specialistiche. Le Regioni possono a loro discrezione calcolare la misura anche per gli IRCCS/AOU mono-specialistiche e per le altre tipologie di azienda.</p> <p>Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99;</p> <p>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.</p> <p>Le selezioni, ad eccezione 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».</p> <p>Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG ad Alta complessità erogati per residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi).</p> <p>Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C30.3.2.2
Definizione:
Numeratore:
Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG ad alta complessità
Denominatore:
Numero ricoveri totali erogati per DRG ad alta complessità
Note:
<p>Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-specialistiche. L'indicatore non è da calcolarsi per le altre tipologie di aziende, né per il dato regionale complessivo.</p> <p>Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99;</p> <p>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.</p> <p>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».</p> <p>Al numeratore si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG ad Alta complessità erogati per residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi).</p> <p>Al denominatore si considerano i ricoveri totali (RO e DH) di Alta complessità erogati.</p> <p>Sono escluse le strutture con denominatore < 30.</p>
Riferimento:
Media AOU Network
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C30.3.2.2.i
Definizione:
% Attrazioni extra-regioni di Alta complessità (IRCCS, AOU monospecialistiche, Aziende Ospedaliere)
Numeratore:
Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione di alta complessità
Denominatore:
Numero ricoveri totali erogati di alta complessità
Note:
<p>Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per gli IRCCS, le AOU mono-specialistiche e le altre tipologia di azienda ad eccezione delle AOU pluri-specialistiche. È incluso anche il calcolo del dato regionale.</p> <p>Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99;</p> <p>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.</p> <p>Le selezioni, ad eccezione 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».</p> <p>Al numeratore si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG ad Alta complessità erogati per residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi).</p> <p>Al denominatore si considerano i ricoveri totali (RO e DH) di Alta complessità erogati.</p> <p>Sono escluse le strutture con denominatore < 30.</p> <p>Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C30.3.3.1
Definizione:
Numeratore:
Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione di media complessità
Denominatore:
Note:
Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-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 escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99;
Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG definiti di «Media complessità» (CLASSE B) nella DGR n. 1805 del 08 novembre 2011 della Regione Veneto (Allegato A): 52, 63, 113, 120, 126, 155, 194, 195, 196, 199, 200, 201, 213, 217, 285, 314, 315, 330, 334, 354, 468, 482, 489, 499, 501, 510, 511, 553, 554, 557, 560, 566, 567, 568, 579.
Di tale lista non sono invece inclusi i DRG: 81, 150, 170, 197, 210, 218, 233, 263, 273, 292
Sono inoltre inclusi i DRG: 77, 335, 355, 402, 407, 502, 533, 534, 540
Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG di Media complessità erogati ai residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi).
Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C30.3.3.2
Definizione:
Numeratore:
Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG di media complessità
Denominatore:
Numero ricoveri erogati totali per DRG di media complessità
Note:
<p>Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-specialistiche. Le Regioni possono a loro discrezione calcolare la misura anche per gli IRCCS/AOU mono-specialistiche e per le altre tipologie di azienda.</p> <p>Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99;</p> <p>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.</p> <p>Di tale lista non sono invece inclusi i DRG: 81, 150, 170, 197, 210, 218, 233, 263, 273, 292</p> <p>Sono inoltre inclusi i DRG: 77, 335, 355, 402, 407, 502, 533, 534, 540</p> <p>Al numeratore si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG di Media complessità erogati per residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi).</p> <p>Al denominatore si considerano i ricoveri totali (RO e DH) di Media complessità erogati.</p> <p>Sono escluse le strutture con denominatore < 30.</p> <p>Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).</p>
Riferimento:
Flusso SDO
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C32.3.1.1
Definizione:
Numeratore:
Numero ricoveri DRG cardiocirurgici erogati per residenti fuori Regione
Denominatore:
Note:
<p>Indicatore AOU: 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.</p> <p>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.</p> <p>Si considerano i ricoveri associati ai DRG cardiocirurgici: - valvolari: 104, 105 - bypass: 106, 547, 548, 549, 550</p> <p>Al numeratore si considerano i ricoveri erogati per residenti fuori Regione (cittadini stranieri compresi).</p> <p>Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C32.3.2.1
Definizione:
Numeratore:
Numero ricoveri DRG cardiocirurgici erogati per residenti fuori Regione
Denominatore:
Numero ricoveri DRG cardiocirurgici erogati totali
Note:
Indicatore AOU: 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:
- 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.
Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C32.4.1
Definizione:
Tasso di fughe extra-regione per DRG cardiocirurgici (LIVELLO REGIONE)
Numeratore:
Numero ricoveri per DRG cardiocirurgici dei residenti x 10.000
Denominatore:
Numero residenti con età maggiore o uguale a 14 anni
Note:
<p>Si considerano i pazienti ?14 anni.</p> <p>Sono esclusi i pazienti dimessi da cardiocirurgia pediatrica (cod. specialità 06).</p> <p>Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99.</p> <p>Si considerano i ricoveri associati a 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 per DRG cardiocirurgici dei residenti ovunque erogati. Al denominatore si considera il numero di residenti della Regione con età superiore a 14 anni.</p> <p>L'indicatore è calcolato solo a livello regionale. Sono incluse le strutture pubbliche e private accreditate. In attesa del dato sulla mobilità passiva per l'anno di riferimento dell'indicatore, i ricoveri dei residenti erogati fuori regione sono stimati con il dato dell'anno precedente.</p>
Riferimento:
Livello:
Regione di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C32.4.3
Definizione:
Numeratore:
Numero ricoveri per DRG cardiocirurgici dei residenti erogati fuori Regione x 10.000
Denominatore:
Numero residenti con età maggiore o uguale a 14 anni
Note:
<p>Si considerano i pazienti con età ≥14 anni.</p> <p>Sono esclusi i pazienti dimessi da cardiocirurgia pediatrica (cod. specialità 06).</p> <p>Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99.</p> <p>Si considerano i ricoveri associati a 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 per DRG cardiocirurgici dei residenti erogati fuori Regione.</p> <p>Al denominatore si considera il numero di residenti della Regione con età uguale o superiore a 14 anni.</p> <p>L'indicatore è calcolato solo a livello regionale.</p> <p>Sono incluse le strutture pubbliche e private accreditate.</p>
Riferimento:
Livello:
Regione di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C34
Definizione:
Neurologia
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C34.2
Definizione:
Numeratore:
Numero trombolisi arteriose per pazienti con Ictus ischemico
Denominatore:
Numero di ricoveri per ictus ischemico
Note:
<p>INDICATORE IN FASE DI REVISIONE</p> <p>Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-specialistiche. Le Regioni possono a loro discrezione calcolare la misura anche per gli IRCCS/AOU mono-specialistiche e per le altre tipologie di azienda.</p> <p>Si considerano solo i ricoveri ordinari per pazienti con età compresa tra 18 e 80 anni. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</p> <p>Si includono solo i ricoveri per Ictus ischemico: Diagnosi principale o secondaria di: Ictus ischemico con indicazione della sede e tipo di occlusione (433.x1 e 434.x1) oppure Vasculopatia cerebrale acuta mal definita (436).</p> <p>Al numeratore si considerano i ricoveri ordinari associati a: almeno un codice nelle procedure principali o secondarie di: 99.10: infusione di agenti trombolitici OR 99.20 Iniezione e infusione di inibitore piastrinico (trattamento endovascolare farmacologico dell'ischemia cerebrale)</p> <p>E Almeno un codice nelle procedure principali o secondarie di: - 39.74 Rimozione endovascolare di ostruzione da vaso/idi testa e collo OR 38.91: cateterismo arterioso</p> <p>Sono escluse le strutture con denominatore < 30. Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C34.3
Definizione:
Numeratore:
Denominatore:
Note:
INDICATORE IN FASE DI REVISIONE
Riferimento:
Livello:
Cutoff
30
Fonte:
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C34.4
Definizione:
Numeratore:
N. Ricoveri per Ictus ammessi, transitati o dimessi da Neurologia
Denominatore:
N. Ricoveri per Ictus totali
Note:
<p>Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-specialistiche. Le Regioni possono a loro discrezione calcolare la misura anche per gli IRCCS/AOU mono-specialistiche e per le altre tipologie di azienda</p> <p>Si considerano i ricoveri ordinari.</p> <p>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).</p> <p>Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</p> <p>Si includono al numeratore i ricoveri per Ictus con reparto di ammissione, trasferimento o dimissione in Neurologia (cod. spec. 32).</p> <p>Sono escluse le strutture con denominatore < 30.</p> <p>Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C36
Definizione:
Innovazione Tecnologia
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C36.1
Definizione:
Numeratore:
N. prostatectomie computer-assistite
Denominatore:
N. Prostatectomie
Note:
Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-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 ricoveri ordinari per interventi di prostatectomia radicale: - procedura principale o secondarie codice 60.5
Al numeratore si considerano gli interventi con associato, in un procedura principale o secondaria, almeno un codice tra: - 0031 chirurgia computer-assistita con ct/cta - 0032 chirurgia computer-assistita con mr/mra - 0033 chirurgia computer-assistita con fluoroscopia - 0034 chirurgia computer-assistita senza immagini 0035 chirurgia computer-assistita con dataset multipli 0039 altra chirurgia computer-assistita
Sono escluse le strutture con denominatore < 30.
Nel dato regionale sono incluse tutte le strutture pubbliche e private accreditate di qualsiasi tipologia (AOU, AO, ASL, ecc).
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C4
Definizione:
Appropriatezza chirurgica
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi): C4.4 - % colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e RO 0-1 giorno (30%) C4.7 - DRG LEA chirurgici: % di ricoveri in day-surgery (60%). C18.6 - Tasso di ospedalizzazione per stripping di vene (10%) Se un'azienda o una regione non ha valore su uno o più indicatori, i pesi vengono proporzionalmente ripartiti.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C4.1
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:
<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 48 nefrologia (abilitazione al trapianto del rene), 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 (Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata e non complicata) le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0 , in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.
Riferimento:
Obiettivo:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2011
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C4.1.1
Definizione:
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
Numeratore:
N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari x 100
Denominatore:
N. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari
Note:
<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 48 Nefrologia (abilitazione al trapianto del rene), 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery.</p> <p>Si considera inclusa la One Day-Surgery.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.
Riferimento:
Obiettivo:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C4.1.2
Definizione:
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital
Numeratore:
N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital
Denominatore:
N. di dimessi da reparti chirurgici per i Day Hospital
Note:
<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono:06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 48 Nefrologia (abilitazione al trapianto del rene), 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 Day Surgery.</p> <p>Si considera esclusa la One Day-Surgery.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 i ricoveri in One Day Surgery le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 i controlli successivi ad interventi per retinoblastoma: <ul style="list-style-type: none"> Drg 048 e diagnosi principale 190.5, Drg 411 e diagnosi principale V10.84 con procedura 95.03, 99.26 (in qualunque intervento) i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico
Riferimento:
Obiettivo:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C4.13
Definizione:
DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)
Numeratore:
N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria
Denominatore:
N. di ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatazza
Note:
<p>I DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di ricovero ordinario sono quelli elencati nell'allegato B al Patto per la Salute 2010-2012.</p> <p>Si considerano i ricoveri erogati sia ai residenti in regione che ai non residenti.</p> <p>Al denominatore vengono considerati sia i DRG NON ad alto rischio di inappropriatazza che i casi esclusi per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza sulla base delle indicazioni ministeriali</p> <p>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).</p> <p>.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C4.4
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.
Riferimento:
Obiettivo: > 80%
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C4.7
Definizione:
DRG LEA Chirurgici: % di ricoveri in day surgery (Patto per la salute 2010 - 2012)
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)
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C4.8
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso
Numeratore:
N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti x 10.000
Denominatore:
N. residenti
Note:
<p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 13, 19, 47, 65, 70, 73, 74, 88, 131, 133, 134, 139, 142, 183, 184, 187, 189, 206, 208, 241, 243, 245, 248, 249, 251, 252, 254, 256, 276, 281, 282, 283, 284, 294, 295, 299, 301, 317, 323, 324, 326, 327, 329, 332, 333, 349, 351, 352, 369, 384, 395, 396, 399, 404, 409, 410, 411, 412, 426, 427, 429, 465, 466, 467, 490, 563, 564.</p> <p>Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99). i dimessi da strutture private non accreditate.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C5
Definizione:
Qualità di processo
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi): C5.2 Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni (50%) C5.3 Percentuale di prostatectomie transuretrali (25%) C5.12 Percentuale di fratture di femore operate sulle diagnostiche C16.4 Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore C16.7 Percentuale di ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (25%) Se un'azienda o una regione non ha valore su uno o più indicatori, i pesi vengono proporzionalmente ripartiti.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-20 10:58:04 - Nella riunione del network del 13.02.2017 è stato deciso di: - passare di valutazione l'indicatore C5.12 - inserire sotto questo alberto l'indicatore C16.4 (in precedenza sotto il C16) di valutazione

Codice indicatore:
C5.10
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*.
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2010
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C5.11
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)
Riferimento:
Mediana interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C5.12
Definizione:
Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate
Numeratore:
Numero di interventi per fratture del femore x 100
Denominatore:
Numero di diagnosi di fratture del femore
Note:
Si considerano i ricoveri ordinari dei dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore (codice 820.xx). NUM: codici intervento principale o secondari per frattura del femore: 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna 81.51 Sostituzione totale dell'anca 81.52 Sostituzione parziale dell'anca 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2010
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-15 15:45:07 - L'indicatore passa da osservazione a valutazione: decisione presa durante la riunione del Network del 13.02.2017

Codice indicatore:
C5.17
Definizione:
Percentuale di pazienti con più di 60 dialisi peritoneali all'anno sul totale dei pazienti dializzati
Numeratore:
N. pazienti con almeno 60 dialisi peritoneali
Denominatore:
N. pazienti con almeno 30 dialisi extracorporee o 60 dialisi peritoneali
Note:
<p>Si considerano i pazienti residenti in regione che effettuano (in regione) almeno 30 dialisi extracorporee nell'anno e i pazienti che effettuano almeno 60 dialisi peritoneali nell'anno. Le procedure selezionate sono: per la dialisi extracorporea: 39.95.1 "emodialisi in acetato o in bicarbonato"; 39.95.2 "emodialisi in acetato o in bicarbonato, ad assistenza limitata"; 39.95.3 "emodialisi in acetato o in bicarbonato, domiciliare"; 39.95.4 "emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili"; 39.95.5 "emodiafiltrazione"; 39.95.6 "emodiafiltrazione, ad assistenza limitata"; 39.95.7 "altre emodiafiltrazione"; 39.95.8 "emofiltrazione"; 39.95.9 "emodialisi - emofiltrazione"; per la dialisi peritoneale: 54.98.1 "dialisi peritoneale automatizzata (CCPD) "; 54.98.2 " dialisi peritoneale continua (CAPD)".</p> <p>Sono esclusi gli ID anonimi.</p> <p>In caso di cambiamento di asl di residenza nel corso dell'anno, al paziente viene assegnata la prima residenza dell'anno.</p> <p>Se un paziente effettua sia dialisi peritoneali che extracorporee, si va a vedere la prevalenza tra le due, con l'approssimazione che 1 dialisi extracorporea corrisponda a 2 peritoneali.</p>
Riferimento:
Media regionale, anno 2014
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SPA
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C5.18.1
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:
<p>Si considerano:</p> <p>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*.</p> <p>Sono esclusi:</p> <p>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.</p> <p>La degenza è calcolata come differenza tra la data di ingresso e il primo intervento in ordine cronologico fra quelli in analisi</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-15 16:36:10 - E' stato cambiato il criterio in quanto nella selezione dei codici di procedura si è previsto di escludere i codici 7915, 7935 e 7855 legati alle fratture di femore

Codice indicatore:
C5.18.2
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 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.</p> <p>Sono esclusi:</p> <p>Codici ICD-9CM di procedure chirurgiche, in qualsiasi posizione: 7915, 7935, 7855, 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.</p> <p>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.</p> <p>Si considerano esclusivamente i ricoveri e gli accessi 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.</p> <p>L'attesa media è attribuita all'azienda che effettua il ricovero ospedaliero.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO , RFC 106 Pronto Soccorso
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-16 10:07:22 - E' stato cambiato il criterio in quanto nella selezione dei codici di procedura si è previsto di escludere i codici 7915, 7935 e 7855 legati alle fratture di femore

Codice indicatore:
C5.2
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
Riferimento:
Obiettivo: $\geq 80\%$
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C5.20
Definizione:
Percentuale trombolisi endovenos 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:
<p>Si considerano:</p> <p>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.</p> <p>Al numeratore i ricoveri ordinari con codice ICD9-CM 99.10 in qualunque procedura.</p> <p>Vengono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
Riferimento:
Media regionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
30
Fonte:
Sistema informativo regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C5.3
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
Riferimento:
Mediana interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C6
Definizione:
Rischio Clinico
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore è composto dai seguenti sotto-indicatori di osservazione: -C6.4.1 Sepsis post-operatoria per chirurgia di elezione -C6.4.2 Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità -C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C6.4.1
Definizione:
SEPSI POST-OPERATORIA PER CHIRURGIA DI ELEZIONE
Numeratore:
N. dimessi con sepsi in diagnosi secondaria x 1.000
Denominatore:
N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico in elezione
Note:

Si considerano i ricoveri programmati e con pre-ospedalizzazione per i dimessi con degenza ?4 a giorni, minorenni inclusi. Si considerano i DRG chirurgici con almeno un codice di procedura tra 00 e 86.

Codifiche ICD9-CM in diagnosi secondarie:

- Sepsis: 0380, 0381, 03810, 03811, 03819, 0382, 0383, 78552, 78559, 9980, 03840, 03841, 03842, 03843, 03844, 03849, 0388, 0389, 99591, 99592.

Sono esclusi:

- i dimessi con diagnosi principale di sepsi o infezione;
- i dimessi con diagnosi principale o secondaria di stato immunocompromesso o cancro;
- i dimessi con intervento principale o secondari di stato immunocompromesso;
- i DRG di infezione o cancro.

Esclusioni:

- Diagnosi ICD9-CM di sepsi: 0380, 0381, 03810, 03811, 03819, 0382, 0383, 78552, 78559, 9980, 03840, 03841, 03842, 03843, 03844, 03849, 0388, 0389, 99591, 99592;
- Diagnosi ICD9-CM di infezione: categorie: 001, 002, 003, 004, 005, 020, 021, 022, 023, 026, 027, 032, 033, 034, 036, 038, 039, 040, 098, 320, 324, 382, 421, 461, 482, 510, 513, 540, 567, 680, 681, 682, 0084;
codici: 00800, 00801, 00802, 00803, 00804, 00809, 0081, 0082, 0083, 0085, 024, 025, 035, 037, 04100, 04101, 04102, 04103, 04104, 04105, 04109, 04110, 04111, 04119, 0412, 0413, 0414, 0415, 0416, 0417, 04182, 04183, 04184, 04185, 04186, 04189, 0419, 3229, 36000, 36001, 36002, 36004, 37055, 37200, 37203, 37204, 37220, 37221, 37230, 37300, 37301, 3731, 37311, 37312, 37313, 37500, 37501, 37530, 37531, 37532, 37601, 37602, 37603, 37604, 38010, 38011, 38012, 38013, 38014, 38150, 38151, 38300, 38301, 38302, 38320, 38321, 38400, 38630, 38631, 38632, 38633, 4200, 42090, 42099, 42292, 462, 463, 46430, 46431, 4660, 475, 47822, 47824, 481, 4843, 4845, 4848, 485, 486, 490, 49122, 4941, 5111, 51901, 5192, 5220, 5225, 5227, 5230, 52300, 52301, 5233, 52331, 52332, 52333, 5264, 5273, 5283, 53641, 541, 542, 56201, 56203, 56211, 56213, 566, 5695, 56961, 5720, 5721, 57400, 57401, 57430, 57431, 57460, 57461, 57480, 57481, 5750, 57510, 57512, 5754, 5761, 5763, 5770, 59010, 59011, 5902, 5903, 59080, 59081, 5909, 5950, 5954, 59581, 59589, 5959, 5970, 59800, 59801, 5990, 6010, 6012, 6013, 6014, 6018, 6019, 6031, 6040, 60490, 60491, 6071, 6072, 6080, 6084, 6110, 6140, 6141, 6142, 6143, 6144, 6145, 6149, 6150, 6159, 6160, 61610, 6163, 6164, 63400, 63401, 63402, 63500, 63501, 63502, 63600, 63601, 63602, 63700, 63701, 63702, 6380, 6390, 64650, 64651, 64652, 64653, 64654, 64660, 64661, 64662, 64663, 64664, 64710, 64711, 64712, 64713, 64714, 64780, 64781, 64782, 64783, 64784, 64790, 64791, 64792, 64793, 64794, 65840, 65841, 65843, 67000, 67002, 67004, 67500, 67501, 67502, 67503, 67504, 67510, 67511, 67512, 67513, 67514, 67580, 67581, 67582, 67583, 67584, 67590, 67591, 67592, 67593, 67594, 683, 684, 68600, 68601, 68609, 6868, 6869, 69581, 70700, 70701, 70702, 70703, 70704, 70705, 70706, 70707, 70709, 71100, 71101, 71102, 71103, 71104, 71105, 71106, 71107, 71108, 71109, 71190, 71191, 71192, 71193, 71194, 71195, 71196, 71197, 71198, 71199, 7280, 72886, 73000, 73001, 73002, 73003, 73004, 73005, 73006, 73007, 73008, 73009, 73010, 73011, 73012, 73013, 73014, 73015, 73016, 73017, 73018, 73019, 73020, 73021, 73022, 73023, 73024, 73025, 73026, 73027, 73028, 73029, 73030, 73031, 73032, 73033, 73034, 73035, 73036, 73037, 73038, 73039, 73080, 73081, 73082, 73083, 73084, 73085, 73086, 73087, 73088, 73089, 73090, 73091, 73092, 73093, 73094, 73095, 73096, 73097, 73098, 73099, 7713, 7714, 7715, 77181, 77182, 77183, 77189, 7775, 7854, 78552, 7907, 9101, 9103, 9105, 9107, 9109, 9111, 9113, 9115, 9117, 9119, 9121, 9123, 9125, 9127, 9129, 9131, 9133, 9135, 9137, 9139, 9141, 9143, 9145, 9147, 9149, 9151, 9153, 9155, 9157, 9159, 9161, 9163, 9165, 9167, 9169, 9171, 9173, 9175, 9177, 9179, 9191, 9193, 9195, 9197, 9199, 99590, 99591, 99592, 99660, 99661, 99662, 99663, 99664, 99665, 99666, 99667, 99669, 99762, 99851, 99859, 9993;
- Diagnosi ICD9-CM di Stato immunocompromesso:
categorie: 279, 9968, V428;
codici: 042, 1363, 260, 261, 262, 23873, 23876, 28409, 2841, 2880, 28800, 28801, 28802, 28803, 28809, 2881, 2882, 2884, 28850, 28851, 28859, 28953, 28983, 40301, 40311, 40391, 40402, 40403, 40412, 40413, 40492, 40493, 5793, 585, 5855, 5856, V420, V421, V426, V427, V451, V560, V561, V562;
- Diagnosi ICD9-CM di cancro:
categorie: da 140 a 165, da 170 a 172, da 174 a 176, da 179 a 208, V10;
codici: 2386, 2733;

- Procedure ICD9-CM di Stato immunocompromesso:

categorie: 335, 410, 505 codici: 0018, 336, 3751, 5280, 5281, 5282, 5283, 5285, 5286, 5569;

DRG di infezione: 68, 69, 70, 79, 80, 81, 89, 90, 91, 126, 238, 242, 277, 278, 279, 320, 321, 322, 368, 417, 423, 560, 561, 572, 579;

DRG di cancro: 010, 011, 064, 082, 172, 173, 199, 203, 239, 257, 258, 259, 260, 274, 275, 303, 318, 319, 338, 344, 346, 347, 354, 355, 357, 363, 367, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 473, 492, 546

Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
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
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C6.4.2
Definizione:
MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA NEI DIMESSI CON DRG A BASSA MORTALITÀ
Numeratore:
N. deceduti con DRG a bassa mortalità x 1.000
Denominatore:
N. dimessi con DRG a bassa mortalità
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari per i dimessi maggiorenni (?18 anni).</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnosi principale o secondarie di trauma, stato immunocompromesso o cancro - intervento principale o secondari di stato immunocompromesso. L'indicatore è calcolato su tre anni: per il bersaglio 2015, sia il numeratore, sia il denominatore sono la somma dei dati degli anni 2013, 2014 e 2015. <p>Elenco DRG a bassa mortalità: 006, 021, 036, 037, 039, 040, 042, 043, 044, 045, 049, 050, 051, 052, 053, 055, 056, 057, 059, 063, 065, 067, 068, 069, 072, 096, 097, 118, 125, 134, 140, 141, 142, 143, 166, 167, 177, 178, 179, 187, 223, 224, 225, 228, 229, 232, 237, 244, 245, 246, 247, 257, 258, 261, 262, 267, 268, 276, 288, 289, 290, 291, 295, 323, 324, 334, 335, 336, 337, 339, 341, 342, 350, 353, 356, 358, 359, 360, 361, 362, 364, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 421, 425, 426, 427, 428, 430, 431, 432, 433, 439, 441, 447, 471, 491, 496, 497, 498, 499, 500, 503, 518, 521, 522, 523, 537, 538, 556, 558</p> <p>Esclusioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi ICD9-CM di trauma: categorie: da 800 a 815, da 817 a 825, da 827 a 833, da 835 a 839, da 850 a 854, da 860 a 882, 884, 887, 890, 891, 892, 894, 896, 897, da 900 a 904, da 925 a 929, da 940 a 949, 952, 953, 958 - Diagnosi ICD9-CM di Stato immunocompromesso - categorie: 279, 9968, V428; - codici: 042, 1363, 260, 261, 262, 23873, 23876, 28409, 2841, 28800, 28801, 28802, 28803, 28809, 2881, 2882, 2884, 28850, 28851, 28859, 28953, 28983, 40301, 40311, 40391, 40402, 40403, 40412, 40413, 40492, 40493, 5793, 585, 5855, 5856, V420, V421, V426, V427, , V451, V560, V561, V562 - Diagnosi ICD9-CM di cancro - categorie: da 140 a 165, da 170 a 172, da 174 a 176, da 179 a 208, V10 codici: 2386, 2733 - Procedure ICD9-CM di Stato immunocompromesso - categorie: 335, 410, 505; - codici: 0018, 336, 3751, 5280, 5281, 5282, 5283, 5285, 5286, 5569.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
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
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C6.4.3
Definizione:
EMBOLIA POLMONARE O TROMBOSI VENOSA POST-CHIRURGICA
Numeratore:
N. di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria x 1.000
Denominatore:
N. dimessi con DRG chirurgico
Note:
<p>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:</p> <p>Embolia polmonare: 415.11; 415.19 Trombosi venosa profonda: 451.11; 451.19; 451.2; 451.81; 451.9; 453.8; 453.9</p> <p>Sono esclusi:</p> <p>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.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
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
Criterio:
2008
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7
Definizione:
Materno-Infantile
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi dei sotto indicatori valutati (i pesi dei singoli sottoindicatori sono indicati in parentesi):</p> <p>C7.1 % cesarei depurati (NTSV) (60%) C7.3 % episiotomia depurate (NTSV) (10%) C7.6 % parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (10%) C17.4 Volumi per parti (20%)</p> <p>Se un'azienda o una regione non ha valore su uno o più indicatori, i pesi vengono proporzionalmente ripartiti.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.1
Definizione:
Percentuale parti cesarei depurati (NTSV)
Numeratore:
Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100
Denominatore:
Numero di parti depurati (NTSV)
Note:
NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): <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. Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.
Riferimento:
Obiettivo: ? 15%
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.1.2
Definizione:
Percentuale di 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> <p>donne primipare parto a termine ? 37 0 settimana di amenorrea parto non gemellare bambino in posizione vertice</p> <p>Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni con modalità iniziale del travaglio spontanea</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.1.3
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> <p>donne primipare parto a termine ? 37 0 settimana di amenorrea parto non gemellare bambino in posizione vertice</p> <p>Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni con modalità iniziale del travaglio indotta</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.1.4
Definizione:
Percentuale di parti cesarei elettivi sul totale dei parti depurati
Numeratore:
Numero di parti cesarei elettivi NTSV x 100
Denominatore:
Numero di parti NTSV
Note:
NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): donne primipare parto a termine ? 37 0 settimana di amenorrea parto non gemellare bambino in posizione vertice
Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
2
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.12.3
Definizione:
% di allattamento esclusivo a tre mesi
Numeratore:
N. bambini allattati esclusivamente al terzo mese di vita
Denominatore:
N. bambini campionati
Note:
Si considerano: i bambini del campione allattati esclusivamente a tre mesi di vita. In Toscana i dati dell'allattamento si riferiscono alle ultime 24 ore e viene effettuato un controllo sull'allattamento esclusivo negli ultimi sette giorni. Da verificare come viene raccolto il dato nelle regioni che lo hanno a disposizione, per poter costruire l'indicatore in maniera coerente fra le regioni che metteranno a confronto i dati.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Regione Toscana: monitoraggio allattamento (Studio di coorte longitudinale - Interviste Cawi e Cati)
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C7.12.4
Definizione:
% di allattamento esclusivo a sei mesi
Numeratore:
N. bambini allattati esclusivamente al sesto mese di vita
Denominatore:
N. bambini campionati
Note:
Si considerano: i bambini del campione allattati esclusivamente a sei mesi di vita. In Toscana i dati dell'allattamento si riferiscono alle ultime 24 ore e viene effettuato un controllo sull'allattamento esclusivo negli ultimi sette giorni. Da verificare sia la tempistica con cui vengono raccolti i dati (a 5 o 6 mesi) che le modalità di raccolta dei dati nelle regioni che li hanno a disposizione, per poter costruire l'indicatore in maniera coerente fra le regioni che metteranno a confronto i dati. Si potrebbero considerare i bambini allattati esclusivamente almeno fino al 5° mese.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Regione Toscana: monitoraggio allattamento (Studio di coorte longitudinale - Interviste Cawi e Cati)
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C7.13
Definizione:
Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (> 12 ^a settimana di gestazione o non effettuata)
Numeratore:
Numero donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (> 12 ^a settimana di gestazione o non effettuata) x 100
Denominatore:
Numero di parti di donne straniere
Note:
<p>Si considerano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i parti erogati alle residenti in Regione straniera con cittadinanza in Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) - i parti erogati in Regione di straniere residenti in PFPM o temporaneamente presenti (STP): in questo caso l'azienda di erogazione viene considerata come azienda di residenza. Se l'azienda di residenza così attribuita risulta essere una AO, si considerano residenti nella Asl del territorio della AO. - prima visita compresa fra la 4^a e la 43^a settimana di gestazione, estremi inclusi prima visita = 0 e N. di visite = 0 o 99 <p>Numeratore: si considerano le donne che effettuano la prima visita oltre la 12^a settimana e quelle che non la effettuano (prima visita = 0 e N. di visite = 0 o 99).</p> <p>PFPM: vedi elenco allegato</p> <p>STP: PFPM con comune di residenza = 999</p> <p>Si escludono i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso CEDAP
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.13.1
Definizione:
Percentuale di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (> 12 ^a settimana o non effettuata)
Numeratore:
Numero donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (>12 ^a settimana o non effettuata) x 100
Denominatore:
Numero parti di donne con basso titolo di studio
Note:
<p>Si considerano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i parti erogati alle donne residenti in Regione - prima visita compresa fra la 4^a e la 43^a settimana di gestazione, estremi inclusi - prima visita = 0 e N. di visite = 0 o 99 <p>Numeratore: si considerano le donne che effettuano la prima visita oltre la 12^a settimana e quelle che non la effettuano (prima visita = 0 e N. di visite = 0 o 99).</p> <p>BASSO TITOLO DI STUDIO: diploma di scuola media inferiore, licenza elementare/nessun titolo.</p> <p>Si escludono i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.14
Definizione:
Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza
Numeratore:
Numero donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza ≤ 4 , x 100
Denominatore:
Numero di parti di donne straniere
Note:
<p>Si considerano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i parti erogati a residenti in Regione relativi alle straniere con cittadinanza in Paesi a forte pressione migratoria (PFPM); - i parti erogati in Regione di straniere temporaneamente presenti (STP): in questo caso l'azienda di erogazione viene considerata come azienda di residenza. Le STP, la cui azienda di residenza così attribuita risulta essere una AO, si considerano residenti nella Asl del territorio della AO; - campo N. di visite minore o uguale a 15; - prima visita = 0 e N. di visite = 0 o 99. <p>Numeratore: si considerano le donne che effettuano</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso CEDAP
Criterio:
2010
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.14.1
Definizione:
Percentuale di donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza
Numeratore:
Numero donne con basso titolo di studio che effettuano un numero di visite in gravidanza ≤ 4 , x 100
Denominatore:
Numero parti di donne con basso titolo di studio
Note:
<p>Si considerano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i parti erogati alle residenti in Regione - campo N. di visite minore o uguale a 15 - prima visita = 0 e N. di visite = 0 o 99 <p>Numeratore: si considerano le donne che effettuano</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.16
Definizione:
Accesso area maternità del consultorio
Numeratore:
N. di donne straniere partorienti che hanno avuto almeno 4 accessi all'area maternità nei consultori aziendali (PFPM 14-49 anni) x 100
Denominatore:
N. di donne straniere partorienti (PFPM 14-49 anni)
Note:
L'indicatore viene calcolato effettuando il linkage tra flusso CedAPdell'anno di riferimento e flusso dei servizi consultoriali dello stesso anno e del precedente. Si considerano esclusivamente le donne straniere con cittadinanza in Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) di età compresa fra i 14 e i 49 anni. Per le donne residenti in regione, la residenza viene attribuita in base all'informazione contenuta nel flusso CedAP, mentre per le donne residenti in altra regione italiana o Straniere Temporaneamente Presenti (STP) , la residenza viene attribuita in base all'azienda di erogazione delle prestazioni consultoriali (o se assente questa informazione l'azienda del punto nascita viene considerata come azienda di residenza). Le donne straniere residenti in altra regione italiana e le STP che hanno partorito in un'Azienda Ospedaliera e non sono passate dai servizi consultoriali si considerano residenti nella Asl del territorio della AO. A numeratore si considerano le donne con accesso all'area maternità esclusa la sub-area post-aborto spontaneo.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale Flussi consultoriali e CedAP
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C7.17
Definizione:
% primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita
Numeratore:
N. primipare residenti (14-49 anni) con almeno tre presenze al corso di accompagnamento alla nascita
Denominatore:
N. primipare residenti (14-49 anni)
Note:
<p>Si considerano:</p> <p>le donne primipare residenti in Toscana di età compresa fra i 14 e i 49 anni l'area "maternità" e sub-area "gestazione" il codice di prestazione: 93.37 corso di preparazione alla nascita, training prenatale.</p> <p>Si effettua il linkage tra il flusso CedAP e flusso consultoriale per identificare la coorte di primipare residenti che hanno partorito nell'anno di riferimento, ed all'interno di questa coorte quelle che nel flusso consultoriale dell'anno di riferimento e del precedente risultano aver partecipato ad almeno tre incontri del CAN (tre prestazioni con codice 93.37).</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale Flussi CedAP e flusso consultoriale
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C7.17.1
Definizione:
Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio
Numeratore:
% donne primipare residenti con titolo di studio basso con almeno 3 presenze al CAN
Denominatore:
% donne primipare residenti con titolo di studio alto con almeno 3 presenze al CAN
Note:
L'indicatore è calcolato come rapporto tra la percentuale di donne primipare residenti con titolo di studio basso ed almeno 3 presenze al CAN e la percentuale di donne primipare residenti con titolo di studio alto ed almeno 3 presenze al CAN. I valori del numeratore e denominatore sono calcolati sulla base dell'indicare C7.17 Percentuale di primipare residenti (14-49) con almeno tre presenze al CAN stratificato per titolo di studio. BASSO TITOLO DI STUDIO: diploma di scuola media inferiore, licenza elementare/nessun titolo. ALTO TITOLO DI STUDIO: diploma e maturità di scuola media superiore, diploma universitario o laurea breve, laurea.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale Flussi CedAP e flusso consultoriale
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C7.18
Definizione:
% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum
Numeratore:
N. donne residenti (14-49 anni) con almeno un accesso al consultorio nel post-partum
Denominatore:
N. donne residenti partorienti (14-49 anni)
Note:
Si considerano: A NUMERATORE le donne residenti in regione di età compresa fra i 14 e i 49 anni con almeno un accesso all'area «maternità» e sub-aree: «puerperio», oppure «allattamento al seno» o «sostegno alla genitorialità» (Flusso consultoriale). A DENOMINATORE le donne residenti in regione di età compresa fra i 14 e i 49 anni che hanno partorito nell'anno (Flusso CedAP).
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale flusso CedAP e flusso consultoriale
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C7.2
Definizione:
Percentuale di parti con induzione
Numeratore:
Numero di parti vaginali con induzione x 100
Denominatore:
Numero di parti vaginali
Note:
Num: modalità iniziale del travaglio: indotta. Den: modalità iniziale del travaglio: spontanea e indotta. Si escludono dal conteggio i parti dove la modalità del travaglio corrisponde a "non avvenuto", in cui il parto viene riconvertito in cesareo.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
Criterio:
2008
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.20
Definizione:
Asfissie gravi peri/intra-partum
Numeratore:
Numero di neonati con diagnosi di asfissia grave x 1.000
Denominatore:
Numero di neonati
Note:
Si considerano i nati in regione nel triennio, con codice fiscale corretto ed età gestazionale a partire dalle 37 settimane di amenorrea (? 37"settamen"). Si selezionano, in tutte le diagnosi e le procedure del ricovero relativo alla nascita o dell'eventuale trasferimento, i codici ICD9-CM: - 768.5: diagnosi di asfissia grave or - 99.81: procedura di ipotermia 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
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP e Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.3
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:
<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <p>donne primipare, parto a termine tra la 37 0 - 41 6 settimana di amenorrea incluse, parto non gemellare, bambino in posizione vertice</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regione - Flusso CEDAP; regioni: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli, Umbria e P.A. Bolzano flussi CEDAP e SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.6
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.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
Criterio:
2008
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.7
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
Numeratore:
Numero di ricoveri dei residenti in età pediatrica (< 14 anni) x 100
Denominatore:
Popolazione residente (< 14 anni)
Note:
<p>Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital. La mobilità passiva, finché non è disponibile quella dell'anno in corso, viene stimata utilizzando quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <p style="padding-left: 40px;">erogati da strutture private non accreditate relativi ai neonati normali (DRG 391).</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.7.1
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)
Numeratore:
Numero di ricoveri dei residenti nel primo anno di vita (< 1 anno) x 100
Denominatore:
Popolazione residente (
Note:
<p>Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi ai neonati normali (DRG 391)
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7.7.4
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-13 anni)
Numeratore:
Numero di ricoveri di residenti in età pediatrica (1-13 anni)
Denominatore:
Popolazione residente (1-13 anni)
Note:
Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital. Finché non è disponibile la mobilità passiva dell'anno, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri: - Erogati da strutture private non accreditate
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C7d
Definizione:
Pediatria
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari alla media pesata dei punteggi relativi ai seguenti indicatori (il peso del singolo indicatore è indicato in parentesi):
C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) (15%)
C7.7.1 Tasso di ricovero nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) (15%)
C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni) (10%)
C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni (10%)
C18.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti (15%)
C9.8.1.1. Consumo di antibiotici in età pediatrica (20%)
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica (15%)
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a
Definizione:
Integrazione Ospedale - Territorio
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore ha una valutazione pari alla media dei punteggi degli indicatori: C8b.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti; C16T.4 Tassi di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.13.2
Definizione:
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione per patologie psichiatriche
Numeratore:
N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche entro 7 giorni dalla dimissione di pazienti maggiorenni x 100
Denominatore:
N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni dal 1 gennaio al 24 dicembre
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto. Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx.</p> <p>Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri:</p> <p>per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315; con codice fiscale anonimo;</p> <p>dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto.</p> <p>Non generano ricoveri ripetuti:</p> <p>i ricoveri con modalità di dimissione volontaria;</p> <p>i ricoveri con modalità di dimissione: trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione se la data di dimissione coincide con la data di ingresso del ricovero successivo.</p> <p>Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione entro 7 giorni ed erogato da una qualsiasi struttura pubblica, privata accreditata o non accreditata.</p> <p>Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 7 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.13.2b
Definizione:
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni in psichiatria
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.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.13a
Definizione:
Percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni
Numeratore:
N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic) x100
Denominatore:
N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto, relativi ai primi 11 mesi dell'anno.</p> <p>Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx</p> <p>Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri:</p> <p>per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315; con codice fiscale anonimo;</p> <p>dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto.</p> <p>A numeratore si considera ripetuto:</p> <p>il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente:stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione fra 8 e 30 giorni;</p> <p>il ricovero generato da una struttura pubblica e avvenuto in una struttura privata non accreditata.</p> <p>Non generano ricoveri ripetuti i ricoveri con modalità di dimissione volontaria.</p> <p>Si escludono i ricoveri ripetuti generati da una struttura privata non accreditata e avvenuti in una struttura pubblica, privata accreditata o privata non accreditata.</p> <p>Dal calcolo del denominatore si escludono i ricoveri erogati dalle strutture private non accreditate.</p> <p>Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.13b
Definizione:
Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria
Numeratore:
N. ricoveri ripetuti in psichiatria fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic)
Denominatore:
N. ricoveri in psichiatria dal 1 gennaio al 30 novembre
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, con codice fiscale corretto, dimessi dai reparti di Psichiatria (codice disciplina 40), relativi ai primi 11 mesi dell'anno.</p> <p>Sono esclusi a numeratore e denominatore i ricoveri: con codice fiscale anonimo; dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto.</p> <p>A numeratore si considera ripetuto: il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione fra 8 e 30 giorni; il ricovero generato da una struttura pubblica e avvenuto in una struttura privata non accreditata. Non generano ricoveri ripetuti i ricoveri con modalità di dimissione volontaria. Si escludono i ricoveri ripetuti generati da una struttura privata non accreditata e avvenuti in una struttura pubblica, privata accreditata o privata non accreditata.</p> <p>Dal calcolo del denominatore si escludono i ricoveri erogati dalle strutture private non accreditate.</p> <p>Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.19.1
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma
Numeratore:
Numero ricoveri per asma 2-17 anni relativi ai residenti nella Asl x 100.000
Denominatore:
Popolazione residente (2-17 anni)
Note:
Si considerano i ricoveri dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale per asma: 493.* Sono esclusi: i dimessi trasferiti da altri istituti; i dimessi di età inferiore ai 2 anni; i dimessi con diagnosi secondaria di fibrosi cistica e anomalie del sistema respiratorio: 277.0*, 747.21, 748.3, 748.4, 748.5, 748.6*, 748.8, 748.9, 750.3, 759.3, 770.7; i ricoveri in strutture private non accreditate.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.19.2
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite
Numeratore:
Numero ricoveri per gastroenterite relativi ai minorenni residenti nella Asl x 100.000
Denominatore:
Popolazione minorenni residente
Note:
Si considerano i ricoveri dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.
Codifiche ICD9-CM:
in diagnosi principale per gastroenterite: 008.6*, 008.8, 009.*, 558.9 oppure
in diagnosi secondaria per gastroenterite e indagnosi principale per disidratazione: 276.5*.
Sono esclusi:
i dimessi trasferiti da altri istituti;
i dimessi di età inferiore ai 3 mesi (o neonati dove l'età in mesi non è riportata);
i dimessi con diagnosi di anomalie gastrointestinali (categorie: 538, 555, 556, 579 e codici 558.1, 558.2, 558.3)
i dimessi con diagnosi di gastroenteriti batteriche (categorie: 004, 005, 007 e codici 003.0, 006.0, 006.1, 006.2, 008.0*, 008.1, 008.2, 008.3, 008.4*, 008.5, 112.85);
i ricoveri in strutture private non accreditate.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2009
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.2
Definizione:
Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC in una struttura regionale
Numeratore:
N. ricoveri ripetuti dei dimessi dal 1 gennaio al 30 giugno tra 31 e 180 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 giu, evento successivo nel periodo 1 gen-31 dic) x 100
Denominatore:
N. ricoveri dal 1 gennaio al 30 giugno
Note:
<p>Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a residenti in regione, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario. Si considerano i primi 6 mesi dell'anno per il denominatore e l'arco temporale di 1 anno per il numeratore. Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> con reparto di ammissione: psichiatria (codice 40) con reparto di dimissione e di ammissione: unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409,410,492) dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto. <p>Il ricovero con modalità di dimissione volontaria non genera ricoveri ripetuti. Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra la ammissione e una precedente dimissione 31-180 giorni. Se un paziente cambia residenza tra un ricovero e il ripetuto, la responsabilità è attribuita all'azienda di residenza del ripetuto.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.20
Definizione:
Ricoveri in riabilitazione non preceduti da una dimissione nello stesso giorno
Numeratore:
Numero di ricoveri ordinari in cod. 56 non preceduti 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.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.3
Definizione:
Tasso di concepimento per 1.000 residenti minorenni
Numeratore:
Numero parti Numero interruzioni volontarie di gravidanza Numero aborti spontanei di donne minorenni residenti x 1.000
Denominatore:
Popolazione residente (donne 12-17 anni)
Note:
La popolazione di riferimento è costituita da donne minorenni (12-17 anni) per azienda di residenza. Si considerano i ricoveri erogati alle residenti, extra regione inclusi. Finché non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si considerano i DRG: 370, 371, 372, 373, 374, 375, 380 e 381
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2008
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.5.1a
Definizione:
Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni
Numeratore:
N. ricoveri per schizofrenia e disturbi psicotici relativi ai residenti maggiorenni
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti maggiorenni in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale di schizofrenia e disturbi psicotici Codifiche ICDIX-CM: 295.xx, 297.xx, 298.xx, 299.1x, 299.9x</p> <p>Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p> <p>Standardizzazione per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C8a.5.2a
Definizione:
Tasso std di ospedalizzazione per disturbi dell'umore per 100.000 residenti maggiorenni
Numeratore:
N. ricoveri per disturbi dell'umore relativi ai residenti maggiorenni
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti maggiorenni in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale di disturbi dell'umore. Codifiche ICDIX-CM: 296.0x 296.1x, 296.4x, 296.5x, 296.6x, 296.23, 296.24, 296.33, 296.34</p> <p>Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.</p> <p>Standardizzazione per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C8a.5.3a
Definizione:
Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni
Numeratore:
N. ricoveri per depressione lieve-moderata relativi ai residenti maggiorenni
Denominatore:
olazione residente maggiorenne
Note:
Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti maggiorenni in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.
Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale di depressione lieve-moderata Codifiche ICDIX-CM: 311.xx, 296.7x, 296.8x, 296.9x, 296.20, 296.21, 296.22, 296.25, 296.26, 296.30, 296.31, 296.32, 296.35, 296.36
Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
Standardizzazione per età e sesso: la popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C8a.5.4a
Definizione:
Tasso std di ospedalizzazione per disturbi d'ansia e dell'adattamento per 100.000 residenti maggiorenni
Numeratore:
N. ricoveri per disturbi d'ansia e dell'adattamento relativi ai residenti maggiorenni
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti maggiorenni in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.
Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale di disturbi d'ansia e dell'adattamento Codifiche ICDIX-CM: 300.xx
Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
Standardizzazione per età e sesso: la popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C8a.5.5a
Definizione:
Tasso di std ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni
Numeratore:
N. ricoveri per disturbi di personalità relativi ai residenti maggiorenni
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti maggiorenni in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.
Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale di disturbi di personalità Codifiche ICDIX-CM: 301.xx
Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
Standardizzazione per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C8a.5.6a
Definizione:
Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni
Numeratore:
N. ricoveri per altre diagnosi relativi ai residenti maggiorenni
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti maggiorenni in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.
Si considerano i ricoveri ordinari con in diagnosi principale le codifiche ICDIX-CM: 302.xx, 306.xx-310.xx, 312.xx, 316-319
Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
Standardizzazione per età e sesso: la popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C8a.5.8a
Definizione:
Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni
Numeratore:
N. ricoveri per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze relativi ai residenti maggiorenni
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti maggiorenni in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Si considerano i ricoveri ordinari con diagnosi principale di disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze. Codifiche ICDIX-CM: 291.xx, 292.xx, 303.xx, 304.xx, 305.xx</p> <p>Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p> <p>Standardizzazione per età e sesso: la popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C8a.5a
Definizione:
Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni
Numeratore:
N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, inclusa la mobilità passiva, con diagnosi principale psichiatriche di età ≥18 anni dimessi da qualsiasi reparto.</p> <p>Si considerano le diagnosi principali (codici ICD9-CM): 290.xx-319.xx.</p> <p>Sono esclusi:</p> <p>i ricoveri con diagnosi principale di demenza: 290.xx, 293.xx, 294.xx;</p> <p>i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315;</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Si escludono i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.</p> <p>La popolazione di riferimento è quella al 01/01 dell'anno di osservazione.</p> <p>Standardizzazione per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C8a.5b
Definizione:
Tasso std di ospedalizzazione in psichiatria per residenti maggiorenni
Numeratore:
N. ricoveri in psichiatria relativi ai residenti maggiorenni
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, inclusa la mobilità passiva, dimessi dai reparti di Psichiatria (codice disciplina 040) di età ≥18 anni.</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Si escludono i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.</p> <p>La popolazione di riferimento è quella al 01/01 dell'anno di osservazione.</p> <p>Standardizzazione per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.6b
Definizione:
Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni
Numeratore:
N. ricoveri in TSO relativi ai residenti maggiorenni
Denominatore:
Popolazione residente maggiorenne
Note:
<p>Si considerano i ricoveri ordinari in TSO (TIPO RICOVERO=3) dei residenti in regione, inclusa la mobilità passiva, ammessi o dimessi dai reparti di Psichiatria (codice disciplina 040), di età ?18 anni.</p> <p>Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si escludono i ricoveri erogati da strutture private.</p> <p>La popolazione di riferimento è quella al 01/01 dell'anno di osservazione. Standardizzazione per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2011, fonte ISTAT. Classi di età: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8a.7
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni
Numeratore:
N. ricoveri per patologie psichiatriche relativi ai residenti minorenni x 100.000
Denominatore:
Popolazione residente minorenni
Note:
Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi ai residenti in regione minorenni. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si considerano i ricoveri ordinari con i codici psichiatrici: Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx. Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C8b.1
Definizione:
Tasso di accesso dei residenti al Pronto Soccorso standardizzato per età e sesso per 1000 abitanti
Numeratore:
N. accessi in Pronto Soccorso x 1.000
Denominatore:
N. residenti
Note:
Sono inclusi gli accessi provenienti dai Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. La standardizzazione è fatta per età e sesso e la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 0-4, 5-9, 10-14,, 80-84, 85 . Per l'anno 2014 nel calcolo dell'indicatore la Regione Puglia non include l'Azienda Barletta - Andria - Trani.
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-30 15:20:08 - L'indicatore passa di valutazione (riunione network del 13.02.2017)

Codice indicatore:
C8b.2
Definizione:
Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti
Numeratore:
N. dimessi con degenza superiore a 30 giorni per Asl di residenza x 1000
Denominatore:
N. residenti con età > 1 anno
Note:
Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a residenti in regione. Si considerano solo i ricoveri ordinari.
Sono esclusi: i ricoveri erogati da strutture private non accreditate i pazienti ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di: Malattie Infettive 24, Unità spinale 28, Pneumologia 68, Psichiatria 40, Grandi ustionati 47, Terapia intensiva 49, Recupero e riabilitazione funzionale 56, Lungodegenti 60, Terapia intensiva neonatale 73, neuroriabilitazione 75, cure palliative 99 i bambini di età inferiore ad 1 anno i dimessi psichiatrici (DRG 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 521,522, 523) Denominatore: residenti >=1 anno. Standardizzazione per età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia al 31/12/2011, fonte ISTAT). Classi di età: 1-4, 5-9, 10-14, ... , 80-84, 85 .
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9
Definizione:
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>L'indicatore C9 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori:</p> <p>C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica - Antiacidi, C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina, C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, C9.8.1.1 Consumo di antibiotici.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9
Definizione:
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore C9 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica - Antiacidi, C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina, C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, C9.8.1.1 Consumo di antibiotici.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore
Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.1
Definizione:
Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)
Numeratore:
N. unità posologiche di IPP erogate
Denominatore:
Popolazione residente al 1° Gennaio (pesata)
Note:
I farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) A02BC. E' escluso il consumo privato. E' inclusa l'erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
10
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.10.1
Definizione:
Polypharmacy: percentuale di utenti residenti con più di 75 anni che assumono contemporaneamente farmaci appartenenti a più di 5 classi ATC4 (erogati sul territorio in un mese indice).
Numeratore:
Numero di pazienti con più di 75 anni che assumono contemporaneamente farmaci appartenenti a più di 5 classi ATC4 (x 100)
Denominatore:
Numero di pazienti residenti con più di 75 anni che abbiano assunto almeno un farmaco nel mese indice (aprile)
Note:
Numeratore: numero di pazienti residenti con più di 75 anni che assumono contemporaneamente farmaci appartenenti a più di 5 classi ATC4 nel mese indice x 100 Denominatore: numero di pazienti residenti con più di 75 anni che abbiano assunto almeno un farmaco nel mese indice. Vanno esclusi dal computo i vaccini: codice ATC J07. Si considera l'erogazione effettuata nel mese di aprile (mese indice). E' escluso il consumo privato. E' inclusa l'erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta e/o per conto.
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi della Farmaceutica (diretta, dpc e convenzionata)
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-14 17:20:33 - Costruzione e "nascita" dell'indicatore
2017-01-01 00:00:00 - creazione nuovo indicatore

Codice indicatore:
C9.12
Definizione:
Consumo di antibiotici erogati nei reparti
Numeratore:
N. unità posologiche di antibiotici erogati nei reparti
Denominatore:
N. di giornate di degenza
Note:
I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Si considera l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. E' esclusa la distribuzione diretta e per conto. Sono inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza. I dati sono per azienda erogatrice.
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flussi della Farmaceutica
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.13
Definizione:
Consumo di antibiotici iniettabili rispetto agli antibiotici complessivamente erogati nei reparti
Numeratore:
N. unità posologiche antibiotici iniettabili erogate (x 100)
Denominatore:
N. unità posologiche antibiotici complessivamente erogate
Note:
<p>Incidenza degli antibiotici iniettabili rispetto agli antibiotici complessivamente erogati nei reparti. I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Si considera l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario, di Day Hospital e ambulatoriale. E' esclusa la distribuzione diretta 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.</p> <p>L'individuazione dei farmaci avviene attraverso l'elenco "antibiotici_iniettabili_codici_minsan".</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flussi Farmaceutica ospedaliera
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.17
Definizione:
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.2
Definizione:
Percentuale di utenti che consumano meno di 3 confezioni di statine (Ipilipemizzanti) all'anno, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto
Numeratore:
N. pazienti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno x 100
Denominatore:
N. pazienti che consumano statine
Note:
Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA. E' escluso il consumo privato. E' inclusa la erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
10
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.21
Definizione:
Percentuale di pazienti trattati con NAO
Numeratore:
Numero di pazienti sotto trattamento con NAO (x 100)
Denominatore:
Numero di pazienti sotto TAO
Note:
L'indicatore rappresenta la percentuale di pazienti trattati con NAO rispetto a tutti i trattati con terapia anticoagulante (TAO). Si considerano tutti i canali di distribuzione territoriale (convenzionata, diretta, per conto). A numeratore vengono conteggiati gli utenti che hanno ritirato almeno una confezione durante l'anno di Apixaban (Eliquis) B01AF02, oppure di Dabigatran (Pradaxa) B01AE07, oppure di Rivaroxaban (Xarelto) B01AF01, oppure di Edoxaban (Lixiana) B01AF03. A denominatore vengono conteggiati gli utenti che hanno ritirato almeno una confezione durante l'anno di Apixaban (Eliquis) B01AF02, oppure di Dabigatran (Pradaxa) B01AE07, oppure di Rivaroxaban (Xarelto) B01AF01, oppure di Edoxaban (Lixiana) B01AF03, oppure di Warfarin B01AA03, oppure di Acenocumarolo (Sintrom) B01AA07.
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali della farmaceutica
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-31 11:45:49 - Aggiornamento ATC: Introduzione di Edoxaban (Lixiana) B01AF03

Codice indicatore:
C9.3
Definizione:
Consumo di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati (ATC = C09C e C09D), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, rispetto al gruppo terapeutico C09
Numeratore:
N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale (x 100)
Denominatore:
N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Note:
I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (Sartani), appartengono ai sottogruppi terapeutici ATC C09C e C09D. l'indicatore considera l'incidenza del consumo di questi sul territorio (in convenzione, direttamente e dpc) rispetto al gruppo terapeutico C09 . E' escluso il consumo privato.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
10
Fonte:
Dati flussi della farmaceutica.
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.4
Definizione:
Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto
Numeratore:
DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo x 1000
Denominatore:
Popolazione pesata x 365
Note:
<p>I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.</p> <p>E' escluso il consumo privato. E' preso in considerazione il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.8.1.1
Definizione:
Consumo di farmaci antibiotici, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto
Numeratore:
DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo (x 1000)
Denominatore:
Popolazione Pesata (x 365)
Note:
I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. E' presa in considerazione l'erogazione degli antibiotici in regime convenzionale, in distribuzione diretta e per conto. Popolazione pesata secondo i criteri OsMed 2012
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
10
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.8.1.1.1
Definizione:
Consumo di farmaci antibiotici in eta' pediatrica, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto
Numeratore:
DDD di antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000 per pazienti in eta' pediatrica (< 14 anni)
Denominatore:
N. Residenti eta' pediatrica (< 14 anni) x 365
Note:
I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per azienda di residenza. E' inclusa l'erogazione in regime convenzionale, la distribuzione diretta e per conto.
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.8.1.1.2
Definizione:
Consumo di cefalosporine in eta' pediatrica, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto
Numeratore:
DDD di cefalosporine erogate nell'anno per principio attivo x 1000 per pazienti in eta' pediatrica (< 14 anni)
Denominatore:
N. Residenti eta' pediatrica (< 14 anni) x 365
Note:
<p>Le cefalosporine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01D.</p> <p>Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. I dati sono per azienda di residenza. E' inclusa la erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto.</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.8.1.2
Definizione:
Consumo di antibiotici iniettabili rispetto agli antibiotici complessivamente erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:
N. confezioni antibiotici iniettabili erogate (x 100)
Denominatore:
N. confezioni antibiotici complessivamente erogate
Note:
I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Si considera l'erogazione degli antibiotici dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, in distribuzione diretta e per conto. I farmaci iniettabili vengono individuati attraverso l'elenco "antibiotici_iniettabili_codici_minsan".
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi farmaceutica
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.9.1.1
Definizione:
% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi
Numeratore:
N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 100
Denominatore:
N. utenti che consumano antidepressivi
Note:
L'indicatore fa riferimento ai farmaci dei gruppi N06AA (Inibitori non selettivi della serotonina), N06AB (Inibitori selettivi della serotonina) e del gruppo N06AX (Altri antidepressivi). È inclusa l'erogazione in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
10
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
C9.9.2
Definizione:
Consumo di farmaci antipsicotici, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto
Numeratore:
DDD di farmaci antipsicotici consumati nell'anno per principio attivo x 1000
Denominatore:
Popolazione pesata (x 365)
Note:
I farmaci antipsicotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomica – terapeutica - chimica) N05A. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. E' escluso il consumo privato. E' inclusa l'erogazione in regime convenzionale, tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
D18
Definizione:
Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero
Numeratore:
Numero di dimissioni volontarie x 100
Denominatore:
Numero di ricoveri
Note:
<p>Si considera volontaria una dimissione avvenuta con modalità di dimissione volontaria.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486) tramite i Codici ICD9-CM: <ul style="list-style-type: none"> - 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)
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Sistema informativo regionale – Flusso SDO
Criterio:
2011
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
D9
Definizione:
Percentuale di accessi che si concludono con un allontanamento spontaneo del paziente dal Pronto Soccorso dopo il triage senza informare il personale
Numeratore:
N. abbandoni dal Pronto Soccorso x 100
Denominatore:
N. accessi in Pronto Soccorso
Note:
<p>Al numeratore sono considerati gli accessi:</p> <p>dei pazienti che lasciano il Pronto Soccorso prima della visita medica (esito «6» - codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso),</p> <p>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),</p> <p>dei pazienti che abbandonano volontariamente il Pronto Soccorso avvertendo il personale (esito «V»).</p> <p>Il codice esito «5» - rifiuta ricovero - non è incluso al numeratore.</p> <p>Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi con esito "giunto cadavere" (esito ="9") e "deceduto in PS" (esito="4") .</p>
Riferimento:
Media Interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
10
Fonte:
Flusso Pronto Soccorso
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
<p>2017-03-28 10:42:22 - A seguito di segnalazione di Regione Emilia Romagna (Ventura Chiara) è stato deciso di escludere insieme al codice 9 giunto cadavere anche il codice 4 deceduto in PS senza cambiare criterio di calcolo vista la bassa numerosità</p> <p>2017-03-16 15:35:22 - Come concordato nella riunione Network del 13.02.2017 è stata inserita l'esclusione dell'esito "giunto cadavere", sia al numeratore che al denominatore, senza variare il criterio di calcolo.</p>

Codice indicatore:
E1
Definizione:
Percentuale di risposta all'indagine di clima interna
Numeratore:
N. osservazioni rilevate
Denominatore:
N. osservazioni attese
Note:
Per N.osservazioni rilevate si intende il numero di dipendenti e responsabili di struttura a tempo indeterminato e determinato che hanno partecipato all'indagine. Per N. osservazioni attese si intende il numero di dipendenti e responsabili di struttura a tempo indeterminato e determinato delle Aziende invitate a partecipare all'indagine.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
E10
Definizione:
Management per i dipendenti
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Ai dipendenti che hanno compilato il questionario 2 è stato chiesto di valutare il management nell'esercizio delle sue competenze. Sono state formulate domande volte ad indagare gli indicatori comportamentali riferiti alle competenze distintive del ruolo, escludendo le competenze tecnico-professionali.</p> <p>Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai dipendenti in una scala continua da 0 a 100; Calcolo del valore medio per ciascun Azienda; Costruzione delle fasce di valutazione rispetto alla media inter-regionale; Assegnazione della valutazione rispetto alla media inter-regionale.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
E11
Definizione:
Comunicazione ed informazione per i dipendenti dell'Azienda
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Ai dipendenti che hanno compilato il questionario 2 è stato chiesto di valutare i processi di comunicazione all'interno della propria azienda.</p> <p>Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step:</p> <p>Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai dipendenti in una scala continua da 0 a 100; Calcolo del valore medio per ciascun Azienda; Costruzione delle fasce di valutazione rispetto alla media inter-regionale; Assegnazione della valutazione rispetto alla media inter-regionale.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
E11
Definizione:
Comunicazione ed informazione per i dipendenti dell'Azienda
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Ai dipendenti che hanno compilato il questionario 2 è stato chiesto di valutare i processi di comunicazione all'interno della propria azienda.</p> <p>Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step:</p> <p>Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai dipendenti in una scala continua da 0 a 100; Calcolo del valore medio per ciascun Azienda; Costruzione delle fasce di valutazione rispetto alla media inter-regionale; Assegnazione della valutazione rispetto alla media inter-regionale.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
E11
Definizione:
Comunicazione ed informazione per i dipendenti dell'Azienda
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Ai dipendenti che hanno compilato il questionario 2 è stato chiesto di valutare i processi di comunicazione all'interno della propria azienda.</p> <p>Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step:</p> <p>Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai dipendenti in una scala continua da 0 a 100; Calcolo del valore medio per ciascun Azienda; Costruzione delle fasce di valutazione rispetto alla media inter-regionale; Assegnazione della valutazione rispetto alla media inter-regionale.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
E2
Definizione:
Percentuale di assenza dei dipendenti
Numeratore:
N. giornate di assenza
Denominatore:
N. giornate lavorabili da contratto al netto delle assenze per ferie godute
Note:
<p>Il numero di giornate di assenza risulta dalla somma di:</p> <p>N. giornate per assenza per malattie retribuite (Tab. 11 del CA – cod. M04), N. giornate per congedi retribuiti D.Lgs.151/2001 (Tab. 11 del CA – cod. O10), N. giornate per L.104/1992 (Tab. 11 del CA – cod. PR4), N. giornate di assenze retribuite per maternità, congedo parentale e malattia dei figli (Tab. 11 del CA – cod. PR5), N. giornate per altri permessi ed assenze retribuite (Tab. 11 del CA – cod. IR6), N. giornate per sciopero (Tab. 11 del CA – cod. SC1), N. giornate per altre assenze non retribuite (Tab. 11 del CA – cod. SS2).</p> <p>Il numero di ore lavorabili nette risulta da:</p> <p>N. di mensilità (Tab. 12 del CA – cod. 1)/12 * 253, al netto di (-) N. giornate di ferie (Tab. 11 del CA – cod. F00)</p>
Riferimento:
Media regionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Conto Annuale 2015
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-06 12:42:32 - Reintrodotta con una nuova modalità di calcolo.

Codice indicatore:
E9
Definizione:
Valutazione dell'attività di formazione dei dipendenti
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Ai dipendenti che hanno compilato il questionario 2 è stato chiesto di valutare la qualità della formazione erogata dalla propria Azienda.</p> <p>Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step:</p> <p>Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai dipendenti in una scala continua da 0 a 100; Calcolo del valore medio per ciascun Azienda; Costruzione delle fasce di valutazione rispetto alla media inter-regionale; Assegnazione della valutazione rispetto alla media inter-regionale.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F1
Definizione:
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore F1 assume una valutazione pari al punteggio dell'indicatore F1.4.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F1.4
Definizione:
Copertura dei costi per attività (legge finanziaria n.208/2015)
Numeratore:
Costi – Ricavi massimi ammissibili
Denominatore:
Ricavi da prestazioni finanziamenti per funzioni massimo ammissibile
Note:

La voce dei costi COSTI è la somma delle seguenti voci di bilancio (CE):

- B.1) Acquisti di beni,
- B.2) Acquisti di servizi,
- B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata),
- B.4) Godimento di beni di terzi,
- B.5) Personale del ruolo sanitario,
- B.6) Personale del ruolo professionale,
- B.7) Personale del ruolo tecnico,
- B.8) Personale del ruolo amministrativo,
- B.9) Oneri diversi di gestione,
- B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali,
- B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali,
- B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti,
- B.15) Variazione delle rimanenze,
- B.16) Accantonamenti dell'esercizio,
- C.3) Interessi passivi,
- C.4) Altri oneri,
- D.2) Svalutazioni,
- Y) Totale imposte e tasse.

I RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI sono la somma di: Ricavi da prestazioni Finanziamento per funzioni massimo ammissibile Altri ricavi.

I Ricavi da prestazioni= ricavi da prestazioni - normalizzazione dei ricavi da ricovero.

Ricavi da prestazione sono calcolati nel seguente modo:

A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici - A.4.A.2)

Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici A.6)

Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA.

Normalizzazione=(A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero)* delta tariffario indicato nell' Allegato A delle linee guida per la predisposizione dei piani di rientro.

Finanziamento per funzioni massimo ammissibile=(x /1-x)*ricavi da prestazione.

Altri ricavi è la somma delle seguenti voci:

A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato,

A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati,

A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati,

A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo),

A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca,

A.1.D) Contributi c/esercizio da privati,

A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti,

A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici,

A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva),

A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati,

A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia,

A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi,

A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio,

A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni,

A.9) Altri ricavi e proventi,

C.1) Interessi attivi,

C.2) Altri proventi,

D.1) Rivalutazioni.

Per un dettaglio maggiore sulla metodologia di calcolo far riferimento al DM del 21 GIUGNO 2016.

Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso CE 2016
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-06 11:35:30 - Il parametro di riferimento è cambiato lo scostamento massimo è passato dal 10% al 7%. La fonte non è più il provvisorio ma il CE definitivo 2016

Codice indicatore:
F10.1
Definizione:
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
Numeratore:
Spesa netta per farmaci distribuiti attraverso le farmacie convenzionate, distribuzione diretta e per conto
Denominatore:
Popolazione pesata
Note:
La spesa per la farmaceutica convenzionata è al lordo del pay back. E' esclusa la spesa per la farmaceutica integrativa. L'indicatore è calcolato per azienda di residenza e si riferisce alla spesa per i residenti. E' inclusa la mobilità intraregionale ed esclusa la mobilità extraregionale. E' esclusa la spesa per farmaci di classe C. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012. Non sono considerati i fattori di coagulazione (ATC4 B02BD), l'albumina (ATC5 B05AA01), l'immunoglobulina per uso endovenoso (ATC5 J06BA02), i farmaci in uso per la cura dell'epatite C (J05AX14; J05AX15; J05AX16; J05AX65; J05AX67, J05AE14), i vaccini (ATC2 J07). Sono inclusi i farmaci ex Osp2 riclassificati in fascia A secondo determina AIFA del 2 novembre 2010.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-15 15:18:14 - Viene esplicitata l'esclusione dei farmaci di Fascia C, come previsto nell'incontro dei Referenti delle Regioni del 18 marzo 2015
2017-03-14 17:00:19 - criterio 2016
2017-03-14 16:58:58 - Sono esclusi dal computo i vaccini (ATC2 J07)

Codice indicatore:
F10.2
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:
<p>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.</p> <p>Per "punti DRG" si intende la sommatoria del prodotto tra peso DRG e ricoveri con il DRG corrispondente.</p> <p>Per la Liguria, i dati dell'Area Metropolitana Genovese (ASL 3, IRCSS San Martino, Osp. Evangelico e E.O. Galliera) vanno considerati complessivamente, per tenere conto della specializzazione oncologica dell'IRCSS e dell'accentramento di alcune funzioni di somministrazione farmaceutica di elevata specializzazione e costo.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica, flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F10.2.1b
Definizione:
Spesa Media per Farmaci Oncologici
Numeratore:
Spesa per farmaci oncologici erogati, conto economico
Denominatore:
Numero di utenti sottoposti a chemioterapia (per infusione o orale)
Note:
<p>I farmaci oncologici sono stati identificati attraverso le seguenti ATC (classificazione anatomico-terapeutica) [vedi Elenco ATC].</p> <p>Si fa riferimento ai farmaci erogati nelle strutture e attraverso la distribuzione diretta e per conto; i consumi sono attribuiti all'azienda erogatrice, si considera anche l'erogato ai non residenti.</p> <p>Il denominatore è stato calcolato seguendo le selezioni :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 [vedi Elenco ATC]. <p>Al denominatore, nel caso in cui il paziente abbia ricevuto prestazioni erogate da Aziende diverse, esso viene attribuito alla prima Azienda in cui risulta aver fatto trattamenti chemioterapici (siano essi infusioni o farmaci orali).</p> <p>Per i pazienti a cui sono stati erogati farmaci direttamente o per conto ma non sono tracciati nel flusso SDO e SPA (punto 1 e 2) vanno fatte le seguenti considerazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escludere i pazienti che hanno assunto i seguenti farmaci, codici ATC5: L01AA01, L01XX35, L01XC07 (solo min.san. 036680027), L01XC02; - Includere solo soggetti maschi per i seguenti farmaci, codici ATC5: L02AE02, L02AE03, L02AE04. <p>Elenco ATC</p> <p>"L01AA01" "L01AA02" "L01AA03" "L01AA06" "L01AA09" "L01AB01" "L01AC01" "L01AD01" "L01AD02" "L01AD05" "L01AX02" "L01AX03" "L01AX04" "L01BA03" "L01BA04" "L01BB02" "L01BB03" "L01BB04" "L01BB05" "L01BB06" "L01BB07" "L01BC01" "L01BC02" "L01BC05" "L01BC06" "L01BC07" "L01BC08" "L01BC53" "L01CA01" "L01CA02" "L01CA03" "L01CA04" "L01CA05" "L01CB01" "L01CD01" "L01CD02" "L01CD04" "L01CX01" "L01DA01" "L01DB01" "L01DB02" "L01DB03" "L01DB06" "L01DB07" "L01DC01" "L01DC03" "L01XA01" "L01XA02" "L01XA03" "L01XB01" "L01XC02" "L01XC03" "L01XC06" "L01XC07" "L01XC08" "L01XC10" "L01XC11" "L01XC12" "L01XC13" "L01XC14" "L01XC17" "L01XC18" "L01XC18" "L01XC21" "L01XD03" "L01XD05" "L01XE01" "L01XE02" "L01XE03" "L01XE04" "L01XE05" "L01XE06" "L01XE07" "L01XE08" "L01XE09" "L01XE10" "L01XE11" "L01XE12" "L01XE13" "L01XE14" "L01XE15" "L01XE16" "L01XE17" "L01XE18" "L01XE21" "L01XE23" "L01XE24" "L01XE25" "L01XE27" "L01XE29" "L01XE38" "L01XX02" "L01XX05" "L01XX08" "L01XX09" "L01XX11" "L01XX14" "L01XX17" "L01XX19" "L01XX23" "L01XX25" "L01XX27" "L01XX32" "L01XX35" "L01XX41" "L01XX43" "L01XX44" "L01XX45" "L01XX46" "L01XX47" "L02AB01" "L02AB02" "L02AE01" "L02AE02" "L02AE03" "L02AE04" "L02BA01" "L02BA02" "L02BA03" "L02BB01" "L02BB03" "L02BB04" "L02BG03" "L02BG04" "L02BG06" "L02BX02" "L02BX03" "L03AX03" "L03AX15" "L03AX16" "L04AX02" "L04AX04" "L04AX06" "M05BX04" "V10XX03" "V10XX02"</p> <p>Nota all'elenco ATC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - M05BX04: includere solo minsan "041300017"; - L02AB02: Escludere minsan: "015148036", "015148024" "029037049"; - L01XC02: eliminare l'erogazione in neurologia (032), reumatologia (071), immunologia (020).
Riferimento:

Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SDO, Conto Economico, Farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto; Flusso Prestazioni Ambulatoriali
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-21 16:51:53 -
- Passaggio criterio da 2015 a 2016
- Aggiornata la Lista delle ATC
- Inclusa la Nota:
- M05BX04: includere solo minsan "041300017";
- L02AB02: Escludere minsan: "015148036", 015148024" "029037049";
- L01XC02: eliminare l'erogazione in neurologia (032), reumatologia (071), immunologia (020).

Codice indicatore:
F10.2.2
Definizione:
Spesa media per paziente trattato con farmaci inibitori di fattore di necrosi tumorale alfa (TNF alfa)
Numeratore:
Spesa per farmaci inibitori di TNF alfa erogati direttamente o per conto e in regime convenzionato
Denominatore:
Numero di utenti trattati con farmaci inibitori di TNF alfa
Note:
I farmaci inibitori di TNF alfa appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) L04AB. Si fa riferimento ai farmaci erogati direttamente o per conto e in regime convenzionato; i consumi sono attribuiti all'azienda erogatrice.
Riferimento:
osservazione
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F10.3
Definizione:
Spesa dispositivi (ospedaliera)
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F10.3.1
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.
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Dati Flusso DiMe (DES Toscana), flusso SDO
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F10.3.3
Definizione:
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico
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 il valore calcolato per l'indicatore C1.5. I guanti non chirurgici sono identificati dalla CND T0102.
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Dati Flusso DiMe, flusso SDO
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F10.3.4
Definizione:
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico
Numeratore:
Spesa rilevata nel flusso DiMe
Denominatore:
Spesa rilevata nel Piano dei conti relativa agli acquisti di beni sanitari-dispositivi medici
Note:
Copertura della rilevazione del flusso DiMe (consumi) rispetto alla rilevazione del Conto Economico (acquisti) Dal PdC per calcolare i valori di confronto aziendali: Sommare (B.09.01.008 – 011 – 036 – 039 – 063 – 064 – 072 – 073 – 083 – 084 -085 – 096 – 097 – 098) Sottrarre (A.03.06.008 – 011 – 032 – 033 – 034 – 035 – 036) Rispetto alle voci che confluiscono nel conto ministeriale dei Dispositivi medici sono escluse quelle relative agli IVD. Dal flusso DiMe sono da escludere i valori relativi alle classi CND Z11, Z12 e W.
Riferimento:
>65% standard Adempimento LEA
Livello:
Azienda erogatrice
Cutoff
-
Fonte:
Dati Flusso DiMe, flusso Conto Economico
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F10b
Definizione:
Governo della spesa farmaceutica e dispositivi
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore assume una valutazione pari a quella dell'indicatore F10.1, Spesa farmaceutica territoriale pro-capite.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F12.11a
Definizione:
Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sugli antagonisti del recettore per l'angiotensina II (sartani, associati e non)
Numeratore:
N. unità posologiche di farmaci antagonisti del recettore per l'angiotensina II a brevetto scaduto (x 100)
Denominatore:
N. unità posologiche di farmaci antagonisti del recettore per l'angiotensina II (sartani, associati e non) complessivamente erogate
Note:
I sartani appartengono alle classi ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) C09D (sartani associati) e C09C (sartani non associati). I farmaci a brevetto scaduto includono il Losartan (C09CA01), il Candesartan (C09CA06), il Valsartan (C09DA03), l'Irbesartan (C09CA04), il Telmisartan (C09CA07). Note per l'elaborazione: al numeratore vengono selezionati gli ATC V livello che hanno nella colonna scaduto/non scaduto valore "s", al denominatore la somma di tutto ("s" e "n") oppure tutto ciò che al 4° livello ATC è codificato con C09C e C09D. Si considera l'erogazione in regime convenzionale.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F12a
Definizione:
Efficienza prescrittiva farmaceutica
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>L'indicatore F12a assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori:</p> <p>F12a.2 % di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza, F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza, F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza, F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza, F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non), F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F12a.14
Definizione:
Percentuale di molecole non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:
N. Confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza (x100)
Denominatore:
N. Confezioni complessivamente erogate
Note:
Si considera l'ultima lista di trasparenza ministeriale dell'anno di riferimento, applicata con effetto retroattivo
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F12a.2
Definizione:
Percentuale di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:
N. unità posologiche di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale (x 100)
Denominatore:
N. unità posologiche di statine complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Note:
Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F12a.6
Definizione:
Percentuale di derivati diidropiridinici (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:
N. unità posologiche di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
Denominatore:
N. unità posologiche di derivati diidropiridinici complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Note:
I derivati diidropiridinici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C08CA
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F12a.7
Definizione:
Percentuale di ACE inibitori associati (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:
N. unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale (x 100)
Denominatore:
N. unità posologiche di ACE inibitori associati complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Note:
Gli ACE inibitori associati appartengono alla classe ATC4 (classificazione anatomico-terapeutica) C09BA
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F12a.9
Definizione:
Percentuale di fluorochinoloni non coperti da brevetto erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:
N. dosi giornaliere di fluorochinoloni non coperti da brevetto, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale (x 100)
Denominatore:
N. totale dosi giornaliere di fluorochinoloni erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Note:
I fluorochinoloni appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica – terapeutica - chimica) J01MA.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flussi regionali farmaceutica
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F15
Definizione:
Sicurezza sul lavoro
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore F15 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: F15.2 Copertura del territorio F15.3 Efficienza produttiva.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F15.1.1
Definizione:
N.inchieste infortuni concluse con violazioni/N.inchieste infortuni
Numeratore:
Numero inchieste infortuni concluse con violazioni*100
Denominatore:
Numero inchieste infortuni
Note:
Numero inchieste infortuni concluse con violazioni*: voce 4.2 * Si precisa che vanno considerate le sole violazioni correlate all'evento Numero inchieste infortuni: voce 4.1
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Scheda ministeriale Attività (ex B). Sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F15.1.2
Definizione:
N.inchieste malattie professionali concluse con violazioni/N.inchieste malattie professionali
Numeratore:
Numero inchieste malattie professionali concluse con violazioni*100
Denominatore:
Numero inchieste malattie professionali
Note:
Numero inchieste malattie professionali con violazioni*: voce 5.2 * Si precisa che vanno considerate le sole violazioni correlate all'evento Numero inchieste malattie professionali: voce 5.1
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Scheda ministeriale Attività (ex B). Sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F15.2
Definizione:
Copertura del territorio
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore F15.2 assume una valutazione pari al punteggio dei seguenti indicatori: - F15.2.1 N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti; - F15.2.2 N.aziende delle costruzioni ispezionate/N.aziende delle costruzioni; - F15.2.3 N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F15.2.1
Definizione:
N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti
Numeratore:
Numero aziende ispezionate*100
Denominatore:
Numero aziende con dipendenti
Note:
Numero aziende ispezionate :numero complessivo di aziende dell'industria e servizi (compreso edilizia) e agricoltura ispezionate dal Servizio nel corso dell'anno (incluse quelle ispezionate per l'espressione di pareri) voce 2.5 A,B,C (voce 6.2 scheda di attività)
Numero aziende con dipendenti: numero PAT della gestione industria e servizi ancora attive al 31 dicembre dell'ultimo anno disponibile al momento della definizione degli obiettivi annuali (es.per il 2010 e' stato utilizzato il 2008 mentre per il 2011 è stato utilizzato il 2009) con numero di addetti (dipendenti addetti speciali) >= 1 o con numero di artigiani >= 2.
Riferimento:
Livello:
azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Num: sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prev. e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro. Den: Flussi informativi INAIL Regioni, la cui banca dati è aggiornata a due anni precedenti l'anno di riferimento
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F15.2.2
Definizione:
N.aziende delle costruzioni ispezionate/N.aziende delle costruzioni
Numeratore:
N.aziende delle costruzioni ispezionate*100
Denominatore:
N.aziende delle costruzioni
Note:
Numero aziende delle costruzioni ispezionate:numero complessivo di aziende delle costruzioni controllate dal Servizio nel corso dell'anno (voce 2.3 , scheda di attività)
Numero aziende delle costruzioni: numero PAT della gestione industria e servizi estratte dalla banca dati INAIL utilizzando il codice ATECO F ancora attive al 31 dicembre dell'ultimo anno disponibile al momento della definizione degli obiettivi annuali (es. per il 2010 e' stato utilizzato il 2008 mentre per il 2011 è stato utilizzato il 2009) con numero di addetti (dipendenti addetti speciali) >= 1 o con numero di artigiani >= 2.
PAT (Posizione Assicurativa Territoriale): codice che identifica il rapporto assicurativo fra l'INAIL e l'azienda. Quindi per ogni PAT sono presenti informazioni anagrafiche e descrittive dell'azienda.
ATECO: È una classificazione internazionale e pertanto garantisce la confrontabilità dei dati. È costituito da un codice alfanumerico ISTAT attribuito nel momento in cui si denuncia l'inizio dell'attività (quindi non è attribuito da INAIL)
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Num: sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prev e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro. Den: Flussi informativi INAIL Regioni, la cui banca dati è aggiornata a due anni precedenti l'anno di riferimento
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F15.2.3
Definizione:
N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati
Numeratore:
Numero cantieri ispezionati*100
Denominatore:
Numero cantieri notificati
Note:
Numero cantieri ispezionati: voce 2.2 Numero cantieri notificati: voce 2.1
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Scheda Ministeriale Attività. Sistema informativo nazionale di rilevazione dei dati di attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F15.3
Definizione:
Efficienza produttiva
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore F15.3 assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: - F15.3.1 N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL; - F15.3.2 N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL.
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F15.3.1
Definizione:
N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL
Numeratore:
Numero aziende ispezionate
Denominatore:
Numero personale UPG ponderato SPSAL
Note:
Numero aziende ispezionate :numero complessivo di aziende dell'industria servizi (compreso edilizia) e agricoltura ispezionate dal Servizio nel corso dell'anno (incluse quelle ispezionate per l'espressione di pareri) voce 2.5 A,B,C (6.2) Numero personale UPG (Ufficiali polizia giudiziaria) SPSAL (Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro): colonna F della tabella 15 scheda ministeriale A
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Scheda Ministeriale A, Banca dati Aziende ispezionate
Criterio:
2012
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F15.3.2
Definizione:
N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL
Numeratore:
Numero sopralluoghi (voce 2.4 D scheda di attività)
Denominatore:
Numero personale UPG SPSAL
Note:
Numero sopralluoghi: voce 2.2 A, Scheda ministeriale B Numero personale UPG (ufficiali polizia giudiziaria) SPSAL (servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro): Scheda ministeriale A, colonna F
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Scheda Ministeriale A e B
Criterio:
2014
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F17
Definizione:
Costo sanitario pro-capite
Numeratore:
Costo totale AUSL per la popolazione residente- valore delle compensazioni attive e altre rettifiche
Denominatore:
Popolazione pesata
Note:
<p>Il numeratore comprende le seguenti voci:</p> <p>Costo totale:</p> <p>B) Totale costi della produzione (codice BZ9999)</p> <p>C.3) Interessi passivi (codice CA0110)</p> <p>C.4) Altri oneri (codice CA0150)</p> <p>E.2) Oneri straordinari (codice EA0260)</p> <p>Y) Totale imposte e tasse (codice YZ9999)</p> <p>Mobilità attiva</p> <p>A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici (codice AA0330)</p> <p>A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati (codice AA0660)</p> <p>A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva) (codice AA0610)</p> <p>Altre rettifiche:</p> <p>A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia (codice AA0670)</p> <p>A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione (codice AA0770)</p> <p>A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione (AA0800)</p> <p>A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici (AA0840)</p> <p>Costi relativi a prestazioni extra-LEA ed a stranieri irregolari (flusso LA all.5 codice A5999 col. TS013, all.6 codici A6002 e A6003 col. TS013.</p> <p>Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere.</p> <p>Per il denominatore la popolazione è pesata secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2015). I valori del numeratore vanno espressi in milioni di euro.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Costi: Flusso CE sanitario - Popolazione presente sul sito del Ministero della Salute
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F17.1
Definizione:
F17.1 costo pro-capite assistenza ospedaliera
Numeratore:
Costi per assistenza ospedaliera – valore della mobilità attiva– valore prestazioni extra LEA – valore assistenza ospedaliera agli stranieri irregolari
Denominatore:
Popolazione residente pesata
Note:
<p>Per i costi dell'assistenza ospedaliera Flusso LA (codice 39999 colonna TS013).</p> <p>Per i valore della mobilità attiva della costo: Flusso LA All.2-3 (A2301-A3301 colonna TS013).</p> <p>Per il valore dell'assistenza ospedaliera agli immigrati irregolari Flusso LA All.6 (A6003 colonna TS013).</p> <p>Per il valore delle prestazioni extra-LEA Flusso LA All.5 (A5001 A5002 colonna TS013).</p> <p>Il valore delle prestazioni extra LEA, codice A5199 colonna TS013, viene considerato a riduzione della voce di costo sulla base dell'incidenza dell'assistenza ospedaliera sul totale dei costi.</p> <p>Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere.</p> <p>Per il denominatore si utilizza la popolazione pesata dell'assistenza ospedaliera, secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2015).</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso LA – Popolazione presente sul sito del Ministero della Salute
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F17.1.1
Definizione:
costo pro-capite dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS
Numeratore:
Costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS – valore della mobilità attiva dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria – valore prestazioni extra LEA – valore assistenza ospedaliera agli stranieri irregolari
Denominatore:
Popolazione residente pesata
Note:
Per il costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria\DH\DS: Flusso LA (codice 30200 colonna TS013) Per il valore della mobilità attiva dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria: Flusso SDO valore delle compensazioni o valore economico a esclusione dei codici del reparto di dimissione 56,75,60. Per i valori della assistenza ospedaliera agli immigrati irregolari All.6 (A6003) sono stati individuati in modo proporzionale sulla base dell'incidenza dei costi dei ricoveri acuti/DH/DS sul totale dell'assistenza ospedaliera. Il valore delle prestazioni extra-lea in degenza ordinaria/DH/DS All.5 (A5001 A5002) sono stati individuati in modo proporzionale sulla base dell'incidenza dei costi dei ricoveri acuti/DH/DS sul totale dell'assistenza ospedaliera per acuti. Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere. Per il denominatore si utilizza la popolazione pesata dell'assistenza ospedaliera, secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2015).
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso LA – Popolazione presente sul sito del Ministero della Salute
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F17.2
Definizione:
costo pro-capite per assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
Numeratore:
Costi per assistenza sanitaria collettiva in ambiente vita e lavoro– valore prestazioni extra LEA-valore dell'assistenza agli stranieri irregolari
Denominatore:
Popolazione residente
Note:
Per i costi della collettiva in ambiente vita e lavoro Flusso LA (codice 19999 colonna TS013) Per i costi assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro relativi a prestazioni extra-LEA Flusso LA All.5 (codice A5004 colonna TS013). Il valore delle prestazioni extra LEA, codice A5199 colonna TS013, viene considerato a riduzione della voce di costo sulla base dell'incidenza dell'assistenza collettiva sul totale dei costi. Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso LA – Popolazione presente sul sito del Ministero della Salute
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F17.3
Definizione:
costo pro-capite per assistenza distrettuale
Numeratore:
Costi per assistenza distrettuale – valore della mobilità attiva– valore prestazioni extra LEA – valore assistenza distrettuale agli stranieri irregolari
Denominatore:
Popolazione residente pesata
Note:
Per i costi della costo per l'assistenza distrettuale: Flusso LA (codice 29999 colonna TS013). Per i valore della mobilità attiva della costo: Flusso LA All.2-3 (A2203-A2201-A2205-A2207-A2211-A2215-A2213-A3203-A3201-A3205-A3207 A3211 colonna TS013). Per il valore dell'assistenza distrettuale agli immigrati irregolari: Flusso LA All.6 (A6002 colonna TS013) Per il valore delle prestazioni extra-LEA: Flusso LA All.5 (A5003 A5005 A5006 A5007 A5108 A5109 A5110 A5111 A5112 A5113 A5114 A5115 colonna TS013). Il valore delle prestazioni extra LEA, codice A5199 colonna TS013, viene considerato a riduzione della voce di costo, sulla base dell'incidenza dell'assistenza distrettuale sul totale dei costi. Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere. Per il denominatore si utilizza la popolazione pesata dell'assistenza distrettuale, secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2015).
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso LA – Popolazione presente sul sito del Ministero della Salute
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F17.3.1
Definizione:
costo pro-capite per assistenza specialistica
Numeratore:
Costi per assistenza specialistica – valore della mobilità attiva per assistenza specialistica– valore prestazioni extra LEA – valore assistenza agli stranieri irregolari
Denominatore:
Popolazione residente pesata
Note:
Per i costi dell'assistenza specialistica: Flusso LA (codice 20600 colonna TS013). Per i valore della mobilità attiva dell' assistenza specialistica: Flusso LA (codice A2205-A3205 colonna TS013). I valori della assistenza specialistica agli immigrati irregolari All.6 (A6002) e i valori delle prestazioni extra-LEA All.5 (A5003 A5108 A5114 A5115) sono stati individuati in modo proporzionale sulla base dell'incidenza dei costi di assistenza specialistica sul totale dell'assistenza distrettuale. Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere. Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere. Per il denominatore si utilizza la popolazione pesata dell'assistenza specialistica, secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2015).
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso LA – Popolazione presente sul sito del Ministero della Salute
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F17.3.1.1
Definizione:
costo pro-capite per attività di diagnostica strumentale e per immagini
Numeratore:
Costi per assistenza specialistica dell'attività di diagnostica strumentale e per immagini – valore della mobilità attiva-valore prestazioni extra LEA – valore assistenza agli stranieri irregolari
Denominatore:
Popolazione residente pesata
Note:
<p>Per i costi dell'assistenza specialistica dell'attività di diagnostica strumentale e per immagini: Flusso LA (codice 20603 colonna TS013).</p> <p>I valori della mobilità attiva dell'attività diagnostica sono stati individuati in modo proporzionale dalla mobilità attiva dell'assistenza specialistica (A2205 e A3205) sulla base all'incidenza dei costi dell'attività diagnostica sul totale dell'assistenza specialistica.</p> <p>I valori relativi alle prestazioni extra-LEA All.5 (A5003 A5114 A5108 A5115) e i valori dell'assistenza distrettuale per l'assistenza relativa agli immigrati irregolari All.6 (A6002) sono stati individuati in modo proporzionale sulla base all'incidenza dei costi dell'attività diagnostica sul totale costi dell'assistenza distrettuale.</p> <p>Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere.</p> <p>Per il denominatore si utilizza la popolazione pesata dell'assistenza specialistica, secondo i criteri di riparto utilizzati a livello nazionale (delibera CIPE 2015).</p>
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso LA – Popolazione presente sul sito del Ministero della Salute
Criterio:
2013
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F17.3.2
Definizione:
costo pro-capite per assistenza sanitaria di base
Numeratore:
Costo per assistenza MMG e Costo assistenza PLS
Denominatore:
Popolazione residente
Note:
Voci considerate per i costi: - Costi per assistenza MMG (codice BA0430 Flusso CE) - Costi per assistenza PLS (codice BA0440 Flusso CE)
Per il denominatore si utilizza la popolazione grezza al 31.12.2015
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso CE – Popolazione sul sito del Ministero della Salute
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F17.3.2.1
Definizione:
Costo pro-capite per assistenza sanitaria MMG
Numeratore:
Costo per assistenza MMG
Denominatore:
Popolazione residente con Età >=14
Note:
Costo per assistenza sanitaria MMG (codice BA0430 del Flusso CE). Per il denominatore si utilizza la popolazione grezza al 31/12/2014. Per il valore regionale si riporta il dato da SP consolidato regionale. I valori sono espressi in migliaia di euro.
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso CE – Popolazione sul sito del Ministero della Salute
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F17.3.2.2
Definizione:
Costo sanitario pro-capite per assistenza PLS
Numeratore:
Costo per assistenza PLS
Denominatore:
Popolazione residente con età < 14
Note:
Voci considerate: Costi per assistenza PLS (codice BA0440 del Flusso CE).
Per il denominatore si utilizza la popolazione grezza 31/12/2014.
Per il valore regionale si riporta il dato da SP consolidato regionale.
I valori sono espressi in migliaia di euro.
Riferimento:
Livello:
Azienda di residenza
Cutoff
-
Fonte:
Flusso CE - Popolazione sul sito del Ministero della Salute
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F18
Definizione:
Costo medio assistenza
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore è dato dalla valutazione dell'F18.1, Costo medio per punto Drg.
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso LA – Flusso SDO
Criterio:
2011
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F18.1
Definizione:
Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti
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. Per la regione considerare il codice 999 (consolidato regionale) comprensivo dei valori riferiti sia alle Asl che alle aziende ospedaliere.
Riferimento:
Media interregionale
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso LA – Flusso SDO
Criterio:
2011
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F3
Definizione:
Numeratore:
Denominatore:
Note:
L'indicatore F3 assume una valutazione pari al punteggio del seguente indicatore: F3.1
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F3.1
Definizione:
Indica il rapporto tra attività e passività a breve termine
Numeratore:
Attivo Circolante
Denominatore:
Passivo Corrente
Note:
L'Attivo circolante è calcolato prendendo in considerazione le seguenti voci del Flusso SP: Attivo circolante (codice ABZ999); Ratei e Riscontri attivi (codice ACZ999).
Il Passivo corrente è calcolato prendendo in considerazione le voci del Flusso SP secondo la seguente formula: Debiti (codice PDZ999) - Debiti per Mutui Passivi (codice PDA000) Ratei e Riscontri passivi (codice PEZ999).
Per il valore regionale si riporta il dato da SP consolidato regionale.
I valori sono espressi in migliaia di euro.
Riferimento:
Valore superiore all'unità: >1
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SP 2015
Criterio:
2016
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:
2017-03-06 11:52:54 - Il passivo corrente è calcolato escludendo la voce dei mutui (considerati principalmente passività consolidate) per semplificare la modalità di calcolo dell'indicatore. Cambia il criterio.

Codice indicatore:
F3.2
Definizione:
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F3.2.1
Definizione:
Indica l'incidenza dei canoni leasing sui totale degli ammortamenti delle immobilizzazioni materiali e dei canoni leasing, espresso in termini di valore percentuale
Numeratore:
Canoni di leasing e noleggio x 100
Denominatore:
Canoni di leasing e noleggio Ammortamento immobilizzazioni materiali
Note:
<p>Voci del CE considerate al numeratore sono: Canoni leasing (codice B02040); Canoni di noleggio (BA2010)</p> <p>Il denominatore è la somma tra le voci riportate al numeratore e l'Ammortamento immobilizzazioni materiali (codice BA2580).</p> <p>Per il valore regionale si riporta il dato da CE consolidato regionale.</p> <p>I valori sono espressi in migliaia di euro.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso CE anno 2015
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F3.2.2
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:
<p>Al numeratore vi sono le seguenti voci: Fondo ammortamento impianti e macchinari (codice AAA400); Fondo ammortamento attrezzature sanitarie e scientifiche (codice AAA430).</p> <p>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).</p> <p>Per il valore regionale si riporta il dato da SP consolidato regionale.</p> <p>I valori sono espressi in migliaia di euro.</p>
Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso SP anno 2015
Criterio:
2010
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F3.4.2
Definizione:
Indica la durata media dell'indebitamento verso ai fornitori
Numeratore:
Debiti verso fornitori x 360
Denominatore:
Acquisti di beni e servizi (con IVA al 22%)
Note:

I Debiti verso fornitori (codice PDA280 del Flusso SP).

Il denominatore è la somma delle seguenti voci del CE:

Prodotti farmaceutici ed emoderivati (codice BA0030 del Flusso CE);

Dispositivi medici (codice BA0210 del Flusso CE);

Prodotti dietetici (codice BA0250 del Flusso CE);

Materiali per la profilassi (vaccini) (codice BA0260 del Flusso CE);

Prodotti chimici (codice BA0270 del Flusso CE);

Materiali e prodotti per uso veterinario (codice BA0280 del Flusso CE);

Altri beni e prodotti sanitari (codice BA0290 del Flusso CE);

Prodotti alimentari (codice BA0320 del Flusso CE);

Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere (codice BA0330 del Flusso CE);

Combustibili, carburanti e lubrificanti (codice BA0340 del Flusso CE);

Supporti informatici e cancelleria (codice BA0350 del Flusso CE);

Materiale per la manutenzione (codice BA0360 del Flusso CE);

Altri beni e prodotti non sanitari (codice BA0370 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per medicina di base da convenzione (codice BA0420 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato - Medici SUMAI (codice BA0570 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato (codice BA0580 del Flusso CE);

da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione) (codice BA0630 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitative da privato (intraregionale) (codice BA0680 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitative da privato (extraregionale) (codice BA0690 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa da privato (codice BA0740 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica da privato (codice BA0790 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato (codice BA0840 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione) (codice BA0890 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per assistenza psichiatrica residenziale da privato (intraregionale) (codice BA0940 del Flusso CE);

Acquisti servizi sanitari per assistenza psichiatrica residenziale da privato (extraregionale) (codice BA0950 del Flusso CE);

Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci file F servizi sanitari per assistenza psichiatrica residenziale da privato (intraregionale) (codice BA1000 del Flusso CE);

Acquisto Prestazioni termali da privato (codice BA1070 del Flusso CE);

Acquisto Prestazioni termali da privato per cittadini non residenti – Extraregione (codice BA1080 del Flusso CE);

Acquisto trasporto sanitario da privato (codice BA1130 del Flusso CE);

Acquisto di prestazione socio-sanitarie a rilevanza sanitarie da privato (intraregionale) (codice BA1180 del Flusso CE);

Acquisto di prestazione socio-sanitarie a rilevanza sanitarie da privato (extraregionale) (codice BA1190 del Flusso CE);

Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato (codice BA1380 del Flusso CE);

Altri servizi sanitari da privato (codice BA1530 del Flusso CE);

Acquisti di servizi non sanitari (codice BA1570 del Flusso CE);

Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato (codice BA1780 del Flusso CE),

Formazione da privato (codice BA1900 del Flusso CE),

Manutenzione e riparazione (codice BA1910 del Flusso CE) tranne codice BA1980;

Fitti passivi (codice BA2000 del Flusso CE);

Canoni di noleggio (codice BA2010 del Flusso CE);

Canoni di leasing (codice BA2040 del Flusso CE).

Per il valore regionale si considera il bilancio consolidato.

I valori vanno espressi in migliaia di euro.

Riferimento:
Livello:
Azienda di erogazione
Cutoff
-
Fonte:
Flusso CE e Flusso SP anno 2015
Criterio:
2008
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F7
Definizione:
Valutazione dei servizi interni per i responsabili di struttura
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Il punteggio deriva dalla media in quinti dei punteggi assegnati alle seguenti variabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nelle mie decisioni sono supportato dai dati e dalle informazioni fornite dal controllo di gestione - Mi ritengo soddisfatto del supporto ricevuto dal controllo di gestione nelle fasi di progettazione e negoziazione del budget - Il sistema informativo aziendale supporta le esigenze specifiche della mia struttura aziendale (semplice o complessa) - I servizi di manutenzione nella mia struttura sono affidabili e precisi - Gli interventi di manutenzione delle strutture e attrezzature sono realizzate con prontezza
Riferimento:
Obiettivo regionale: >3
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
Criterio:
2008
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F7a
Definizione:
Valutazione dei servizi interni: controllo di gestione
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Ai dirigenti di struttura, che hanno compilato il questionario a loro dedicato, è stato chiesto di valutare il controllo di gestione della loro Azienda.</p> <p>Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step:</p> <p>Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai dipendenti in una scala continua da 0 a 100; Calcolo del valore medio per ciascun Azienda; Costruzione delle fasce di valutazione rispetto alla media inter-regionale; Assegnazione della valutazione rispetto alla media inter-regionale.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F7b
Definizione:
Valutazione dei servizi interni: i sistemi informativi
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Ai dirigenti di struttura, che hanno compilato il questionario a loro dedicato, è stato chiesto di valutare i sistemi informativi della loro Azienda.</p> <p>Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step:</p> <p>Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai dipendenti in una scala continua da 0 a 100; Calcolo del valore medio per ciascun Azienda; Costruzione delle fasce di valutazione rispetto alla media inter-regionale; Assegnazione della valutazione rispetto alla media inter-regionale.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F7b
Definizione:
Valutazione dei servizi interni: i sistemi informativi
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Ai dirigenti di struttura, che hanno compilato il questionario a loro dedicato, è stato chiesto di valutare i sistemi informativi della loro Azienda.</p> <p>Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step:</p> <p>Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai dipendenti in una scala continua da 0 a 100; Calcolo del valore medio per ciascun Azienda; Costruzione delle fasce di valutazione rispetto alla media inter-regionale; Assegnazione della valutazione rispetto alla media inter-regionale.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F7c
Definizione:
Valutazione dei servizi interni: i servizi di manutenzione
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Ai dirigenti di struttura, che hanno compilato il questionario a loro dedicato, è stato chiesto di valutare i servizi di manutenzione della loro Azienda.</p> <p>Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step:</p> <p>Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai dipendenti in una scala continua da 0 a 100; Calcolo del valore medio per ciascun Azienda; Costruzione delle fasce di valutazione rispetto alla media inter-regionale; Assegnazione della valutazione rispetto alla media inter-regionale.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
F7c
Definizione:
Valutazione dei servizi interni: i servizi di manutenzione
Numeratore:
Denominatore:
Note:
<p>Ai dirigenti di struttura, che hanno compilato il questionario a loro dedicato, è stato chiesto di valutare i servizi di manutenzione della loro Azienda.</p> <p>Le valutazioni sono calcolate sulla base dei seguenti step:</p> <p>Trasformazione delle modalità di risposta selezionate dai dipendenti in una scala continua da 0 a 100; Calcolo del valore medio per ciascun Azienda; Costruzione delle fasce di valutazione rispetto alla media inter-regionale; Assegnazione della valutazione rispetto alla media inter-regionale.</p>
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Indagine di clima interno - Laboratorio MeS
Criterio:
2015
Proprietà:
L'indicatore è crescente
L'indicatore è valutato
L'indicatore ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
tt
Definizione:
tt
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

Codice indicatore:
tt
Definizione:
tt
Numeratore:
Denominatore:
Note:
Riferimento:
Livello:
Cutoff
-
Fonte:
Criterio:
Proprietà:
L'indicatore è decrescente
L'indicatore non è valutato
L'indicatore non ha un valore

Cronologia dei cambiamenti:

