

C5.5 Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare

Definizione:	Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare
Numeratore:	Numero deceduti con diagnosi di embolia polmonare
Denominatore:	Numero dimessi con diagnosi di embolia polmonare
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti con diagnosi di embolia polmonare}}{\text{N. dimessi con diagnosi di embolia polmonare}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari, dimessi da presidi pubblici.</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale o una delle secondarie:</i> 415.xx Malattia cardiopolmonare acuta</p>
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media intraregionale (AUSL+AOU)

C5.6 Percentuale di utilizzo di una mammaria nel by-pass (AOU)

Definizione:	Percentuale di utilizzo di una mammaria nel by-pass
Numeratore:	Numero dimessi con intervento di by-pass con utilizzo di una mammaria
Denominatore:	Numero dimessi con intervento di by-pass
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimessi con intervento di by-pass con una mammaria}}{\text{N. dimessi con intervento di by-pass}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari.</p> <p><i>Codice ICD9-CM di intervento principale o uno dei secondari:</i> 36.1x Bypass per rivascolarizzazione cardiaca di cui 36.15 Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica</p>
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media Aziende Ospedaliero Universitarie

C5.7 Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)

Definizione:	Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale
Numeratore:	Numero dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale
Denominatore:	Numero dimessi con intervento alla valvola mitrale
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale}}{\text{N. dimessi con intervento alla valvola mitrale}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari.</p> <p>NUM: codici intervento 35.02, 35.12 DEN: codici intervento 35.02, 35.12, 35.23, 35.24</p> <p><i>Codice ICD9-CM di intervento principale o uno dei secondari:</i> 35.02 Valvulotomia a cuore chiuso, valvola mitrale 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi 35.24 Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi</p>
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media Aziende Ospedaliero Universitarie

C5.8 Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva (AOU e AUSL)

Definizione:	Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva
Numeratore:	Numero di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva
Denominatore:	Numero di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva}}{\text{N. di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari.</p> <p><i>Codici ICD9-CM di intervento:</i> <u>NUM:</u> intervento principale o secondari 93.90 <u>DEN:</u> intervento principale o secondari 93.90, 96.7, 96.70, 96.71, 96.72, 96.04, 31.1</p> <p>93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) 96.7* Altra ventilazione meccanica continua 96.04 Inserzione di tubo endotracheale 31.1 Tracheostomia temporanea</p>
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media Regionale

C5.9 Percentuale appendicectomie urgenti in laparoscopia

Definizione:	Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia
Numeratore:	Numero di appendicectomie urgenti in laparoscopia
Denominatore:	Numero di appendicectomie urgenti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di appendicectomie urgenti in laparoscopia}}{\text{N. di appendicectomie urgenti}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri urgenti.</p> <p>Intervento principale di appendicectomia: <u>Appendicectomia in laparoscopia</u>: Codici ICD9-CM 47.01 <u>Appendicectomia</u>: Codici ICD9-CM 47.01, 47.09</p>
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media intraregionale

C5.10 Percentuale interventi programmati al colon in laparoscopia

Definizione:	Percentuale di interventi programmati al colon in laparoscopia
Numeratore:	Numero di interventi programmati al colon in laparoscopia
Denominatore:	Numero di interventi programmati al colon
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di interventi programmati al colon in laparoscopia}}{\text{N. di interventi programmati al colon}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione.</p> <p>Codici DRG: 146-147-148-49 Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari al colon: 45.7*, 48.61, 48.62, 48.63, 48.65</p> <p>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.</p>
Fonte:	Sistema informativo regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media intraregionale

C6.1 Indice di sinistrosità

Definizione:	N. di denunce di sinistro per lesioni o decessi per 10.000 ricoveri erogati in strutture pubbliche
Numeratore:	N. di denunce di sinistri per lesioni o decessi annui
Denominatore:	N. Ricoveri effettuati nello stesso anno
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Denunce di sinistri per lesioni o decessi annui}}{\text{N. Ricoveri effettuati nello stesso anno}} \times 10.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano solo i sinistri RCT/RCO che riguardano lesioni o decessi con presunta responsabilità dell'azienda o del personale aziendale.</p> <p>Si considerano soli i sinistri relativi ad eventi accaduti nell'anno in esame.</p>
Fonte:	Sistema informatizzato regionale per la gestione dei sinistri (SRGS) – Centro Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media regionale

C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit

Definizione:	N. Medio di audit clinici realizzati per struttura complessa
Numeratore:	N. di audit clinico GRC realizzati in azienda
Denominatore:	N. di strutture complesse
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di audit clinico GRC realizzati in azienda}}{\text{N. di strutture complesse}}$
Note per l'elaborazione:	Sono escluse le strutture private
Fonte:	Centro Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana Relazione annuale aziende sanitarie
Parametro di riferimento:	<p>Si fa riferimento al Decreto N. 6604 del 22 novembre 2005</p> <p>Obiettivo Regionale: 3 per struttura complessa sanitaria</p>
Significato:	E' un indicatore del livello di adesione delle strutture complesse aziendali all'analisi dei rischi attraverso l'organizzazione di audit.

C6.2.2 Indice di diffusione delle rassegne di mortalità e morbilità

Definizione:	Numero medio di Mortality & Morbidity Review realizzate per struttura complessa
Numeratore:	N. di M&M realizzate in azienda
Denominatore:	N. di strutture complesse totali
Formola matematica:	$\frac{\text{N. di M\&M realizzate in azienda}}{\text{N. di strutture complesse totali}}$
Note per l'elaborazione:	Sono escluse le strutture private
Fonte:	Centro Gestione Rischio Clinico-Regione Toscana Relazione annuale aziende sanitarie
Parametro di riferimento:	Si fa riferimento al Decreto N. 6604 del 22 novembre 2005 Obiettivo Regionale: 6 per struttura complessa sanitaria
Significato:	E' un indicatore del livello di adesione delle strutture semplici e complesse aziendali all'analisi dei rischi attraverso l'organizzazione delle rassegne di Mortalità e Morbilità

C6.3 Impatto economico

Definizione:	Euro spesi per l'assicurazione ogni 1000 euro spesi per il personale dei 4 ruoli
Numeratore:	Quotazione polizza assicurativa RCT/RCO
Denominatore:	Costo del personale
Formola matematica:	$\frac{\text{Quotazione polizza assicurativa RCT/RCO}}{\text{Costo del personale}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	Per quotazione polizza assicurativa si intende la somma del premio e della franchigia RCT: Responsabilità Civile verso Terzi RCO: Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro
Fonte:	Struttura affari legali delle aziende sanitarie – Centro Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana Flusso CE
Parametro di riferimento:	Media Regionale

C6.4.1 Sepsì post-operatoria

Definizione:	Percentuale di sepsi per 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a 4 giorni
Numeratore:	N. dimessi con sepsi in diagnosi secondaria
Denominatore:	N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico in elezione
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimessi con sepsi come diagnosi secondaria}}{\text{N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico in elezione}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri programmati e con pre-ospedalizzazione per i dimessi maggiorenni (≥ 18 anni) con degenza ≥ 4 a giorni. Si considerano i DRG chirurgici con almeno un codice di procedura tra 01 e 86.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi secondarie: <ul style="list-style-type: none"> • Sepsì: 0380; 0381; 03810; 03811; 03819; 0382; 0383; 78552; 78559; 9980; 03840; 03841; 03842; 03843; 03844; 03849; 0388; 0389; 99591; 99592 </p> <p>Sono esclusi: <ul style="list-style-type: none"> - 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 - i dimessi con MDC 14 </p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dall' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 13 Postoperative sepsì
Parametro di riferimento:	Media regionale

C6.4.1 Sepsì post-operatoria

Specifiche codici ICD9-CM:

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;024;025;026;027;032;033;034;035;036;037;038;039;040;041;098;320;324;382;421;461;462;463;475;481;482;485;486;490;510;513;540;541;542;566;567;601

codici a 4 o 5 cifre:

0080;00800;00801;00802;00803;00804;00809;0081;0082;0083;0084;00841;00842;00843;00844;00845;00846;00847;00849;0085;3229;3600;360000;36001;36002;36004;37055;37200;37203;37204;37220;37221;37230;37300;37301;3731;37311;37312;37313;37500;37501;37530;37531;37532;3760;37601;37602;37603;37604;38010;38011;38012;38013;38014;3815;38150;38151;3823;3824;3829;38300;38301;38302;38320;38321;38400;38630;38631;38632;38633;4200;42099;42292;4643;46430;46431;4660;47822;47824;4843;4845;4848;49122;4941;5111;51901;5192;5220;5225;5227;5230;52300;52301;5233;52300;52331;52332;52333;5234;5273;5283;53641;56201;56203;56211;56213;5695;56961;5720;5721;5740;57400;57401;5743;57430;57431;5746;57460;57461;5748;57480;57481;5750;57510;57512;5754;5761;5763;5770;5901;59010;59011;5902;5903;5908;59080;59081;5909;5950;5954;59581;59589;5959;5970;5980;59800;59801;5990;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;68600;68601;68609;6868;6869;69581;7070;70700;70701;70702;70703;70704;70705;70706;70707;70709;71100;71101;71102;71103;71104;71105;71106;71107;71108;71109;71110;71111;71112;71113;71114;71115;71116;71117;71118;71119;71120;71121;71122;71123;71124;71125;71126;71127;71128;71129;71130;71131;71132;71133;71134;71135;71136;71137;71138;71139;71140;71141;71142;71143;71144;71145;71146;71147;71148;71149;71150;71151;71152;71153;71154;71155;71156;71157;71158;71159;71160;71161;71162;71163;71164;71165;71166;71167;71168;71169;71170;71171;71172;71173;71174;71175;71176;71177;71178;71179;71180;71181;71182;71183;71184;71185;71186;71187;71188;71189;71190;71191;71192;71193;71194;71195;71196;71197;71198;71199;7280;72886;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: 042,260,261,262,279,585

codici a 4 o 5 cifre: 1363,2880,2881,2882,40301,40311,40391,40402,40403,40412,40413,40492,40493,5793,9968,99680,99681,99682,99683,99684,99685,99686,99687,99689,V420,V421,V426,V427,V428,V4281,V4282,V4283,V4284,V4289,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 a 4 o 5 cifre: 2386,2733

Procedure ICD9-CM di Stato immunocompromesso:

categorie: 335,336,375,410,505

codici a 4 cifre: 5280,5281,5282,5283,5285,5286,5569

DRG di infezione:

20;68;69;70;79;80;81;89;90;91;126;238;242;277;278;279;320;321;322;368;415;416;417;423

DRG di cancro:

010,011,064,082,172,173,199,203,239,257,258,259,260,274,275,303,318,319,338,344,346,347,354,355,357,363,367,400,401,402,403,404,405,406,407,408,409,410,411,412,413,414,473,492

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

Definizione:	Deceduti in ospedale per 1.000 pazienti con DRG con tasso di mortalità inferiore allo 0,5%
Numeratore:	N. deceduti con DRG a bassa mortalità
Denominatore:	N. dimessi con DRG a bassa mortalità
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti con DRG a bassa mortalità}}{\text{N. dimessi con DRG a bassa mortalità}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	<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.</p> <p>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.
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
Parametro di riferimento:	Media regionale Tasso di popolazione (USA, 2002): 0.73 per 1.000 pazienti a rischio
Significato:	L'indicatore intende identificare i decessi di pazienti con ospedalizzazione a basso rischio.

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

Specifiche codici ICD9-CM:

Elenco DRG a bassa mortalità:

006,021,036,037,039,040,042,043,044,045,049,050,051,052,053,055,056,057,059,063,065,067,068,069,072,096,097,118,125,134,140,141,142,143,166,167,177,178,179,187,223,224,225,228,229,231,232,237,244,245,246,247,257,258,261,262,267,268,276,288,289,290,291,295,323,324,334,335,336,337,339,341,342,350,353,356,358,359,360,361,362,364,369,370,371,372,373,374,375,376,377,378,379,380,381,382,383,384,421,425,426,427,428,430,431,432,433,439,441,447,471,491,496,497,498,499,500,503,517,518,521,522,523

Esclusioni:

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: 042,260,261,262,279,585

codici a 4 o 5 cifre:

1363,2880,2881,2882,40301,40311,40391,40402,40403,40412,40413,40492,40493,5793,9968,99680,99681,99682,99683,99684,99685,99686,99687,99689,V420,V421,V426,V427,V428,V4281,V4282,V4283,V4284,V4289,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 a 4 o 5 cifre: 2386,2733

Procedure ICD9-CM di Stato immunocompromesso:

categorie: 335,336,375,410,505

codici a 4 o 5 cifre: 5280,5281,5282,5283,5285,5286,5569

C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica

Definizione:	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico
Numeratore:	N. di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria
Denominatore:	N. dimessi con DRG chirurgico
Formola matematica:	$\frac{\text{N. dimessi con embolia polmonare e/o trombosi venosa profonda in diagnosi secondaria}}{\text{N. dimessi con DRG chirurgico}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i DRG chirurgici con almeno un codice di procedura tra 01 e 86, per i dimessi maggiorenni (≥ 18 anni).</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi secondarie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Embolia polmonare: 415.11; 415.19 • Trombosi venosa profonda: 451.11; 451.19; 451.2; 451.81; 451.9; 453.8; 453.9 <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I dimessi con diagnosi principale di embolia polmonare o trombosi venosa profonda - I dimessi appartenenti alla MDC 14 - I pazienti con procedura principale di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa è l'unica procedura effettuata - I pazienti con procedura secondaria di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa procedura viene eseguita il giorno stesso o il precedente dell'intervento principale
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dall' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 12 Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis
Parametro di riferimento:	Media regionale
Significato:	L'indicatore intende identificare i casi di trombosi venosa profonda/embolia polmonare insorti in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. E' utile per valutare l'efficacia (appropriatezza, tempestività, durata) della prevenzione di malattia tromboembolica del paziente chirurgico.

C7.1 Percentuale di parti cesarei depurato

Definizione:	Percentuale di parti cesarei NTSV
Numeratore:	Numero di parti cesarei NTSV
Denominatore:	Numero di parti NTSV
Formola matematica:	$\frac{\text{N. parti cesarei NTSV}}{\text{N. parti NTSV}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne primipare, • parto a termine tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea incluse, • parto non gemellare, • bambino in posizione vertice <p>Si escludono i parti con indicazione di procreazione medico-assistita Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: $\leq 15\%$
Significato:	E' un indicatore di appropriatezza della modalità di parto, relativo al comportamento dei professionisti riguardo al parto cesareo, depurato da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso.

C7.2 Percentuale di parti indotti

Definizione:	Percentuale di parti con induzione farmacologica
Numeratore:	Numero di parti vaginali con induzione farmacologica
Denominatore:	Numero di parti vaginali
Formola matematica:	$\frac{\text{N. parti vaginali con induzione farmacologica}}{\text{N. parti vaginali}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p><u>Num:</u> modalità iniziale del travaglio: indotta</p> <p><u>Den:</u> modalità iniziale del travaglio: spontanea + indotta</p> <p>Si escludono dal conteggio i parti dove la modalità del travaglio corrisponde a "non avvenuto", in cui il parto viene riconvertito in cesareo</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
Parametro di riferimento:	Media regionale

C7.3 Percentuale di episiotomia depurato

Definizione:	Percentuale di episiotomie su donne NTSV
Numeratore:	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali NTSV
Denominatore:	Numero di parti vaginali NTSV
Formola matematica:	$\frac{\text{N. episiotomie effettuate su parti vaginali NTSV}}{\text{N. parti vaginali NTSV}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex):</p> <ul style="list-style-type: none"> • donne primipare, • parto a termine tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea incluse, • parto non gemellare, • bambino in posizione vertice <p>Si escludono dal conteggio i parti dove non è registrata l'informazione relativa all'episiotomia; per questo alcuni dati non sono disponibili o incompleti.</p> <p>Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni</p> <p>Parto vaginale considera spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento.</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
Parametro di riferimento:	Media regionale

C7.4 Tasso di neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto, per 1.000 nati vivi

Definizione:	Tasso di neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto, per 1.000 nati vivi
Numeratore:	Numero di neonati con indice di Apgar <7 al 5° minuto
Denominatore:	Numero nati vivi
Formula matematica:	$\frac{\text{N. neonati con indice di Apgar } <7 \text{ al } 5^{\circ} \text{ minuto}}{\text{N. nati vivi}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	<p><u>Num:</u> valori di Apgar compresi tra 1 e 6 <u>Den:</u> valori di Apgar compresi tra 1 e 10</p> <p>Si considerano esclusivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le gravidanze fisiologiche - parti a termine (tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea incluse) - valori di Apgar corretti (compresi tra i valori ammissibili): flag errore Apgar = 0
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
Parametro di riferimento:	Media regionale
Significato:	E' un indicatore di sofferenza fetale durante il parto

C7.5 Percentuale di fughe per parto

Definizione:	Percentuale di fughe per parto
Numeratore	N. parti di donne residenti erogati fuori Ausl e AOU di riferimento e fuori regione
Denominatore:	N. parti di donne residenti nella Asl ovunque erogati
Formula matematica:	$\frac{\text{N. parti di residenti erogati fuori Ausl e AOU di riferimento e Regione}}{\text{N. parti di residenti nella Asl ovunque erogati}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano congiuntamente le Ausl e AOU che insistono sullo stesso territorio; le fughe sono relative a parti di residenti avvenuti fuori Ausl e AOU di riferimento e fuori Regione</p> <p><i>Codifiche DRG: 370-371-372-373-374-375</i></p>
Parametro di riferimento	Obiettivo regionale: ≤ 10%

C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

Definizione:	Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
Numeratore:	Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
Denominatore:	Numero parti vaginali
Formula matematica:	$\frac{\text{N. parti vaginali con utilizzo di ventosa o forcipe}}{\text{N. parti vaginali}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Parto vaginale considera spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento.
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP
Parametro di riferimento:	Media regionale

C7.7 Tasso di ricoveri in pediatria

Definizione:	Tasso di ricoveri di residenti in pediatria (0-14 anni)
Numeratore:	Numero di ricoveri di residenti in pediatria (0-14 anni)
Denominatore:	Popolazione residente (0-14 anni)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di ricoveri di residenti in pediatria (0-14 anni)}}{\text{Popolazione residente (0-14 anni)}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital. Codice reparto 39.</p> <p><i>Sono esclusi i ricoveri:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi ai neonati sani
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.1 Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni

Definizione:	Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni sui ricoveri per residenti
Numeratore:	N. dimessi con degenza superiore a 30 giorni per Ausl di residenza
Denominatore:	N. dimessi per Ausl di residenza
Formola matematica:	$\frac{\text{N. dimessi con degenza} > 30\text{gg per Ausl di residenza}}{\text{N. dimessi per Ausl di residenza}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani. Si considerano solo i ricoveri ordinari.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i ricoveri erogati da strutture private non accreditate - i ricoveri relativi ai neonati sani (Descrizione neonato sano= no neonato sano) - i pazienti ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di: 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 - i bambini di età inferiore ad 1 anno - i dimessi psichiatrici (DRG 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 521,522, 523)
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≤ 1%
Significato:	E' un indicatore indiretto della capacità del territorio di evitare i cosiddetti ricoveri sociali

C8a.2 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni con stessa MDC in una qualunque delle strutture pubbliche toscane

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 novembre tra 31 e 180 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
Formola matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC}}{\text{N. Ricoveri}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a residenti in regione, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>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</p> <p>Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.3 Tasso di concepimenti per 1.000 residenti minorenni

Definizione:	Tasso di concepimento per 1.000 residenti minorenni
Numeratore:	N. parti + N. interruzioni volontarie di gravidanza + N. aborti spontanei di donne minorenni residenti
Denominatore:	Popolazione di donne minorenni
Formula matematica:	$\frac{\text{N. CAP} + \text{N. IVG} + \text{N. AS di donne residenti 12-17 anni}}{\text{N. donne residenti 12-17 anni}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	La popolazione di riferimento è costituita da donne minorenni (12-17 anni) per azienda di residenza
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso CAP, IVG, AS
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.5 Tasso di ricoveri per patologie psichiatriche > 17 anni

Definizione:	Tasso di ricoveri per patologie psichiatriche per 100.000 residenti >17 anni
Numeratore:	N. ricoveri con patologie psichiatriche > 17 anni relativi ai residenti nella Ausl
Denominatore:	Popolazione > 17 anni residente nella Ausl
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri con patologie psichiatriche > 17 anni}}{\text{Popolazione > 17 anni}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani.</p> <p>Si considerano i ricoveri ordinari, di residenti maggiorenni, dimessi con DRG psichiatrici.</p> <p><i>Codifiche DRG:</i> 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523</p> <p>Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.6 Percentuale di TSO su dimessi con patologie psichiatriche

Definizione:	Percentuale di TSO (ricovero per Trattamento Sanitario Obbligatorio) su dimessi da psichiatria > 17 anni
Numeratore:	N. TSO relativi ai residenti nella Ausl > 17 anni
Denominatore:	N. dimessi da psichiatria > 17 anni residenti nella Ausl
Formula matematica:	$\frac{\text{N. TSO per residenti > 17 anni}}{\text{N. residenti dimessi da psichiatria > 17 anni}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani. Si considerano i ricoveri ordinari, di residenti maggiorenni, dimessi con DRG psichiatrici. <i>Codifiche DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523</i></p> <p>Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.7 Tasso di ricoveri per patologie psichiatriche <= 17 anni

Definizione:	Tasso di ricoveri per patologie psichiatriche per 100.000 residenti <= 17 anni
Numeratore:	N. ricoveri con patologie psichiatriche <= 17 anni relativi ai residenti nella Ausl
Denominatore:	Popolazione <= 17 anni residente nella Ausl
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri con patologie psichiatriche <= 17 anni}}{\text{Popolazione <= 17 anni}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani. Si considerano i ricoveri ordinari, di residenti minorenni, dimessi con DRG psichiatrici. <i>Codifiche DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523</i></p> <p>Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.10 Tasso di accesso al consultorio

Definizione:	Tasso di accesso al consultorio
Numeratore:	N. di utenti per azienda di residenza che accedono al consultorio
Denominatore:	Popolazione residente
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di utenti per azienda di residenza che accedono al consultorio}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso PREST
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.11 Indice di Ritenzione al SERT

Definizione:	Ritenzione al SERT delle persone trattate nel corso dell'anno
Numeratore:	Numero di utenti in carico terapeutico che mantengono il rapporto con il servizio nell'anno
Denominatore:	Numero di utenti in carico terapeutico nell'anno
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero di utenti in carico terapeutico che mantengono il rapporto con il servizio nell'anno}}{\text{Numero di utenti in carico terapeutico nell'anno}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SIRT
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.12 Uso degli antidepressivi nella popolazione generale

Definizione:	Consumo medio farmaci antidepressivi erogati dalle farmacie territoriali per 1.000 residenti
Numeratore:	N. totale dei cittadini (<= 18 anni) che consumano farmaci antidepressivi nel periodo x 1.000
Denominatore:	N. residenti del periodo
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero dei cittadini (<= 18 anni) che hanno consumato farmaci antidepressivi nel periodo} \times 1000}{\text{N. residenti nel periodo}}$
Note per l'elaborazione:	Si considerano tutti i tipi di antidepressivi inclusi gli SSRI
Fonte:	Settore Farmaceutico, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.13 Tasso di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche

Definizione:	Tasso di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche entro 30gg dalla dimissione in una qualunque struttura pubblica e/o convenzionata toscana
Numeratore:	N. ricoveri ripetuti dei dimessi dal 1 gennaio al 30 novembre entro 30 giorni con uno dei Drg psichiatrici selezionati in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic)
Denominatore:	N. Ricoveri con patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni dalla dimissione con uno dei Drg psichiatrici selezionati}}{\text{N. Ricoveri con patologie psichiatriche}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri erogati in Toscana relativi a residenti toscani, con codice fiscale corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno.</p> <p><i>Codifiche DRG: 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 523</i></p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, stessa diagnosi, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione entro 30 giorni.</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 30 giorni dal primo o secondo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.14 Utenti minorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale

Definizione:	Tasso di utenti minorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale
Numeratore:	Numero di utenti minorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale
Denominatore:	Popolazione residente (0-17 anni)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di utenti minorenni presso il DSM}}{\text{Popolazione residente (0-17 anni)}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	"Utenti attivi": si intende tutti gli utenti con cartella clinica territoriale aperta in passato o nell'anno in corso e rimasta attiva per tutto l'anno di riferimento o chiusa nell'anno di riferimento
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SALM
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.15 Nuovi utenti minorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale

Definizione:	Tasso di nuovi utenti minorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale
Numeratore:	Numero di nuovi utenti minorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale
Denominatore:	Popolazione residente (0-17 anni)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di nuovi utenti minorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale}}{\text{Popolazione residente (0-17 anni)}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SALM
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.16 Utenti maggiorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale

Definizione:	Tasso di utenti maggiorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale
Numeratore:	Numero di utenti maggiorenni attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale
Denominatore:	Popolazione residente (>=18 anni)
Formola matematica:	$\frac{\text{N. di utenti maggiorenni attivi presso il DSM}}{\text{Popolazione residente (>=18 anni)}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	"Utenti attivi": si intende tutti gli utenti con cartella clinica territoriale aperta in passato o nell'anno in corso e rimasta attiva per tutto l'anno di riferimento o chiusa nell'anno di riferimento
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SALM
Parametro di riferimento:	Media regionale

C8a.17 Nuovi utenti maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale

Definizione:	Tasso di nuovi utenti maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale
Numeratore:	Numero di nuovi utenti maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale
Denominatore:	Popolazione residente (>= 18 anni)
Formola matematica:	$\frac{\text{N. di utenti nuovi maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale}}{\text{Popolazione residente (>= 18 anni)}} \times 100$
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SALM
Parametro di riferimento:	Media regionale

C9.1 Inibitori di Pompa Protonica

Definizione:	Consumo di farmaci Inibitori di pompa protonica (IPP ATC= A02BC) erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:	N. unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	Popolazione residente gennaio 2005 pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007
Formola matematica:	$\frac{\text{N.di unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}{\text{Popolazione residente gennaio 2005 pesata secondo i criteri del PSR 2005-2007}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: $\leq 8,1$ u.p. delibera n°463/06

C9.2 Tasso di abbandono delle Statine

Definizione:	Percentuale di utenti che consumano meno di 3 confezioni di statine (ATC= C10AA) all'anno erogati dalle farmacie in regime convenzionale
Numeratore:	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno x100
Denominatore:	N. utenti che consumano statine
Formola matematica:	$\frac{\text{N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno x100}}{\text{N. utenti che consumano statine}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento	Obiettivo regionale, delibera n°463/06

C9.3 Antagonisti dell'angiotensina II

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 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina"
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 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Formula matematica:	$\frac{\text{N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale} \times 100}{\text{N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento	Obiettivo regionale: <=20%, delibera n°463/06

C9.4 Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)

Definizione:	Consumo giornaliero in DDD su 1000 ab/die di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina SSRI (ATC= N06AB) erogati dalle farmacie territoriali per 1000 residenti
Numeratore:	N. totale DDD farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina SSRI (ATC= N06AB) consumati nel periodo per principio attivo x 1000
Denominatore:	N. residenti x giorni del periodo
Formula matematica:	$\frac{\text{N. totale DDD farmaci consumati nel periodo per principio attivo} \times 1000}{\text{N. residenti} \times \text{giorni nel periodo}}$
Note per l'elaborazione:	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
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: <= 30DDD per 1000 ab/die, delibera n°463/06

C10.1 Percentuale di soggetti deceduti a casa per tumore maligno

Definizione:	Percentuale di soggetti deceduti a casa per tumore maligno, per azienda di residenza, standardizzato per età
Numeratore:	Numero di deceduti a casa per tumore maligno
Denominatore:	Numero di deceduti per tumore maligno
Formola matematica:	$\frac{\text{N. deceduti a casa per tumore maligno}}{\text{N. deceduti per tumore maligno}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Nel luogo casa sono inseriti anche i dati relativi ai deceduti in struttura socioassistenziale (dato presente nella certificazione ISTAT)
Fonte:	Elaborazioni del Registro Tumori della Regione Toscana – ITT, da fonte registro di Mortalità Regionale RMR
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Standardizzazione:	Età (come popolazione standard si considerano i deceduti per tumore maligno in Regione Toscana dell'anno di riferimento).

C11a.1.1 Tasso di ricovero per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni

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
Formola matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni}}{\text{Popolazione 50-74 anni}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari dei residenti in Toscana, extra regione esclusi.</p> <p>Sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75).</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i> 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93</p> <p>Esclusi i dimessi con codici 35.**, 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura.</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C11a.1.2 Residenti con Scompensamento Cardiaco che hanno effettuato almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio

Definizione:	Residenti con Scompensamento Cardiaco che hanno effettuato almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio
Numeratore:	Pazienti scompensati con almeno una misurazione annuale di creatinina, sodio e potassio
Denominatore:	Totale residenti con scompensamento cardiaco
Formola matematica:	$\frac{\text{Pazienti scompensati con almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio}}{\text{Totale residenti con scompensamento cardiaco}} \times 100$
Note:	<p>Criteri di identificazione dei pazienti con insufficienza cardiaca:</p> <p>–SDO: Dimissione a partire dal 1999 da ricovero con diagnosi di Insufficienza Cardiaca (ICD9-CM= 428*, 39891, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493) in qualunque campo diagnosi.</p> <p>–ET: Esenzione per insufficienza cardiaca (codice esenzione = 1428).</p> <p>- SPA: esami di creatinina, sodio e potassio consumati da soggetti scompensati residenti</p>
Fonte:	ARS - Flussi Sanitari Correnti (n.b. dati attuali 2007, dati 2008 disponibili da giugno 2009)
Parametro di riferimento:	In corso di definizione da parte dell'Assessorato.

C11a.1.3 Residenti con Scompensamento Cardiaco in terapia con ACEinibitore - sartani

Definizione:	Residenti con Scompensamento Cardiaco in terapia con ACEinibitore o sartani
Numeratore:	Pazienti scompensati in terapia con ACEinibitore o sartani
Denominatore:	Totale residenti con scompensamento cardiaco
Formola matematica:	$\frac{\text{Pazienti scompensati in terapia con ACEinibitore o sartani}}{\text{Totale residenti con scompensamento cardiaco}} \times 100$
Note:	<p>Criteri di identificazione dei pazienti con insufficienza cardiaca:</p> <p>– SDO: Dimissione a partire dal 1999 da ricovero con diagnosi di Insufficienza Cardiaca (ICD9-CM= 428*, 39891, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493) in qualunque campo diagnosi.</p> <p>– ET: Esenzione per insufficienza cardiaca (codice esenzione = 1428).</p> <p>- SPF e FED: in terapia con ACEinibitore o sartani</p>
Fonte:	ARS - Flussi Sanitari Correnti (n.b. dati attuali 2007, dati 2008 disponibili da giugno 2009)
Parametro di riferimento:	In corso di definizione da parte dell'Assessorato.

C11a.1.4 Residenti con Scompensamento Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante (*tra quelli con indicazione da Linee Guide*)

Definizione:	Residenti con Scompensamento Cardiaco in terapia con terapia con beta-bloccante
Numeratore:	Pazienti scompensati in terapia con terapia con beta-bloccante
Denominatore:	Totale residenti con scompensamento cardiaco
Formula matematica:	$\frac{\text{Pazienti scompensati in terapia con beta-bloccante}}{\text{Totale residenti con scompensamento cardiaco}} \times 100$
Note:	<p>Criteri di identificazione dei pazienti con insufficienza cardiaca:</p> <p>–SDO: Dimissione a partire dal 1999 da ricovero con diagnosi di Insufficienza Cardiaca (ICD9-CM= 428*, 39891, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493) in qualunque campo diagnosi.</p> <p>–ET: Esenzione per insufficienza cardiaca (codice esenzione = 1428).</p> <p>- SPF e FED: in terapia con terapia con beta-bloccante (metoprololo, bisoprololo, carvedilolo, nebivololo)</p>
Fonte:	ARS - Flussi Sanitari Correnti (n.b. dati attuali 2007, dati 2008 disponibili da giugno 2009)
Parametro di riferimento:	In corso di definizione da parte dell'Assessorato.

C11a.2.1 Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni

Definizione:	Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 20-74 anni
Numeratore:	N. ricoveri per diabete 20-74 anni relativi ai residenti nella Ausl
Denominatore:	Popolazione residente 20-74 anni residente nella Ausl
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per diabete 20-74 anni}}{\text{Popolazione residente 20-74 anni}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari dei residenti in Toscana, extra regione esclusi.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale) <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i> 250.xx Diabete mellito</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C11a.2.2 Residenti con Diabete che hanno effettuato almeno una misurazione di Emoglobina Glicata

Definizione:	Residenti con Diabete che hanno effettuato almeno una misurazione annuale di Emoglobina Glicata
Numeratore:	Pazienti diabetici con almeno una misurazione di emoglobina glicata nell'anno
Denominatore:	Totale residenti diabetici
Formola matematica:	$\frac{\text{Pazienti diabetici con almeno una misurazione di emoglobina glicata nell'anno}}{\text{Totale residenti diabetici}} \times 100$
Note:	<p>Criteri di identificazione dei pazienti con diabete:</p> <ul style="list-style-type: none"> – SDO: Dimissione a partire dal 1999 con diagnosi di diabete (ICD9CM = 250*) in qualunque campo diagnosi. – SPF/FED: Almeno due prescrizioni in date distinte in un anno a partire dal 2003 per farmaci antidiabetici (ATC = A10*). – ET: Esenzione per diabete (codice esenzione = 1250). – SPA: esami di misurazione emoglobina glicata (HbAc) consumati da soggetti diabetici residenti
Fonte:	ARS - Flussi Sanitari Correnti (n.b. dati attuali 2007, dati 2008 disponibili da giugno 2009)
Parametro di riferimento:	In corso di definizione da parte dell'Assessorato.

C11a.2.3 Residenti con Diabete che hanno effettuato almeno un esame della Retina

Definizione:	Residenti con Diabete che hanno effettuato almeno un esame annuale della Retina
Numeratore:	Pazienti diabetici con almeno un esame della retina nell'anno
Denominatore:	Totale residenti diabetici
Formola matematica:	$\frac{\text{Pazienti diabetici con almeno un esame retina nell'anno}}{\text{Totale residenti diabetici}} \times 100$
Note:	<p>Criteri di identificazione dei pazienti con diabete:</p> <ul style="list-style-type: none"> – SDO: Dimissione a partire dal 1999 con diagnosi di diabete (ICD9CM = 250*) in qualunque campo diagnosi. – SPF/FED: Almeno due prescrizioni in date distinte in un anno a partire dal 2003 per farmaci antidiabetici (ATC = A10*). – ET: Esenzione per diabete (codice esenzione = 1250). – SPA: Esami del fundus oculi consumati da soggetti diabetici residenti
Fonte:	ARS - Flussi Sanitari Correnti (n.b. dati attuali 2007, dati 2008 disponibili da giugno 2009)
Parametro di riferimento:	In corso di definizione da parte dell'Assessorato.

C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete

Definizione:	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
Numeratore:	N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
Denominatore:	Popolazione residente
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di amputazioni maggiori per diabete}}{\text{Popolazione residente}} \times 1.000.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano solo i ricoveri dei residenti in Toscana, extra regione esclusi.</p> <p>Codici DRG: 113 - Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale o in una delle secondarie:</i> 250.xx Diabete mellito</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C11a.3.1 Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni

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
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per BPCO 50-74 anni}}{\text{Popolazione 50-74 anni}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari dei residenti in Toscana, extra regione esclusi.</p> <p>Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75).</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i> 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496*: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale – Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C11a.4.1 Tasso di ricovero per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni

Definizione:	Tasso di ricovero per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni
Numeratore:	N. ricoveri per polmonite 20-74 anni relativi ai residenti nella Ausl
Denominatore:	Popolazione 20-74 anni residente nella Ausl
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per polmonite 20-74 anni}}{\text{Popolazione 20-74 anni}} \times 100.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari dei residenti in Toscana, extra regione esclusi. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75).</p> <p>Codici Drg: 79-80-89-90</p> <p>Esclusioni codici ICD9-CM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 010.xx, 011.xx, 012.xx in diagnosi principale: Tuberculosis primaria, polmonare e dell'apparato respiratorio - 482.84 in diagnosi principale o secondarie: Malattia dei legionari - 506.0, 506.1, 506.2, 506.3 in diagnosi principale o secondarie: Condizioni morbose respiratorie da inalazione di fumi e vapori chimici - 507.0, 507.1, 507.8 in diagnosi principale o secondarie: Polmonite da solidi e liquidi
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

C11a.5.1 Residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di osservazione

Definizione:	Residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica
Numeratore:	Residenti con Ictus in terapia con terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di osservazione
Denominatore:	Totale residenti con Ictus in terapia
Formula matematica:	$\frac{\text{Pazienti con ictus in terapia antitrombotica - ddd > 50\% giorni di osservazione}}{\text{Totale residenti con Ictus}} \times 100$
Note:	<p>Criteri di identificazione dei pazienti con Ictus:</p> <p>–SDO: Dimissione a partire dal 1999 da ricovero ordinario con codici 430*; 431*; 432*; 434*; 436* in diagnosi di dimissione principale e in reparto non riabilitativo né lungodegenti.</p> <p>- SPF e FED: consumo di farmaci antitrombotici espressi in ddd per almeno un 50% dei giorni del periodo di osservazione da parte di soggetti con Ictus residenti</p>
Fonte:	ARS - Flussi Sanitari Correnti (n.b. dati attuali 2007, dati 2008 disponibili da giugno 2009)
Parametro di riferimento:	In corso di definizione da parte dell'Assessorato.

C11a.6.1 Residenti con Ipertensione che hanno effettuato almeno una misurazione del Profilo Lipidico

Definizione:	Residenti con Ipertensione che hanno effettuato una misurazione del Profilo Lipidico
Numeratore:	Paziente ipertesi con almeno una misurazione del Profilo Lipidico nell'anno
Denominatore:	Totale residenti con ipertensione
Formula matematica:	$\frac{\text{Paziente ipertesi con almeno una misurazione del Profilo Lipidico}}{\text{Totale residenti con ipertensione}} \times 100$
Note:	<p>Criteri di identificazione dei pazienti ipertesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ET: Esenzione per ipertensione (codice esenzione = 1000 1401 1402 1403 1404 1405) - SPA: consumo di esami del profilo lipidico da parte di soggetti ipertesi residenti.
Fonte:	ARS - Flussi Sanitari Correnti (n.b. dati attuali 2007, dati 2008 disponibili da giugno 2009)
Parametro di riferimento:	In corso di definizione da parte dell'Assessorato.

C12.1 Volumi e setting di ricovero dell'attività chirurgica

Note per l'elaborazione:	<p>Si mettono a confronto le seguenti variabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Volumi di attività</u>: Ricoveri ordinari, Day-Surgery e Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali Chirurgiche - <u>Peso medio</u>: Ricoveri ordinari e Day-Surgery <p>Per i ricoveri si considerano i dimessi con Drg Chirurgico erogati in toscana a residenti toscani (esclusi neonati sani e strutture non accreditate).</p> <p>Per le Prestazioni specialistiche ambulatoriali si considerano le prestazioni chirurgiche erogate in toscana a residenti toscani.</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flussi SDO e SPA

C12.2 Week Surgery:

% ricoveri chirurgici programmati con degenza 2-5 giorni che rimangono in ospedale al massimo dal lunedì al venerdì

Definizione:	Percentuale ricoveri chirurgici programmati con degenza 2-5 giorni che rimangono in ospedale al massimo dal lunedì al venerdì
Numeratore:	N. ricoveri chirurgici programmati con degenza 2-5 giorni che rimangono in ospedale al massimo dal lunedì al venerdì
Denominatore:	N. ricoveri chirurgici programmati con degenza 2-5 giorni
Formola matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri chirurgici programmati con degenza 2-5 giorni che rimangono in ospedale al massimo dal lunedì al venerdì}}{\text{N. ricoveri chirurgici programmati con degenza 2-5 giorni}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Sono inclusi solo i presidi pubblici.</p> <p>Si considerano i ricoveri ordinati programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione con DRG chirurgico e degenza tra 2 e 5 giorni compresi.</p> <p>Al numeratore si conteggiano i ricoveri ammessi il lunedì con degenza 2-3-4-5 gg, ammessi il martedì con degenza 3-4-5 gg, ammessi il mercoledì con degenza 2-3 gg, ammessi il giovedì con degenza 2 gg.</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Parametro di riferimento:	Media regionale

D8a Livello di soddisfazione percorso emergenza

Definizione:	Livello di soddisfazione Pronto Soccorso
Note per l'elaborazione:	<p>Il punteggio è stato calcolato partendo dalle percentuali di risposta ottenute alla domanda:</p> <p>"Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla qualità della assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?"</p> <p>L'indicatore è formato anche da sottoindicatori che offrono informazioni aggiuntive sulla qualità del servizio. Le valutazioni, calcolate sulla base delle distribuzioni dei principali items presenti nel questionario, sono state raccolte in 5 dimensioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale medico, • Personale infermieristico, • Coinvolgimento/Umanizzazione, • Accesso/Accoglienza, • Comfort
Fonte:	Indagine CATI: "Il percorso emergenza. L'esperienza e la soddisfazione degli utenti" – Anno 2008 Laboratorio MeS
Popolazione di riferimento:	<p>La popolazione da cui è stato estratto il campione è rappresentata dagli utenti maggiorenni che si sono recati in uno dei Pronto Soccorso toscani nel l'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</p> <p>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</p>

D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso

Definizione:	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso
Numeratore:	N. abbandoni
Denominatore:	N. accessi al Pronto Soccorso
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di abbandoni}}{\text{N. accessi al Pronto Soccorso}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si intendono con abbandoni le persone che lasciano il Pronto Soccorso dopo il triage e prima della visita medica
Fonte:	Dati aziendali

D10a Livello di insoddisfazione del Percorso emergenza

Definizione:	Livello di insoddisfazione Pronto Soccorso
Note per l'elaborazione:	<p>Gli insoddisfatti della qualità complessiva del PS sono identificati dai pazienti che hanno risposto 1 o 2 alla domanda: "Da 1 a 5, qual è il suo giudizio sulla qualità della assistenza ricevuta nel Pronto Soccorso?"</p> <p>L'indicatore è formato anche da sottoindicatori che offrono informazioni aggiuntive sulla qualità del servizio. Le valutazioni, calcolate sulla base delle distribuzioni dei principali items presenti nel questionario, sono state raccolte in 5 dimensioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale medico, • Personale infermieristico, • Coinvolgimento/Umanizzazione, • Accesso/Accoglienza, • Comfort
Fonte:	Indagine CATI "Il percorso emergenza. L'esperienza e la soddisfazione degli utenti" – Anno 2008 Laboratorio MeS
Popolazione di riferimento:	<p>La popolazione da cui è stato estratto il campione è rappresentata dagli utenti maggiorenni che si sono recati in uno dei Pronto Soccorso toscani nel l'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</p> <p>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</p>

D15a Soddisfazione complessiva per i servizi del distretto

Definizione	<p>Soddisfazione dei cittadini che ricorrono ai servizi del distretto</p> <p>L'indicatore e' stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguente domanda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In riferimento a tutti i servizi distrettuali di cui ha usufruito, da 1 a 5, come valuta complessivamente questi servizi? <p>Per avere maggiori informazioni sulla percezione che i cittadini hanno del servizio, nell'indicatore sono riportate anche le valutazioni che riguardano specifici aspetti del servizio e che sono state calcolate sulla base delle risposte date alle seguenti domande</p>
Quesiti	<ol style="list-style-type: none"> 1. In riferimento a tutti i servizi distrettuali di cui ha usufruito, da 1 a 5, come valuta l'organizzazione di questi servizi? 2. Da 1 a 5, quanto ritiene comodi gli orari di apertura rispetto alle sue esigenze? 3. Da 1 a 5, come valuta la gentilezza del personale socio-sanitario? 4. Da 1 a 5, come valuta la gentilezza del personale amministrativo? 5. Da 1 a 5, come valuta la professionalità del personale socio-sanitario? 6. Da 1 a 5, come valuta la professionalità del personale amministrativo? 7. Da 1 a 5, come valuta le visite specialistiche organizzate dal distretto? 8. Da 1 a 5, come valuta gli esami diagnostici organizzati dal distretto? 9. Da 1 a 5, come valuta i servizi amministrativi del distretto?
Nota metodologica	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Hanno risposto ai quesiti sui servizi del distretto i soli cittadini che ne hanno usufruito nei 12 mesi precedenti l'intervista.</p> <p>Al fine di correggere delle distorsioni nei risultati, intrinsecamente correlate all'utilizzo della lista campionaria degli abbonati alla telefonia fissa, ai risultati sono stati applicati dei pesi appositamente attribuiti a seconda del sesso, dell'età e della zona-distretto del rispondente. Le percentuali riportate sono dunque aggiustate in base a tali pesi, mentre il numero degli intervistati si riferisce alla quantità esatta di questionari compilati.</p>
Fonte	Indagine "I servizi distrettuali e la capacità di informazione delle aziende sanitarie" - Anno 2008

D19 Ricoveri ospedalieri

Definizione:	Livello di soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario
Note per l'elaborazione:	<p>Il punteggio è stato calcolato partendo dalle percentuali di risposta ottenute alla domanda:</p> <p>"Da 1 a 5, come valuta complessivamente l'assistenza ricevuta?"</p> <p>L'indicatore è formato anche da sottoindicatori che offrono informazioni aggiuntive sulla qualità del servizio. Le valutazioni, calcolate sulla base delle distribuzioni dei principali items presenti nel questionario, sono state raccolte in 3 dimensioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapporto medico - paziente, • Rapporto infermiere - paziente, • Comunicazione
Fonte:	Indagine CATI: "Gli utenti del servizio di ricovero ospedaliero: dall'esperienza alla valutazione" – Anno 2008 Laboratorio MeS
Popolazione di riferimento:	<p>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.</p> <p>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.</p>

Indicatore D20a: Soddisfazione complessiva per i servizi assistenza domiciliare

Definizione	Soddisfazione dei cittadini che beneficiano dei servizi di assistenza domiciliare
Quesiti	<p>L'indicatore e' stato costruito tenendo conto di come gli utenti hanno risposto alle seguente domanda:</p> <p style="padding-left: 40px;">1. Come valuta complessivamente l'assistenza domiciliare che lei/il paziente ha ricevuto?</p> <p>Per avere maggiori informazioni sulla percezione che i cittadini hanno del servizio, nell'indicatore sono riportate anche le valutazioni che riguardano specifici aspetti del servizio e che sono state calcolate sulla base delle risposte date alle seguenti domande</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Da quando ha ottenuto l'A.D. gli operatori hanno coinvolto lei o i suoi familiari nell'organizzazione delle visite a casa? 2. Il personale che viene a casa fissa gli orari delle visite? 3. Gli orari fissati dal personale vengono rispettati? 4. Come valuta la gentilezza del personale che viene a casa per l'A.D.? 5. Come valuta la professionalità del personale che viene a casa per l'A.D.? 6. Le sembra (lei o il paziente) di essere trattato con umanità/rispetto dal personale che viene a casa? 7. Come valuta la qualità del servizio dell'infermiere/infermieri? 8. Le informazioni che lei/il paziente ha ricevuto dai professionisti che vengono a casa per l'A.D. sono state chiare? 9. Quando lei chiede informazioni o chiarimenti sulla sua malattia, ha la sensazione di essere ascoltato? 10. Ha avuto la sensazione che ci fosse un'adeguata comunicazione tra il personale che si prende cura di lei/del paziente? 11. Secondo lei, i diversi professionisti che vengono a casa per l'assistenza domiciliare sono coordinati tra loro? 12. I professionisti che vengono a casa hanno detto a lei o ai suoi familiari come comportarsi in loro assenza?
Nota metodologica	<p>La popolazione di riferimento per la definizione della numerosità campionaria è costituita dagli assistiti in AD nel periodo marzo – giugno 2008, secondo criteri concordati con referenti di Area vaste. La lista campionaria è stata costruita nello stesso periodo in cui è avvenuto il reclutamento dei pazienti supportato metodologicamente dalla "guida per il reclutamento dei pazienti che usufruiscono di assistenza domiciliare", concordata con gli stessi operatori. Nella lista sono confluiti solo i dati dei pazienti/parenti che hanno manifestato la propria disponibilità; in caso di impossibilità fisica o mentale dei pazienti, è stato reclutato infatti un familiare o altra persona vicina (es. badante) in grado di parlare correttamente l'italiano.</p> <p>Il campione all'interno della popolazione arruolata è stato estratto in modo casuale e stratificato per Azienda, in modo che la rilevazione potesse generare risultati rappresentativi della popolazione. Su ogni strato sono stati stabiliti dei livelli di significatività statistica al 95% ed una precisione delle stime del 7%.</p> <p>La metodologia appena illustrata ha dato origine ad un campione di numerosità complessiva regionale pari a: 2.342 cittadini. Le interviste sono state condotte da un gruppo di rilevatori del Centro CATI del Laboratorio Mes appositamente formati nella conduzione di indagini telefoniche sui servizi sanitari. La metodologia Cati prevede che gli operatori siano supportati nel corso dell'intervista da un apposito software che consente la gestione contestuale del contatto e del data entry.</p>
Fonte	Indagine "I cittadini toscani e i servizi di assistenza domiciliare" - Anno 2008

E1 Tasso di risposta all'indagine di clima interno

Definizione:	Tasso di risposta all'indagine di clima interno
Numeratore:	N. osservazioni rilevate (DIRIGENZA + COMPARTO)
Denominatore:	N. osservazioni attese (DIRIGENZA + COMPARTO)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. osservazioni rilevate (DIRIGENZA + COMPARTO)}}{\text{N. osservazioni attese (DIRIGENZA + COMPARTO)}} \times 100$
Fonte:	Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Significato:	L'indicatore esprime la percentuale di partecipazione dei dipendenti all'indagine di clima ed emerge dalla compilazione del questionario B rivolto ai soli dipendenti del comparto ed ai dirigenti non responsabili di struttura

E2 Tasso di assenza

Definizione:	Tasso di assenza dei dipendenti
Numeratore:	N. ore di assenza
Denominatore:	N. ore lavorabili da contratto (al netto)
Formola matematica:	$\frac{\text{N. ore di assenza}}{\text{N. ore lavorabili da contratto (al netto)}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Il numero di ore di assenza risulta dalla somma di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ore Assenza per Malattia (100%, 90%, 50% e 0%) - n. ore Assenza per Infortuni - n. ore Permessi Retribuiti <p>Il numero di ore lavorabili da contratto si intende al netto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ore per Ferie di competenza - n. ore Distacco Sindacale - n. ore Permessi Sindacali - n. ore Diritto allo studio (150 ore) - n. ore Sciopero - n. ore Astensione facoltativa per malattia del figlio - n. ore Aspettative senza assegni
Fonte:	Dato Aziendale – Ufficio del Personale
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Significato:	L'indicatore mostra la percentuale di assenza dei dipendenti dell'azienda e può essere considerato una proxy del clima interno

E3 tasso di infortuni dei dipendenti

Definizione:	Percentuale di Infortuni dei dipendenti dell'azienda
Numeratore:	Numero di infortuni
Denominatore:	Numero di ore lavorabili da contratto
Formola matematica:	$\frac{\text{N. di Infortuni}}{\text{N. di ore lavorabili da contratto}} \times 100.000$
Fonte:	Dato Aziendale – SSP / Ufficio del Personale
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Significato:	L'indicatore mostra il tasso di infortuni dei dipendenti dell'azienda e può essere considerato una proxy del clima interno