



SISTEMA SANITARIO DELLA SARDEGNA



Indicatori ministeriali e regionali sanitari - Benchmarking aziendale

introduzione

L'Azienda Sanitaria di Nuoro intende valutare le proprie performance sanitarie in termini quali-quantitativi, come componente fondamentale della pianificazione pluriennale e del controllo della propria attività di servizio.

A tal fine è indispensabile utilizzare un insieme di indicatori capaci di esprimere sinteticamente, in modo quantitativo e con una metodologia affidabile, lo stato di alcune importanti variabili di natura sanitaria.

Facendo seguito a tali esigenze, a livello nazionale, diverse Regioni hanno aderito ad un insieme di indicatori afferenti il Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Italiana (SIVEAS) elaborato per il Ministero della Salute dal Laboratorio Management e Sanità e dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Questo insieme di indicatori è stato in parte utilizzato anche dalla Regione Sardegna per valutare le prestazioni ed attribuire obiettivi alle Aziende Sanitarie sarde.

La ASL di Nuoro, sia al fine di valutare internamente gli obiettivi regionali che a quello di diffonderne verso i cittadini e verso tutti i dipendenti le risultanze, ha deciso di pubblicare questo documento scegliendo peraltro di utilizzare ulteriori indicatori del sistema SIVEAS.

Ciò consentirà inoltre di introdurre in Azienda in modo formale la logica del "**benchmarking**", un termine anglosassone che identifica un processo di confronto dei dati dell'azienda con un contesto esterno, sia esso regionale o nazionale, che riporta il "miglior valore esterno" registrato quale riferimento cui tendere nel tempo. In tal senso la logica del benchmarking è tesa a ridurre uno dei problemi storici dei processi di valutazione, l'autoreferenzialità degli stessi.

Questo documento pertanto riporterà il dato di **benchmark** nazionale, l'obiettivo regionale, l'obiettivo aziendale, la media nazionale e quella regionale, quali riferimenti esterni per i valori registrati in passato (2011-2012) e programmati dall'Azienda per il futuro (2013-2016), questi ultimi detti "target".

Alcuni dei dati extraregionali risalgono al 2010, essendo gli ultimi disponibili a livello nazionale, tuttavia sono valori di assoluta affidabilità e utilità nella logica sopra esposta.

Il documento, sulla base di quanto precedentemente illustrato, si divide in due parti:

La parte A – riporta gli indicatori recepiti dalla Regione Sardegna – ed in quanto tali ad adesione aziendale sostanzialmente obbligatoria.

La parte B – riporta gli indicatori recepiti volontariamente dalla Azienda Sanitaria di Nuoro – e che esulano dai contenuti monitorati dalla Regione.



SISTEMA SANITARIO DELLA SARDEGNA



A) indicatori recepiti dalla Regione Sardegna

Efficacia territoriale – ospedalizzazione per bronco pneumopatie croniche ostruttive

Indicatore – HT1 (*)	Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti di età 50-74 anni								
<p><i>Le patologie croniche rappresentano le malattie maggiormente diffuse e in crescita in tutto il mondo. Si curano efficacemente se si seguono stili di vita sani, se il paziente viene preso in carico dal medico di famiglia e dal distretto e seguito con continuità assistenziale nella sua patologia. Questo è il caso della Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).</i></p> <p><i>Il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74, sono spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	Raggiungere l'obiettivo regionale scendendo al di sotto di 80 ricoveri per BPCO, ogni 100.000 abitanti nella fascia di popolazione di riferimento.								
Formula indicatore	Obiettivo regionale	Media nazionale 2010	Valore benchmark	Azienda Sanitaria di Nuoro					
N. ricoveri per BPCO 50-74 anni x 100.000 ----- Popolazione 50-74 anni			P.A. Trento	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	<= 80	166,6	58,76	118,29	103,22	<= 95	<= 90	<= 85	<= 80
Note tecniche sull'indicatore	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496*: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove Sono esclusi: - i ricoveri extra regione - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriab. (codici 28, 56, 60, 75)</p>								
Fonte dati	Flusso SDO Ministero - File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS) - File A mobilità passiva anno 2012 (non ancora validato RAS) - Popolazione al 01/01/2012 (fonte Geo demo Istat)								

(*) gli indicatori hanno una codifica conforme a quella dei Piani Operativi dipartimentali e di macro struttura, per il triennio 2013-2015.

Efficacia territoriale - ospedalizzazione per diabete

Indicatore - HT2	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni								
<p><i>Le patologie croniche rappresentano le malattie maggiormente diffuse e in crescita in tutto il mondo. Si curano efficacemente se si seguono stili di vita sani, se il paziente viene preso in carico dal medico di famiglia e dal distretto e seguito con continuità. Il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74, è spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<p><i>Migliorare ulteriormente la performance aziendale (già inferiore alla media regionale e nazionale), scendendo al di sotto di 30 ricoveri per diabete ogni 100.000 abitanti, in un quadriennio.</i></p>								
Formula indicatore				Azienda Sanitaria di Nuoro					
	Media regionale 2010	Media nazionale 2010	Valore benchmark Valle d'Aosta 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
N. ricoveri per diabete 20-74 anni x 100.000 ----- Popolazione residente 20-74 anni	56.28	53.89	8.77	49,38	36,85	<= 35.5	<= 34	<= 32	<= 30
Note tecniche sull'indicatore	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito. Sono esclusi: - i ricoveri extra regione - i dimessi dai reparti di unità spinale, riab., lungod. e neuro riab.ne (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale)								
Fonte dati	Flusso SDO Ministero - File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS) - File A mobilità passiva anno 2012 (non ancora validato RAS) - Popolazione al 01/01/2012 (fonte Geo demo Istat)								

Efficacia territoriale – ospedalizzazione per scompenso cardiaco

Indicatore – HT3	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni								
<p><i>Le patologie croniche rappresentano le malattie maggiormente diffuse e in crescita in tutto il mondo. Si curano efficacemente se si seguono stili di vita sani, se il paziente viene preso in carico dal medico di famiglia e dal distretto e seguito con continuità. Il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74, è spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<p><i>Migliorare ulteriormente la performance aziendale (già inferiore alla media regionale e nazionale), scendendo al di sotto di 165 ricoveri di anziani per scompenso cardiaco, ogni 100.000 abitanti, in un quadriennio.</i></p>								
Formula indicatore	Azienda Sanitaria di Nuoro								
<p>N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni x 100.000 ----- Popolazione 50-74 anni</p>	Media regionale 2010	Media nazionale 2010	Valore benchmark Valle d'Aosta 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	242.42	307.4	156.21	201,91	182,15	<= 180	<= 175	<= 170	<= 165
Note tecniche sull'indicatore	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 Esclusi i dimessi con codici 35.**, 36.**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono esclusi: - i ricoveri extra regione - i dimessi dai reparti di unità spinale, riab.ne, lungod.i e neuro riab.ne (codici 28, 56, 60, 75).</p>								
Fonte dati	<p>Flusso SDO Ministero; - File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS) - File A mobilità passiva anno 2012 (non ancora validato RAS) - Popolazione al 01/01/2012 (fonte Geo demo Istat)</p>								

Efficacia territoriale – ospedalizzazione ogni 1.000 residenti

Indicatore – HT4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato								
<p><i>L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto in cui fondamentale è la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Non può essere sostitutivo di altre più efficaci e meno onerose soluzioni assistenziali che il territorio, ossia distretti e medicina di base possono fornire. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia difficoltà a riallocare le risorse dove sono più utili al cittadino, attivando adeguati servizi territoriali. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<p><i>Migliorare ulteriormente la performance aziendale raggiungendo l'obiettivo regionale pari a meno di 160 ricoveri ordinari e diurni ogni 1.000 residenti.</i></p>								
Formula indicatore	Azienda Sanitaria di Nuoro								
<p>N. ricoveri ordinari e diurni relativi ai residenti x 1.000</p> <p>-----</p> <p>N. residenti</p>	Obiettivo regionale	Media nazionale 2010	Valore benchmark Toscana 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	<= 160	(*)	(*)	173,26	160,09	<= 160	<= 160	<= 160	<= 160
Note tecniche sull'indicatore	<p>Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in Regione. Sono esclusi i ricoveri: Erogati da strutture private non accreditate; Relativi a neonati sani; Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riab.ne, lungodeg. Neuro riab.ne (codici 28, 56, 60, 75). (*)Media nazionale 2010 pari a 124.56; benchmark Toscana pari a 97.26. Tali dati sono però calcolati al netto dei ricoveri diurni (DH), pertanto soggetti a sottovalutazione rispetto ai dati regionali e aziendali che invece comprendono i Day Hospital.</p>								
Fonte dati	<p>Flusso SDO Ministero; dati mobilità passiva Regione Sardegna.</p> <ul style="list-style-type: none"> - File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS) - File A mobilità passiva anno 2012 (non ancora validato RAS) - Popolazione al 01/01/2012 (fonte Geo demo Istat) 								

Dato suddiviso per distretto:

	Distretto Nuoro	Distretto Siniscola	Distretto Macomer	Distretto Sorgono
Ospedalizzazione 2011	181,59	155,24	169,74	169,37
Ospedalizzazione 2012	164,19	153,31	149,59	163,93

Appropriatezza ricoveri diurni

Indicatore – H1	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica								
<p><i>I letti in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno. Gli accertamenti diagnostici possono essere fatti in regime ambulatoriale e non con un ricovero ospedaliero. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<i>Migliorare ulteriormente la performance aziendale raggiungendo l'obiettivo regionale. Pertanto in un quadriennio i ricoveri diurni con finalità diagnostica, sul totale dei ricoveri diurni, dovranno essere inferiori al 23%.</i>								
Formula indicatore				Azienda Sanitaria di Nuoro					
	Obiettivo regionale	Media nazionale 2010	Valore benchmark						
			Piemonte 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica x 100 ----- N. di ricoveri in DH medico	<= 23%	45,18%	17,97%	61,67%	50,98%	<= 45%	<= 38%	<= 30%	<= 23%
Note tecniche sull'indicatore	Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "motivo del ricovero in Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico" (codice 1). Si escludono i DRG 391.								
Fonte dati	Flusso SDO Ministero File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS)								

Appropriatezza ricoveri ordinari

Indicatore – H2	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi								
<p><i>Un ricovero medico breve (fino a 2 giorni) è assai spesso un ricovero evitabile, realizzato nei contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino. Si tratta di ricoveri da ridurre nella misura in cui si riesce a potenziare servizi adeguati sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<p><i>Migliorare ulteriormente la performance aziendale raggiungendo l'obiettivo regionale. Pertanto in un quadriennio i ricoveri ordinari medici brevi, sul totale degli ordinari, dovranno essere inferiori al 17%.</i></p>								
Formula indicatore	Obiettivo regionale	Media nazionale 2010	Valore benchmark	Azienda Sanitaria di Nuoro					
<p>N. di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) x 100</p> <p>-----</p> <p>N. di ricoveri ordinari medici</p>			P.A. Trento 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	<= 17%	23.55%	15.38%	22.92%	22.19%	<= 21.5%	<= 20 %	<= 18.5%	<= 17%
Note tecniche sull'indicatore	<p>Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni.</p>								
Fonte dati	<p>Flusso SDO Ministero File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS)</p>								

Frequenza ricoveri chirurgici diurni

Indicatore – H3	Percentuale di ricoveri in Day-Surgery e ricovero ordinario fino a 2 gg per DRG LEA CHIRURGICI (ad alto rischio di inappropriatezza)								
<i>La Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ha identificato un gruppo di prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in giornata o al massimo con il ricovero di 1 giorno (cioè fino a 2 giorni incluso il primo), in quanto trattasi di prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza. Un ricovero più lungo infatti comporterebbe un ingiustificabile spreco di risorse. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla crescita progressiva della sua entità nel tempo.</i>									
Obiettivo aziendale	<i>Migliorare la performance aziendale, invertendo la tendenza attuale, per raggiungere l'obiettivo regionale. Pertanto in un quadriennio i ricoveri in Day Surgery e quelli ordinari con dimessi entro i 2 gg dovranno essere superiori all'87% dei ricoveri totali ad alto rischio di inappropriatezza.</i>								
Formula indicatore	Azienda Sanitaria di Nuoro								
N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1giorno per i Drg LEA Chirurgici x 100 ----- N. ricoveri per i Drg LEA Chirurgici	Obiettivo regionale	Media nazionale 2010	Valore benchmark Liguria 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	>= 87%	76.98%	88.3%	69,01%	64,80%	>= 69%	>= 75%	>= 81%	>= 87%
Note tecniche sull'indicatore	Si considerano i DRG “ad alto rischio di inappropriatezza”, detti “LEA”, di cui al DPCM 29 novembre 2001. Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale: 006 – Decompr. tunnel carpale; 039 – Interv. sul cristallino con o senza vitrectomia. Non vengono considerati i Drg che presentano meno di 10 casi all'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Sono esclusi i ricoveri: x dimessi dai reparti di unità spinale, riab.ne, lungodegenti, neuroriab.ne (cod 28, 56, 60, 75). Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico.								
Fonte dati	Flusso SDO Ministero File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS)								

Qualità clinica

Indicatore – H4	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa MDC								
<p><i>Un paziente non dovrebbe rientrare in ospedale nel corso del mese successivo alla dimissione. L'indicatore misura quante volte accade che un paziente torna in un qualsiasi ospedale del SSN entro 30 giorni dal primo ricovero per un problema assimilabile alla causa del primo ricovero (MDC = categorie diagnostiche maggiori). L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<i>Migliorare ulteriormente la performance aziendale raggiungendo l'obiettivo regionale. Pertanto in un quadriennio i ricoveri ripetuti entro 30 gg dovranno essere inferiori al 4% del totale.</i>								
Formula indicatore	Obiettivo regionale	Media nazionale 2010	Valore benchmark	Azienda Sanitaria di Nuoro					
N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC x 100 ----- N. Ricoveri			Liguria 2010 (*)	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	<= 4%	5.39%	3.32%	5,06%	4,75%	<= 4.6%	<= 4.4%	<= 4.2%	<= 4%
Note tecniche sull'indicatore	<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. Sono esclusi i ricoveri: - con modalità di dimissione: volontaria; trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione (modalità di dimissione 5, 6, 8, 7)</p> <p>(*) dato corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari per acuti nazionale</p>								
Fonte dati	Flusso SDO Ministero File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS)								

Copertura vaccinale antinfluenzale

Indicatore - PR1	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti di età >= 65 anni								
<p><i>Gli anziani dovrebbero vaccinarsi contro l'influenza ogni anno per evitare rischi di patologie più gravi e dispendiose per il SSN. L'indicatore misura la percentuale di anziani che si sono sottoposti alla vaccinazione.</i></p> <p><i>L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla crescita progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<p><i>Migliorare la performance aziendale, già superiore alla media nazionale, raggiungendo l'obiettivo regionale. Pertanto in un quadriennio gli anziani vaccinati dovranno superare il 70%.</i></p>								
Formula indicatore	Azienda Sanitaria di Nuoro								
Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni x 100 ----- Popolazione di età pari o superiore a 65 anni	Obiettivo regionale	Media nazionale 2010	Valore benchmark Umbria 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	>= 70%	66.18%	74.7%	60.9 %	66,4 %	>= 67 %	>= 68 %	>= 69 %	>= 70 %
Note tecniche sull'indicatore	- dato definitivo a maggio 2013, per rendicontazione attività svolta da MMG, per campagna vaccinale 2012 completata a gennaio, a livello regionale e nazionale, per indisponibilità vaccini.								
Fonte dati	Ministero salute								

Copertura assistenza domiciliare integrata anziani

Indicatore – T3	Percentuale di anziani, di età >= 65 anni, trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI)								
<i>L'indicatore misura la percentuale di anziani che si sono sottoposti ad assistenza domiciliare integrata, evitando di saturare le strutture territoriali e ospedaliere, a seguito dell'erogazione di prestazioni sanitarie nella propria abitazione da parte delle equipe infermieristiche messe a disposizione dall'Azienda. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla crescita progressiva della sua entità nel tempo.</i>									
Obiettivo aziendale	<i>Mantenimento della performance aziendale, già superiore alla media nazionale.</i>								
Formula indicatore	Obiettivo regionale	Media nazionale 2010	Valore benchmark	Azienda Sanitaria di Nuoro					
Anziani di età pari o superiore a 65 anni trattati in ADI x 100 ----- Popolazione di età pari o superiore a 65 anni			Emilia Romagna 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	>= 4%	4.12%	11.6%	4,7 %	7.1 %	>= 7.1 %	>= 7.1 %	>= 7.1 %	>= 7.1 %
Note tecniche sull'indicatore	<p>Indicatore calcolato ai sensi della circolare regionale Assessorato Igiene, Sanità e A.S. n. 0012601 dell'11/05/2012.</p> <p>Distribuzione per Regione del valore dell'indicatore: percentuale di anziani (>= 65 anni) trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Elaborazioni: Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio di statistica Fonti: Modello FLS21 - quadro H; Casi anziani trattati in ADI. Rete di assistenza: Corrispondenze ASL-Comuni Popolazione ISTAT residente secondo censimento e dati ISTAT, di età superiore o uguale a 65 anni.</p> <p>N.B. i dati della popolazione di età pari o superiore a 65 anni della provincia di Nuoro derivano da fonte ISTAT (del 01/01/2011). I dati sulle prestazioni ADI ricomprendono quelle di II-III livello assistenziale. Dettaglio dato ASL Nuoro 2011 = 1.550 / 32.929 Dettaglio dato ASL Nuoro 2012 = 2.370 / 32.929</p>								
Fonte dati	Ministero salute - Modello FLS21 - quadro H; Casi anziani trattati in ADI.								



SISTEMA SANITARIO DELLA SARDEGNA



B) Ulteriori indicatori sanitari recepiti dall'Azienda Sanitaria di Nuoro

Degenza media pre-operatoria

Indicatore – HC1	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati								
<p><i>Una volta deciso e programmato un intervento chirurgico il paziente dovrebbe essere ricoverato non più di 1 giorno prima dell'operazione. Gli esami medici necessari per affrontare l'intervento dovrebbero essere fatti in regime ambulatoriale prima del ricovero. L'indicatore misura in media quanti giorni il paziente trascorre nella struttura ospedaliera prima dell'intervento chirurgico programmato. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<p><i>Migliorare ulteriormente la performance aziendale, già inferiore alla media regionale e nazionale, scendendo al di sotto di 0,85 gg di degenza pre-operatoria negli interventi chirurgici programmati</i></p>								
Formula indicatore	Azienda Sanitaria di Nuoro								
	Media regionale 2010	Media nazionale 2010	Valore benchmark						
			Friuli V.G. 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
<p>N. gg di degenza precedenti l'intervento chirurgico</p> <p>-----</p> <p>N. di dimessi sottoposti a intervento chirurgico</p>	1.51	1.38	0.72	1.15	0.93	<= 0.91	<= 0.89	<= 0.87	<= 0.85
Note tecniche sull'indicatore	<p>Sono inclusi solo i presidi pubblici. L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione. Codifiche ICD-9 CM: Codici di procedure chirurgiche: da 00 a 86</p>								
Fonte dati	<p>Flusso SDO Ministero Nota bene: il dato è indicativo in quanto suscettibile di revisione tecnica.</p>								

Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico

Indicatore – HC3	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici								
<p><i>I reparti chirurgici sono dotati di attrezzature complesse e risultano maggiormente onerosi. Devono essere occupati tendenzialmente da pazienti che si sottopongono a un'operazione chirurgica. Se un paziente viene dimesso da un reparto chirurgico con una diagnosi medica, ossia senza essere stato sottoposto ad un intervento chirurgico, in alcuni casi può significare che al momento dell'intervento il paziente non presentava condizioni sanitarie adeguate per sostenere l'operazione. Questa eventualità tendenzialmente non dovrebbe superare, secondo le prescrizioni ministeriali, il 20%. Se la percentuale cresce può essere il segno di disorganizzazione e di uso non appropriato delle strutture ospedaliere. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<p><i>Migliorare ulteriormente la performance aziendale, già inferiore alla media regionale, scendendo al di sotto del 27% di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici.</i></p>								
Formula indicatore	Azienda Sanitaria di Nuoro								
	Media regionale 2010	Media nazionale 2010	Valore benchmark	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100			Marche 2010						
----- N. di dimessi da reparti chirurgici	34,58%	27,6%	13,8%	33,44%	30,19%	<= 30%	<= 29%	<= 28%	<= 27%
Note tecniche sull'indicatore	<p>Le specialità chirurgiche selezionate per la ASL 3 di Nuoro sono: 09 chirurgia generale, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 36 ortopedia e traumatologia, 38 ORL, 43 urologia,</p>								
Fonte dati	<p>Flusso SDO Ministero File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS)</p>								

Degenza media DRG chirurgici

Indicatore – HC4	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici								
<p><i>Questo indicatore confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero confrontata con la media nazionale (livello zero) per la stessa tipologia di ricovero. Esso quindi misura lo scostamento rispetto alla media nazionale in termini di giorni di ricovero in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza) erogati per la stessa casistica considerata. E' positivo pertanto tendere a zero o giungere ad un valore negativo. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<i>Migliorare la performance aziendale tendendo alla media nazionale (livello zero) in un quadriennio.</i>								
Formula indicatore	Azienda Sanitaria di Nuoro								
$\frac{\sum \text{gg di degenza osservati} - \sum \text{gg di degenza attesi}}{\text{N. Dimissioni}}$	Media regionale 2010	Media nazionale 2010	Valore benchmark Emilia Romagna 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	0,61	0,00	-0,70	0,991	0,717	<= 0,55	<= 0,35	<= 0,15	<= 0
Note tecniche sull'indicatore	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.								
Fonte dati	Flusso SDO Ministero File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS) Tab 2.2.6 ultimo rapporto SDO del Ministero della Salute, riferito all'anno 2011.								

Rapidità di dimissione pazienti sottoposti a colecistecomia laparoscopica

Indicatore – HC5	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario di 0-1 giorno (fino a 2 giorni incluso il primo)								
<i>In molti paesi europei e negli Stati Uniti il paziente sottoposto a colecistecomia laparoscopica torna a casa in giornata o al massimo il giorno seguente. Questo indicatore misura la percentuale in cui questo avviene nelle nostre strutture. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla crescita progressiva della sua entità nel tempo.</i>									
Obiettivo aziendale	<i>Miglioramento della performance aziendale, già superiore alla media nazionale e regionale tendendo, in un quadriennio, a superare il 35% di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario fino a 2 gg. sul totale delle colecistectomie.</i>								
Formula indicatore	Azienda Sanitaria di Nuoro								
	Media regionale 2010	Media nazionale 2010	Valore benchmark Toscana 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
N. colecistectomie laparoscopiche in DS e RO 0-1 gg x 100 ----- N. colecistectomie laparoscopiche	5,86%	10,83%	49,05%	30%	31,82%	>= 32%	>= 33%	>= 34%	>= 35%
Note tecniche sull'indicatore	L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Con One Day-Surgery si considerano i seguenti regimi di ricovero: - day-hospital - ricovero ordinario 0-1 giorno (inclusi Entrati/Usciti nello stesso giorno) Codifiche DRG Grouper XIX: DRG 493-494								
Fonte dati	Flusso SDO Ministero File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS)								

Incidenza parti cesarei

Indicatore – HC6	Percentuale di parti cesarei								
<p><i>Il parto cesareo è un'operazione chirurgica che andrebbe sempre evitata se non necessaria alla salute del bambino e della mamma. L'OMS stima che i parti cesarei non dovrebbero superare il 15% dei parti totali, perché possano essere considerati "fisiologici". L'indicatore in questione è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<p><i>Migliorare la performance aziendale scendendo al di sotto della media nazionale e migliorare ulteriormente nel quadriennio il risultato.</i></p>								
Formula indicatore	Azienda Sanitaria di Nuoro								
$\frac{\text{N. parti cesarei} \times 100}{\text{N. parti}}$	Media regionale 2010	Media nazionale 2010	Valore benchmark Friuli V.G. 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	36,9%	36,91%	23,01%	39,76%	38,41%	<= 37,5%	<= 36,5%	<= 35,5%	<= 34,5%
Note tecniche sull'indicatore	<p>Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni Parti cesarei: DRG 370-371 Parti: DRG 370-371-372-373-374-375</p>								
Fonte dati	<p>Flusso SDO Ministero File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS)</p>								

Capacità di operare entro 2 giorni le fratture di femore

Indicatore – HC7	Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione								
<i>In caso di frattura di femore è importante essere operati tempestivamente per garantire un rapido e completo recupero. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla crescita progressiva della sua entità nel tempo.</i>									
Obiettivo aziendale	<i>Miglioramento della performance aziendale tendendo, in un quadriennio, al 36% di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione.</i>								
Formula indicatore				Azienda Sanitaria di Nuoro					
Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100 ----- Numero interventi per frattura del femore	Media regionale 2010	Media nazionale 2010	Valore benchmark Friuli V.G. 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	23.23%	35.9%	83.63%	22.96%	21.83%	>= 24%	>= 28%	>= 32%	>= 36%
Note tecniche sull'indicatore	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 dati	Flusso SDO Ministero File A aziendale anno 2012 (non ancora validato RAS)								

Ricoveri effettuati in altre regioni

Indicatore – H7	Percentuale di fughe in punti DRG								
<p><i>Il cittadino deve trovare nel suo territorio risposte adeguate ai propri bisogni di salute. Questo indicatore misura la percentuale di ricoveri effettuati in altre regioni pesati per il loro livello di complessità. L'indicatore è tanto più positivo quanto maggiormente tendente alla riduzione progressiva della sua entità nel tempo.</i></p>									
Obiettivo aziendale	<p><i>Migliorare la performance aziendale già inferiore alla media regionale e nazionale per scendere, in un quadriennio, al di sotto del 5,9% di fughe in punti DRG.</i></p>								
Formula indicatore	Azienda Sanitaria di Nuoro								
<p>Somma pesi dei drg relativi alle dimissioni dei residenti erogate fuori regione x 100</p> <p>-----</p> <p>Somma dei pesi dei DRG relativi alle dimissioni dei residenti ovunque erogate</p>	Media regionale 2010	Media nazionale 2010	Valore benchmark Lombardia 2010	Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
	6.53%	11.65%	4.22%	6.12%	6.39% (*)	<= 6.2%	<= 6.1%	<= 6%	<= 5.9%
Note tecniche sull'indicatore	<p>Si considerano i pesi dei DRG in Mobilità Passiva (*) per il 2012 si considera il dato di mobilità passiva 2011</p>								
Fonte dati	<p>Flusso SDO Ministero Nota bene: il dato è indicativo in quanto suscettibile di revisione tecnica in relazione a dati extraregionali.</p>								

Pronto soccorso - tempi di attesa alla visita

Indicatore - LA1	Tempi di attesa di presa in carico medica							
<p><i>Il cittadino nell'accesso al Pronto Soccorso, deve trovare una risposta graduata sul livello di urgenza e gravità. A livello nazionale i gradi di urgenza sono suddivisi in 4 codici: rosso (emergenza – pericolo immediato di vita); giallo (urgenza – potenziale pericolo di vita); verde (urgenza minore – problematiche non vitali); bianco (nessuna urgenza). In particolare il codice verde indica un accesso potenzialmente ambulatoriale mentre il codice bianco segnala un accesso sicuramente non appropriato in quanto di sicuro livello di assistenza territoriale. Viene di seguito riportato il tempo di presa in carico medica del paziente, mentre il tempo totale di permanenza nel pronto soccorso, comprendente anche i tempi dei processi diagnostici e/o di consulenza specialistica esterni al servizio, non è di seguito riportato.</i></p>								
Obiettivo aziendale	<i>Migliorare la performance nei codici gialli e verdi, in ordine ai tempi di ingresso in sala visita.</i>							
Formula indicatore	Standard Emilia Romagna per codici rosso e giallo. Per codici verde e bianco standard canadese	Azienda Sanitaria di Nuoro – P.O. San Francesco						
Conteggio minuti di attesa per ingresso in sala visita		Dato storico 2011	Dato a consuntivo 2012	Dato corrente 2013	Target 2013	Target 2014	Target 2015	Target 2016
Codice rosso	immediato	1'	1'	1'	1'	1'	1'	1'
Codice giallo	15' ± 5'	84' (*)	24'	26'	24'	22'	20'	< 20'
Codice verde	≤ 60' (tempo indicativo)	61'	56'	65'	61'	≤ 60'	≤ 60'	≤ 60'
Codice bianco	≤ 120' (tempo indicativo)	76'	73'	79'	≤ 80'	≤ 80'	≤ 80'	≤ 80'
Note tecniche sull'indicatore	I minuti sono calcolati in modo informatico e automatico dalla fase di chiusura della valutazione infermieristica nel triage (valutazione del codice di gravità attribuibile al singolo caso) al momento in cui il medico in ambulatorio prende in carico il paziente. (*) Il dato 2011 risente di una sospensione del software che ne inficia la validità. Il modello di triage aziendale è quello denominato "globale".							
Fonte dati	Software applicativo PS Web							