

**Sistema di valutazione
delle aziende sanitarie toscane**

Allegato I

**Schede Indicatori
Anno 2008**

A1 Tasso di mortalità infantile

Definizione:	Tasso di mortalità nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi
Numeratore:	Numero di deceduti nel primo anno di vita
Denominatore:	Numero di nati vivi residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti nel primo anno di vita}}{\text{N. nati vivi residenti}} \times 1.000$
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
Parametro di riferimento:	Media Regionale

A1.2 Tasso di mortalità neonatale nei primi 6 giorni di vita

Definizione:	Tasso di mortalità nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Numeratore:	Numero di deceduti nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Denominatore:	Numero di nati vivi residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi}}{\text{N. nati vivi residenti}} \times 1.000$
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
Parametro di riferimento:	Media Regionale

A1.3 Tasso di mortalità neonatale nei primi 28 giorni di vita

Definizione:	Tasso di mortalità nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Numeratore:	Numero di deceduti nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi
Denominatore:	Numero di nati vivi residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti nei primi 28 giorni di vita per 1000 nati vivi}}{\text{N. nati vivi residenti}} \times 1.000$
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
Parametro di riferimento:	Media Regionale

A2 Tasso di mortalità per tumori

Definizione:	Tasso di mortalità per tumori
Numeratore	Numero di deceduti per tumore
Denominatore	Numero totale residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti per tumore}}{\text{N. totale residenti}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	Codifiche ICD-9 CM: 140 - 239
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale - Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Standardizzazione:	Età (Popolazione standard: popolazione Toscana ISTAT 2000)
Significato:	È un indicatore che mostra la prevalenza delle malattie per tumori nella popolazione residente

A3 Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio

Definizione:	Tasso di mortalità per malattie del sistema cardio circolatorio
Numeratore:	Numero di deceduti per malattie del sistema circolatorio
Denominatore:	Numero totale residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti per malattie del sistema circolatorio}}{\text{N. residenti}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	<i>Codifiche ICD – 9 CM : 390 – 459</i>
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: <i>Registro di Mortalità Regionale</i>
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Standardizzazione:	Età (Popolazione standard: popolazione Toscana ISTAT 2000)
Significato:	E' un indicatore che mostra la prevalenza delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione residente

A4 Mortalità per suicidi: rapporto standard

Definizione:	Mortalità per suicidio: rapporto standard
Numeratore	Tasso di suicidio per Ausl
Denominatore	Tasso di suicidio per la Regione Toscana
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti per suicidio Ausl}}{\text{Popol. Residente Ausl}} : \frac{\text{N. deceduti per suicidio Toscana}}{\text{Popol. Residente Toscana}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	Il rapporto standard si riferisce al rapporto tra il tasso di suicidi della singola Ausl e il tasso dell'intera Regione Toscana. Il valore regionale è dunque pari a 100. <i>Codifiche ICD-9 CM: E950 - E959</i>
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
Parametro di riferimento:	Valore regionale: 100
Standardizzazione:	Età (Popolazione standard: popolazione Toscana ISTAT 2000)

A5 Tasso di anni di vita potenzialmente persi (TPYLL)

Definizione:	Gli anni potenziali di vita persi (Potential Years of Life Lost, PYLL) rappresentano il numero di anni di vita potenzialmente vivibili e persi per una determinata causa, prima di raggiungere il limite superiore d'età convenzionalmente adottato (nel nostro caso: 75 anni).
Note per l'elaborazione:	Per ciascun decesso è calcolata la differenza tra la classe d'età al momento del decesso e l'età scelta come limite superiore, in questo caso 75 anni. Il numero dei decessi per ogni classe d'età viene moltiplicato per gli anni di vita non vissuti. Gli anni di vita potenzialmente persi corrispondono alla somma dei risultati così ottenuti per ogni classe d'età compresa tra 0 e 75 anni; sono additivi per le diverse cause di morte, questo facilita il raggruppamento delle cause di morte senza rifare il calcolo degli APVP corrispondenti.
Fonte:	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: Registro di mortalità regionale
Standardizzazione:	Età (Popolazione standard: popolazione Toscana ISTAT 2000)

B3 Percentuale di visite specialistiche erogate entro 15 giorni

Definizione:	Tempi di attesa in giorni per alcune visite specialistiche ambulatoriali
Numeratore:	N. Visite specialistiche erogate entro 15 giorni
Denominatore:	N. Visite specialistiche totali esaminate
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Visite specialistiche erogate entro 15 giorni} \times 100}{\text{N. Visite specialistiche totali esaminate}}$
Note per l'elaborazione:	Le specialistiche ambulatoriali oggetto di indagine sono quelle individuate nel PSR 2005-2007: ginecologia, cardiologia, neurologia, dermatologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica.
Fonte:	Indagine telefonica Laboratorio MeS rivolta ai CUP delle Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere-Universitarie della Regione Toscana.
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≤ 15 giorni

B4.1.1 Consumo di farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali

Definizione:	Consumo giornaliero di farmaci oppioidi erogati delle farmacie territoriali per 1.000 residenti
Numeratore:	N. totale DDD farmaci oppioidi consumate nel periodo per principio attivo x 1000
Denominatore:	N. residenti x giorni del periodo
Formula matematica:	$\frac{\text{N. totale DDD farmaci oppioidi consumate per principio attivo nel periodo} \times 1000}{\text{N. residenti} \times \text{giorni nel periodo}}$
Note per l'elaborazione:	I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. 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. I dati sono per azienda di erogazione.
Fonte:	Dati Progetto Sfera - Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media regionale

B4.1.2 Consumo di farmaci oppioidi erogati in distribuzione diretta

Definizione:	Consumo di farmaci oppioidi distribuiti direttamente per 1.000 residenti
Numeratore:	N. unità posologiche di farmaci oppioidi erogate x 1000
Denominatore:	Popolazione al 1° Gen. 2008 pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010
Formula matematica:	$\frac{\text{N.totale u.p. farmaci oppioidi consumate per principio attivo nel periodo} \times 1000}{\text{Popolazione al 1° Gen 2008 pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010}}$
Note per l'elaborazione:	I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. I dati sono per azienda di erogazione.
Fonte:	Dati Flusso FED - Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media regionale

B4.1.3 Consumo di morfina

Definizione:	Consumo pro-capite di morfina
Numeratore:	Milligrammi totali di morfina erogati
Denominatore:	Popolazione al 1° Gen. 2008 pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010
Formula matematica:	$\frac{\text{Milligrammi totali di morfina erogati}}{\text{Popolazione al 1° Gen. 2008 pesata secondo i criteri del PSR 2008-2010}}$
Note per l'elaborazione:	La morfina appartiene alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) N02AA01. I dati sono per azienda di erogazione.
Fonte:	Dati Progetto Sfera - Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media regionale

B4.2.1 Indagini di soddisfazione degli utenti del percorso emergenza

Definizione:	Livello di soddisfazione degli utenti nel Percorso Emergenza, relativamente agli aspetti del controllo del dolore
Note per l'elaborazione:	L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alla domanda: • Pensa che il personale del Pronto Soccorso abbia fatto quanto possibile per attenuare il dolore?
Popolazione di riferimento:	La popolazione da cui è stato estratto il campione è rappresentata dagli utenti maggiorenni che si sono recati in uno dei Pronto Soccorso toscani nell'arco di tre settimane comprese tra ottobre e novembre 2008. Nel caso della AOUM sono stati intervistati i genitori o i tutori legali del bambino Non sono stati inseriti nella lista campionaria gli utenti minorenni, gli utenti non in grado di intendere e di volere né coloro che durante la fase di reclutamento hanno espresso la volontà di non essere intervistati
Fonte:	Indagine CATI: "Il percorso emergenza. L'esperienza e la soddisfazione degli utenti" – Anno 2008 Laboratorio MeS

B4.2.2 Indagini di soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario

Definizione:	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente alla umanizzazione.
Quesiti:	L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alla domanda: • Durante il ricovero, pensa che il personale dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?
Nota metodologica di campionamento:	Il campione è stato calcolato partendo dalla popolazione dei dimessi (SDO 2007), mentre la lista campionaria è stata costruita tenendo conto dei pazienti che nel periodo settembre – dicembre 2008 sono stati dimessi dagli ospedali toscani. Sono stati esclusi dalla rilevazione gli utenti non in grado di intendere e di volere, quelli che non parlavano l'italiano e coloro che durante la fase di reclutamento hanno espresso la volontà di non essere intervistati. Il campionamento, casuale e stratificato per presidio e area funzionale organizzativa (medica, chirurgica e materno infantile), assicura una significatività del 95% e una precisione del 7%, per un totale di 17.681 interviste richieste. La scarsa disponibilità di contatti per alcuni strati-afo ha impedito il raggiungimento della numerosità campionaria progettata, con la raccolta di 15.474 questionari.
Fonte:	Indagine CATI: "Gli utenti del servizio di ricovero ospedaliero: dall'esperienza alla valutazione" – Anno 2008 Laboratorio MeS

B5.1.1 Estensione dello screening mammografico

Definizione:	Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni)
Numeratore:	N. donne invitate allo screening in due anni
Denominatore:	Popolazione di riferimento (50-69)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening in due anni} \times 100}{\text{Popolazione di riferimento (50-69)}}$
Note per l'elaborazione:	Per l'estensione mammografica non si effettuano correzioni
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale ISPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >100%

B5.1.2 Adesione corretta dello screening mammografico

Definizione:	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate
Numeratore:	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico
Denominatore:	N. donne invitate allo screening mammografico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico}}{\text{N. donne invitate allo screening mammografico}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Nelle donne invitate allo screening sono escluse coloro che hanno effettuato di recente una MX
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale ISPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >80%

B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina

Definizione:	Percentuale di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64)
Numeratore:	N. donne invitate allo screening nei tre anni consecutivi.
Denominatore:	Popolazione di riferimento (25-64)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening per tre anni consecutivi}}{\text{Popolazione di riferimento (25-64)}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Nell'estensione corretta non si contano le donne escluse prima dell'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale ISPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >100%

B.5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina

Definizione:	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate
Numeratore:	N. donne che hanno partecipato allo screening
Denominatore:	N. donne invitate allo screening della cervice uterina
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening}}{\text{N. donne invitate allo screening della cervice uterina}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Nell'adesione corretta non si contano le donne escluse dopo l'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale ISPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >60%

B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale

Definizione:	Percentuale di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70)
Numeratore:	N. inviti allo screening coloretale in due anni
Denominatore:	Popolazione di riferimento (50-70)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. inviti allo screening in due anni}}{\text{Popolazione di riferimento (50-70)}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Nell'estensione corretta non si contano le persone escluse prima dell'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale ISPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >100%

B5.3.2 Adesione corretta dello screening coloretale

Definizione:	Percentuale di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate
Numeratore:	N. persone che hanno partecipato allo screening coloretale
Denominatore:	N. inviti allo screening coloretale
Formula matematica:	$\frac{\text{N. persone che hanno partecipato allo screening coloretale} \times 100}{\text{N. inviti allo screening coloretale}}$
Note per l'elaborazione:	Nell'adesione corretta non si contano le persone escluse dopo l'invito
Fonte:	I programmi di screening della regione Toscana - Rapporto annuale ISPO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >70%

B6.1 Percentuale di Morti Encefaliche individuate

Definizione:	Percentuale di Morti Encefaliche individuate
Numeratore:	N. di Morti Encefaliche
Denominatore:	N. decessi con lesioni cerebrali nelle UTI dotate di ventilatore meccanico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Morti Encefaliche}}{\text{N. decessi con lesioni cerebrali nelle UTI}} \times 100$
Fonte:	Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT
Parametro di riferimento:	Obiettivo Regionale: >50%
Significato:	E' un indicatore che valuta la qualità della individuazione dei potenziali donatori di organi nelle UTI

B6.2 Percentuale di Donatori Effettivi di Organi

Definizione:	Percentuale di Donatori Effettivi
Numeratore:	N. di Donatori Effettivi
Denominatore:	N. di Morti Encefaliche
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Donatori Effettivi}}{\text{N. Morti Encefaliche}} \times 100$
Fonte:	Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT
Parametro di riferimento:	Obiettivo Regionale: >49%
Significato:	E' un indicatore che valuta la qualità del processo della Donazione nelle fasi successive alla individuazione

B6.3 Tasso di decessi con lesioni cerebrali per milione di abitanti

Definizione:	Tasso di decessi con lesioni cerebrali per milione di abitanti
Numeratore:	Numero di lesioni cerebrali
Denominatore:	Popolazione residente
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di lesioni cerebrali}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000.000$
Note per l'elaborazione:	Come popolazione di riferimento delle Aziende Ospedaliero-Universitarie si considera la popolazione dell'Area Vasta di appartenenza. Come popolazione di riferimento dell'AOU Meyer si utilizza la popolazione dei minori di 14 anni toscana
Fonte:	Programma Qualità Donazione Organi e Tessuti OTT
Parametro di riferimento:	Obiettivo Regionale: > 95 pmp per le Ausl, > 67 pmp per le AOU e > 10 pmp per AOU Meyer
Significato:	Indicatore che valuta la gestione Aziendale dei posti letto di UTI rispetto ai pazienti con lesioni cerebrali

B7.1 Copertura per vaccino MPR

Definizione:	Copertura per vaccino MPR sulla popolazione bersaglio
Numeratore:	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR
Denominatore:	N. bambini vaccinabili
Formula matematica:	$\frac{\text{Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR}}{\text{N. bambini vaccinabili}} \times 100$
Fonte:	Settore Igiene Pubblica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >90%

B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale

Definizione:	Copertura per vaccino antinfluenzale sulla popolazione bersaglio
Numeratore:	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni
Denominatore:	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni
Formula matematica:	$\frac{\text{Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni}}{\text{Popolazione di età pari o superiore a 65 anni}} \times 100$
Fonte:	Settore Igiene Pubblica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >75%

B8 Tempestività di trasmissione dei flussi al Sistema Informativo Regionale

Definizione:	Tempestività di trasmissione dei flussi al Sistema Informativo Regionale
Formula matematica:	$\frac{\sum (FLU_i \times W_i)}{\sum W_i}$ dove: FLU_i indica la proporzione dei record "arrivati in tempo" relativamente ai flussi (i) che entrano nel calcolo W_i indica i pesi da applicare a ciascun flusso: sdo:2; spa:1,5; spf:0,3; fed:1,5; fes:1; ivg:0,25; as:0,1; cap:0,25.
Note per l'elaborazione:	Flussi regionali che per il 2008 concorreranno al calcolo dell'indice di latenza sono: SDO - Scheda nosologica SPA – Prestazioni ambulatoriali SPF – Prestazioni farmaceutiche FED – Farmaci erogati direttamente FES – Farmaci erogati nelle strutture IVG – Interruzioni Volontarie di Gravidanza AS – Dimesse dagli Istituti di Cura per Aborto Spontaneo. CAP – Certificati di Assistenza al Parto Per il 2008 viene preso in considerazione il primo invio effettuato entro la "scadenza" prevista dalla D.G.R. 440/2008 per integrazioni e correzioni. (Es. per la SPA si considera la quota di record inviati entro il 12 del mese successivo a quello di erogazione)
Fonte:	Sistema Informativo Regionale
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: >80%

B9 Tasso di ospedalizzazione per titolo di studio

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza per titolo di studio, standardizzato per età
Numeratore:	N. ricoveri relativi ai residenti per titolo di studio
Denominatore:	N. Residenti per titolo di studio
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri relativi ai residenti per titolo di studio}}{\text{N. residenti per titolo di studio}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti toscani di età maggiore o uguale a 20 anni <i>Sono esclusi i ricoveri:</i> - Erogati da strutture private non accreditate - i ricoveri il cui campo titolo di studio non è completato Per l'elaborazione si è fatto riferimento ai dettagli di calcolo per gli indicatori relativi alla dimensione sanitaria, in particolare: C1.1.1-C1.1.2-C11a.1.1-C11a.2.1-C11a.3.1-C11a.4.1
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Standardizzazione:	Età (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT).

B10 Organizzazione del percorso assistenziale nel ricovero

Definizione:	Soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ordinario relativamente all'organizzazione del percorso assistenziale.
Quesiti:	L'indicatore è stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguenti domande: • Come valuta complessivamente l'organizzazione del reparto? • A volte un medico dice al paziente una cosa, ed un altro medico gliene dice una completamente diversa. A lei è successo? • Ritieni che ci sia stata sufficiente comunicazione tra il personale che si è preso cura di lei circa le sue condizioni di salute? • Da 1 a 5, come valuta complessivamente il modo di lavorare insieme dei medici e degli infermieri del reparto?
Note per l'elaborazione:	I punteggi sono stati assegnati considerando le sole risposte con accezione negativa (es. Pessimo e Scarso, Mai e Qualche volta, ecc.).
Nota metodologica di campionamento:	Il campione è stato calcolato partendo dalla popolazione dei dimessi (SDO 2007), mentre la lista campionaria è stata costruita tenendo conto dei pazienti che nel periodo settembre – dicembre 2008 sono stati dimessi dagli ospedali toscani. Sono stati esclusi dalla rilevazione gli utenti non in grado di intendere e di volere, quelli che non parlavano l'italiano e coloro che durante la fase di reclutamento hanno espresso la volontà di non essere intervistati. Il campionamento, casuale e stratificato per presidio e area funzionale organizzativa (medica, chirurgica e materno infantile), assicura una significatività del 95% e una precisione del 7%, per un totale di 17.681 interviste richieste. La scarsa disponibilità di contatti per alcuni strati-afo ha impedito il raggiungimento della numerosità campionaria progettata, con la raccolta di 15.474 questionari.
Fonte:	Indagine CATI: "Gli utenti del servizio di ricovero ospedaliero: dall'esperienza alla valutazione" – Anno 2008 Laboratorio MeS

B11.1 Peso medio dei Drg

Definizione:	Peso medio dei Drg
Numeratore:	Somma dei pesi dei Drg
Denominatore:	Numero di dimessi
Formula matematica:	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg}}{\text{Numero di dimessi}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	Il peso del Drg associato ad ogni ricovero rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero

B11.1.1 Peso medio dei Drg medici

Definizione:	Peso medio dei Drg medici
Numeratore:	Somma dei pesi dei Drg medici
Denominatore:	Numero di dimessi con Drg medico
Formula matematica:	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg medici}}{\text{Numero di dimessi con Drg medico}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero

B11.1.2 Peso medio dei Drg chirurgici

Definizione:	Peso medio dei Drg chirurgici
Numeratore:	Somma dei pesi dei Drg chirurgici
Denominatore:	Numero di dimessi con Drg chirurgico
Formula matematica:	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg chirurgici}}{\text{Numero di dimessi con Drg chirurgico}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero

B11.1.2.1 Percentuale Drg chirurgici ad alta complessità

Definizione:	Percentuale Drg chirurgici ad alta complessità
Numeratore:	Numero di Drg chirurgici con peso $\geq 2,5$
Denominatore:	Numero di dimessi con Drg chirurgico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di Drg chirurgici con peso } \geq 2,5}{\text{N. di dimessi con Drg chirurgico}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari. Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero.

B11.1.2.2 Peso medio dei Drg chirurgici ad alta complessità

Definizione:	Peso medio Drg chirurgici ad alta complessità
Numeratore:	Somma dei pesi dei Drg chirurgici con peso $\geq 2,5$
Denominatore:	Numero di dimessi con Drg chirurgico con peso $\geq 2,5$
Formula matematica:	$\frac{\text{Somma dei pesi dei Drg chirurgici con peso } \geq 2,5}{\text{N. di dimessi con Drg chirurgico con peso } \geq 2,5}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	Il peso del Drg associato ad ogni ricoveri rispecchia la complessità della casistica, vale a dire il grado di impegno relativo, sia in termini di costi che di impegno clinico, di ciascun Drg rispetto al costo medio standard per ricovero.

B12.1.1.1 Percentuale di fughe extra Area Vasta

Definizione:	Fuga intraregionale extra Area Vasta per tutti i Drg
Numeratore:	N. Residenti in AV dimessi in Toscana fuori AV
Denominatore:	N. Residenti in AV dimessi in Toscana
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Residenti in AV dimessi in Toscana fuori AV}}{\text{N. Residenti in AV dimessi in Toscana}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	L'indicatore rileva quanti cittadini si spostano in una diversa Area Vasta da quella di residenza per un qualsiasi ricovero ospedaliero.

B12.1.1.2 Percentuale fughe extra Area Vasta con Drg ad alta complessità

Definizione:	Fuga intraregionale extra Area Vasta per Drg ad alta complessità
Numeratore:	N. Residenti in AV dimessi in Toscana fuori AV con Drg ad alta complessità
Denominatore:	N. Residenti in AV dimessi in Toscana con Drg ad alta complessità
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Residenti in AV dimessi in Toscana fuori AV con Drg ad alta complessità}}{\text{N. Residenti in AV dimessi in Toscana con Drg ad alta complessità}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	L'indicatore rileva quanti cittadini si spostano in una diversa Area Vasta da quella di residenza per un ricovero ospedaliero di alta complessità.

B12.1.2.1 Percentuale fughe extra Regione

Definizione:	Indice di fuga extraregionale
Numeratore:	N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni
Denominatore:	N. dimissioni residenti toscani ovunque erogate
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni}}{\text{N. dimissioni residenti toscani ovunque erogate}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aree Vaste

B.12.1.2.2 Percentuale di fughe extraregionali di alta complessità

Definizione:	Percentuale di fughe extraregionali di alta complessità
Numeratore:	N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni con Drg ad alta complessità
Denominatore:	N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni di alta complessità}}{\text{N. dimissioni residenti toscani, erogate in altre regioni}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	L'indicatore rileva la percentuale di casi complessi nei dimessi toscani fuori regione.

B12.2.1 Attrazione extra Area Vasta per Drg ad alta complessità

Definizione:	Attrazione intraregionale extra Area Vasta per Drg ad alta complessità
Numeratore:	N. dimessi toscani residenti fuori AV con Drg ad alta complessità
Denominatore:	N. dimessi toscani con Drg ad alta complessità
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimessi toscani residenti fuori AV con Drg ad alta complessità}}{\text{N. dimessi toscani con Drg ad alta complessità}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	L'indicatore rileva quanti cittadini vengono da una diversa Area Vasta da quella di residenza per un ricovero ospedaliero di alta complessità.

B12.2.2.1 Indice di attrazione extraregionale

Definizione:	Indice di attrazione extraregionale
Numeratore:	N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana
Denominatore:	N. dimissioni erogate in Toscana
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana}}{\text{N. dimissioni erogate in Toscana}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie

B12.2.2.2 Percentuale di attrazioni extraregionali di alta complessità

Definizione:	Percentuale di attrazioni extraregionali di alta complessità
Numeratore:	N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana con Drg ad alta complessità
Denominatore:	N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana di alta complessità}}{\text{N. dimissioni residenti non toscani, erogate in Toscana}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano ad alta complessità i Drg con peso $\geq 2,5$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media delle Aziende Ospedaliero-Universitarie
Significato:	L'indicatore rileva la percentuale di casi complessi nei dimessi non toscani

B14 Tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche

Definizione:	Tempi di attesa per prestazioni sanitarie di diagnostica strumentale.
Note per l'elaborazione:	L'indicatore calcola il tempo per l'erogazione di una delle prestazioni sanitarie di diagnostica strumentale in base alla DGRT. 867/2006.
Fonte:	Dati inviati dalle Aziende Sanitarie Toscane
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≤ 30 giorni

B15 Impact factor

Definizione:	Impact Factor (IF) dei dipendenti su riviste internazionali
Note per l'elaborazione:	Il criterio della ricerca per le pubblicazioni è il cognome del dipendente dell'azienda ospedaliero-universitaria: si considerano i dirigenti medici e non, sia universitari che ospedalieri. Si analizzano le pubblicazioni su riviste aventi diffusione internazionale censite dal Journal Citation Report (JCR-Science Edition 2005). Uno stesso articolo compare quindi tante volte quante sono gli autori che il motore di ricerca considera come tali. Una volta avuta la lista degli articoli, essa è stata collegata alla lista delle riviste e ai relativi IF riportati dal JCR. Le pubblicazioni risultate sono divise sia per dipartimento aziendale, sia per categoria tematica secondo al classificazione delle riviste riportata dal JCR. All'interno di uno stesso dipartimento e di una stessa categoria lo stesso articolo viene considerato una sola volta, mentre se un articolo compare in più dipartimenti esso viene considerato una volta per ogni diverso dipartimento di appartenenza. Per ciascuna delle categorie tematiche si confronta il valore medio dell'IF delle pubblicazioni su riviste appartenenti alla categoria di riferimento con l'IF aggregato della categoria stessa fornito dal JCR.
Fonte:	Journal Citation Report

B16.1 Sistema Carta dei Servizi

Definizione:	L'indicatore intende misurare quanto effettivamente le aziende sanitarie hanno implementato il sistema carta dei servizi, secondo gli impegni comuni stabiliti a livello regionale.
Note per l'elaborazione:	L'indicatore ha la seguente struttura: <i>B16.1 Sistema carta dei servizi</i> B16.1.1 % impegni raggiunti secondo il sistema carta dei servizi carta dei servizi (pesa 80% del B16.1) $\frac{\text{Impegni raggiunti}}{32 \text{ impegni regionali}}$ B16.1.2 Comitato di partecipazione (pesa 20% del B16.1): •se è presente un comitato aziendale oppure l'azienda si avvale del/i Comitato/i delle SDS; •se il Comitato aziendale lavora in raccordo con il /i Comitato/i delle SDS; •se il Comitato (aziendale o della SDS) effettua riunioni almeno trimestrali o collabora alla realizzazione della carta dei servizi; •se il Comitato effettua ispezioni sulla base di direttive aziendali e/o regionali.
Fonti:	Sistema Informativo Regionale – Flusso Carta dei Servizi
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale secondo impegni presi nella Carta dei Servizi

B16.2 Front Office

Definizione:	L'indicatore intende misurare quanto effettivamente le aziende sanitarie hanno implementato il sistema carta dei servizi, con particolare riguardo al front-office telefonico												
Note per l'elaborazione:	La valutazione viene assegnata sulla base dell'orario di apertura del front office telefonico, come di seguito: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Fasce di riferimento Oraio telefono:</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>solo mattina</td></tr> <tr> <td>25</td><td>am e qualche pom</td></tr> <tr> <td>50</td><td>am /pm < 8 ore</td></tr> <tr> <td>75</td><td>am /pm >= 8 ore</td></tr> <tr> <td>100</td><td>anche Sab e Dom</td></tr> </tbody> </table>	Fasce di riferimento Oraio telefono:		0	solo mattina	25	am e qualche pom	50	am /pm < 8 ore	75	am /pm >= 8 ore	100	anche Sab e Dom
Fasce di riferimento Oraio telefono:													
0	solo mattina												
25	am e qualche pom												
50	am /pm < 8 ore												
75	am /pm >= 8 ore												
100	anche Sab e Dom												
Fonti:	Sistema Informativo Regionale – Flusso Carta dei Servizi												
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale secondo impegni presi nella Carta dei Servizi												

B16.3 Capacità di informazione

Definizione:	L'indicatore intende verificare quanto i cittadini toscani si sentono informati sui servizi messi a loro disposizione dalla azienda sanitaria di residenza.
Note per l'elaborazione:	Risposte da Indagine di soddisfazione ed esperienza del cittadino nei servizi distrettuali e strumenti di comunicazione delle aziende sanitarie "Da 1 a 5 quanto si ritiene informato sui servizi offerti dalla sua Asl?" La popolazione di riferimento per la definizione della numerosità campionaria è costituita dai cittadini toscani maggiorenni, mentre la lista da cui è stato estratto il campione è composta dall'elenco degli abbonati al servizio di telefonia fissa della Regione Toscana. Il campione all'interno della popolazione è stato estratto in modo casuale e stratificato per zona-distretto, in modo che la rilevazione restituisca dei risultati rappresentativi della popolazione di tali territori. Su ogni strato sono stati stabiliti dei livelli di significatività statistica al 95% ed una precisione delle stime del 7%. Per il raggiungimento dei livelli imposti dal metodo e dai criteri di campionamento sono state condotte 6985 interviste. Hanno risposto ai quesiti sui servizi del distretto i soli cittadini che ne hanno usufruito nei 12 mesi precedenti l'intervista. <i>Metodologia di rilevazione: CATI (Computer Assisted Telephone Interview)</i>
Fonti:	Indagine di Soddisfazione ed Esperienza del cittadino nei servizi distrettuali e strumenti di comunicazione delle aziende sanitarie
Parametro di riferimento:	

C1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso
Numeratore:	N. ricoveri relativi ai residenti
Denominatore:	N. residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri relativi ai residenti}}{\text{N. residenti}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti toscani <i>Sono esclusi i ricoveri:</i> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonati sani
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: <160 ‰ per il TO
Standardizzazione:	Età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT).
Significato:	E' un indicatore di governo della domanda; indica qual è il fabbisogno della popolazione residente nel territorio della Ausl in termini di ricoveri ospedalieri

C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato ricoveri ordinari

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso
Numeratore:	N. ricoveri ordinari relativi ai residenti
Denominatore:	N. residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri ordinari relativi ai residenti}}{\text{N. residenti}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. <i>Sono esclusi i ricoveri:</i> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonati sani - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale
Standardizzazione:	Età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT).

C1.1.2 Tasso di ospedalizzazione standardizzato Day-Hospital

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per Day-Hospital per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso
Numeratore:	N. ricoveri in Day-Hospital relativi ai residenti
Denominatore:	N. residenti
Formola matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri in Day-Hospital relativi ai residenti}}{\text{N. residenti}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. <i>Sono esclusi i ricoveri:</i> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonati sani - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale
Standardizzazione:	Età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT).

C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato Day-Hospital medico

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per Day-Hospital medico per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso
Numeratore:	N. ricoveri in Day-Hospital medico relativi ai residenti
Denominatore:	N. Residenti
Formola matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri in Day-Hospital medico relativi ai residenti}}{\text{N. residenti}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. <i>Sono esclusi i ricoveri:</i> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonati sani - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409,410,492)
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale
Standardizzazione:	Età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT).

C1.1.2.2 Tasso di ospedalizzazione standardizzato Day-Hospital chirurgico

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per Day-Hospital chirurgico per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso
Numeratore:	N. ricoveri in Day-Hospital chirurgico relativi ai residenti
Denominatore:	N. Residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri in Day-Hospital chirurgico relativi ai residenti}}{\text{N. residenti}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. <i>Sono esclusi i ricoveri:</i> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonati sani - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75).
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale
Standardizzazione:	Età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT).

C.1.2 Tasso di prestazioni specialistiche ambulatoriali standardizzato

Definizione:	Tasso di prestazioni specialistiche per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso
Numeratore:	N. prestazioni specialistiche ambulatoriali
Denominatore:	N. residenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. prestazioni specialistiche ambulatoriali}}{\text{N. residenti}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	Si considerano le prestazioni specialistiche ambulatoriali ovunque erogate, extraregione incluse, a residenti in regione. <i>Sono escluse le prestazioni:</i> - di laboratorio (branca K) - di pronto soccorso Fanno eccezione le prestazioni di pronto soccorso erogate fuori regione a residenti in regione.
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SPA
Parametro di riferimento:	Media regionale
Standardizzazione:	Età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT).
Significato:	E' un indicatore di governo della domanda; indica il fabbisogno della popolazione residente nel territorio della Ausl in termini di prestazioni specialistiche ambulatoriali

C2a Indice di performance degenza media

Definizione:	Indice di performance degenza media
Numeratore:	$\sum$ giornate di degenza osservate - $\sum$ giornate di degenza attese
Denominatore:	N. Dimissioni
Formula matematica:	$\frac{\sum \text{giornate di degenza osservate} - \sum \text{giornate di degenza attese}}{\text{N. Dimissioni}}$
Note per l'elaborazione:	Sono inclusi solo i presidi pubblici. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75). Le <i>giornate di degenza osservate</i> sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. Le <i>giornate di degenza attese</i> 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 regionale del 2006.
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale
Significato:	L'indicatore mostra lo scostamento medio, espresso in giorni, della degenza di ciascun dimesso rispetto alla degenza media regionale per lo stesso Drg. Intende misurare l'efficienza media aziendale delle attività di ricovero a parità di casistica (Drg).

C3 Degenza media pre-operatoria

Definizione:	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
Numeratore:	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
Denominatore:	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico}}{\text{N. di dimessi sottoposti a intervento chirurgico}}$
Note per l'elaborazione:	<i>Sono inclusi</i> solo i presidi pubblici. - L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione. Si considera il primo intervento in ordine cronologico. - <i>Codifiche ICD-9 CM:</i> Codici di procedure chirurgiche: da 01 a 86 - Reparto di ammissione: • Chirurgico (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) • Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico <i>Sono esclusi:</i> - I trapianti (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513. Pancreas: intervento principale 528*) - I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento - I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno - I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≤ 1 giorno

C4.1.1 Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: Ricoveri ordinari

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
Denominatore:	N. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari}}{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	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, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica Sono inclusi i ricoveri in One Day Surgery <i>Sono esclusi:</i> - i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile) Vengono considerati Drg medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione nell'elenco delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, ex D.M. 30/06/97
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: 20%

C4.1.2 Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: Day-Hospital

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
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital}}{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici per i Day Hospital}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	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, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 Day Surgery <i>Sono esclusi:</i> - i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile) - i ricoveri in One Day Surgery Vengono considerati Drg medici quelli di tipo "M" o senza nessuna indicazione nell'elenco delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, ex D.M. 30/06/97
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: 10%

C.4.2 DRG LEA Chirurgici

Definizione:	Percentuale di standard raggiunti per i Drg LEA Chirurgici secondo la delibera G.R.T. 252/2006
Numeratore:	N. di standard raggiunti per i DRG Chirurgici LEA
Denominatore:	N. DRG Chirurgici LEA
Formula matematica:	$\frac{\text{N. standard raggiunti per i DRG Chirurgici LEA}}{\text{N. DRG Chirurgici LEA}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	I DRG considerati sono quelli individuati nella Delibera G.R.T. n.252 del 10.04.2006, che stabilisce per ogni Drg LEA Chirurgico la percentuale minima di interventi da effettuare in regime di Day-Surgery. Si considerano i ricoveri erogati in Toscana. Sono esclusi i ricoveri: - relativi a neonati sani - erogati da strutture private non accreditate - dimessi dai reparti di riabilitazione e lungodegenza
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: 100%

C4.3 DRG LEA Medici

Definizione:	Percentuale di standard raggiunti per i Drg LEA Medici secondo la delibera G.R.T. 252/2006
Numeratore:	N. di standard raggiunti per i DRG Medici LEA
Denominatore:	N. DRG Medici LEA
Formula matematica:	$\frac{\text{N. standard raggiunti per i DRG Medici LEA}}{\text{N. DRG Medici LEA}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	I DRG considerati sono quelli individuati nella Delibera G.R.T. n.252 del 10.04.2006, che stabilisce per ogni Drg LEA Medico uno standard di riferimento, che corrisponde al tasso standardizzato di ospedalizzazione per 10.000 abitanti. Il tasso standardizzato di ospedalizzazione è calcolato rapportando le dimissioni attese al totale della popolazione standard. Le dimissioni attese sono ottenute sommando i tassi specifici per classe di età moltiplicati al numero di persone appartenente ad ogni fascia di età della popolazione presa a riferimento. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001 (fonte ISTAT). Si considerano i soli ricoveri erogati in regione a favore di utenti residenti in Toscana. Sono esclusi i ricoveri: - relativi a neonati sani - erogati da strutture private non accreditate - dimessi dai reparti di riabilitazione e lungodegenza
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: 100%

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

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
Denominatore:	N. colecistectomie laparoscopiche
Formula matematica:	$\frac{\text{N. colecistectomie laparoscopiche in DS e RO 0-1 gg}}{\text{N. colecistectomie laparoscopiche}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Con One Day-Surgery si considerano i seguenti regimi di ricovero: - day-hospital - ricovero ordinario 0-1 giorno (inclusi Entrati/Usciti nello stesso giorno) <i>Codifiche DRG Grouper XIX: DRG 493-494</i>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: $\geq 80\%$

C4.5 Valore pro-capite di inappropriatezza potenziale

Definizione:	Valore pro-capite di inappropriatezza potenziale
Note per l'elaborazione:	La metodologia di analisi di variabilità sviluppata nell'ambito della Commissione LEA consente l'identificazione delle ASL che complessivamente, rispetto alla totalità degli Aggregati Clinici di Codici (ACC) di diagnosi (per i ricoveri medici) e procedura (per i ricoveri chirurgici), sono caratterizzate da un minor livello di inappropriatezza potenziale. Come descritto nella metodologia, determinato il "valore medio" è possibile calcolare, per singolo ACC, il numero di prestazioni potenzialmente in "eccesso". Le prestazioni in "eccesso" vengono valorizzate a tariffa nazionale del relativo DRG; dalla somma dei relativi valori si ottiene la misura dello scostamento complessivo a livello Regionale e di ASL rispetto al valore medio. Per consentire il confronto sia tra le Regioni sia tra le ASL il valore precedentemente calcolato si rapporta alla popolazione residente. La metodologia completa è scaricabile dal sito: www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezDocLea.jsp?label=doc_var
Fonte:	Ministero della Salute - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media nazionale

C4.6 Valore pro-capite di inadeguatezza potenziale

Definizione:	Valore pro-capite di inadeguatezza potenziale
Note per l'elaborazione:	La metodologia di analisi di variabilità sviluppata nell'ambito della Commissione LEA consente l'identificazione delle ASL che complessivamente, rispetto alla totalità degli Aggregati Clinici di Codici (ACC) di diagnosi (per i ricoveri medici) e procedura (per i ricoveri chirurgici), sono caratterizzate da un minor livello di inadeguatezza potenziale. Come descritto nella metodologia, determinato il "valore medio" è possibile calcolare, per singolo ACC, il numero di prestazioni potenzialmente in "difetto". Le prestazioni in "difetto" vengono valorizzate a tariffa nazionale del relativo DRG; dalla somma dei relativi valori si ottiene la misura dello scostamento complessivo a livello Regionale e di ASL rispetto al valore medio. Per consentire il confronto sia tra le Regioni sia tra le ASL il valore precedentemente calcolato si rapporta alla popolazione residente. La metodologia completa è scaricabile dal sito: www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezDocLea.jsp?label=doc_var
Fonte:	Ministero della Salute - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media nazionale

C5.1 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque delle strutture pubbliche toscane

Definizione:	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque strutture regionale
Numeratore:	N. ricoveri ripetuti dei dimessi dal 1 gennaio al 30 novembre entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic)
Denominatore:	N. Ricoveri dal 1 gennaio al 30 novembre
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC}}{\text{N. Ricoveri}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a pazienti residenti in Italia, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Sono esclusi i ricoveri: - con modalità di dimissione: volontaria; trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione (modalità di dimissione 5,6,8,9) - con reparto di ammissione: psichiatria (codice 40) - con reparto di dimissione: unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409,410,492) 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 <=30 giorni Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 30 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C5.2 Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione

Definizione:	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
Numeratore:	Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
Denominatore:	Numero interventi per frattura del femore
Formula matematica:	$\frac{\text{N. interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento } \leq 2 \text{ giorni}}{\text{N. interventi per frattura del femore}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del femore 820.xx AND 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
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: $\geq 80\%$

C5.2a Percentuale di fratture dell'anca operate entro 2 giorni dall'ammissione

Definizione:	Percentuale di interventi per frattura dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
Numeratore:	Numero interventi per frattura dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
Denominatore:	Numero interventi per frattura dell'anca
Formula matematica:	$\frac{\text{N. interventi per frattura dell'anca con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento } \leq 2 \text{ giorni}}{\text{N. interventi per frattura dell'anca}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Codice ICD9-CM di intervento principale o secondari: 81.52 Sostituzione parziale dell'anca
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: $\geq 80\%$

C5.3 Percentuale prostatectomia transuretrale

Definizione:	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
Numeratore:	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale
Denominatore:	Numero interventi di prostatectomia
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di interventi di prostatectomia transuretrale}}{\text{N. interventi di prostatectomia}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Codifiche: NUM: DRG 336-337 or (DRG 476 & Codice ICD9-CM di intervento principale 60.2, 60.21, 60.29) DEN: DRG 334-335-336-337 or (DRG 476 & Codice ICD9-CM di intervento principale 60.2, 60.21, 60.29, 60.3, 60.4, 60.5, 60.6, 60.61, 60.62, 60.69)
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media intraregionale
Significato:	E' un indicatore di qualità clinica

C5.4 Mortalità intraospedaliera per infarto

Definizione:	Mortalità intraospedaliera per infarto
Numeratore:	Numero deceduti con diagnosi di infarto
Denominatore:	Numero dimessi con diagnosi di infarto
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti con diagnosi di infarto}}{\text{N. dimessi con diagnosi di infarto}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano i ricoveri ordinari, dimessi da presidi pubblici. <i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale o una delle secondarie:</i> 410.xx Infarto miocardio acuto
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media intraregionale (AUSL+AOU)