



Ministero della Salute

**Il sistema di valutazione
della performance
dei sistemi sanitari regionali**

Primi indicatori ministeriali

Anno 2008

Fonte dati: Ministero e database SDO 2008

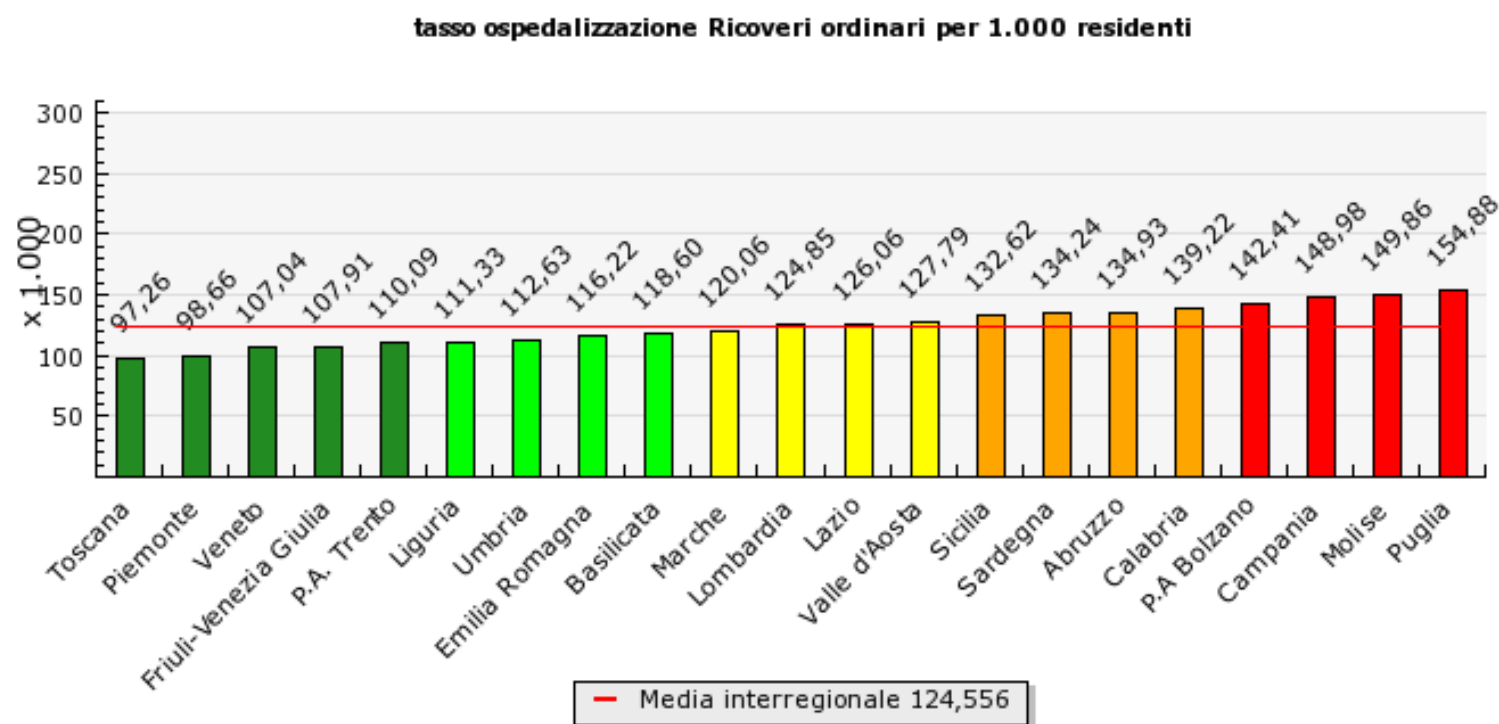
A cura del Laboratorio Management e Sanità

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa



Assistenza ospedaliera (H): governo della domanda

H1_1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato Ricovero ordinario per acuti per 1.000 residenti



Livello: Azienda
di residenza

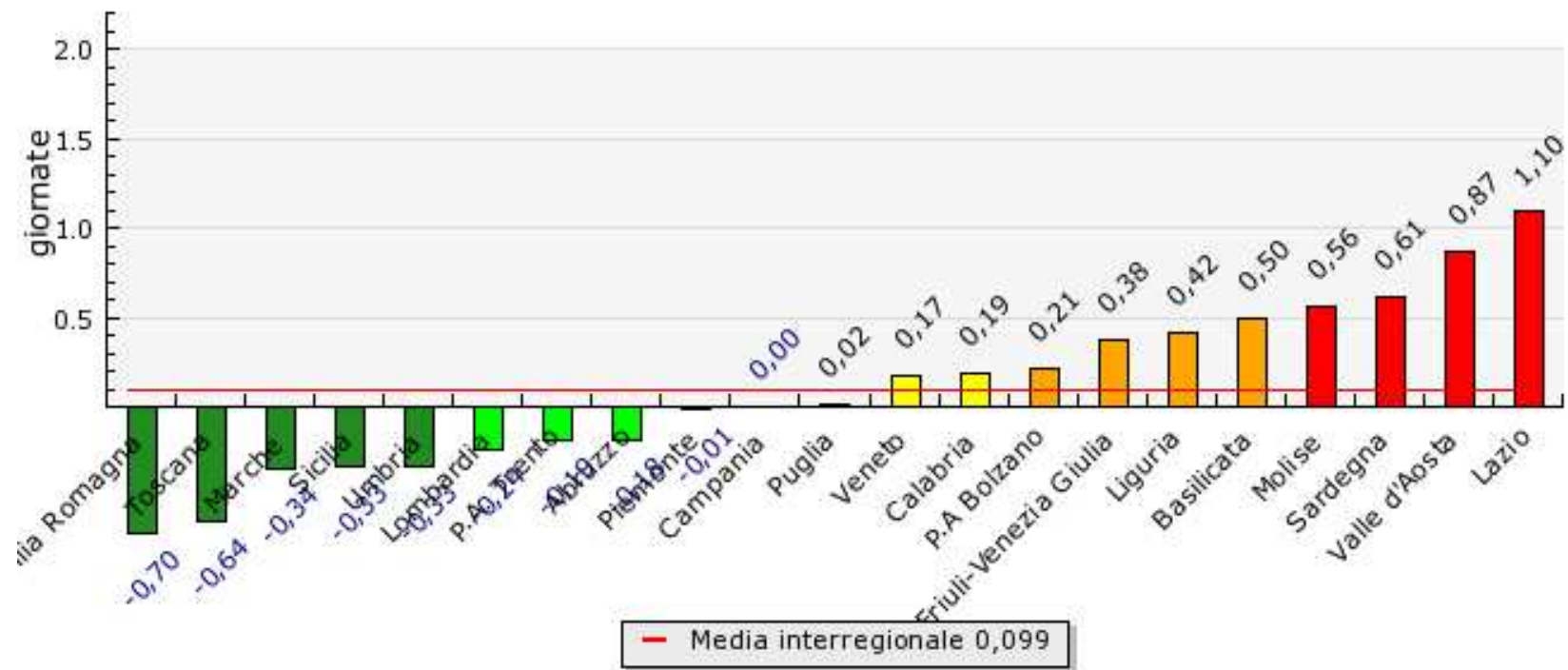
H1_1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato Ricovero ordinario per acuti per 1.000 residenti

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:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione.</p> <p><i>Sono esclusi i ricoveri:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonati sani - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente
Standardizzazione:	Età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT).

Assistenza ospedaliera (H): efficienza



H2 Indice di performance degenza media- DRG Chirurgici



Assistenza ospedaliera (H): efficienza



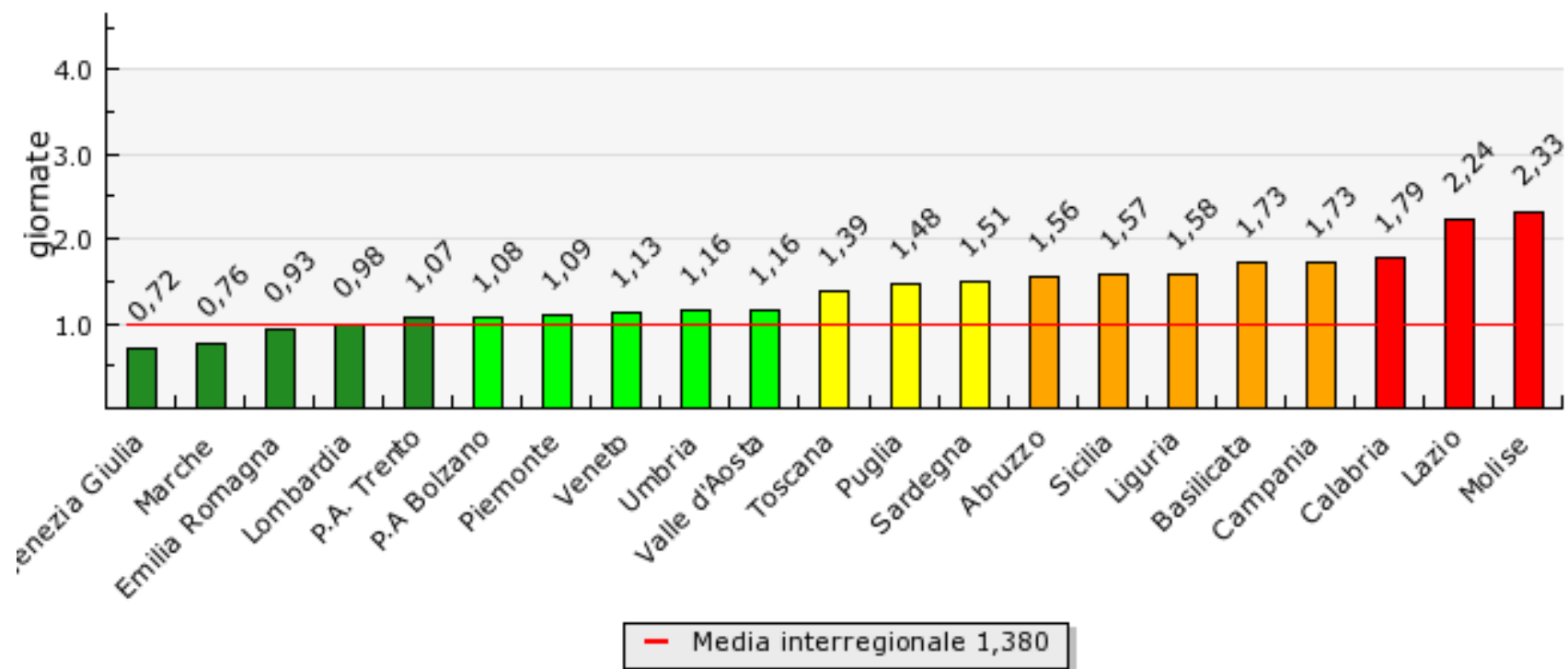
Livello: Azienda
di erogazione

H2 Indice di performance degenza media- DRG Chirurgici

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:	<p>Si considerano solo i ricoveri ordinari e i DRG Chirurgici. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75). Si considerano i ricoveri con degenza > 1 giorno.</p> <p>Le <i>giornate di degenza osservate</i> sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione.</p> <p>Le <i>giornate di degenza attese</i> sono ottenute moltiplicando la degenza media nazionale 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 nazionale del 2007.</p>
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Assistenza ospedaliera (H): efficienza

H13 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati



Copyright Laboratorio Mes

* L'indicatore rientra tra le misure previste dal Patto per la Salute 2010-2012

Assistenza ospedaliera (H): efficienza

Livello: Azienda di erogazione

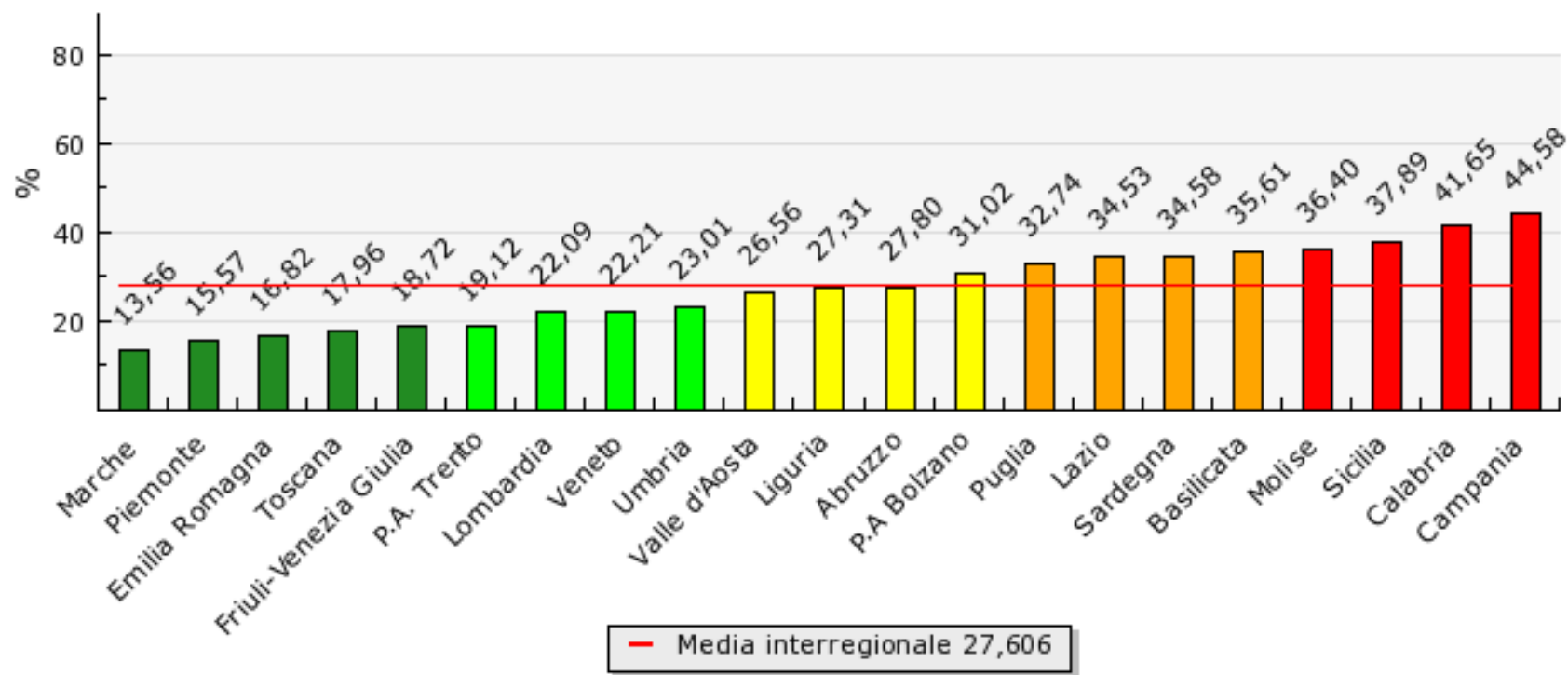
H13 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati

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:	<p><i>Sono inclusi</i> solo i presidi pubblici.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione. - <i>Codifiche ICD-9 CM:</i> Codici di procedure chirurgiche: da 00 a 86 - Reparto di ammissione: <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p><i>Sono esclusi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza



H3 Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici



Copyright Laboratorio Mes

* L'indicatore rientra tra le misure previste dal Patto per la Salute 2010-2012

Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza



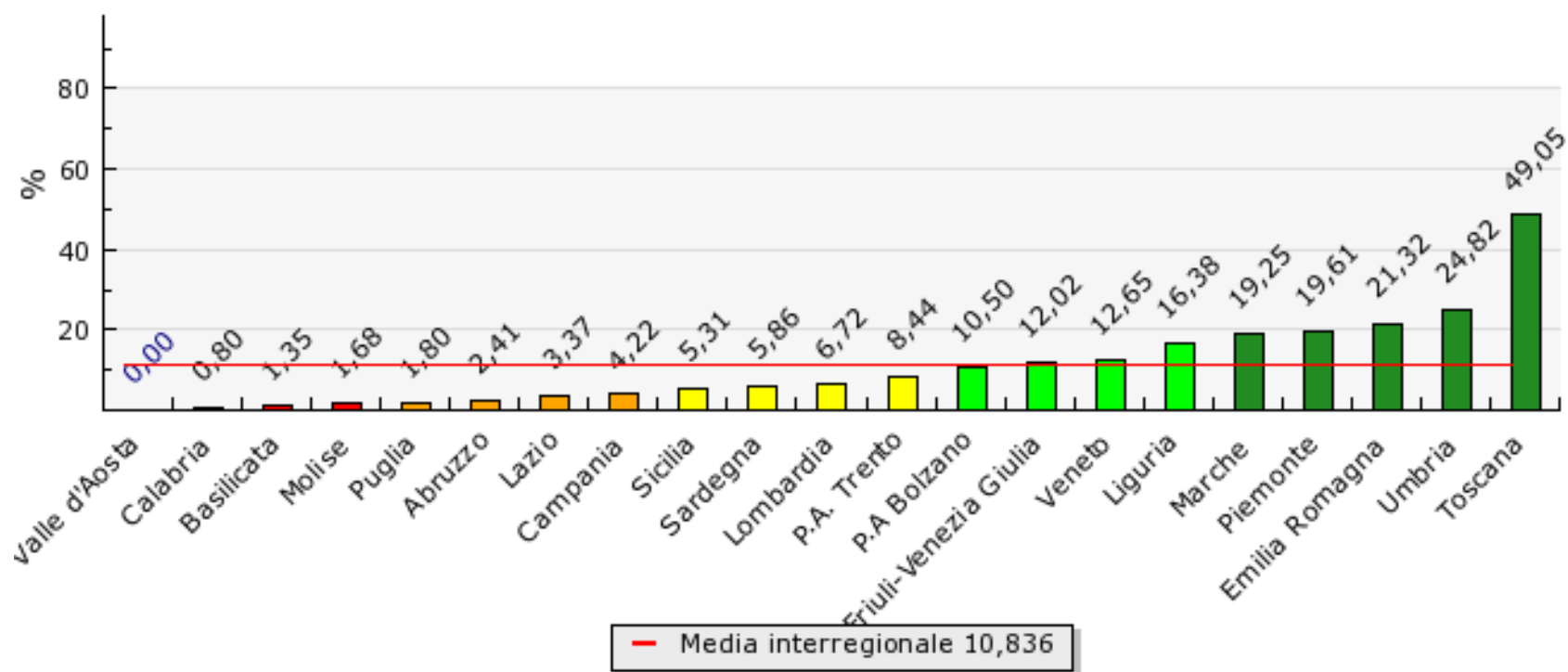
Livello: Azienda di erogazione

H3 Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici

Definizione:	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
Numeratore:	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
Denominatore:	N. di dimessi da reparti chirurgici
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici}}{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 Day Surgery</p> <p><i>Sono esclusi:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59)- i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile) <p>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</p>
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza

H4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario di 0-1 giorno



Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza



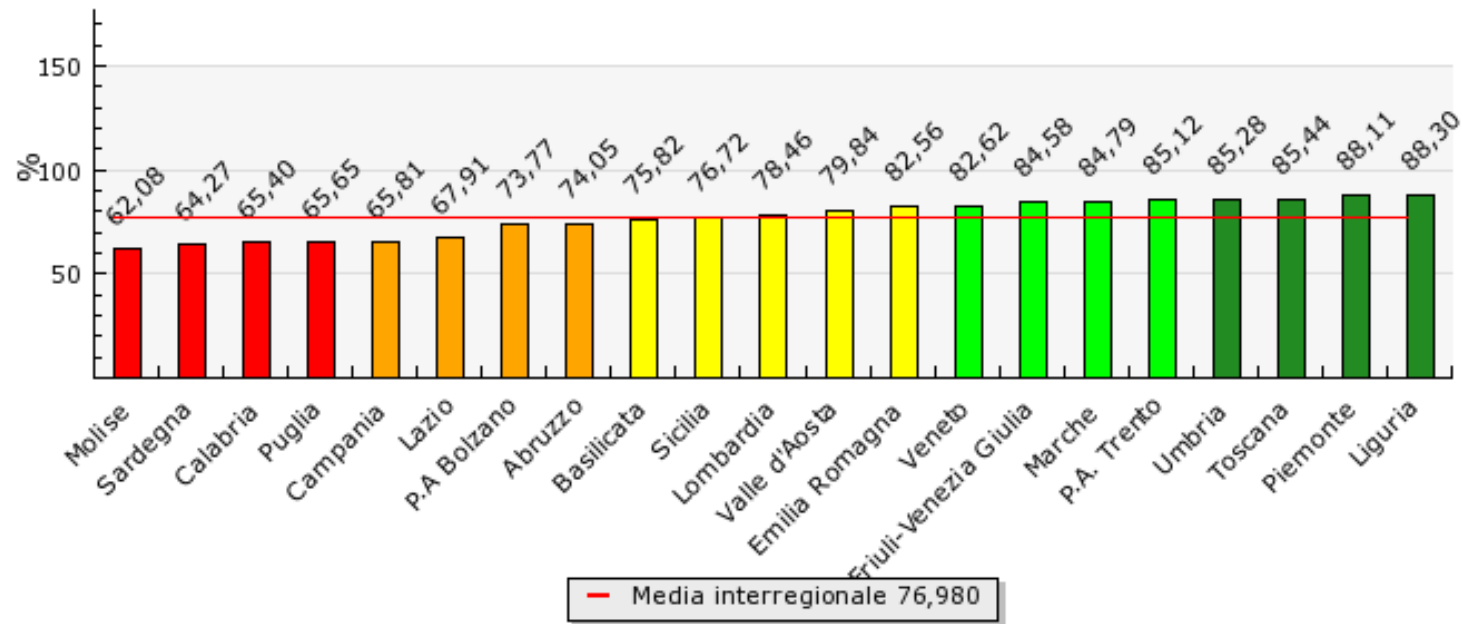
H4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario di 0-1 giorno

Livello: Azienda di erogazione

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:	<p>L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione.</p> <p>Con One Day-Surgery si considerano i seguenti regimi di ricovero:</p> <ul style="list-style-type: none">- day-hospital- ricovero ordinario 0-1 giorno (inclusi Entrati/Usciti nello stesso giorno) <p><i>Codifiche DRG Grouper XIX: DRG 493-494</i></p>
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Crescente

Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza

H5 DRG LEA Chirurgici: % di ricoveri in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno



Copyright Laboratorio Mes

L'indicatore rientra tra le misure previste dal Patto per la Salute 2010-2012

Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza



Livello: Azienda di erogazione

H5 DRG LEA Chirurgici: % di ricoveri in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

Definizione:	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno per i Drg LEA Chirurghi
Numeratore:	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1 giorno per i Drg LEA Chirurghi
Denominatore:	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno per i Drg LEA Chirurghi
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1 giorno per i Drg LEA Chirurghi}}{\text{N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1 giorno per i Drg LEA Chirurghi}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" del DPCM 29 novembre 2001.</p> <p>Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale: 006 – Decompressione del tunnel carpale 039 – Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia</p> <p>Per ogni azienda non vengono considerati i Drg che presentano meno di 10 casi all'anno.</p> <p>Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri: - dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)</p>
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Crescente

Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza



Livello: Azienda
di erogazione

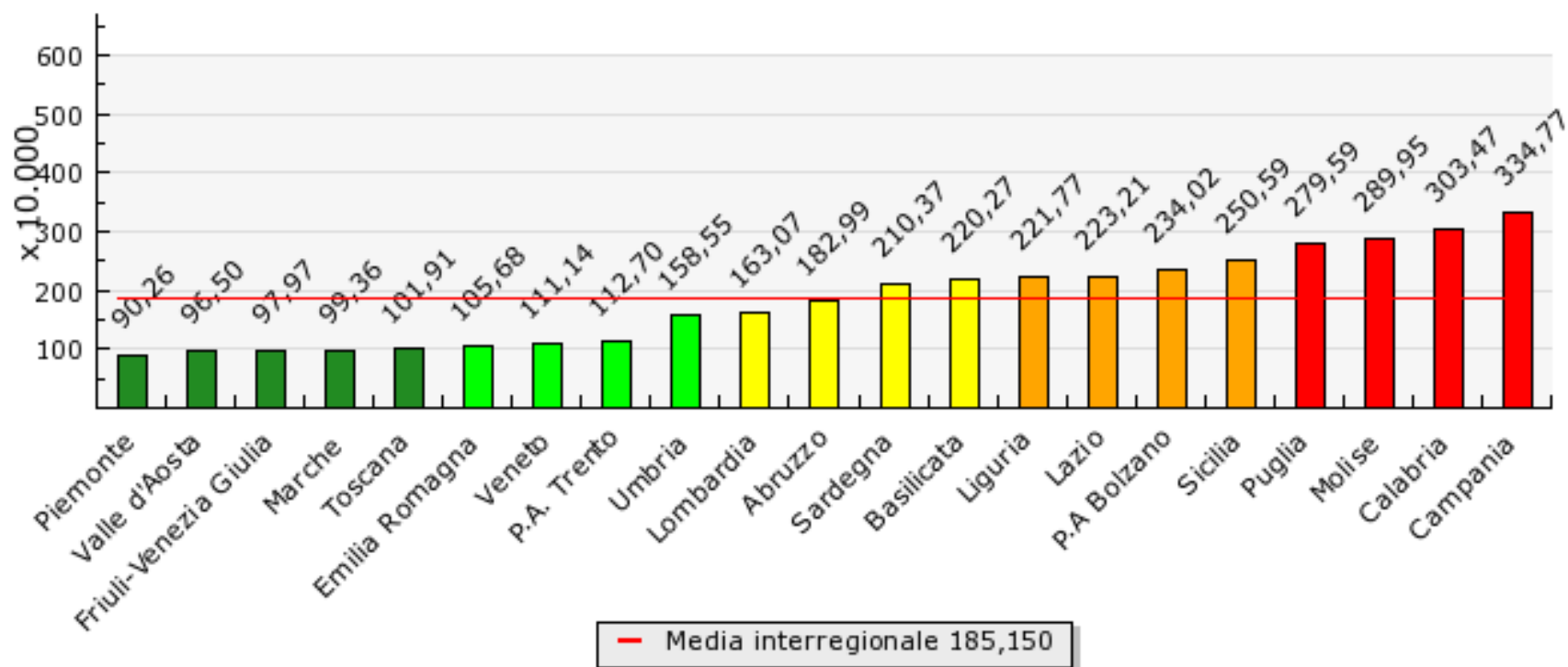
H5 DRG LEA Chirurgici: % di ricoveri in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

DRG LEA CHIRURGICI ad alto rischio di inappropriatezza

DRG	DESCRIZIONE	TIPO	MDC
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	C	2
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	C	2
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	2
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	3
119	Legatura e stripping di vene	C	5
158	Interventi su ano e stoma, senza CC	C	6
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	6
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	6
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	C	6
222	Interventi sul ginocchio senza CC	C	8
232	Artroscopia	C	8
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	C	9
267	Interventi perianali e pilonidali	C	9
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	9
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	13
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	8

Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza

H6 DRG LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza



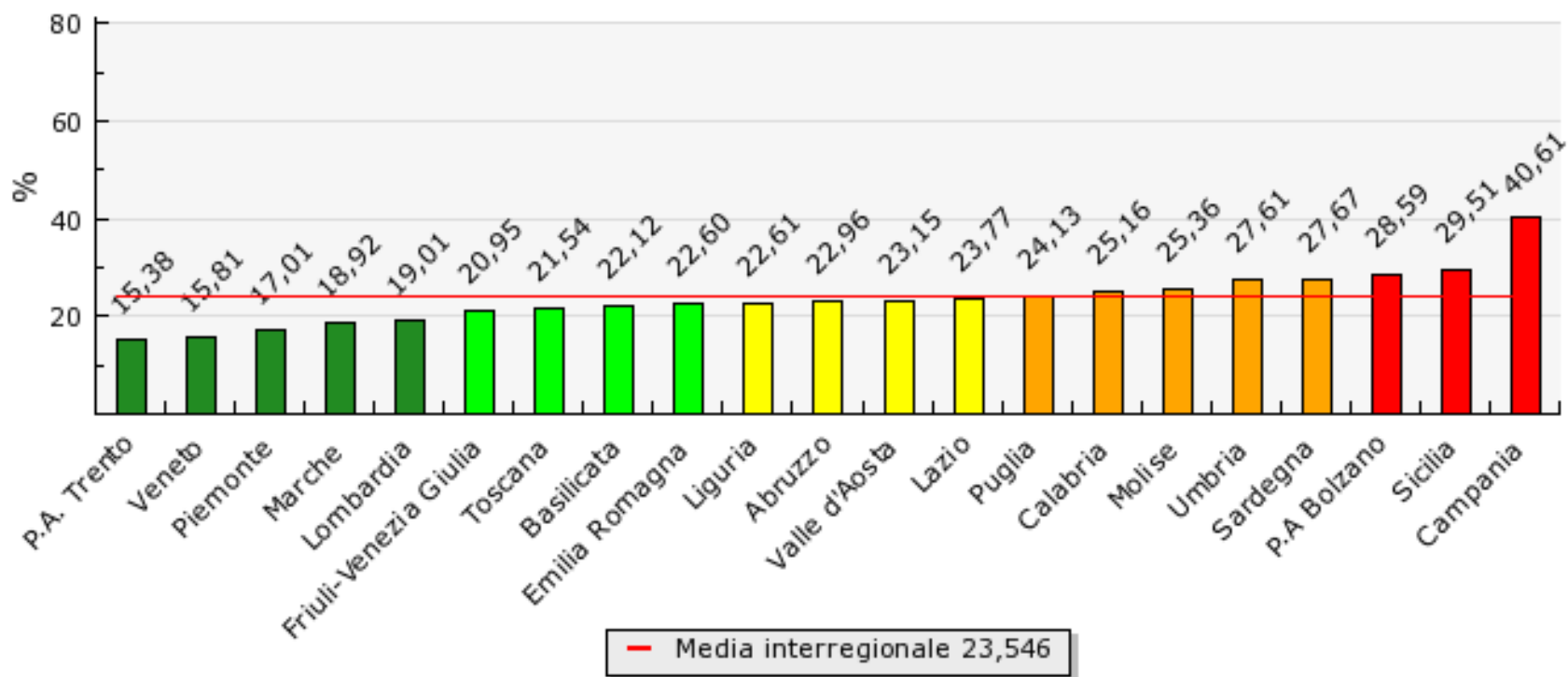
Livello: Azienda
di residenza

H6 DRG LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per i DRG LEA Medici standardizzato per età e sesso
Numeratore:	N. dimessi effettuati in ricovero ordinario e day-hospital per i DRG LEA Medici
Denominatore:	Popolazione residente
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimessi effettuati in ricovero ordinario e day-hospital per i DRG LEA Medici}}{\text{Popolazione residente}} \times 10.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i DRG "ad alto rischio di inappropriatazza" del DPCM 29 novembre 2001.</p> <p>Si considerano i ricoveri erogati ai residenti extra regione inclusi.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none">- erogati da strutture private non accreditate- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente
Standardizzazione:	Età e sesso (la popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT).

Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza

H14 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza ospedaliera (H): appropriatezza

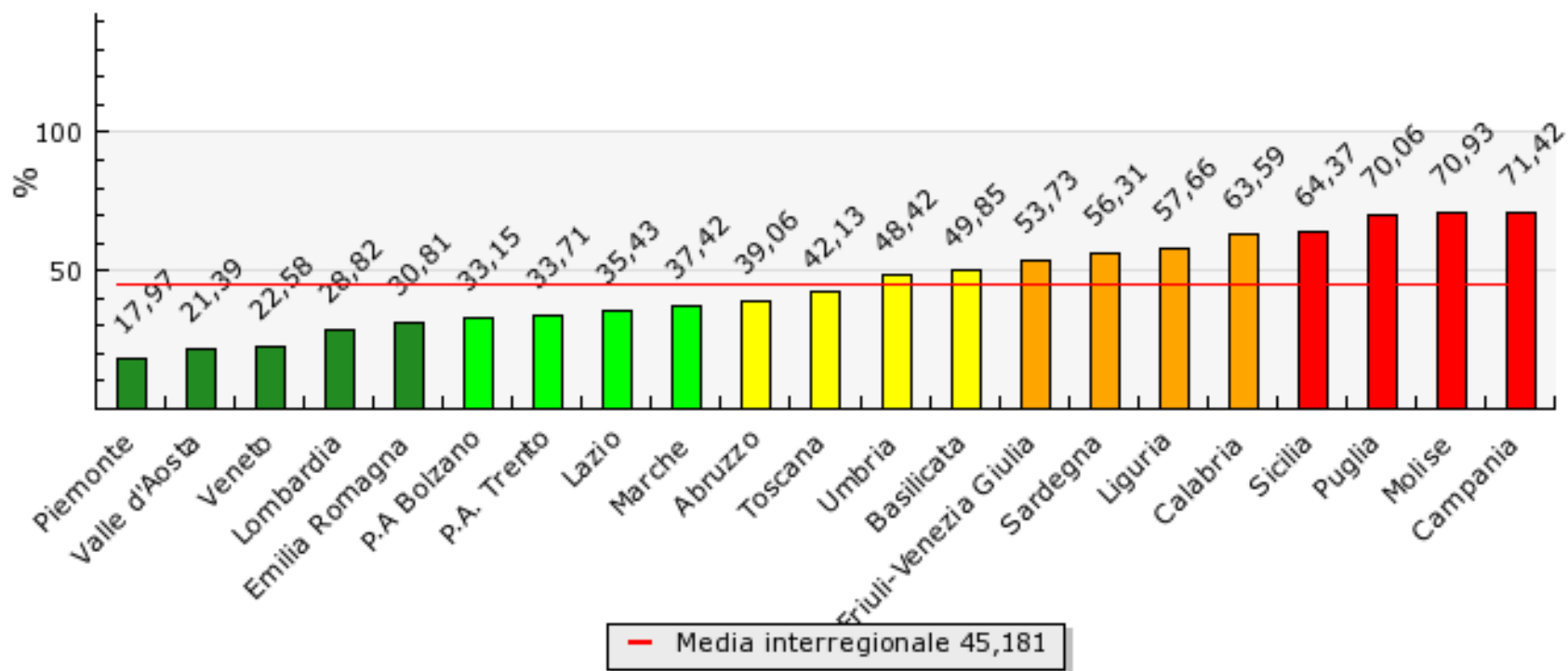
Livello: Azienda
di erogazione

H14 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi

Definizione:	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
Numeratore:	N. di ricoveri ordinari medici brevi
Denominatore:	N. di ricoveri ordinari medici
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di ricoveri ordinari medici brevi}}{\text{N. di ricoveri ordinari medici}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico.</p> <p>Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni.</p>
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente
Fonte:	Flusso SDO - Ministero

Assistenza Distrettuale (T): Assistenza ambulatoriale e diagnostica

T9 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza Distrettuale (T): Assistenza ambulatoriale e diagnostica

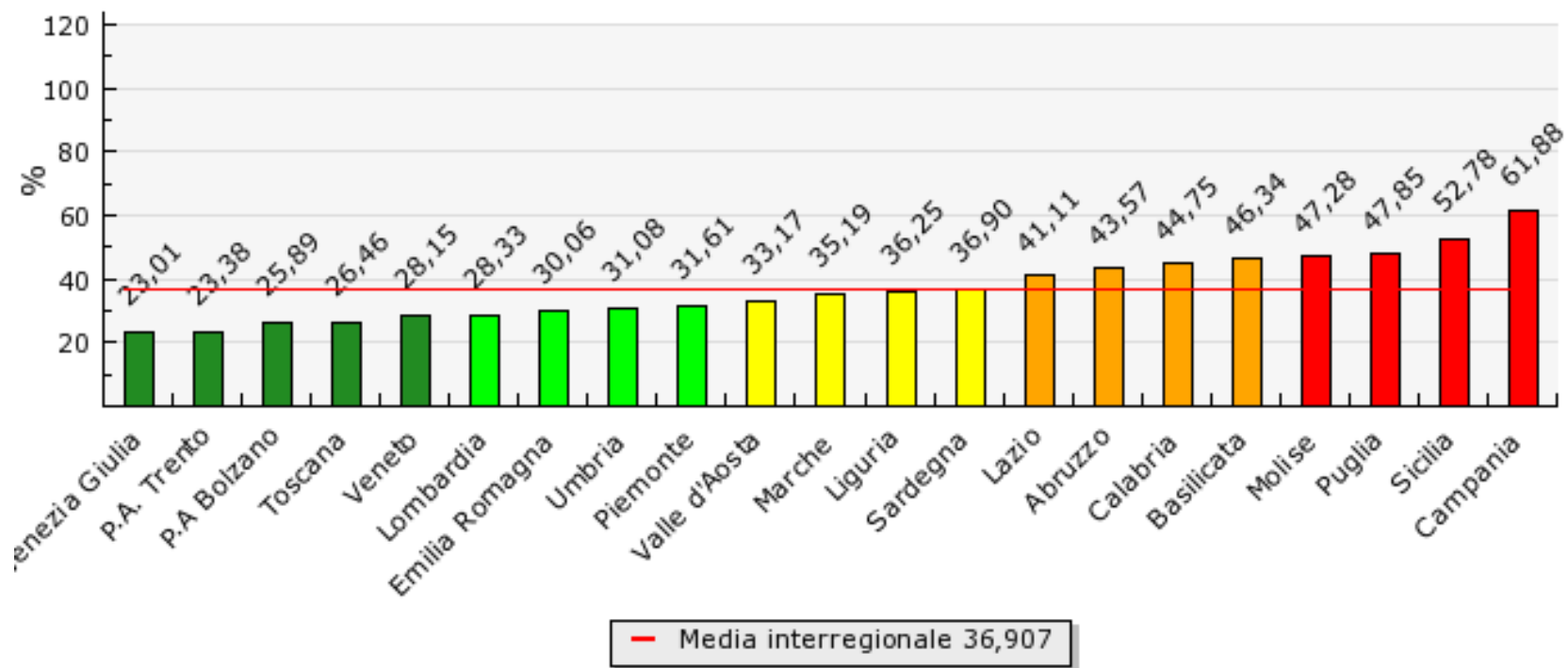
**Livello: Azienda
di erogazione**

T9 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica

Definizione:	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
Numeratore:	N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
Denominatore:	N. di ricoveri in DH medico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica}}{\text{N. di ricoveri in DH medico}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital.</p> <p>Nel campo "motivo del ricovero in Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico" (codice 1).</p>
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente
Fonte:	Flusso SDO - Ministero

Assistenza ospedaliera (H): qualità clinica

H9 Percentuale di parti cesarei



Copyright Laboratorio Mes

Livello: Azienda
di erogazione

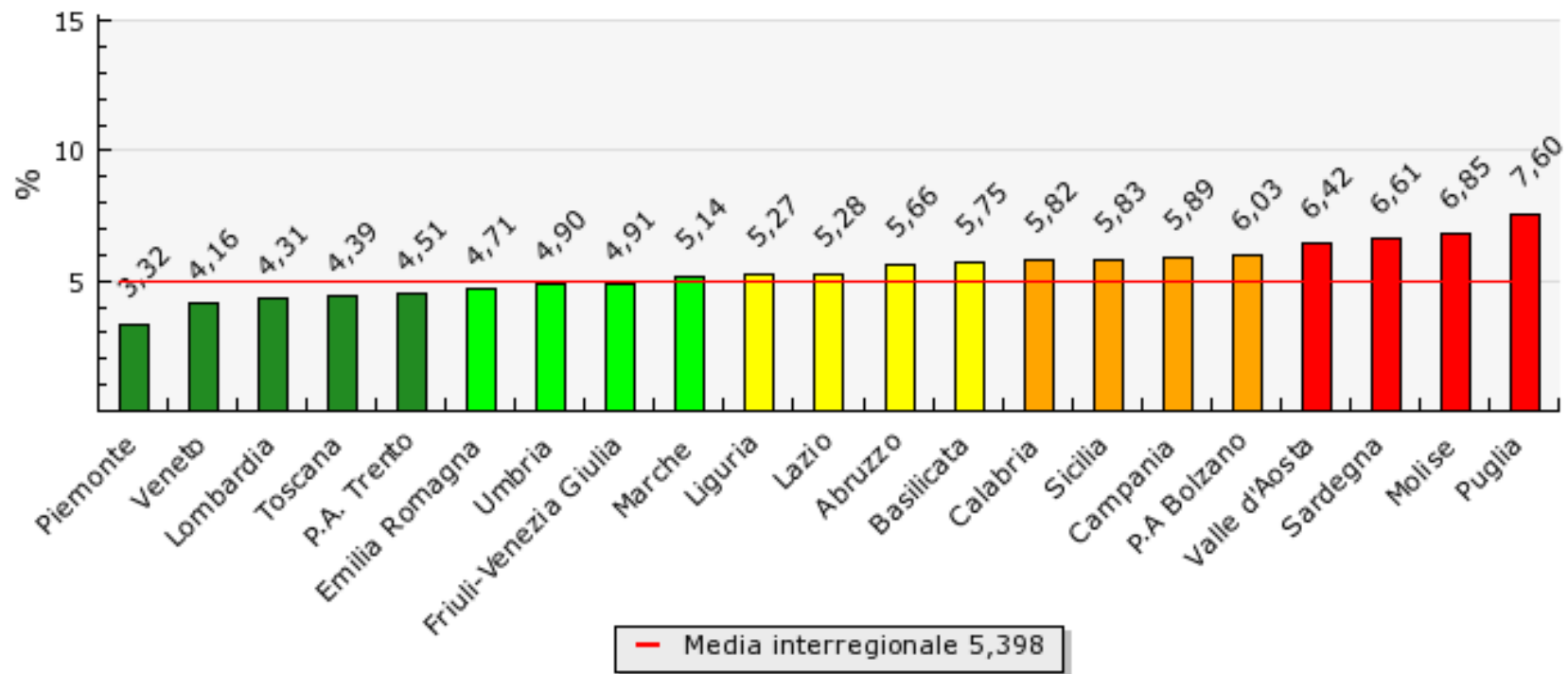
H9 Percentuale di parti cesarei

Definizione:	Percentuale di parti cesarei
Numeratore:	Numero di parti cesarei
Denominatore:	Numero di parti
Formula matematica:	$\frac{\text{N. parti cesarei}}{\text{N. parti}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni Parti cesarei: DRG 370-371 Parti: DRG 370-371-372-373-374-375
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Assistenza ospedaliera (H): qualità clinica



H10 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa MDC corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione ricoveri ord. per acuti nazionale



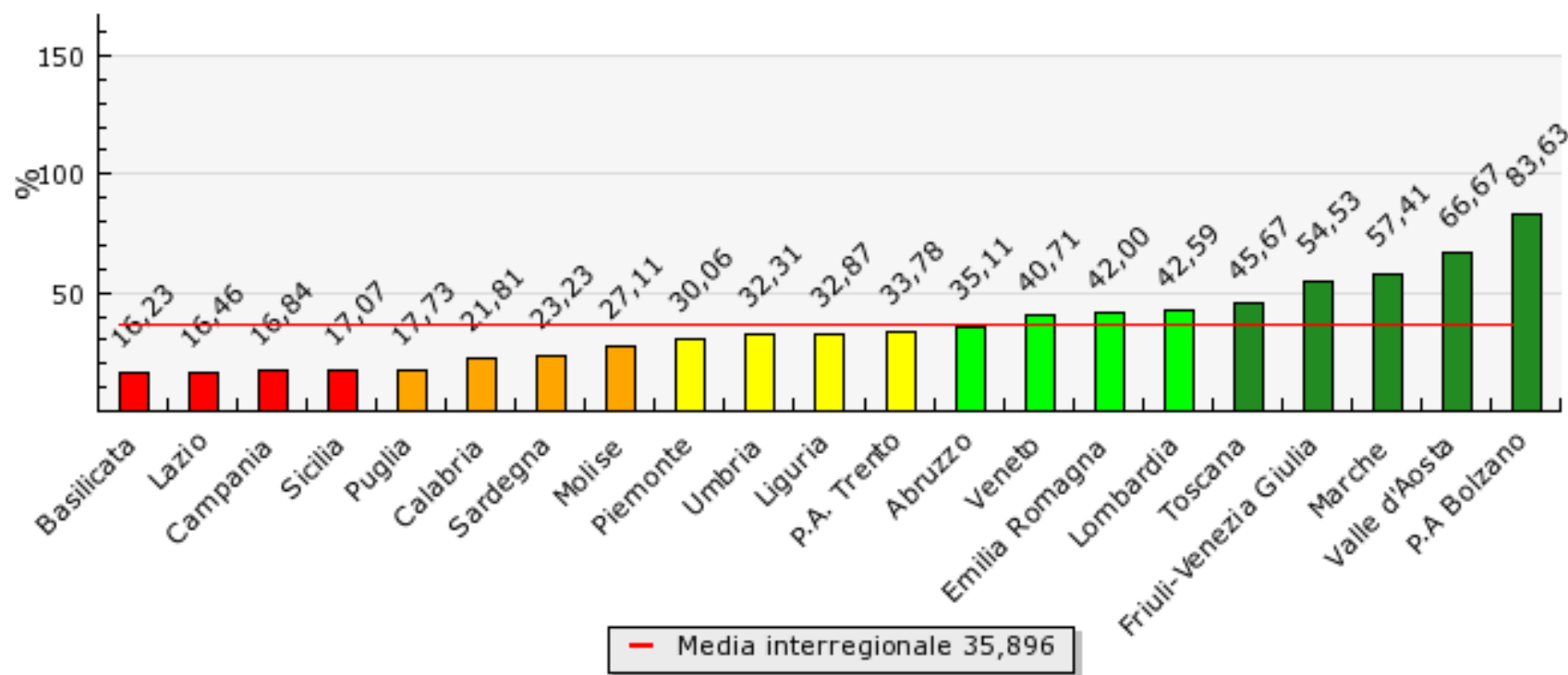
Copyright Laboratorio Mes

H10 % di ricoveri ripetuti entro 30 gg per stessa MDC corretto per lo scostamento dal tasso di osped. RO acuti nazionale

Definizione:	Probabilità di ricoveri ripetuti entro 30 gg 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 * scostamento percentuale del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari della regione di riferimento dal tasso di ospedalizzazione medio nazionale
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC}}{\text{N. Ricoveri * scostamento percentuale del tasso di ospedalizzazione della regione dal tasso di ospedalizzazione medio nazionale}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi a pazienti residenti in Italia, 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 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, 7) - i dimessi psichiatrici (DRG 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 523) - 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 <=30 giorniIl 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.</p>
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
Direzione dell'indicatore:	Decrescente

Assistenza ospedaliera (H): qualità clinica

H11 Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza ospedaliera (H): qualità clinica



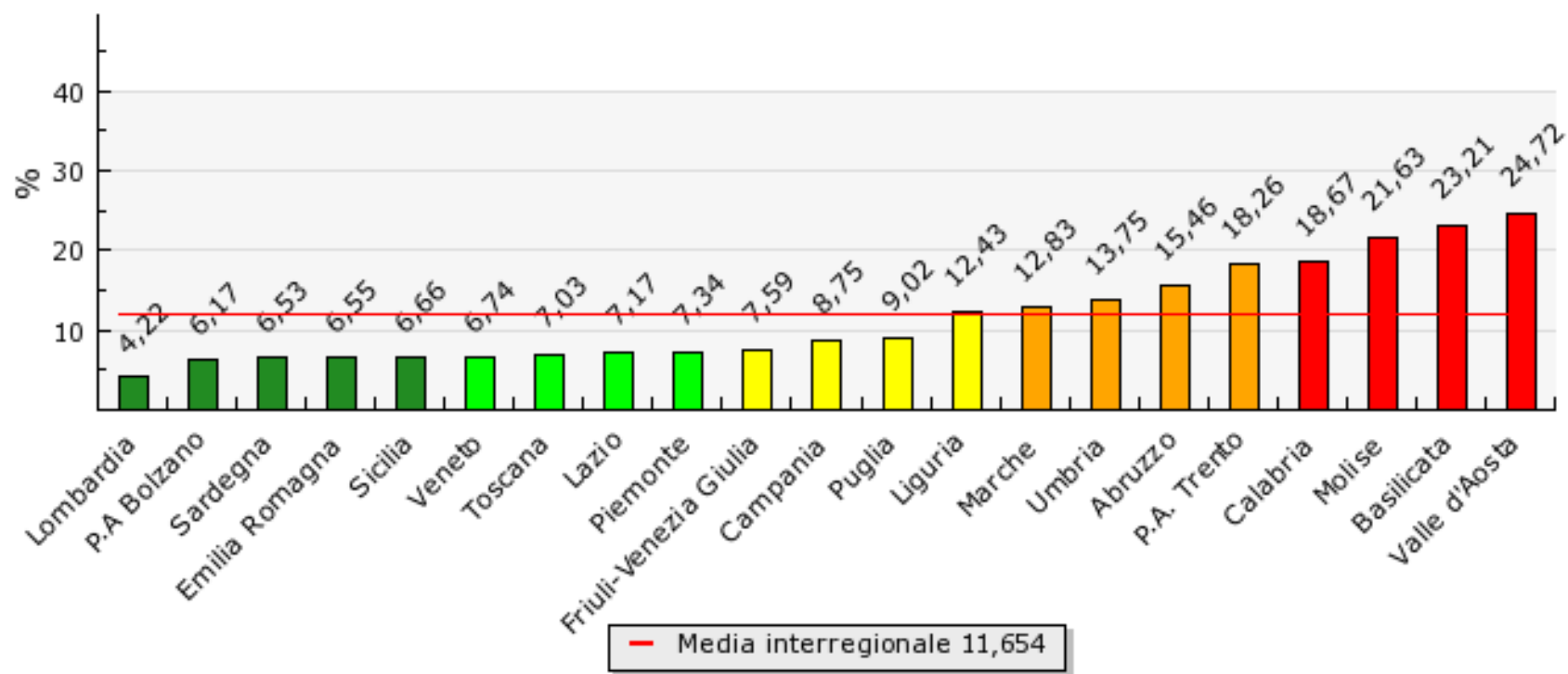
Livello: Azienda di erogazione

H11 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 \leq 2 giorni
Numeratore:	Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento \leq 2 giorni
Denominatore:	Numero interventi per frattura del femore
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento } \leq \text{ 2 giorni}}{\text{Numero interventi per frattura del femore}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del femore 820.xx AND codici ICD9-CM di intervento principale: 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:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Crescente

Assistenza ospedaliera (H): qualità clinica

H12 Percentuale di fughe in punti DRG



Copyright Laboratorio Mes

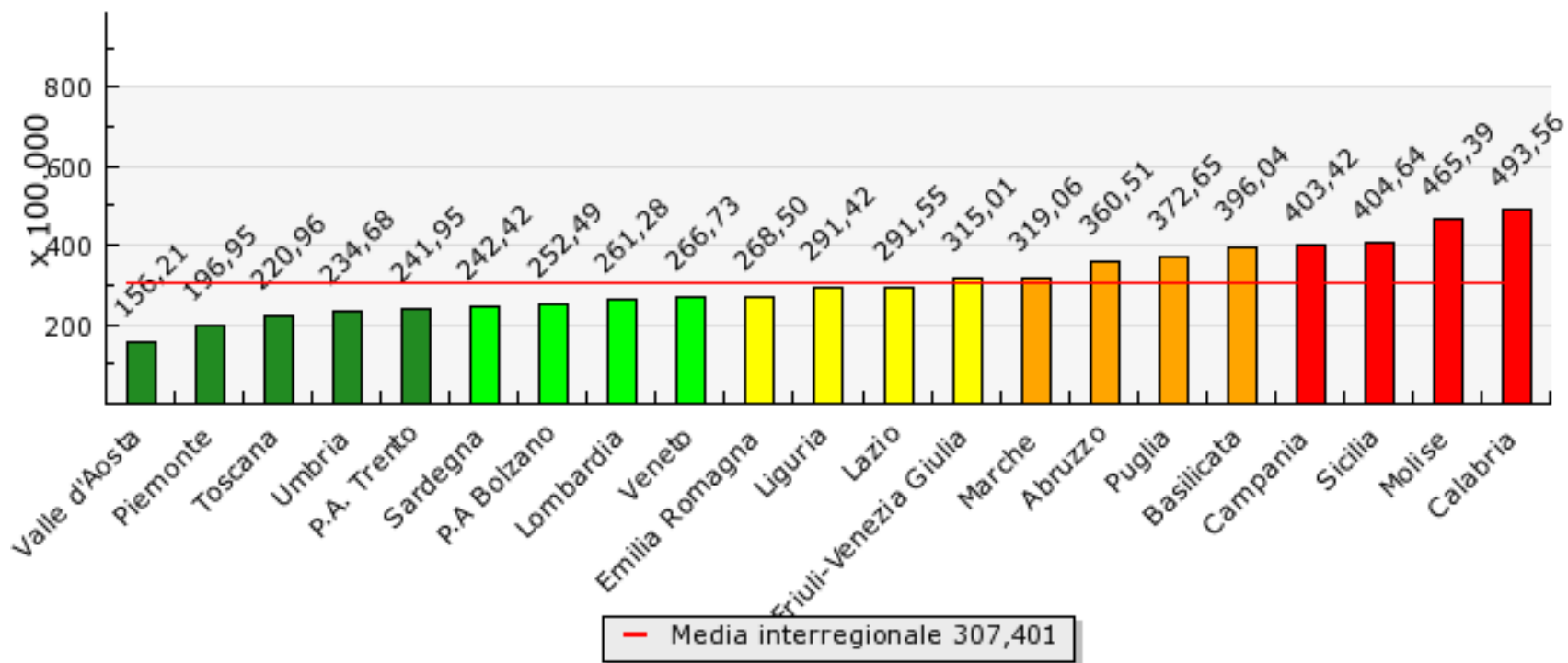
Livello: Azienda
di residenza

H12 Percentuale di fughe in punti DRG

Definizione:	Percentuale di fughe in punti DRG
Numeratore:	Somma dei pesi dei DRG relativi alle dimissioni dei residenti erogate fuori regione
Denominatore:	Somma dei pesi dei DRG relativi alle dimissioni dei residenti ovunque erogate
Formula matematica:	$\frac{\text{Somma pesi dei drg relativi alle dimissioni dei residenti erogate fuori regione}}{\text{Somma dei pesi dei DRG relativi alle dimissioni dei residenti ovunque erogate}} \times 100$
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Assistenza distrettuale (T): Efficacia assistenziale patologie croniche

**T2 Tasso di ricovero per scompenso per
100.000 residenti 50-74 anni**



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza distrettuale (T): Efficacia assistenziale patologie croniche

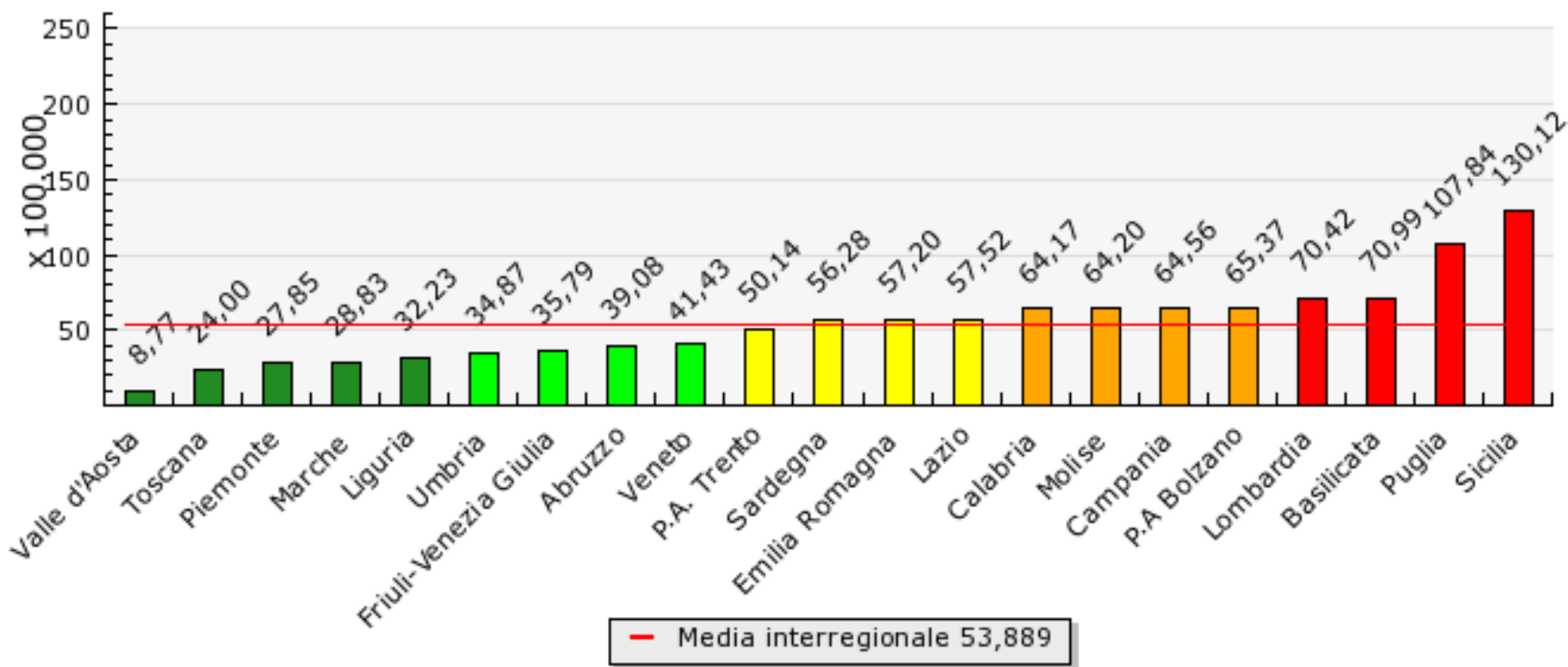
**Livello: Azienda
di residenza**

T2 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
Formula 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 i ricoveri ordinari dei residenti in regione.</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> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i ricoveri extra regione - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Assistenza distrettuale (T): Efficacia assistenziale patologie croniche

T3 Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza distrettuale (T): Efficacia assistenziale patologie croniche

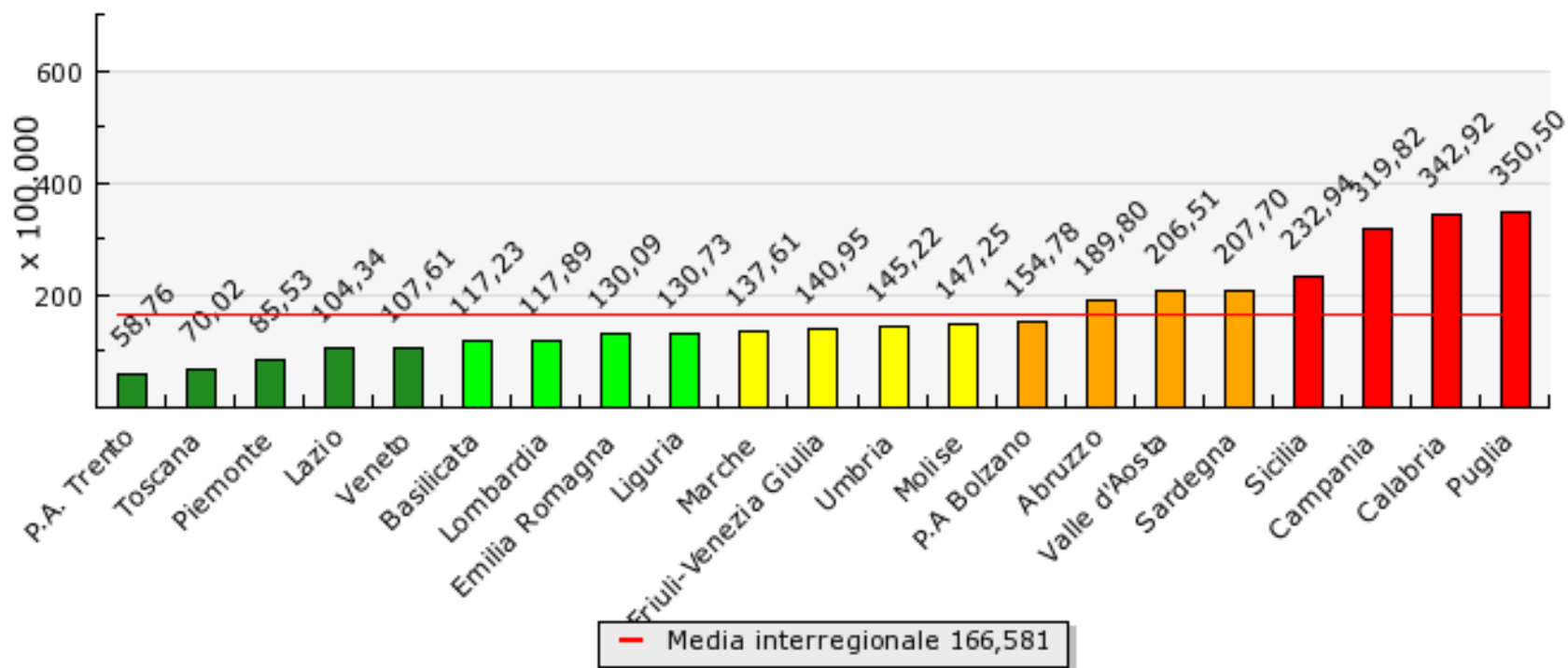
Livello: Azienda di residenza

T3 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 i ricoveri ordinari dei residenti in regione.</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i> 250.xx Diabete mellito</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i ricoveri extra regione - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale)
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Assistenza distrettuale (T): Efficacia assistenziale patologie croniche

T4 Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza distrettuale (T): Efficacia assistenziale patologie croniche

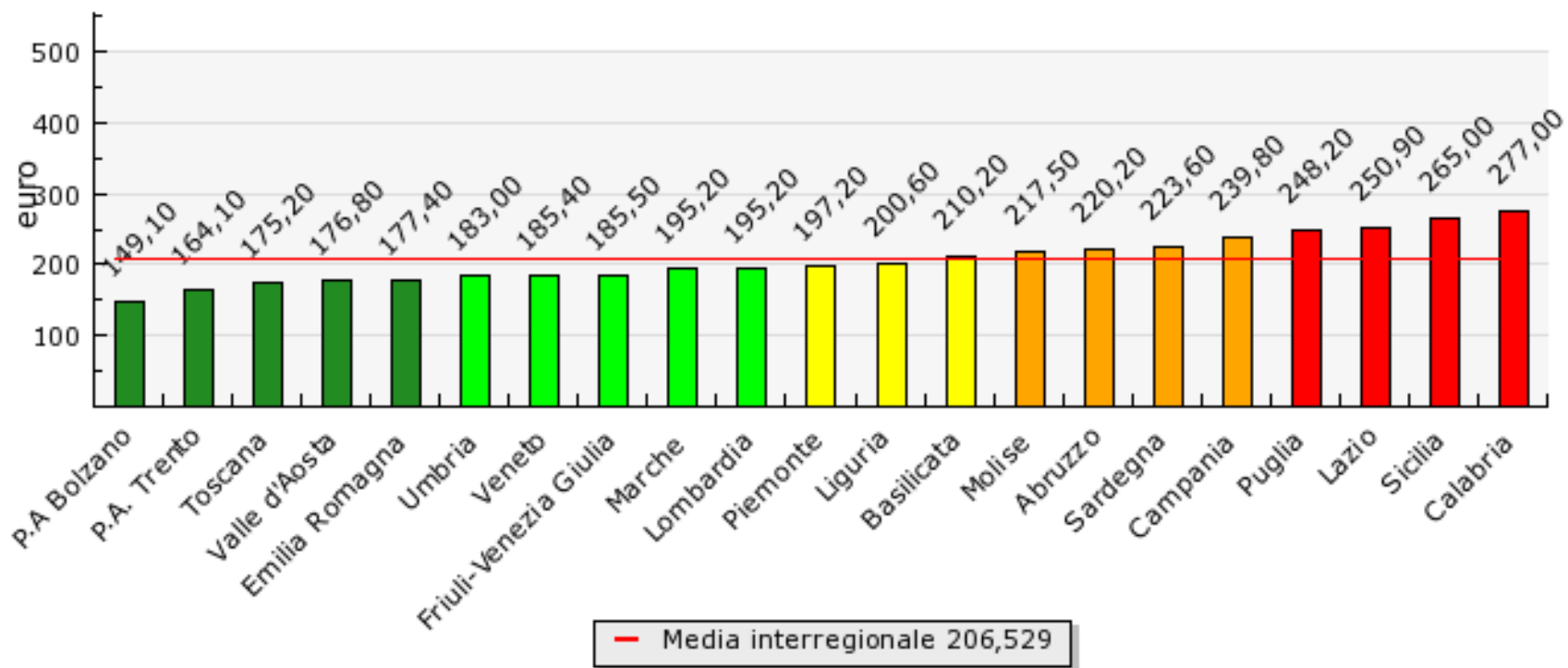
**Livello: Azienda
di residenza**

T4 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 i ricoveri ordinari dei residenti in regione.</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> <p>Sono esclusi: - i ricoveri extra regione - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)</p>
Fonte:	Flusso SDO - Ministero
"Direzione dell'indicatore":	Decrescente

Assistenza Farmaceutica (AF)

AF5 Spesa lorda pro-capite territoriale



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza Farmaceutica (AF)

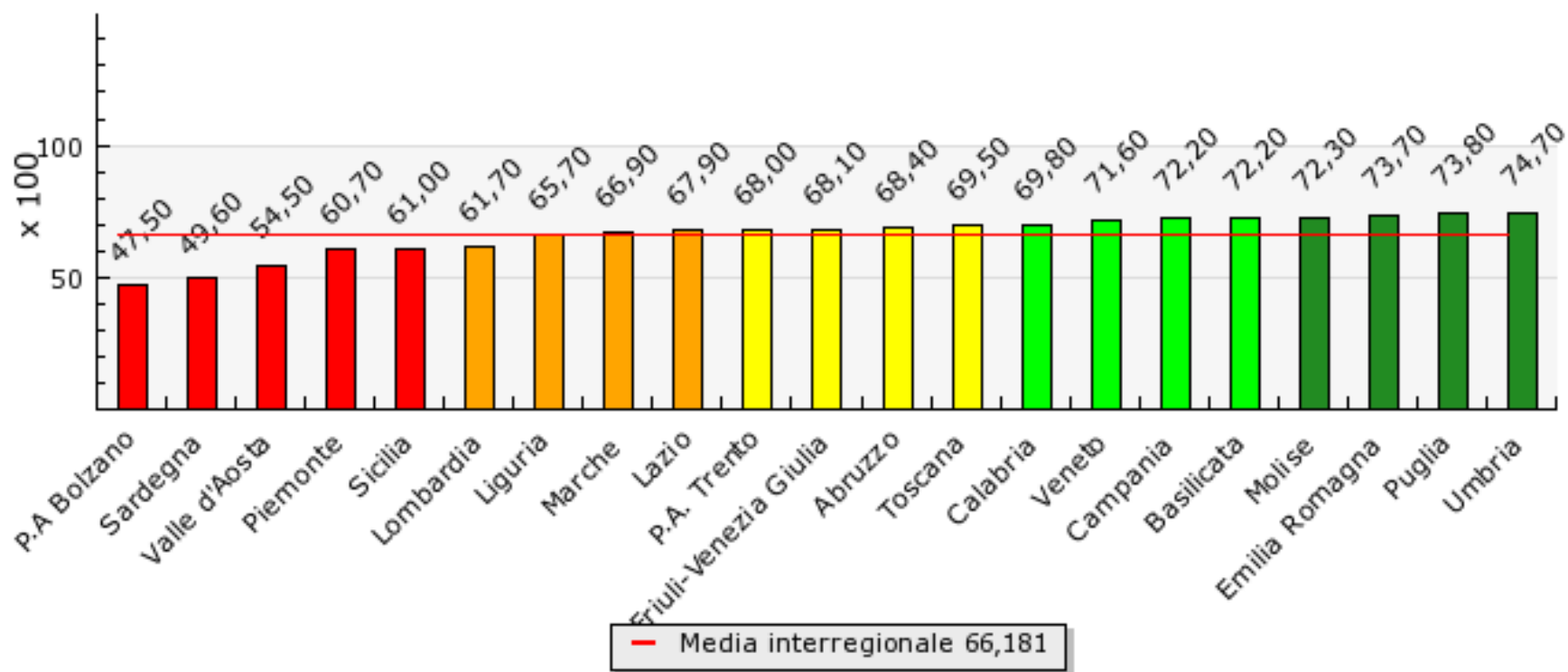
Livello: Azienda
di erogazione

AF5 Spesa lorda pro-capite territoriale

Definizione:	Spesa lorda pro-capite territoriale
Numeratore:	Spesa totale lorda
Denominatore:	Popolazione pesata relativa all'anno di riferimento
Formula matematica:	$\frac{\text{Spesa totale lorda}}{\text{Popolazione pesata relativa all'anno di riferimento}}$
Note per l'elaborazione:	La popolazione è pesata per fascia di età e sesso come illustrato nel Rapporto OsMed
Fonte:	Rapporto OsMed
“Direzione dell'indicatore”:	Decrescente

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

**P1 Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti
(≥ 65 anni)**



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

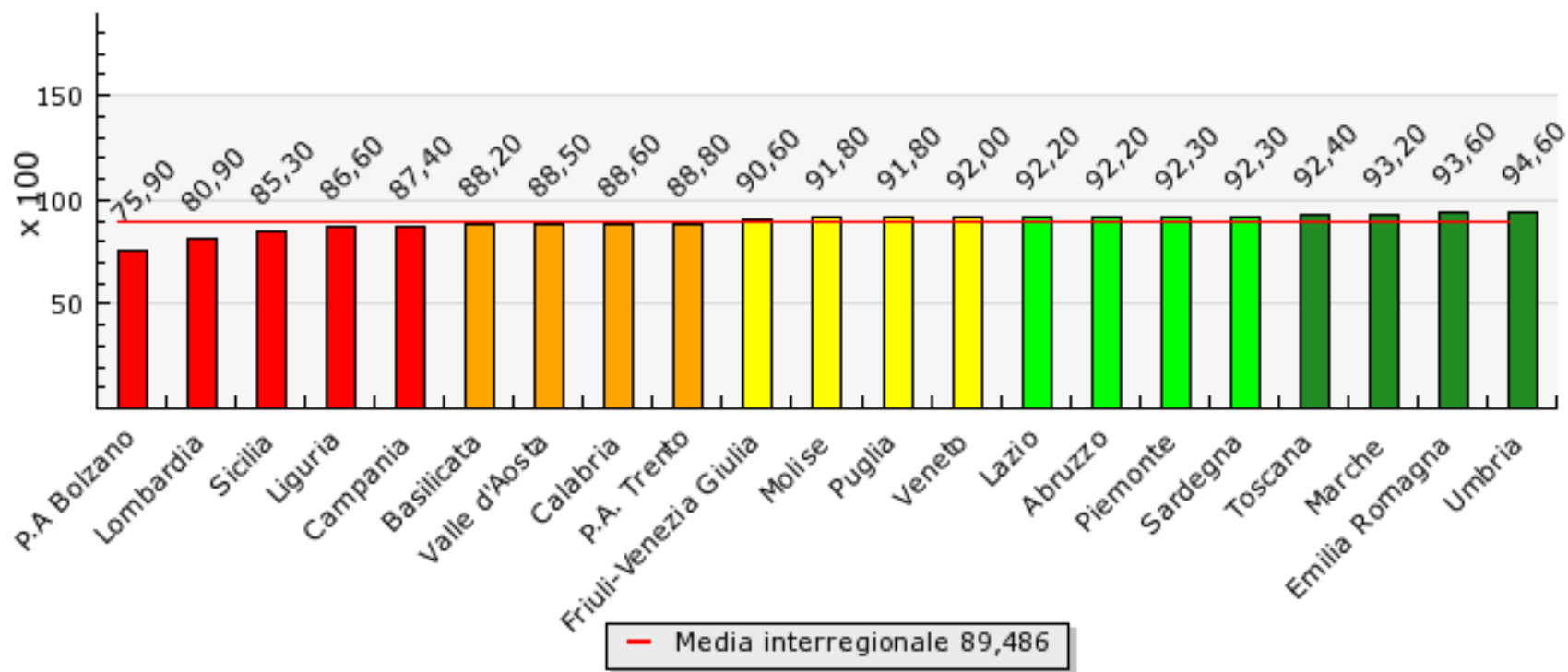
Livello: Azienda
di residenza

P1 Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti (≥ 65 anni)

Definizione:	Copertura vaccinale antinfluenzale per 100 abitanti
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:	$\frac{\text{Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni}}{\text{Popolazione di età pari o superiore a 65 anni}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	
Fonte:	Ministero della Salute
"Direzione dell'indicatore":	Crescente

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

P2 Copertura per vaccino MRP(Morbillo, Rosolia, Parotite) per 100 abitanti (<=2 anni)



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

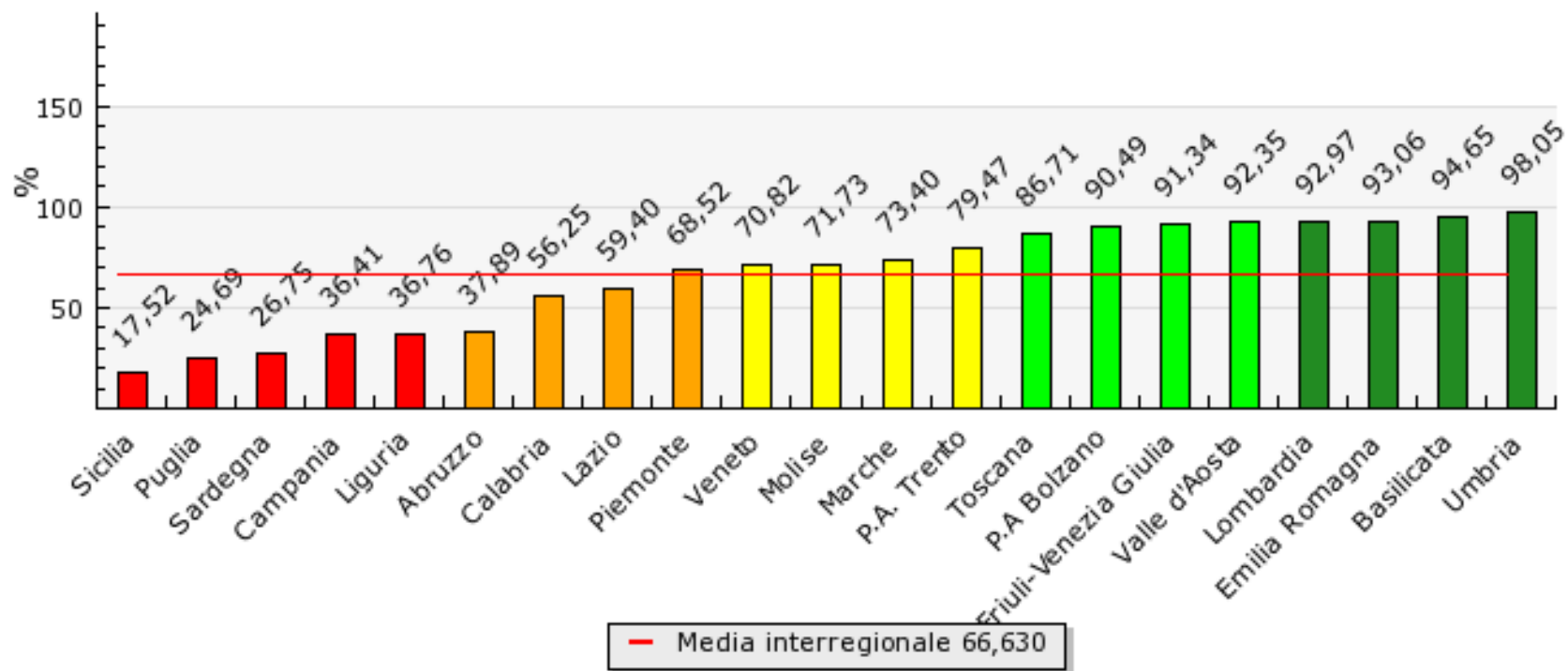
Livello: Azienda
di residenza

P2 Copertura per vaccino MRP(Morbillo, Rosolia, Parotite) (<=2 anni)

Definizione:	Vaccinazioni pediatrica per 100 abitanti
Numeratore:	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR
Denominatore:	N. bambini vaccinabili
Formula matematica:	$\frac{\text{Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR}}{\text{N. bambini vaccinabili}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	
Fonte:	Ministero della Salute
"Direzione dell'indicatore":	Crescente

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

P3 Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni)



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

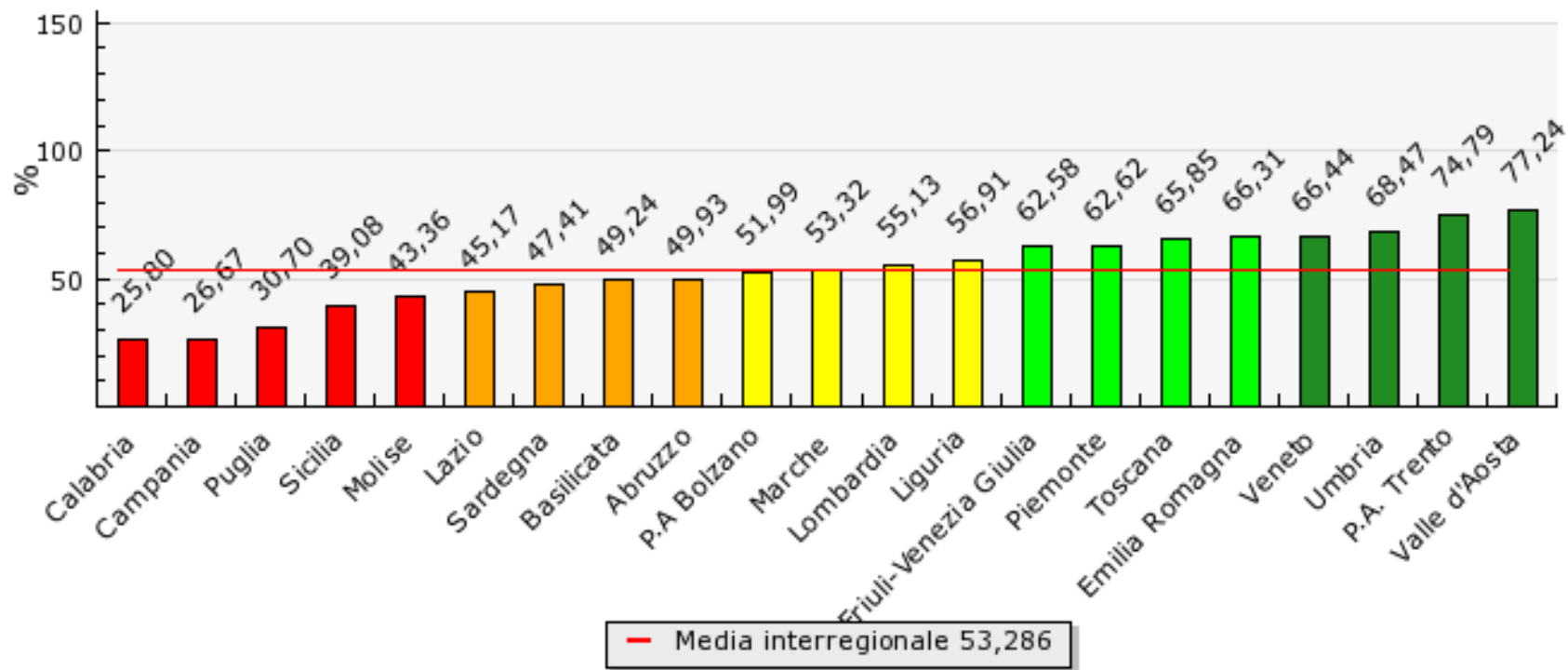
Livello: Azienda
di residenza

P3 Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni)

Definizione:	Percentuale di donne invitate in media allo screening mammografico rispetto alla popolazione (50 - 69 anni)
Numeratore:	N. donne invitate allo screening
Denominatore:	Popolazione di riferimento (50-69 anni)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening}}{\text{Popolazione di riferimento (50-69 anni)}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	L'indicatore è la media dell'estensione degli ultimi due anni consecutivi
Fonte:	Rapporto Nazionale Screening
"Direzione dell'indicatore":	Crescente

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

P4 Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni)



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

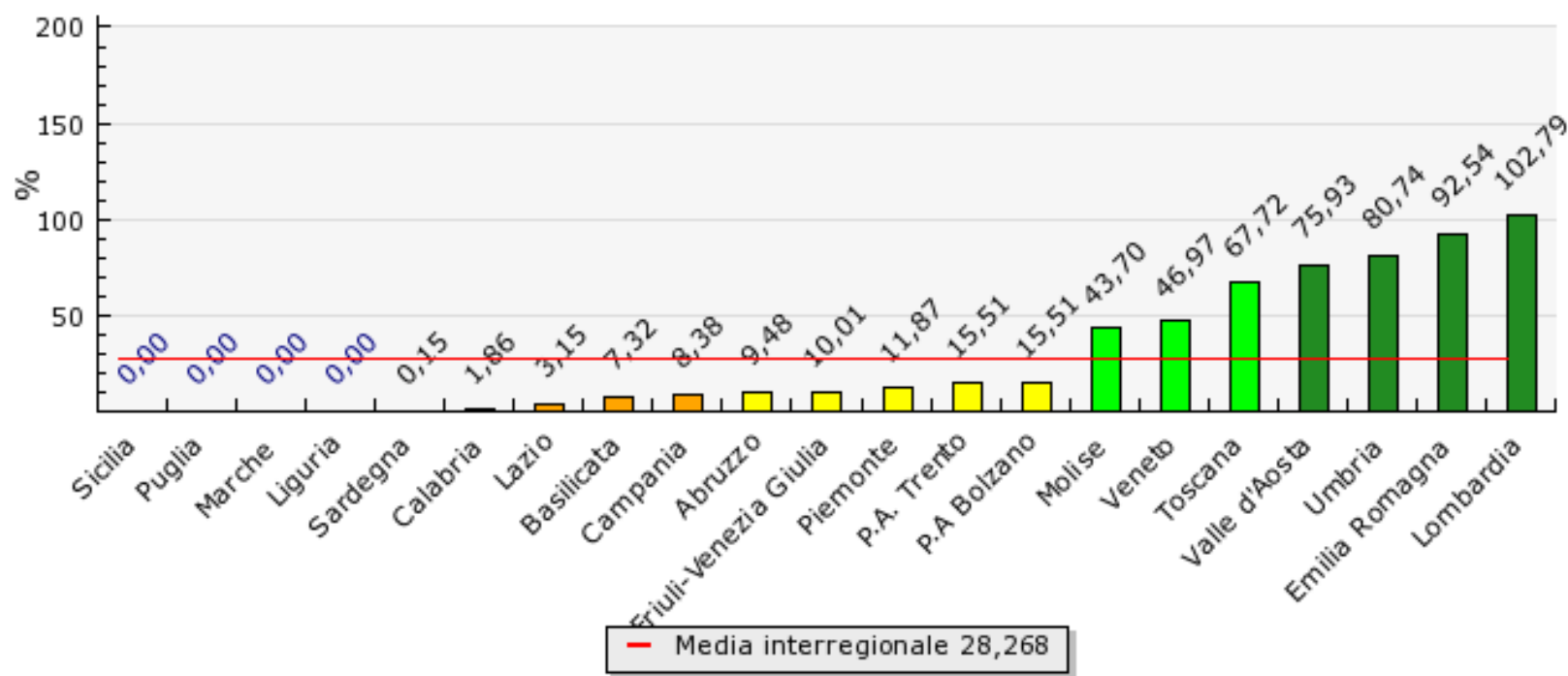
Livello: Azienda
di residenza

P4 Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni)

Definizione:	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate (50 - 69 anni)
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:	
Fonte:	Rapporto Nazionale Screening
"Direzione dell'indicatore":	Crescente

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

P5 Estensione grezza di screening colon retto (50-69 anni)



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

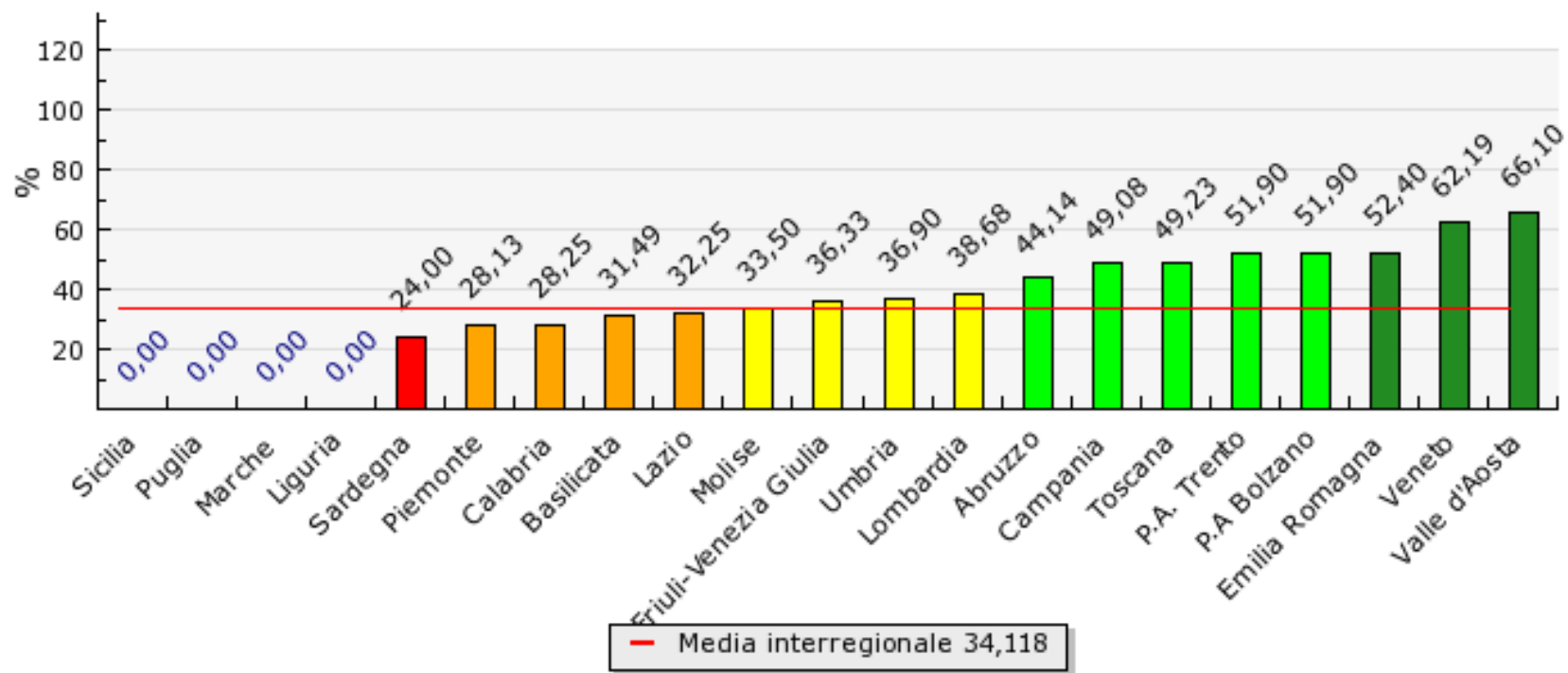
Livello: Azienda
di residenza

P5 Estensione grezza di screening colon retto (50-69 anni)

Definizione:	Percentuale di invitati screening colon retto rispetto alla popolazione (50 - 69 anni)
Numeratore:	N. invitati. allo screening
Denominatore:	residenti/2 – esclusi dal programma relativi alla popolazione di riferimento (50-69 anni)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. invitati allo screening}}{\text{residenti/2 – esclusi dal programma relativi alla popolazione di riferimento (50-69 anni)}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	L'indicatore è la media dell'estensione degli ultimi due anni consecutivi
Fonte:	Rapporto Nazionale Screening
"Direzione dell'indicatore":	Crescente

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

P6 Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)



Copyright Laboratorio Mes

Assistenza Sanitaria Collettiva e di Prevenzione (P)

Livello: Azienda
di residenza

P6 Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)

Definizione:	Percentuale di aderenti allo screening colon retto rispetto alla popolazione (50 - 69 anni)
Numeratore:	N. aderenti allo screening
Denominatore:	(invitati – inviti inesitati – esclusi dopo l’invito per test recente)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Aderenti allo screening}}{(\text{invitati} - \text{inviti inesitati} - \text{esclusi dopo l'invito per test recente})} \times 100$
Note per l'elaborazione:	
Fonte:	Rapporto Nazionale Screening
“Direzione dell’indicatore”:	Crescente