



Ministero della Salute

Schede tecniche degli indicatori NSG

Decreto interministeriale 12 marzo 2019 “Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” Art.3, comma 1

Indice

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica.....	5
Scheda Indicatore P01C	5
Scheda Indicatore P02C	9
Scheda Indicatore P03C	12
Scheda Indicatore P04C	16
Scheda Indicatore P05C	20
Scheda Indicatore P06C	24
Scheda Indicatore P07Ca	27
Scheda Indicatore P07Cb	30
Scheda Indicatore P08Z	33
Scheda Indicatore P09Z	37
Scheda Indicatore P10Z	40
Scheda Indicatore P11Z	44
Scheda Indicatore P12Z	47
Scheda Indicatore P13Z	50
Scheda Indicatore P14C	53
Scheda Indicatore P15Ca	56
Scheda Indicatore P15Cb	59
Scheda Indicatore P15Cc	62
Scheda Indicatore P16C	65
Area Distrettuale	67
Scheda Indicatore D01C	67
Scheda Indicatore D02C	74
Scheda Indicatore D03C	80
Scheda Indicatore D04C	83
Scheda Indicatore D05C	86
Scheda Indicatore D06C	88
Scheda Indicatore D07Ca.....	90
Scheda Indicatore D07Cb	92
Scheda Indicatore D08C	94
Scheda Indicatore D09Z.....	96
Scheda Indicatore D10Z.....	98
Scheda Indicatore D11Z.....	100

Scheda Indicatore D12C	102
Scheda Indicatore D13C	104
Scheda Indicatore D14C	106
Scheda Indicatore D15C	108
Scheda Indicatore D16C	110
Scheda Indicatore D17C	112
Scheda Indicatore D18C	114
Scheda Indicatore D19C	116
Scheda Indicatore D20Z.....	118
Scheda Indicatore D21Z.....	120
Scheda Indicatore D22Z.....	122
Scheda Indicatore D23Z.....	124
Scheda Indicatore D24C	126
Scheda Indicatore D25C	129
Scheda Indicatore D26C	132
Scheda Indicatore D27C	134
Scheda Indicatore D28C	136
Scheda Indicatore D29C	138
Scheda Indicatore D30Z.....	140
Scheda Indicatore D31C	142
Scheda Indicatore D32Z.....	144
Scheda Indicatore D33Za.....	146
Scheda Indicatore D33Zb.....	148
Assistenza Ospedaliera.....	150
Scheda Indicatore H01Z.....	150
Scheda Indicatore H02Z.....	152
Scheda Indicatore H03C	155
Scheda Indicatore H04Z.....	161
Scheda Indicatore H05Z.....	163
Scheda Indicatore H06Z.....	174
Scheda Indicatore H07Z.....	176
Scheda Indicatore H08Za.....	178
Scheda Indicatore H08Zb.....	180
Scheda Indicatore H09Za.....	182
Scheda Indicatore H09Zb.....	185

Scheda Indicatore H09Zc.....	188
Scheda Indicatore H10Za.....	192
Scheda Indicatore H10Zb.....	194
Scheda Indicatore H10Zc.....	196
Scheda Indicatore H11Za.....	198
Scheda Indicatore H11Zb.....	200
Scheda Indicatore H12C	202
Scheda Indicatore H13C	204
Scheda Indicatore H14C	209
Scheda Indicatore H15S.....	211
Scheda Indicatore H16S.....	213
Scheda Indicatore H17C	215
Scheda Indicatore H18C	220
Scheda Indicatore H19S.....	225
Scheda Indicatore H20S.....	227
Scheda Indicatore H21S.....	229
Scheda Indicatore H22C	231
Scheda Indicatore H23C	236
Scheda Indicatore H24C	241
Contesto ed Equità	246
Scheda Indicatore CO01	246
Scheda Indicatore CO02	248
Scheda Indicatore CO03	251
Scheda Indicatore CO04	255
Scheda Indicatore EO01.....	257

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Scheda Indicatore P01C

NOME INDICATORE

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).

DEFINIZIONE

Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La copertura vaccinale è l'indicatore più sintetico per verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area A – Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Copertura, accessibilità, equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale, è possibile scendere ad un livello sub-regionale.

FONTE

L'Anagrafe Vaccinale Nazionale prevista dal Legge di conversione 119/2017 e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale, consente il calcolo delle coperture vaccinali reali.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi).

Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita

Fattore di scala: (x 100)

Per quanto riguarda il numeratore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita come la somma di:

- vaccinazioni somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VSX Regione di riferimento);
- vaccinazioni somministrate da altra Regione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione oggetto di valutazione (flusso VSM Regione di somministrazione);
- vaccinazioni non somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VNX Regione di riferimento) con Motivo di esclusione: “08 - Pregressa immunità da malattia naturale”.

Per quanto riguarda il denominatore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita dal flusso AVX (tracciato anagrafica) con selezione dei soggetti con domicilio e residenza nella Regione oggetto di valutazione. Sono esclusi i soggetti per i quali è stato trasmesso il flusso VNX (Vaccinazioni non somministrate) con Motivo di Esclusione: “04 - Non Rintracciabile”.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione eleggibile per la vaccinazione

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

I dati di copertura vaccinale verranno calcolati attraverso l'Anagrafe Vaccinale Nazionale, alimentata dalle Anagrafi Vaccinali Regionali, dove per Anagrafe Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempimento alle vaccinazioni previste per età.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000; DM n. 5 del 7 aprile 1999 "Nuovo calendario per le vaccinazioni in età evolutiva" (G.U. n. 87 del 15 aprile 1999); Accordo Stato-Regioni del 18 giugno 1999 "Piano nazionale vaccini 1999-2000"; Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 ed il DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria; Accordo Stato-Regioni del 3 marzo 2005, concernente il Nuovo piano nazionale vaccini 2005-2007 - G.U. Serie Generale n. 86 del 14 aprile 2005); Intesa del 22 febbraio 2012 sul documento recante “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014”; Intesa Stato-Regioni del 19 gennaio 2017, concernente il “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 - G.U. Serie Generale n. 41 del 18 febbraio 2017); Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale” - G.U. Serie Generale , n. 130 del 07 giugno 2017, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119 - GU Serie Generale n.182 del 05-08-2017; Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Mancata alimentazione dell'AVN da parte delle regioni/PP.AA.

BIBLIOGRAFIA

- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2017. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-02-18&atto.codiceRedazionale=17A01195&elenco30giorni=true
- Costituzione della Repubblica Italiana <http://www.quirinale.it/qrnw/costituzione/pdf/costituzione.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/pages/index.aspx>
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089/en/>
- Andre FE, Booy R, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bulletin of the World Health Organization 2008;86(2). <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089.pdf>
- Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines. Sezione 1, capitolo 1: A short history of vaccination. 6° edizione, Saunders, 2012.
- Ehreth J. The global value of vaccination. Vaccine 2003;21:4105-17.
- Bärnighausen T, Bloom DE, et al. Rethinking the benefits and costs of childhood vaccination: the example of the Haemophilus influenzae type b vaccine. Vaccine 2011;29:2371-80.
- Boccalini S, Taddei C, et al. Economic analysis of the first 20 years of universal hepatitis B vaccination program in Italy: an a posteriori evaluation and forecast of future benefits. Hum Vaccin Immunother 2013;9:1119-28.
- Zhou F, Shefer A, et al. Economic evaluation of the routine childhood immunization program in the United States, 2009. Pediatrics 2014;133:577-85.
- Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. Vaccine 2003;21:4105-17.
- Ministero della Salute. Coperture vaccinali. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20
- EpiCentro, Istituto superiore di sanità. Le vaccinazioni in Italia. Copertura vaccinale in Italia. http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/dati_Ita.asp
- Comitato Nazionale per la bioetica. L'importanza delle vaccinazioni. Mozione del 24 aprile 2015. http://www.governo.it/bioetica/mozioni/mozione_vaccinazioni.pdf.
- Ministero della salute. Vaccinazioni. <http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp>
- ASSET (Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics). Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe. <http://www.asset-scienceinsociety.eu/outputs/other-projects-documents/compulsory-vaccination-and-rates-coverage-immunisation-europe> o http://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/asset_report.pdf
- ASSET (Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics). <http://www.asset-scienceinsociety.eu/news/features/efficacy-mandatory-vaccinations-asset-analysis>
- Rashid H, Khandaker G, Booy R. Vaccination and herd immunity: what more do we know? Curr Opin Infect Dis 2012;25:24-39.
- Alirol E, Getaz L, et al. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. Lancet Infect Dis 2011;11:131-41. World Health Organization, Regional Office for Europe. European Vaccine Action Plan 2015-2020, Copenhagen 2014. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/253730/64wd15e_EVAP_140459.pdf
- World Health Organization. Global Vaccine Action Plan 2011-2020, Ginevra 2013. http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/

Poliomyelitis (polio) and the vaccines used to eradicate it – questions and answers.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2016/04/poliomyelitis-polio-and-the-vaccines-used-to-eradicate-it-questions-and-answers>

Scheda Indicatore P02C

NOME INDICATORE

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)

DEFINIZIONE

Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La copertura vaccinale è l'indicatore più sintetico per verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area A – Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Copertura, accessibilità, equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale, è possibile scendere ad un livello sub-regionale.

FONTE

L'Anagrafe Vaccinale Nazionale prevista dal Legge di conversione 119/2017 e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale, consente il calcolo delle coperture vaccinali reali.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose.

Denominatore: numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita

Fattore di scala: (x 100)

Per quanto riguarda il numeratore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita come la somma di:

- vaccinazioni somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VSX Regione di riferimento);

- vaccinazioni somministrate da altra Regione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione oggetto di valutazione (flusso VSM Regione di somministrazione);
- vaccinazioni non somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VNX Regione di riferimento) con Motivo di esclusione: “08 - Pregressa immunità da malattia naturale”.

Per quanto riguarda il denominatore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita dal flusso AVX (tracciato anagrafica) con selezione dei soggetti con domicilio e residenza nella Regione oggetto di valutazione. Sono esclusi i soggetti per i quali è stato trasmesso il flusso VNX (Vaccinazioni non somministrate) con Motivo di Esclusione: “04 - Non Rintracciabile”.

LIVELLO DI ANALISI (SOGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione eleggibile per la vaccinazione

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

I dati di copertura vaccinale verranno calcolati attraverso l'Anagrafe Vaccinale Nazionale, alimentata dalle Anagrafi Vaccinali Regionali, dove per Anagrafe Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempimento alle vaccinazioni previste per età.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000; DM n. 5 del 7 aprile 1999 “Nuovo calendario per le vaccinazioni in età evolutiva” (G.U. n. 87 del 15 aprile 1999); Accordo Stato-Regioni del 18 giugno 1999 “Piano nazionale vaccini 1999-2000”; Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 ed il DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria; Accordo Stato-Regioni del 13 novembre 2003 sul “Piano Nazionale per l'Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita”; Accordo Stato-Regioni del 3 marzo 2005, concernente il Nuovo piano nazionale vaccini 2005-2007 - G.U. Serie Generale n. 86 del 14 aprile 2005); Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2011 sul documento recante “Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015”; Intesa del 22 febbraio 2012 sul documento recante “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014”; Intesa Stato-Regioni del 19 gennaio 2017, concernente il “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 - G.U. Serie Generale n. 41 del 18 febbraio 2017); Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale” - G.U. Serie Generale , n. 130 del 07 giugno 2017, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119 - GU Serie Generale n.182 del 05-08-2017; Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Mancata alimentazione dell'AVN da parte delle regioni/PP.AA.

BIBLIOGRAFIA

- Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018.
http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045549_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%20ODG.pdf
- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2017.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-02-18&atto.codiceRedazionale=17A01195&elenco30giorni=true
- World Health Organization Regional Office for Europe. European Vaccine Action Plan 2015-2020, Copenhagen 2014.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/253730/64wd15e_EVAP_140459.pdf
- World Health Organization. Global Vaccine Action Plan 2011-2020, Ginevra 2013.
http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art. 1, co. 7, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, Suppl. Ordinario n. 15.
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-03-18&atto.codiceRedazionale=17A02015&elenco30giorni=false
- Piano nazionale eliminazione morbillo e rosolia congenita (2010-2015).
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1519_allegato.pdf
- Ministero della Salute. Circolare del 20 febbraio 2013. Istituzione di un sistema di sorveglianza integrato per il morbillo e la rosolia alla luce del nuovo Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010- 2015.
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=48172&parte=1%20&serie>
- EpiCentro, Istituto Superiore di Sanità. Morbillo in Italia: bollettino settimanale.
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/Infografica2017.asp>
- Carabin H, Edmunds WJ. Future savings from measles eradication in industrialized countries. J Infect Dis 2003;187(Suppl 1):S29-35.
- WHO. Vaccine introduction guidelines. Adding a vaccine to a national immunization programme: decision and implementation, 2005. IVB/0.5/18.
- Ministero della salute. Vaccinazioni.
<http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp>

Scheda Indicatore P03C

NOME INDICATORE

Copertura vaccinale anti-pneumococcica.

DEFINIZIONE

Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La copertura vaccinale è l'indicatore più sintetico per verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area A – Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Copertura, accessibilità, equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale, è possibile scendere ad un livello sub-regionale.

FONTE

L'Anagrafe Vaccinale Nazionale prevista dal Legge di conversione 119/2017 e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale, consente il calcolo delle coperture vaccinali reali.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica.

Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita.

Fattore di scala: (x 100)

Per quanto riguarda il numeratore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita come la somma di:

- vaccinazioni somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VSX Regione di riferimento);

- vaccinazioni somministrate da altra Regione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione oggetto di valutazione (flusso VSM Regione di somministrazione);
- vaccinazioni non somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VNX Regione di riferimento) con Motivo di esclusione: “08 - Pregressa immunità da malattia naturale”.

Per quanto riguarda il denominatore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita dal flusso AVX (tracciato anagrafica) con selezione dei soggetti con domicilio e residenza nella Regione oggetto di valutazione. Sono esclusi i soggetti per i quali è stato trasmesso il flusso VNX (Vaccinazioni non somministrate) con Motivo di Esclusione: “04 - Non Rintracciabile”.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione eleggibile per la vaccinazione

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

I dati di copertura vaccinale verranno calcolati attraverso l'Anagrafe Vaccinale Nazionale, alimentata dalle Anagrafi Vaccinali Regionali, dove per Anagrafe Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempimento alle vaccinazioni previste per età.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000; DM n. 5 del 7 aprile 1999 "Nuovo calendario per le vaccinazioni in età evolutiva" (G.U. n. 87 del 15 aprile 1999); Accordo Stato-Regioni del 18 giugno 1999 "Piano nazionale vaccini 1999-2000"; Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 ed il DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria; Accordo Stato-Regioni del 3 marzo 2005, concernente il Nuovo piano nazionale vaccini 2005-2007 - G.U. Serie Generale n. 86 del 14 aprile 2005); Intesa del 22 febbraio 2012 sul documento recante “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014”; Intesa Stato-Regioni del 19 gennaio 2017, concernente il “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 - G.U. Serie Generale n. 41 del 18 febbraio 2017); Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale” - G.U. Serie Generale , n. 130 del 07 giugno 2017, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119 - GU Serie Generale n.182 del 05-08-2017; Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

≥95% di copertura, valore che rappresenta l'obiettivo di copertura vaccinale previsto, nel PNPV 2012-2014

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Mancata alimentazione dell'AVN da parte delle regioni/PP.AA.

BIBLIOGRAFIA

- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2017. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf, http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-02-18&atto.codiceRedazionale=17A01195&elenco30giorni=true
- Costituzione della Repubblica Italiana <http://www.quirinale.it/qrnw/costituzione/pdf/costituzione.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/pages/index.aspx>
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089/en/>
- Andre FE, Booy R, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bulletin of the World Health Organization 2008;86(2). <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089.pdf>
- Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines. Sezione 1, capitolo 1: A short history of vaccination. 6° edizione, Saunders, 2012.
- Ehreth J. The global value of vaccination. Vaccine 2003;30:596-600.
- Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. Vaccine 2003;21:4105-17.
- Ministero della Salute. Coperture vaccinali. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20
- EpiCentro, Istituto superiore di sanità. Le vaccinazioni in Italia. Copertura vaccinale in Italia. http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/dati_Ita.asp
- Comitato Nazionale per la bioetica. L'importanza delle vaccinazioni. Mozione del 24 aprile 2015. http://www.governo.it/bioetica/mozioni/mozione_vaccinazioni.pdf.
- Ministero della salute. Vaccinazioni <http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp>
- ASSET (Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics). Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe. <http://www.asset-scienceinsociety.eu/outputs/other-projects-documents/compulsory-vaccination-and-rates-coverage-immunisation-europe> o http://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/asset_report.pdf
- ASSET (Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics). <http://www.asset-scienceinsociety.eu/news/features/efficacy-mandatory-vaccinations-asset-analysis>
- Rashid H, Khandaker G, Booy R. Vaccination and herd immunity: what more do we know? Curr Opin Infect Dis 2012;25:24-39.
- Alirol E, Getaz L, et al. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. Lancet Infect Dis 2011;11:131-41. 29. World Health Organization, Regional Office for Europe. European Vaccine Action Plan 2015-2020, Copenhagen 2014. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/253730/64wd15e_EVAP_140459.pdf
- World Health Organization. Global Vaccine Action Plan 2011-2020, Ginevra 2013. http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/
- Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. Decreto legge n. 73 del 7 giugno 2017 convertito in legge il 28 luglio 2017. Gazzetta Ufficiale n. 130 del 7 giugno 2017. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/06/7/17G00095/sg>
- Istituto Superiore di Sanità. Risposte ai quesiti dei componenti della Commissione Sanità del Senato, giugno 2017. http://www.iss.it/binary/pres/cont/TESTO_Commissione_Igiene_e_Sanit_.pdf
- Istituto Superiore di Sanità – Sorveglianza delle Malattie batteriche Invasive <http://www.iss.it/mabi/>
- Ministero della Salute. Circolare sulla Prevenzione e controllo delle malattie batteriche invasive prevenibili con vaccinazione.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017&codLeg=59229&parte=1%20&serie=null>

Scheda Indicatore P04C

NOME INDICATORE

Copertura vaccinale anti-meningococcica C.

DEFINIZIONE

Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La copertura vaccinale è l'indicatore più sintetico per verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica.

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area A – Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Copertura, accessibilità, equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale, è possibile scendere ad un livello sub-regionale.

FONTE

L'Anagrafe Vaccinale Nazionale prevista dal Legge di conversione 119/2017 e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale, consente il calcolo delle coperture vaccinali reali.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C.

Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita.

Fattore di scala: (x 100)

Per quanto riguarda il numeratore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita come la somma di:

- vaccinazioni somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VSX Regione di riferimento);
- vaccinazioni somministrate da altra Regione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione oggetto di valutazione (flusso VSM Regione di somministrazione);
- vaccinazioni non somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VNX Regione di riferimento) con Motivo di esclusione: “08 - Pregressa immunità da malattia naturale”.

Per quanto riguarda il denominatore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita dal flusso AVX (tracciato anagrafica) con selezione dei soggetti con domicilio e residenza nella Regione oggetto di valutazione. Sono esclusi i soggetti per i quali è stato trasmesso il flusso VNX (Vaccinazioni non somministrate) con Motivo di Esclusione: “04 - Non Rintracciabile”.

LIVELLO DI ANALISI (SOGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Regione e popolazione eleggibile per la vaccinazione

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

I dati di copertura vaccinale verranno calcolati attraverso l'Anagrafe Vaccinale Nazionale, alimentata dalle Anagrafi Vaccinali Regionali, dove per Anagrafe Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempimento alle vaccinazioni previste per età.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000; DM n. 5 del 7 aprile 1999 "Nuovo calendario per le vaccinazioni in età evolutiva" (G.U. n. 87 del 15 aprile 1999); Accordo Stato-Regioni del 18 giugno 1999 "Piano nazionale vaccini 1999-2000"; Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 ed il DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria; Accordo Stato-Regioni del 3 marzo 2005, concernente il Nuovo piano nazionale vaccini 2005-2007 - G.U. Serie Generale n. 86 del 14 aprile 2005); Intesa del 22 febbraio 2012 sul documento recante “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014”; Intesa Stato-Regioni del 19 gennaio 2017, concernente il “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 - G.U. Serie Generale n. 41 del 18 febbraio 2017); Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale” - G.U. Serie Generale , n. 130 del 07 giugno 2017, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119 - GU Serie Generale n.182 del 05-08-2017; Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

≥95% di copertura, valore che rappresenta l'obiettivo di copertura vaccinale previsto, nel PNPV 2012-2014.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Mancata alimentazione dell'AVN da parte delle regioni/PP.AA.

BIBLIOGRAFIA

- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2017. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-02-18&atto.codiceRedazionale=17A01195&elenco30giorni=true
- Costituzione della Repubblica Italiana <http://www.quirinale.it/qrnw/costituzione/pdf/costituzione.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/pages/index.aspx>
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089/en/>
- Andre FE, Booy R, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bulletin of the World Health Organization 2008;86(2). <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089.pdf>
- Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines. Sezione 1, capitolo 1: A short history of vaccination. 6° edizione, Saunders, 2012.
- Ehreth J. The global value of vaccination. Vaccine 2003;21:4105-17.
- Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. Vaccine 2003;21:4105-17.
- Ministero della Salute. Coperture vaccinali. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20
- EpiCentro, Istituto superiore di sanità. Le vaccinazioni in Italia. Copertura vaccinale in Italia. http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/dati_Ita.asp
- Comitato Nazionale per la bioetica. L'importanza delle vaccinazioni. Mozione del 24 aprile 2015. http://www.governo.it/bioetica/mozioni/mozione_vaccinazioni.pdf.
- Ministero della salute. Vaccinazioni. <http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp>
- ASSET (Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics). Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe. <http://www.asset-scienceinsociety.eu/outputs/other-projects-documents/compulsory-vaccination-and-rates-coverage-immunisation-europe> o http://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/asset_report.pdf
- ASSET (Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics). <http://www.asset-scienceinsociety.eu/news/features/efficacy-mandatory-vaccinations-asset-analysis>
- Rashid H, Khandaker G, Booy R. Vaccination and herd immunity: what more do we know? Curr Opin Infect Dis 2012;25:24-39.
- Alirol E, Getaz L, et al. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. Lancet Infect Dis 2011;11:131-41. World Health Organization, Regional Office for Europe. European Vaccine Action Plan 2015-2020, Copenhagen 2014. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/253730/64wd15e_EVAP_140459.pdf
- World Health Organization. Global Vaccine Action Plan 2011-2020, Ginevra 2013. http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/
- Istituto Superiore di Sanità. Risposte ai quesiti dei componenti della Commissione Sanità del Senato, giugno 2017. http://www.iss.it/binary/pres/cont/TESTO_Commissione_Igiene_e_Sanit_.pdf
- Istituto Superiore di Sanità – Sorveglianza delle Malattie batteriche Invasive <http://www.iss.it/mabi/>

- Ministero della Salute. Circolare sulla Prevenzione e controllo delle malattie batteriche invasive prevenibili con vaccinazione.
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017&codLeg=59229&parte=1%20&serie=null>

Scheda Indicatore P05C

NOME INDICATORE

Copertura vaccinale anti-HPV

DEFINIZIONE

Rapporto percentuale tra numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi e numero di bambine della rispettiva coorte di nascita.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La copertura vaccinale è l'indicatore più sintetico per verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area A – Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Copertura, accessibilità, equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale, è possibile scendere ad un livello sub-regionale.

FONTE

L'Anagrafe Vaccinale Nazionale prevista dal Legge di conversione 119/2017 e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale, consente il calcolo delle coperture vaccinali reali.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi

Denominatore: numero di bambine della rispettiva coorte di nascita.

Fattore di scala: (x 100)

Si precisa che il denominatore è rappresentato dalla popolazione ISTAT residente, della rispettiva coorte di nascita, cui sarà sommato l'ammontare dei domiciliati non residenti e sottratto l'ammontare dei residenti non domiciliati (ovvero domiciliati in altre regioni), della stessa coorte.

L'anno di riferimento della popolazione ISTAT considerata sarà quello della richiesta dei dati, quindi la popolazione al 1° gennaio dell'anno in corso.

Per quanto riguarda il numeratore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita come la somma di:

- vaccinazioni somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VSX Regione di riferimento);
- vaccinazioni somministrate da altra Regione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione oggetto di valutazione (flusso VSM Regione di somministrazione);
- vaccinazioni non somministrate dalla Regione oggetto di valutazione a soggetti residenti e domiciliati nella Regione stessa (flusso VNX Regione di riferimento) con Motivo di esclusione: "08 - Pregressa immunità da malattia naturale".

Per quanto riguarda il denominatore si precisa che è calcolato con riferimento ai soggetti della rispettiva coorte di nascita dal flusso AVX (tracciato anagrafica) con selezione dei soggetti con domicilio e residenza nella Regione oggetto di valutazione. Sono esclusi i soggetti per i quali è stato trasmesso il flusso VNX (Vaccinazioni non somministrate) con Motivo di Esclusione: "04 - Non Rintracciabile".

LIVELLO DI ANALISI (SOGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione eleggibile per la vaccinazione

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

I dati di copertura vaccinale verranno calcolati attraverso l'Anagrafe Vaccinale Nazionale, alimentata dalle Anagrafi Vaccinali Regionali, dove per Anagrafe Vaccinale Regionale si intende un applicativo software che gestisca complessivamente tutta l'attività vaccinale, che sia utilizzato su tutto il territorio da tutti gli operatori interessati, che consenta operazioni omogenee e che copra simultaneamente il 100% della popolazione residente domiciliata sul territorio regionale. Tale Anagrafe, come determinato dalla legge sull'obbligo vaccinale (n. 119/2017) e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale deve altresì consentire l'aggiornamento degli elenchi scolastici in merito alla situazione di adempimento alle vaccinazioni previste per età.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000; DM n. 5 del 7 aprile 1999 "Nuovo calendario per le vaccinazioni in età evolutiva" (G.U. n. 87 del 15 aprile 1999); Accordo Stato-Regioni del 18 giugno 1999 "Piano nazionale vaccini 1999-2000"; Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 ed il DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria; Accordo Stato-Regioni del 3 marzo 2005, concernente il Nuovo piano nazionale vaccini 2005-2007 - G.U. Serie Generale n. 86 del 14 aprile 2005); Intesa del 22 febbraio 2012 sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014"; Intesa Stato-Regioni del 19 gennaio 2017, concernente il "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 - G.U. Serie Generale n. 41 del 18 febbraio 2017); Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

≥95% a partire dal 2013, valore che rappresenta l'obiettivo di copertura vaccinale previsto, nel PNPV 2012-2014.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Mancata alimentazione dell'AVN da parte delle regioni/PP.AA.

BIBLIOGRAFIA

- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2017.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-02-18&atto.codiceRedazionale=17A01195&elenco30giorni=true
- Costituzione della Repubblica Italiana <http://www.quirinale.it/qrnw/costituzione/pdf/costituzione.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).
<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/pages/index.aspx>
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089/en/>
- Andre FE, Booy R, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bulletin of the World Health Organization 2008;86(2). <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089.pdf>
- Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines. Sezione 1, capitolo 1: A short history of vaccination. 6° edizione, Saunders, 2012.
- Ehreth J. The global value of vaccination. Vaccine 2003;21:596-600.
- Zhou F, Shefer A, et al. Economic evaluation of the routine childhood immunization program in the United States, 2009. Pediatrics 2014;133:577-85.
- Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. Vaccine 2003;21:4105-17.
- Ministero della Salute. Coperture vaccinali.
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20
- EpiCentro, Istituto superiore di sanità. Le vaccinazioni in Italia. Copertura vaccinale in Italia.
http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/dati_Ita.asp
- Comitato Nazionale per la bioetica. L'importanza delle vaccinazioni. Mozione del 24 aprile 2015.
http://www.governo.it/bioetica/mozioni/mozione_vaccinazioni.pdf.
- Ministero della salute. Vaccinazioni.
<http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp> ASSET (Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics). Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe.
<http://www.asset-scienceinsociety.eu/outputs/other-projects-documents/compulsory-vaccination-and-rates-coverage-immunisation-europe> http://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/asset_report.pdf
- ASSET (Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics).
<http://www.asset-scienceinsociety.eu/news/features/efficacy-mandatory-vaccinations-asset-analysis>
- Rashid H, Khandaker G, Booy R. Vaccination and herd immunity: what more do we know? Curr Opin Infect Dis 2012;25:24-39.
- Alirol E, Getaz L, et al. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. Lancet Infect Dis 2011;11:131-41. World Health Organization, Regional Office for Europe. European Vaccine Action Plan 2015-2020, Copenhagen 2014.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/253730/64wd15e_EVAP_140459.pdf
- World Health Organization. Global Vaccine Action Plan 2011-2020, Ginevra 2013.
http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/
- Favato G, Baio G, et al. Novel health economic evaluation of a vaccination strategy to prevent HPV-related diseases: the BEST study. Med Care 2012;50:1076-85.

- La Torre G, de Waure C, et al. The Health Technology Assessment of bivalent HPV vaccine Cervarix in Italy. *Vaccine* 2010;28:3379-84.

Scheda Indicatore P06C

NOME INDICATORE

Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano

DEFINIZIONE

Rapporto percentuale tra: numero di vaccinazioni antinfluenzali stagionali effettuate nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni e popolazione residente degli ultrasessantacinquenni

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze, nonché l'eccesso di mortalità, è necessario raggiungere coperture elevate nei gruppi di popolazione target della vaccinazione.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area A – Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Copertura, accessibilità, equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale; su richiesta esplicita alle Regioni è possibile scendere ad un livello sub-regionale.

FONTE

Per la registrazione delle dosi di vaccino antinfluenzale somministrate per fascia di età e categoria di rischio, essendo la situazione nazionale in termini di informatizzazione delle anagrafi vaccinali diversa da regione a regione, si utilizza il Sistema di inserimento dei dati informatizzato, predisposto dal Reparto di Epidemiologia delle Malattie Infettive del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS <https://www.iss.it/site/FLUFF100/login.aspx> e realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM

Per il numeratore: Sistema di rilevazione delle coperture vaccinali, a livello locale, regionale e nazionale: i dati vengono inseriti direttamente dalle Regioni/PA nella piattaforma FLUFF, presso l'ISS.

A partire dalla campagna vaccinale 2020-2021 il numeratore sarà quello fornito dall'Anagrafe Vaccinale Nazionale (AVN), prevista dalla Legge di conversione 119/2017 e dal Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018 (G.U. n.257 del 2018), di istituzione e disciplina dell'AVN, che consente di calcolare le coperture vaccinali reali.

Per il denominatore: l'ISTAT fornisce la popolazione per sesso, età, Regione di residenza, più aggiornata disponibile (vedi ad esempio "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020" dell'Accordo Governo, Regioni e Province Autonome, Rep. Atti 144/CSR del 1 agosto 2019).

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di soggetti di età pari o superiore a 65 anni vaccinati

Denominatore: popolazione di ultrasessantacinquenni

Fattore di scala: (x 100)

È stato concordato nell'ambito del Gruppo di Lavoro AVN che per le coperture vaccinali relative alle coorti antecedenti al 2000 il calcolo sarà effettuato utilizzando il denominatore ISTAT in quanto il dato AVN è ancora parziale.

LIVELLO DI ANALISI (SOGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione eleggibile per la vaccinazione

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Intesa del 22 febbraio 2012 sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014"; Intesa Stato-Regioni del 19 gennaio 2017, concernente il "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 - G.U. Serie Generale n. 41 del 18 febbraio 2017); Circolare Ministero della Salute: "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2016-2017"

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

≥75% come obiettivo minimo perseguibile e ≥95% come obiettivo ottimale.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2017.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-02-18&atto.codiceRedazionale=17A01195&elenco30giorni=true
- Costituzione della Repubblica Italiana <http://www.quirinale.it/qrnw/costituzione/pdf/costituzione.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).
<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/pages/index.aspx>
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089/en/>
- Andre FE, Booy R, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bulletin of the World Health Organization 2008;86(2).
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089.pdf>
- Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines. Sezione 1, capitolo 1: A short history of vaccination. 6° edizione, Saunders, 2012.
- Ehreth J. The global value of vaccination. Vaccine 2003;21:596-600.

- Zhou F, Shefer A, et al. Economic evaluation of the routine childhood immunization program in the United States, 2009. *Pediatrics* 2014;133:577-85.
- Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. *Vaccine* 2003;21:4105-17.
 - Ministero della Salute. Coperture vaccinali.
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20
 - EpiCentro, Istituto superiore di sanità. Le vaccinazioni in Italia. Copertura vaccinale in Italia.
http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/dati_Ita.asp
 - Comitato Nazionale per la bioetica. L'importanza delle vaccinazioni. Mozione del 24 aprile 2015.
http://www.governo.it/bioetica/mozioni/mozione_vaccinazioni.pdf.
 - Ministero della salute. Vaccinazioni.
<http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp>
 - ASSET (Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics). Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe.
<http://www.asset-scienceinsociety.eu/outputs/other-projects-documents/compulsory-vaccination-and-rates-coverage-immunisation-europe> o http://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/asset_report.pdf
 - ASSET (Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics).
<http://www.asset-scienceinsociety.eu/news/features/efficacy-mandatory-vaccinations-asset-analysis>
 - Rashid H, Khandaker G, Booy R. Vaccination and herd immunity: what more do we know? *Curr Opin Infect Dis* 2012;25:24-39.
 - Alirol E, Getaz L, et al. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. *Lancet Infect Dis* 2011;11:131- 41. 29. World Health Organization, Regional Office for Europe. European Vaccine Action Plan 2015-2020, Copenhagen 2014.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/253730/64wd15e_EVAP_140459.pdf
 - World Health Organization. Global Vaccine Action Plan 2011-2020, Ginevra 2013.
http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/
 - Preaud E, Durand L, et al. Annual public health and economic benefits of seasonal influenza vaccination: a European estimate. *BMC Public Health* 2014;14:813.
 - Cicchetti A, Ruggeri M, et al. Extending influenza vaccination to individuals aged 50-64: a budget impact analysis *Int J Technol Assess Health Care* 2010;26:288-93.

Scheda Indicatore P07Ca

NOME INDICATORE

Denunce di infortunio sul lavoro

DEFINIZIONE

Variazione dell'indice di frequenza delle denunce di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Indicatore di esito associato alle attività di prevenzione del fenomeno infortunistico effettuate dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL)

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale e sub-regionale (provincia). I dati sono acquisibili dalla stessa fonte.

FONTE

INAIL (numeratore); ISTAT e INPS (denominatore)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

- 1) Calcolo preliminare del tasso di frequenza per 1000 occupati delle denunce di infortunio sul lavoro:
 - a. Numeratore: numero infortuni sul lavoro denunciati
 - b. Denominatore: numero lavoratori occupati
 - c. Fattore di scala: (x 1000)
- 2) Calcolo della variazione percentuale rispetto all'anno precedente:
 - a. Numeratore: Tasso anno in corso – Tasso anno precedente
 - b. Denominatore: Tasso anno precedente
 - c. Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione lavorativa dell'ambito geografico in esame.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Al **numeratore** vanno conteggiati gli infortuni sul lavoro denunciati nell'anno di riferimento, indipendentemente dalla gravità, come riportati nell'archivio Open Data INAIL; dal conteggio vanno esclusi gli infortuni *in itinere* e gli infortuni con mezzo di trasporto. I dati di riferimento sono accessibili *on-line* (<https://dati.inail.it/opendata/default/Qualidati/index.html>).

Al **denominatore** vanno conteggiati gli occupati ISTAT dell'anno di riferimento; dal conteggio vanno esclusi gli occupati in Cassa Integrazione Guadagni (CIG), calcolato in base alle ore autorizzate di CIG con applicazione del tiraggio medio dell'anno di riferimento. La quota di occupati in CIG che deve essere sottratta dal totale di occupati ISTAT si ottiene con il calcolo seguente: 1. Conversione di ore autorizzate di CIG in occupati (=N° ore autorizzate / 1760); 2. Applicazione del tiraggio (espresso in %) alla quota di ore così ottenuta. I dati di riferimento sono accessibili *on-line* (N° occupati: <http://dati.istat.it/>; N° ore CIG e tiraggio: <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/cig/main1.html>).

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

D.Lgs. 81/2008; Piano Nazionale della Prevenzione e Piani Regionali della Prevenzione; Accordo quadro di collaborazione INAIL-Ministero della Salute-Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 01.12.2015; Accordo Stato-Regioni del 25.03.2015.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

L'obiettivo si considera raggiunto qualora l'indicatore sopra descritto non dimostri un incremento percentuale rispetto all'anno precedente (un incremento non statisticamente significativo non è considerato un incremento). Si precisa che la mancanza di una soglia obiettivo è coerente con l'intenzione di valutare la capacità del sistema delle ASL di intervenire o indirizzare l'andamento di un fenomeno complesso, quale quello infortunistico, in larga misura causato da fattori esterni alle possibilità di intervento delle ASL. Inoltre, tale considerazione è coerente con il quadro strategico dell'Unione Europea in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020, all'interno del quale non si quantifica la riduzione attesa del tasso di incidenza degli infortuni, diversamente dalla precedente strategia comunitaria 2007-2012 (dove era prevista esplicitamente una riduzione degli infortuni pari al 25% nell'intero periodo di riferimento).

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Relativamente al **numeratore**, quale fonte informativa di riferimento è stato individuato l'archivio Open Data INAIL in ragione della tempestività di aggiornamento (con cadenza mensile) e della trasparenza (i dati sono liberamente accessibili e pertanto verificabili ed elaborabili da parte degli *stakeholder*). Si precisa che tali dati sovrastimano significativamente il fenomeno infortunistico poiché risentono anche della denuncia di eventi non riconducibili a infortuni sul lavoro (es. malori, pari circa al 30%) e contengono anche gli infortuni in franchigia (con prognosi 1-3 giorni) non rilevanti per la programmazione dell'attività.

Relativamente al **denominatore**, non è possibile far riferimento ad una banca dati completa per il calcolo dei lavoratori a rischio, dal momento che ciascuna banca dati presenta delle significative esclusioni (es. nei Flussi INAIL-Regioni non rientrano agenti di commercio, giornalisti, personale di volo, Vigili del Fuoco, personale delle forze di Polizia e delle forze armate); si è optato per la popolazione di occupati ISTAT, altro dato liberamente accessibile, corretta per le ore di cassa integrazione alle quali è stato applicato il tiraggio medio dell'anno di riferimento..

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore P07Cb

NOME INDICATORE

Infortuni sul lavoro riconosciuti

DEFINIZIONE

Variazione dell'indice di frequenza di infortunio sul lavoro riconosciuti tra l'anno di riferimento e l'anno precedente.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Indicatore di esito associato alle attività di prevenzione del fenomeno infortunistico effettuate dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL).

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione.

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale e sub-regionale (provincia). I dati sono acquisibili dalla stessa fonte.

FONTE

INAIL (numeratore); ISTAT e INPS (denominatore).

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

- 1) Calcolo preliminare del tasso di frequenza per 1000 occupati degli infortuni sul lavoro riconosciuti:
 - a. Numeratore: numero infortuni sul lavoro riconosciuti
 - b. Denominatore: numero lavoratori occupati
 - c. Fattore di scala: (x 1000)
- 2) Calcolo della variazione percentuale rispetto all'anno precedente:
 - a. Numeratore: Tasso anno in corso – Tasso anno precedente
 - b. Denominatore: Tasso anno precedente
 - c. Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione lavorativa dell'ambito geografico in esame

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Al **numeratore** vanno conteggiati gli infortuni sul lavoro riconosciuti (che corrispondono agli infortuni definiti positivamente, secondo la definizione di INAIL) nell'anno di riferimento, come riportati nell'archivio "Flussi INAIL-Regioni". Dal conteggio vanno esclusi i seguenti infortuni, perché dipendenti da fattori esterni al campo di intervento delle ASL: infortuni *in itinere*, infortuni con mezzo di trasporto, infortuni accaduti a colf, sportivi, studenti e badanti. I dati di riferimento sono disponibili nell'archivio "Flussi INAIL-Regioni" (accessibile da parte degli utenti abilitati).

Al **denominatore** vanno conteggiati gli occupati ISTAT dell'anno di riferimento; dal conteggio vanno esclusi gli occupati in Cassa Integrazione Guadagni (CIG), calcolato in base alle ore autorizzate di CIG con applicazione del tiraggio medio dell'anno di riferimento. La quota di occupati in CIG che deve essere sottratta dal totale di occupati ISTAT si ottiene con il calcolo seguente: 1. Conversione di ore autorizzate di CIG in occupati (=N° ore autorizzate / 1760); 2. Applicazione del tiraggio (espresso in %) alla quota di ore così ottenuta. I dati di riferimento sono accessibili *on-line* (N° occupati: <http://dati.istat.it/>; N° ore CIG e tiraggio: <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/cig/main1.html>).

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

D.Lgs. 81/2008; Piano Nazionale della Prevenzione e Piani Regionali della Prevenzione; Accordo quadro di collaborazione INAIL-Ministero della Salute-Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 01.12.2015; Accordo Stato-Regioni del 25.03.2015

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

L'obiettivo si considera raggiunto qualora l'indicatore sopra descritto non dimostri un incremento percentuale rispetto all'anno precedente (un incremento non statisticamente significativo non è considerato un incremento). Si precisa che la mancanza di una soglia obiettivo è coerente con l'intenzione di valutare la capacità del sistema delle ASL di intervenire o indirizzare l'andamento di un fenomeno complesso, quale quello infortunistico, in larga misura causato da fattori esterni alle possibilità di intervento delle ASL. Inoltre, tale considerazione è coerente con il quadro strategico dell'Unione Europea in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020, all'interno del quale non si quantifica la riduzione attesa del tasso di incidenza degli infortuni, diversamente dalla precedente strategia comunitaria 2007-2012 (dove era prevista esplicitamente una riduzione degli infortuni pari al 25% nell'intero periodo di riferimento).

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Relativamente al **numeratore**, quale fonte informativa di riferimento è stato individuato l'archivio Flussi INAIL-Regioni, che a fronte di un ritardo nella disponibilità dei dati, fornisce informazioni più dettagliate e consolidate, consentendo di rilevare la quota dei veri e propri infortuni riconosciuti in occasione di lavoro (escludendo, altresì, colf, badanti, sportivi, studenti, vale a dire soggetti non compresi nell'ambito di intervento delle ASL). Si precisa che il ritardo sopra precisato non è definito dalle ASL, ma corrisponde ai tempi del flusso istituzionale di dati come gestito dall'Ente assicuratore.

Relativamente al **denominatore**, non è possibile far riferimento ad una banca dati completa per il calcolo dei lavoratori a rischio, dal momento che ciascuna banca dati presenta delle significative esclusioni (es. nei Flussi INAIL-Regioni non rientrano agenti di commercio, giornalisti, personale di volo, Vigili del Fuoco, personale delle forze di Polizia e delle forze armate); si è optato per la popolazione di occupati ISTAT, altro dato liberamente

accessibile, corretta per le ore di cassa integrazione alle quali è stato applicato il tiraggio medio dell'anno di riferimento.

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore P08Z

NOME INDICATORE

Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP).

DEFINIZIONE

Livello di copertura di base delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Valutazione complessiva del livello basilare delle attività d'attuazione dei regolamenti europei in materia di sicurezza dei prodotti chimici, garantito dal Servizio Sanitario Regionale, volta a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente, come espressione di conformità al rispetto degli obblighi aziendali e/o della rispondenza del singolo prodotto in commercio.

I regolamenti europei REACH e CLP hanno come obiettivi cardini la tutela della salute e la protezione dell'ambiente, e promuovono le conoscenze concernenti i pericoli, gli scenari di esposizione e l'appropriatezza delle misure di gestione del rischio chimico individuate e applicate a garanzia dell'uso sicuro di una determinata sostanza chimica. Essi offrono benefici sia nel promuovere una maggiore comunicazione lungo la catena di approvvigionamento, in stretta sinergia con la normativa sociale dei luoghi di lavoro, che nel favorire l'innovazione di prodotti e tecnologie in sostituzione di talune sostanze altamente preoccupanti. Ne consegue che attività di controllo delle imprese agli adempimenti predisposti dai due regolamenti REACH e CLP, coadiuvate da attività formative e informative, nel loro insieme, rappresentano una promozione alla conformità degli obblighi per produttori, utilizzatori, importatori, distributori, evitando la concorrenza sleale ostacolando la presenza sul mercato di prodotti chimici non conformi, offre elementi di analisi per le possibili correlazioni fra gli esiti delle attività di controllo e i flussi informativi di incidenti, infortuni, intossicazioni generati da prodotti chimici, malattie professionali, dati di inquinamento ambientale, biomonitoraggio, etc.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale.

Fonte

Piano regionale della prevenzione e sua rendicontazione annuale. Rendicontazione di cui al Piano nazionale dei controlli adottato annualmente (Accordo Stato Regione 29.10.2009 allegato A paragrafo 6.4).

Formula di calcolo dell'indicatore e degli eventuali aggiustamenti

Si intende misurare il livello di raggiungimento e realizzazione del volume di attività programmato di controlli, sugli obblighi delle imprese e di conformità dei prodotti, coadiuvato da attività di formazione del personale incaricato per le attività di controllo e informazione ai cittadini e ai lavoratori.

$\% = [((\text{Numero di imprese controllate}/\text{numero imprese programmate}) + (\text{numero "controlli su prodotto"} \text{ effettuati}/\text{numero "controlli su prodotto"} \text{ programmati}))/2 \times 100] \times 0,7 + (\text{numero corsi formativi realizzati}/\text{numero corsi formativi programmati}) \times 100 \times 0,2 + (\text{numero eventi informativi realizzati}/\text{numero eventi informativi programmati}) \times 100 \times 0,1.$

Livello di analisi (Soggetto erogatore e/o popolazione residente)

Regione.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Per ciascuna dimensione dell'indicatore (numero di imprese, numero di controlli su prodotto, numero di corsi formativi, numero di eventi informativi) si considera valore nullo della relativa percentuale nel caso di programmi pari a zero (denominatore nullo). Inoltre non vengono considerati i controlli, i corsi o gli eventi che eccedono quelli programmati. In tal modo la percentuale di ogni dimensione dell'indicatore è compresa tra 0% e 100%.

In merito al numero delle imprese si precisa che è da intendersi qualsiasi impresa afferente ad un punto qualsiasi della catena di approvvigionamento: dai fabbricanti e importatori di sostanze in quanto tali, o contenute in miscele o in articoli, nonché loro rappresentanti esclusivi, ai produttori di miscele, ai produttori di articoli, a tutti gli utilizzatori a valle e ai distributori di sostanze, miscele e articoli. Si precisa che è da computare nel numero anche l'impresa distributrice presso la quale si prelevano dei campioni di prodotto a cui far seguire delle analisi di laboratorio. Nelle more di un'anagrafica di imprese a cui riferirsi, il numero di imprese programmate è rapportato al concetto di "operatore equivalente" dedicato alle attività di controllo REACH e CLP per il quale la regione/PA ne quantifica il valore numerico.

In merito al "numero controlli su prodotto", per prodotto si intende una sostanza in quanto tale, una miscela o un articolo di cui all'articolo 3 del regolamento REACH e all'articolo 2 del regolamento CLP. Si precisa che il "controllo su prodotto" può essere inteso sia documentale (esempio verifica della classificazione, etichettatura, scheda di dati di sicurezza anche estesa, registrazione, restrizione, autorizzazione, notifica sostanza negli articoli, rapporti di prova, etc) che di tipo analitico. (Esempio se su singolo prodotto è effettuata una valutazione documentale, e due verifiche analitiche relative a due diverse disposizioni, quali quelli restrittive di cui al regolamento REACH, il numero di controlli effettuati è da intendersi pari a 3, somma delle diverse tipologie di controllo).

È possibile che i controlli siano reattivi, vale a dire avviati in conseguenza di incidenti, piuttosto che di richiesta da terze parti quali ad esempio l'Autorità competente nazionale REACH-CLP, altre Autorità regionali REACH-CLP, l'Agenzia Europea per le sostanze chimiche ECHA, altro Stato membro, etc).

Nella programmazione può essere considerata anche una quota parte di controlli reattivi calcolata sulla base dello storico registrato da ciascuna Autorità per i controlli delle regioni e PA.

In merito al “numero corsi formativi”, questi sono da intendersi come corsi propriamente organizzati ed indirizzati ad appositi soggetti a cui si ritiene opportuno fornire elementi di studio teorico e/o pratico, di base o di livello avanzato e/o di aggiornamento e/o di ricaduta rispetto a quelli nazionali organizzati dall’Autorità competente nazionale REACH-CLP specifici per ispettori. Qualora il corso sia rivolto al personale delle Aziende sanitarie regionali o provinciali oppure al personale delle Agenzie regionali o provinciali per la protezione dell’ambiente, laddove ne ricorrano le condizioni, esso deve essere accreditato ECM.

È da considerarsi “evento informativo” qualsiasi evento di pertinenza o strettamente connesso alla tematica della gestione dei prodotti chimici, indirizzato alle imprese e/o al settore pubblico e/o al pubblico in generale e/o associazioni di categoria e/o associazioni di consumatori e/o qualsiasi altro soggetto coinvolto nel tema trasversale della sicurezza chimica.

Il valore a cui l’indicatore tende è 100%.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L’INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia viene determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell’anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- REGOLAMENTO (CE) N.1907/2006, del Parlamento europeo e del Consiglio del 18 dicembre 2006 concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH), che istituisce un'agenzia europea per le sostanze chimiche, che modifica la direttiva 1999/45/CE e che abroga il regolamento (CEE) n. 793/93 del Consiglio e il regolamento (CE) n. 1488/94 della Commissione, nonché la direttiva 76/769/CEE del Consiglio e le direttive della Commissione 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE e 2000/21/CE, pubbl. su G.U. dell’Unione Europea n. L.396/1 del 30/12/2006.
- REGOLAMENTO (CE) N.1272/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 2008, relativo alla classificazione, all’etichettatura e all’imballaggio delle sostanze e delle miscele che modifica e abroga le direttive 67/548 e 1999/45 e che reca modifica al Regolamento (CE) n.1907/2006, pubbl. su G.U. dell’Unione Europea n.L.353/1 del 31/12/2008.
- Accordo del 29 ottobre 2009 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano concernente il sistema dei controlli ufficiali e relative linee di indirizzo per l'attuazione del regolamento CE n. 1907 del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restituzione delle sostanze chimiche (REACH). (Rep. atti n. 181/CSR. (G.U. Serie Generale n. 285 del 7 dicembre 2009).

- Accordo del 7 maggio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Protocollo tecnico nazionale per la rete dei laboratori e le attività di campionamento e analisi di sostanze, miscele e articoli riguardanti il controllo ufficiale in applicazione a quanto previsto all'allegato A, paragrafo 10, dell'accordo Stato-Regioni del 29 ottobre 2009 (Rep. Atti n. 181/CSR) nell'ambito del regolamento CE n. 1907/2006 (REACH) e del regolamento CE n. 1272/2008 (CLP). (Rep. atti n. 88/CSR).
- Piani nazionali di controllo REACH e CLP anni 2011 – 2020 e rendicontazioni 2012-2018 ^(*)
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2525&area=Sicurezza%20chimica&menu=reach

^(*) Gli elementi sommari della rendicontazione 2011, sono stati inseriti nella rendicontazione 2012 e la rendicontazione del PNC 2019 è in corso di elaborazione.

Scheda Indicatore P09Z

NOME INDICATORE

Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica.

DEFINIZIONE

Livello di copertura di base delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Valutazione complessiva del livello basilare di attività garantito dal SSR, riguardante la capacità di prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che impattano sulla salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico.

Tra le oltre 100 linee di attività composite censite dal Piano nazionale integrato dei controlli (PNI) i sub-indicatori scelti misurano un pool di attività particolarmente rappresentativo per l'area della sanità animale, omogeneo e coerente rispetto al suddetto obiettivo di prevenzione.

Il mancato raggiungimento del livello minimo previsto dalle soglie di riferimento segnala un significativo innalzamento del rischio per la sicurezza alimentare del cittadino.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica.

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area D – Salute animale e igiene urbana veterinaria.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza / Equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

È tecnicamente possibile disaggregare l'indicatore per singola Azienda sanitaria locale.

Per alcuni addendi, vista la distribuzione disomogenea a livello regionale delle attività zootecniche, è possibile che in alcune ASL manchi l'oggetto del controllo o sia di dimensioni non significative.

FONTE

Piattaforma VETINFO:

- ¹⁻² Sistema informativo SANAN
- ⁶ Sistema informativo Piano nazionale Salmonellosi.

³ Bovini. Denominatore: BDN-Anagrafi Zootecniche - "Numero di capi morti in stalla, al pascolo e durante il trasporto verso il macello, di età >48 mesi, nell'anno (di riferimento). Numeratore: Centro di referenza nazionale

per lo studio e le ricerche sulle encefalopatie animali e neuropatologie comparate (CEA) – IZS Piemonte, Liguria e Valle d’Aosta - “Numero di test BSE effettuati per la stessa categoria”.

⁴⁻⁵ Ovini e Caprini. Denominatore: tabella allegata a comunicazione annuale del Ministero salute “Sorveglianza EST ovi-caprini – Campionamenti anno 20xx”. Numeratore: Centro di referenza nazionale per lo studio e le ricerche sulle encefalopatie animali e neuropatologie comparate (CEA) – IZS Piemonte, Liguria e Valle d’Aosta - “Numero di test EST effettuati per la stessa categoria”.

FORMULA DI CALCOLO DELL’INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

$\% = (\% \text{ copertura BRC}^1 \times 0,2) + (\% \text{ copertura TBC}^2 \times 0,2) + (\% \text{ test BSE su bovini morti}^3 \times 0,2) + (\% \text{ test TSE su ovini morti}^4 \times 0,1) + (\% \text{ test TSE su caprini morti}^5 \times 0,1) + (\% \text{ di campioni per la ricerca di salmonella negli animali}^6 \times 0,2)$

LIVELLO DI ANALISI (SOGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

AASSLL e Popolazioni di animali da reddito e aziende zootecniche.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L’INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L’INDICAZIONE DEL VERSO DELL’INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL’INDICATORE)

Ciascuna proporzione deve essere moltiplicata per il relativo peso assegnato.

Il valore a cui tendere è 100%, tuttavia, considerato che le Regioni possono legittimamente superare i valori minimi fissati dalla norma per rispondere ad esigenze locali di controllo (attività extrapiano, controlli accresciuti, ecc...), occorre considerare convenzionalmente come 100% anche i valori che superano tale percentuale.

Nel caso di assenza di un parametro da controllare si ridistribuisce il relativo peso sui restanti addendi della somma.

¹% = *(Somma delle aziende bovine + ovi-caprine + bufaline controllate per BRC in attuazione del Piano di profilassi obbligatoria / idem controllabili in relazione allo stato sanitario) x 100*. Il calcolo deve essere svolto in osservanza della normativa in vigore nell’anno di riferimento (Piani Nazionali) e dello stato sanitario della Regione;

²% = *(n° delle aziende bovine controllate per TBC in attuazione del Piano di profilassi obbligatoria / idem controllabili in relazione allo stato sanitario) x 100*. Il calcolo deve essere svolto in osservanza della normativa in vigore nell’anno di riferimento (Piani Nazionali) e dello stato sanitario della Regione;

³% = *(bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi/ 85% di bovini morti di età \geq 48 mesi registrati in BDN) x100*; il calcolo deve essere svolto in osservanza della normativa in vigore nell’anno di riferimento. Ai denominatori è applicato un fattore di correzione che tiene conto dei capi che sfuggono al controllo per ragioni indipendenti dall’Autorità competente ed è quindi pari all’85% dei bovini morti di età superiore a 48 mesi registrati in BDN;

⁴% = *(ovini testati per TSE / 80% degli ovini morti presunti) x 100*. Il calcolo deve essere svolto in osservanza della normativa in vigore nell’anno di riferimento. Ai denominatori è applicato un fattore di correzione che tiene conto dei capi che sfuggono al controllo per ragioni indipendenti dall’Autorità competente ed è quindi pari all’80% degli ovini morti presunti;

⁵% = *(caprini testati per TSE / 65% dei caprini morti presunti) x 100*. Il calcolo deve essere svolto in osservanza della normativa in vigore nell’anno di riferimento. Ai denominatori è applicato un fattore di correzione che tiene conto dei capi che sfuggono al controllo per ragioni indipendenti dall’Autorità competente ed è quindi pari al 65% dei caprini morti presunti;

$6\% = (\text{gruppi di animali sottoposti a campionamento per Salmonella} / \text{numero di gruppi di animali da campionare}) \times 100$. Il calcolo deve essere svolto in osservanza della normativa in vigore nell'anno di riferimento: Piano Nazionale di controllo delle salmonellosi negli animali.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

- Piani per l'eradicazione della brucellosi negli animali: D.M. 651/94 – D. Lgs. 196/99 per i bovini-bufalini; D.M. 453/92; Decreto Legislativo 19 agosto 2005, n. 193 per gli ovi-caprini; Ordinanza Ministeriale 28 maggio 2015 “Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi bovina enzootica”.
- Regolamento CE 999/2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie spongiformi trasmissibili.
- Regolamento CE 2160/2003 sul controllo della salmonella e di altri agenti zoonotici specifici presenti negli alimenti; Piano nazionale di controllo delle salmonellosi.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative sopradescritte, pertanto il valore minimo di accettabilità dell'indicatore composto è almeno il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale.

Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Come specificato nelle note di calcolo per gli addendi 3, 4 e 5 ai denominatori è applicato un fattore di correzione che tiene conto dei capi che sfuggono alla possibilità di controllo per ragioni indipendenti dall'Autorità competente.

BIBLIOGRAFIA

- EFSA and ECDC (European Food Safety Authority and European Centre for Disease Prevention and Control), 2015. The European Union Summary Report on Trends and Sources of Zoonoses, Zoonotic Agents and Food-borne Outbreaks in 2013. EFSA Journal 2015;13(1):3991, 162 pp. doi:10.2903/j.efsa.2015.3991.
- EFSA Panel on Biological Hazards (BIOHAZ); Joint Scientific Opinion on any possible epidemiological or molecular association between TSEs in animals and humans. EFSA Journal 2011;9(1):1945. [111 pp.] doi:10.2903/j.efsa.2011.1945.
- The EFSA Journal (2006) 432, 1-44 Scientific Opinion on “Performance of Brucellosis Diagnostic Methods for Bovines, Sheep, and Goats”.
- Libro bianco per la sicurezza alimentare (Commissione Europea - Bruxelles, 12.1.2000 COM (1999) 719 def).
- A new Animal Health Strategy for the European Union (2007-2013) where “Prevention is better than cure” - European Commission - Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities ISBN 978-92-79-06722-8.

Scheda Indicatore P10Z

NOME INDICATORE

Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.

DEFINIZIONE

Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale, garantito dal SSR, volto a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso:

- la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento,
- il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario,
- il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.

Tra le oltre 100 linee di attività composite censite dal Piano nazionale integrato dei controlli (PNI) i sub-indicatori scelti misurano un pool di attività particolarmente rappresentativo per l'area della sanità animale, omogeneo e coerente rispetto al suddetto obiettivo di prevenzione.

Il mancato raggiungimento del livello minimo previsto dalla soglia di riferimento segnala un significativo innalzamento del rischio per la sicurezza alimentare del cittadino.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area D – Salute animale e igiene urbana veterinaria.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza / Equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

È tecnicamente possibile disaggregare l'indicatore per singola Azienda sanitaria locale, eccetto al momento l'addendo n8. Per alcuni addendi, vista la distribuzione disomogenea a livello regionale delle attività zootecniche, è possibile che in alcune ASL manchi l'oggetto del controllo o sia di dimensioni non significative.

FONTE

Piattaforma VETINFO:

- ¹ sezione dell'Anagrafe Nazionale Zootecnica: "Riepilogo sui controlli minimi nelle aziende con allevamenti bovini e bufalini ai sensi del Reg. (CE) 1082/2003", riga "numero totale di aziende sottoposte a controllo.... – di cui risultanti da check list".
- ² sezione dell'Anagrafe Nazionale Zootecnica: "Riepilogo sui controlli minimi nelle aziende con allevamenti di ovini e caprini ai sensi del Reg.(CE) n. 1505/2006", riga "numero totale di aziende sottoposte a controllo.... – di cui risultanti da check list".
- ³ sezione dell'Anagrafe Nazionale Zootecnica: "Riepilogo sui controlli minimi nelle aziende con allevamenti di ovini e caprini ai sensi del Reg.(CE) n. 1505/2006", riga "N° di capi risultanti dal censimento 20xx/N° di capi nelle aziende controllate (indicati nelle check list)".
- ⁴ sezione dell'Anagrafe Nazionale Zootecnica: "Riepilogo sui controlli minimi nelle aziende con allevamenti di suini", riga "numero totale di aziende sottoposte a controllo.... – di cui risultanti da check list".
- ⁵ sezione dell'Anagrafe Nazionale Zootecnica: "Riepilogo sui controlli minimi nelle aziende con allevamenti di equidi in applicazione dell'art. 14 del DM 5 maggio 2006", riga "numero totale di aziende sottoposte a controllo.... – di cui risultanti da check list".
- ⁶ D.M.4 dicembre 2009, D.M. 11 agosto 2014 "Approvazione del manuale operativo per la gestione dell'anagrafe apistica nazionale" (allegato, punto 11).

⁷ Flusso informativo PNA

⁸ Flusso informativo farmacosorveglianza ("n. ispezioni effettuate" e "n. operatori")

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

$\% = (\% \text{ aziende bovine controllate per anagrafe}^1 \times 0,1) + (\% \text{ aziende ovicaprine controllate per anagrafe}^2 \times 0,05) + (\% \text{ capi ovicaprini controllati per anagrafe}^3 \times 0,05) + (\% \text{ aziende suine controllate per anagrafe}^4 \times 0,1) + (\% \text{ aziende equine controllate per anagrafe}^5 \times 0,1) + (\% \text{ allevamenti apistici controllati per anagrafe}^6 \times 0,1) + (\% \text{ esecuzione del PNA}^7 \times 0,3) + (\% \text{ controlli di farmacosorveglianza veterinaria}^8 \times 0,2)$

LIVELLO DI ANALISI (SOGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Servizi/Unità Operative veterinarie dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL e Popolazioni di animali da reddito e aziende zootecniche.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Ciascuna proporzione deve essere moltiplicata per il relativo peso assegnato.

Il valore a cui tendere è 100%, tuttavia, considerato che le Regioni possono legittimamente superare i valori minimi fissati dalla norma per rispondere ad esigenze locali di controllo (attività extrapiano, controlli accresciuti, ecc...), occorre considerare convenzionalmente come 100% anche i valori che superano tale percentuale.

Nel caso di assenza di un parametro da controllare si ridistribuisce il relativo peso sui restanti addendi della somma.

¹% = (numero delle aziende bovine controllate per anagrafe / 3% delle aziende bovine in BDN) x 100; La percentuale di aziende da controllare è quella stabilita dalle norme vigenti;

²% = (numero delle aziende ovicaprine controllate per anagrafe / 3% delle aziende ovicaprine in BDN) x 100. La percentuale di aziende da controllare è quella stabilita dalle norme vigenti;

³% = (numero di capi ovicaprini controllati per anagrafe / 5% degli ovicaprini) x 100. La percentuale di aziende da controllare è quella stabilita dalle norme vigenti;

⁴% = (numero delle aziende suine controllate per anagrafe / 1% delle aziende suine in BDN) x 100. La percentuale di aziende da controllare è quella stabilita dalle norme vigenti;

⁵% = (numero delle aziende equine controllate per anagrafe / 5% delle aziende equine in BDN) x 100. La percentuale di aziende da controllare è quella stabilita dalle norme vigenti;

⁶% = (numero degli allevamenti apistici controllati per anagrafe / 1% degli allevamenti in BDN). La percentuale di aziende da controllare è quella stabilita dalle norme vigenti;

⁷% = (n° dei controlli svolti mediante campionamenti ed analisi in attuazione del Piano Nazionale Alimentazione Animale dell'anno di riferimento / n° dei controlli mediante campionamenti ed analisi minimi stabiliti dal medesimo Piano per l'anno di riferimento) x 100;

⁸% = (n° di operatori controllati per farmacovigilanza / operatori controllabili) x 100. Gli operatori da considerare sono quelli controllabili in base all'art. 68 comma 3, art. 71 comma 3, art. 70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lvo 6 aprile 2006, n. 193, secondo le frequenze riviste dal DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

- ¹ Regolamento CE 1082/2003, Reg. CE 1034/2010 Reg. CE 1760/2000.
- ^{2 e 3} Reg. CE 1505/2006.
- ⁴ d.lgs. 26/10/2010 n. 200.
- ⁵ Decreto MIPAAF del 5 maggio 2006 - Nota DGSAF n. 14396 del 23/11/2007.
- ⁶ D.M.4 dicembre 2009, D.M. 11 agosto 2014.
- ⁷ Circolare Ministero della salute 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche; D.L.vo 90/93; Decisione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 183/2005.
- ⁸ D.Lvo 6 aprile 2006, n. 193, DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative sopradescritte, pertanto il valore atteso è il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale.

Per ciascun addendo è stata fissata una soglia di inaccettabilità che comporta la decurtazione di 1 punto dal punteggio percentuale raggiunto per l'indicatore. Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti:

- aziende bovine controllate per anagrafe: 90%
- aziende ovicaprine controllate per anagrafe: 90%
- capi ovicaprini controllati per anagrafe: 90%
- aziende suine controllate per anagrafe: 90%
- aziende equine controllate per anagrafe: 60%
- allevamenti apistici controllati per anagrafe: 70%
- esecuzione del PNAA: 90%
- controlli di farmacovigilanza veterinaria: nessuna.

Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Nel livello basilare non sono comprese le ulteriori attività che le Regioni/PA e/o AASSLL sono tenute ad adottare per rispondere a esigenze determinate da situazioni specifiche (es. piani regionali, extrapiano, gestione focolai, emergenze, ecc.).

BIBLIOGRAFIA

- A new Animal Health Strategy for the European Union (2007-2013) where “Prevention is better than cure” - European Commission - Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities ISBN 978-92-79-06722-8.
- Libro bianco per la sicurezza alimentare (Commissione Europea - Bruxelles, 12.1.2000 COM (1999) 719 def).

Scheda Indicatore P11Z

NOME INDICATORE

Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.

DEFINIZIONE

Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Valutazione complessiva del livello basilare di attività garantito dal SSR, riguardante la capacità di verificare il rispetto delle norme di benessere animale negli allevamenti e all'atto della macellazione, per l'impatto che queste prescrizioni hanno sulla salute degli animali produttori di alimenti, riducendo il ricorso a trattamenti terapeutici. Inoltre il rispetto delle norme di benessere animale contribuisce a ridurre la diffusione di patogeni zoonotici nella filiera produttiva.

Tra le oltre 100 linee di attività composite censite dal Piano nazionale integrato dei controlli (PNI) i sub-indicatori scelti misurano un pool di attività particolarmente rappresentativo per l'area della sanità animale, omogeneo e coerente rispetto al suddetto obiettivo di prevenzione.

Il mancato raggiungimento del livello minimo previsto dalla soglia di riferimento segnala un significativo innalzamento del rischio per la sicurezza alimentare del cittadino.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area D – Salute animale e igiene urbana veterinaria.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza / Equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

È tecnicamente possibile disaggregare l'indicatore per singola Azienda sanitaria locale, eccetto al momento l'addendo n.6. Per alcuni addendi, vista la distribuzione disomogenea a livello regionale delle attività zootecniche, è possibile che in alcune ASL manchi l'oggetto del controllo o sia di dimensioni non significative.

FONTE

- Piattaforma VETINFO: anagrafi zootecniche per il numero di allevamenti controllabili
- Piattaforma VETINFO: sezione Controlli per il numero di controlli svolti negli allevamenti
- Relazione annuale PNBA
- SINTESIS stabilimenti

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

$\% = (\% \text{ controllo per benessere in allevamenti di vitelli}^1 \times 0,2) + (\% \text{ controllo per benessere in allevamenti di suini}^2 \times 0,2) + (\% \text{ controllo per benessere in allevamenti di ovaiole}^3 \times 0,2) + (\% \text{ controllo per benessere in allevamenti di polli da carne}^4 \times 0,2) + (\% \text{ controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"}^5 \times 0,1) + (\% \text{ controlli per benessere negli impianti di macellazione}^6 \times 0,1)$

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

AASSLL e popolazioni di animali da reddito e aziende zootecniche.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Ciascuna proporzione deve essere moltiplicata per il relativo peso assegnato.

Il valore a cui tendere è 100%, tuttavia, considerato che le regioni possono legittimamente superare i valori minimi fissati dalla norma per rispondere ad esigenze locali di controllo (attività extrapiano, controlli accresciuti, ecc...), occorre considerare convenzionalmente come 100% anche i valori che superano tale percentuale.

Nel caso di assenza di un parametro da controllare si ridistribuisce il relativo peso sui restanti addendi della somma.

$^{1-2-3-4} \% = (\text{numero di allevamenti controllati per ciascuna specie in attuazione del PNBA} / \% \text{ di allevamenti controllabili per la medesima specie}) \times 100$. Il calcolo deve essere svolto in osservanza del Piano Nazionale Benessere Animale, previsto per l'anno di vigenza, che indica anche le specie e le percentuali di controllo. Il numero di allevamenti controllabili è tratto dalla banca dati nazionale delle anagrafi zootecniche (piattaforma VETINFO). I controlli effettuati sono tratti dalla sezione "Controlli" della piattaforma VETINFO.

Per il controllo del benessere dei vitelli il numeratore è costituito dal "numero di check list di controllo per la protezione dei vitelli"; il denominatore è costituito dagli allevamenti bovini della tipologia "intensivo" e "non indicato" con almeno 1 vitello al 31 dicembre dell'anno oggetto di valutazione. Per vitello si intende un bovino di età inferiore a 6 mesi.

$^5 \% = (\text{numero di allevamenti controllati per la categoria "altri bovini" in attuazione del PNBA} / \% \text{ di allevamenti controllabili per la medesima categoria}) \times 100$. Il calcolo deve essere svolto in osservanza del Piano Nazionale Benessere Animale, previsto per l'anno di vigenza, che indica anche le specie e le percentuali di controllo. Il numero di allevamenti controllabili è tratto dalla banca dati nazionale delle anagrafi zootecniche (piattaforma VETINFO). I controlli effettuati sono tratti dalla sezione "Controlli" della piattaforma VETINFO.

Il numeratore è costituito dal "numero di check list caricate per Altri bovini" e il denominatore dal "numero di allevamenti bovini > 50 capi".

$^6 \% = (\text{numero di controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione secondo le linee guida applicative del regolamento 1099/2009} / \% \text{ di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano}) \times 100$.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

$^{1-2-3-4-5}$ D.lgs 146/2001; D.lgs 267/2003; D.lgs 122/2011; D.lgs 126/2011; D.lgs 181/2010; D.M. 4 febbraio 2013; Dec.778/2006/CE.

6 Regolamento CE 1099/2009; Piano Nazionale Benessere Animale vigente..

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative sopradescritte, pertanto il valore minimo di accettabilità dell'indicatore composito è almeno il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale.

Sotto il 80% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Nel livello basilare non sono comprese le ulteriori attività che le Regioni/PA e/o AASSLL sono tenute ad adottare per rispondere a esigenze determinate da situazioni specifiche (es. piani regionali, extrapiano, gestione focolai, emergenze, ecc.).

BIBLIOGRAFIA

- A new Animal Health Strategy for the European Union (2007-2013) where “Prevention is better than cure” - European Commission - Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities ISBN 978-92-79-06722-8;
- Libro bianco per la sicurezza alimentare (Commissione Europea - Bruxelles, 12.1.2000 COM (1999) 719 def);
- “Communication from the Commission to the European Parliament, the Council and the European Economic and Social Committee on the European Union Strategy for the Protection and Welfare of Animals 2012-2015” Bruxelles, 15/02/2012, COM(2012) 6 final/2.

Scheda Indicatore P12Z

NOME INDICATORE

Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.

DEFINIZIONE

Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale, garantito dal SSR, volto a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino.

Tra le oltre 100 linee di attività composite censite dal Piano nazionale integrato dei controlli (PNI) i sub-indicatori scelti misurano un pool di attività particolarmente rappresentativo per l'area della sicurezza degli alimenti, omogeneo e coerente rispetto al suddetto obiettivo di prevenzione.

Il mancato raggiungimento del livello minimo previsto dalla soglia di riferimento segnala un significativo innalzamento del rischio per la sicurezza alimentare del cittadino.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area E – Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza / Equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

È tecnicamente possibile disaggregare l'addendo 1 (PNR) per singola Azienda sanitaria locale, tuttavia scendere ad un livello di analisi inferiore alla dimensione regionale potrebbe fornire informazioni non significative per diversi ordini di motivi: il numero dei campioni si ridurrebbe a quantità esigue e non significative, è verosimile che l'oggetto del controllo sia distribuito in maniera disomogenea (concentrazioni zootecniche, piattaforme distributive, mercati generali, ecc...), le dinamiche della produzione e distribuzione alimentare disaccoppiano la sede geografica del controllo rispetto alla popolazione che ne beneficia.

FONTE

- ¹ NSIS - PNR

- ² Numeratore: NSIS – Nuovo Sistema Alimenti – Pesticidi, “download file dati EFSA”. Denominatore: DM 23/12/1992 tabelle 1 e 2.
- ³ NSIS – alimenti: flusso vigilanza.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

$\% = (\% \text{ di copertura del PNR}^1 \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari}^2 \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari}^3 \times 0,2)$

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

AASSLL e filiera produttiva alimentare primaria e post-primaria.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Ciascuna proporzione deve essere moltiplicata per il relativo peso assegnato.

Il valore a cui tendere è 100%, tuttavia, considerato che le regioni possono legittimamente superare i valori minimi fissati dalla norma per rispondere ad esigenze locali di controllo (attività extrapiano, controlli accresciuti, ecc...), occorre considerare convenzionalmente come 100% anche i valori che superano tale percentuale.

Nel caso di assenza di un parametro da controllare si ridistribuisce il relativo peso sui restanti addendi della somma.

$1\% = (\text{n}^\circ \text{ dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale} / \text{n}^\circ \text{ dei controlli previsti dal medesimo Piano}^1) \times 100$. Il calcolo deve essere svolto in osservanza al Decreto Legislativo 158/2006;

$2\% = (\text{n}^\circ \text{ dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di prodotti fitosanitari in attuazione del DM 23 dicembre 1992} / \text{n}^\circ \text{ dei controlli previsti}^2) \times 100$. Il calcolo deve essere svolto in osservanza al D.M. 23 dicembre 1992 e/o successivi Accordi o Intese Stato Regioni, che fissano il livello atteso di campionamento per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale;

$3\% = (\text{n}^\circ \text{ dei controlli minimi svolti in attuazione del Piano Nazionale per il controllo degli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari} / \text{n}^\circ \text{ dei controlli minimi stabiliti dal medesimo piano}^3) \times 100$. Il calcolo deve essere svolto in osservanza alle disposizioni nazionali, previste per l'anno di vigenza.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

- ¹Piano Nazionale Residui - D. Lgs. 158/2006; Dir. 96/23/CE;
- ²Controlli ufficiali sui residui di prodotti fitosanitari in alimenti di origine vegetale - DM 23 dicembre 1992 – Regolamento N 396/2005;
- ³Piano Nazionale riguardante il controllo ufficiale degli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari -Reg. (CE) n. 1333/2008; Reg. (UE) n. 1129/2011; Reg. (UE) n. 1130/2011; Reg. (UE) n. 231/2012.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative sopradescritte, pertanto il valore atteso è il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale.

Per ciascun addendo è stata fissata una soglia di inaccettabilità che comporta la decurtazione di 1 punto dal punteggio percentuale raggiunto per l'indicatore. Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti:

- PNR: 90%
- controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90%
- controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90%

Sotto l'80% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Nel livello basilare non sono comprese le ulteriori attività che le Regioni/PA e/o AASSLL sono tenute ad adottare per rispondere a esigenze determinate da situazioni specifiche (es. piani regionali, extrapiano, gestione focolai, emergenze, ecc.).

BIBLIOGRAFIA

- Libro bianco per la sicurezza alimentare (Commissione Europea - Bruxelles, 12.1.2000 COM (1999) 719 def);
- Piano Nazionale Integrato (www.salute.gov.it);
- PNR - linee guida applicative del Decreto Legislativo del 16 marzo 2006, n. 158 per l'armonizzazione dei controlli ufficiali volti alla ricerca di residui di sostanze chimiche potenzialmente pericolose durante il processo di allevamento e di prima trasformazione dei prodotti di origine animale, ai sensi del decreto legislativo 16 marzo 2006, n.158 e successive modifiche (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1942_allegato.pdf);
- Piano Nazionale per la ricerca di additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari vigente;
- European Food Safety Authority, 2017. The 2015 European Union report on pesticide residues in food. EFSA Journal 2017;15(4):4791;
- European Food Safety Authority, 2014. Report for 2012 on the results from the monitoring of veterinary medicinal product residues and other substances in live animals and animal products. EFSA supporting publication 2014:EN-540.

Scheda Indicatore P13Z

NOME INDICATORE

Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti.

DEFINIZIONE

Livello di copertura di base delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale volto a verificare le garanzie di sicurezza alimentare per i cittadini, con particolare riguardo ai rischi biologici, fisici, chimici e alle informazioni per il consumatore.

Tra le oltre 100 linee di attività composite censite dal Piano nazionale integrato dei controlli (PNI) i sub-indicatori scelti misurano un pool di attività particolarmente rappresentativo per l'area della sicurezza degli alimenti, omogeneo e coerente rispetto al suddetto obiettivo di prevenzione.

Il mancato raggiungimento del livello minimo previsto dalla soglia di riferimento segnala un significativo innalzamento del rischio per la sicurezza alimentare del cittadino.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area E – Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza / Equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Potrebbe essere tecnicamente possibile disaggregare per singola Azienda sanitaria locale, tuttavia scendere ad un livello di analisi inferiore alla dimensione regionale potrebbe fornire informazioni non significative per diversi ordini di motivi: il numero dei campioni si ridurrebbe a quantità esigue e non significative, è verosimile che l'oggetto del controllo sia distribuito in maniera disomogenea (piattaforme distributive, mercati generali, ecc...), le dinamiche della produzione e distribuzione alimentare disaccoppiano la sede geografica del controllo rispetto alla popolazione che ne beneficia.

FONTE

- NSIS – alimenti: flusso vigilanza
- Banca dati CROGM: centro di referenza nazionale OGM – IZS di Lazio e Toscana
- Flusso informativo Piano alimenti irradiati

- Flusso informativo controlli ufficiali su stabilimenti (allegato 4 “frequenze di audit minime previste”; Allegato 9, Tabella B-AUDIT: righe relative a tipologie riconosciute presenti nella colonna “Attività produttiva dello stabilimento”, colonne “Numero di attività produttive svolte dagli stabilimenti”, “Numero di attività produttive auditate”).

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

% = (% di copertura dei campionamenti ufficiali nella fase di produzione degli alimenti¹ x 0,2) + (% di copertura dei campionamenti ufficiali nella fase di distribuzione degli alimenti² x 0,2) + (% di copertura del Piano nazionale per la ricerca di organismi geneticamente modificati negli alimenti³ x 0,1) + (% di copertura del Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti⁴ x 0,1) + (% di controlli ufficiali mediante audit svolti in stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti⁵ x 0,4)

LIVELLO DI ANALISI (SOGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

AASSLL e filiera produttiva alimentare primaria e post-primaria.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Ciascuna proporzione deve essere moltiplicata per il relativo peso assegnato.

Il valore a cui tendere è 100%, tuttavia, considerato che le regioni possono legittimamente superare i valori minimi fissati dalla norma per rispondere ad esigenze locali di controllo (attività extrapiano, controlli accresciuti, ecc...), occorre considerare convenzionalmente come 100% anche i valori che superano tale percentuale.

Nel caso di assenza di un parametro da controllare si ridistribuisce il relativo peso sui restanti addendi della somma
¹ % = (n° di analisi svolte per il controllo nella fase di produzione / n° di analisi minime previste per il controllo nella fase di produzione [D.P.R. 14 luglio 1995 e Accordo CSR n. 212 del 10/11/2016] x 100. Il calcolo deve essere svolto in osservanza dell' Accordo CSR n. 212 del 10/11/2016;

² % = (n° di analisi svolte nella fase di distribuzione / n° di analisi minime previste per il controllo nella fase di distribuzione) [D.P.R. 14 luglio 1995 e Accordo CSR n. 212 del 10/11/2016] x 100. Il calcolo deve essere svolto in osservanza dell'Accordo CSR n. 212 del 10/11/2016;

³ % = (n° dei controlli svolti per il Piano nazionale per la ricerca di organismi geneticamente modificati negli alimenti, vigente / n° dei controlli minimi stabiliti dal medesimo Piano) x 100;

⁴ % = (n° dei controlli svolti per il Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti, vigente / n° dei controlli minimi stabiliti dal medesimo Piano) x 100;

⁵ % = (Σ delle percentuali di raggiungimento delle soglie minime di audit previste per ciascuna tipologia di attività riconosciuta / tipologie riconosciute prese in esame) x 100. Il calcolo deve essere svolto in osservanza dell' Accordo CSR n. 212 del 10/11/2016 concernente “linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti CE 854/2004 e 882/2004”. Le informazioni per il calcolo sono raccolte mediante la modulistica di rendicontazione prevista dalla suddetta linea guida.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

- ¹⁻² controllo ufficiale su alimenti - Piano nazionale di vigilanza e controllo degli alimenti e bevande: DPR 14 luglio 1995; DM 8 ottobre 1998; Accordo CSR n. 212 del 10/11/2016 concernente “Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti CE 854/2004 e 882/2004”;
- ³ Piano nazionale per la ricerca di organismi geneticamente modificati negli alimenti (Reg. (CE) n. 1829/2003, Reg. (CE) n. 1830/2003), disposizioni ministeriali;

- ⁴ Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti: D.Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 – Attuazione delle direttive 1999/2/CE e 1999/3/CE;
- ⁵ controlli ufficiali mediante audit svolti in stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti: Accordo CSR n. 212 del 10/11/2016 concernente “Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti CE 854/2004 e 882/2004”.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative sopracitate, pertanto il valore minimo di accettabilità dell’indicatore composito è almeno il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale.

Sotto il 60% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Nel livello basilare non sono comprese le ulteriori attività che le Regioni/PA e/o AASSLL sono tenute ad adottare per rispondere a esigenze determinate da situazioni specifiche (es. piani regionali, extrapiano, gestione focolai, emergenze, ecc.).

BIBLIOGRAFIA

- Libro bianco per la sicurezza alimentare (Commissione Europea - Bruxelles, 12.1.2000 COM (1999) 719 def);
- Piano Nazionale Integrato (www.salute.gov.it).

Scheda Indicatore P14C

NOME INDICATORE

Indicatore composito sugli stili di vita.

DEFINIZIONE

Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore descrive, per ogni Regione, i cambiamenti relativi nel tempo della prevalenza di soggetti con determinati comportamenti o stili di vita, come proxy dell'outcome degli interventi di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari messi in atto dalle Regioni. Gli stili di vita sono un determinante riconosciuto delle malattie croniche non trasmissibili. I principali fattori di rischio comportamentali modificabili (in particolare fumo, alimentazione scorretta, inattività fisica, consumo a rischio di alcol) sono significativamente associati a insorgenza di tumori, malattie cerebro, cardiovascolari e respiratorie, sovrappeso e obesità, aumento della pressione arteriosa e livelli elevati di colesterolo. Esistono interventi di provata efficacia e sostenibilità per ridurre il peso e l'impatto delle malattie croniche agendo su tali fattori. Anche in considerazione della transizione demografica in atto, la valutazione della prevalenza e dei trend degli stili di vita assume una sempre maggiore importanza nell'ambito della definizione delle policy, sia nelle comunità internazionali che nazionale. Conseguentemente a tale rilevanza, Stato e Regioni hanno considerato l'area degli interventi sugli stili di vita quale ambito di pianificazione all'interno dei Piani nazionali e regionali della prevenzione 2005-2007, 2010-2012 e 2014-2018.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area F – Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello Regionale.

FONTE

Indagini campionarie

- Istat - Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

Per il calcolo dell'indicatore, ai fini delle valutazioni NSG, per i primi due anni, la fonte informativa sarà l'indagine campionaria ISTAT.

- Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

- Il sistema di sorveglianza PASSI non ha attualmente una copertura tale da permettere il calcolo dell'indicatore per tutte le Regioni. Ai soli fini di monitoraggio, per i primi due anni si procederà contestualmente al calcolo dell'indicatore anche utilizzando la rilevazione PASSI. Al termine del biennio si valuterà l'utilizzo della rilevazione PASSI quale unica fonte dati per l'indicatore in oggetto, qualora siano stati raggiunti valori di copertura adeguati.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

L'indicatore è definito come rapporto tra:

Numeratore: Numero di soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due. Il punteggio è inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori:

A - INDICATORE_FUMO

- 0 = Mai fumatore ed ex-fumatore (non fuma attualmente)
- 1 = Fumatore moderato (<20 sigarette)
- 2 = Fumatore forte (≥ 20 sigarette)

B - INDICATORE_ECESSO_PONDERALE

- 0 = Normopeso + sottopeso (BMI < 25 kg/m²)
- 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m²)
- 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m²)

C - INDICATORE_ALCOL

- 0 = Astemio + consumo moderato
- 1 = Consumo a rischio (consumo abituale eccedentario, binge drinking, fuori pasto¹)

D - INDICATORE_SEDENTARIETA

- 0 = Parzialmente attivi (attività fisica nel tempo libero + attività lavorativa o domestica pesante)
- 1 = Sedentari (nessuna attività nel tempo libero + nessuna attività lavorativa o domestica pesante)

Denominatore: Popolazione stimata 18-69 residente nella Regione.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente in età 18-69 anni

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Per ogni individuo viene calcolato un punteggio complessivo dato dalla somma dei quattro punteggi ottenuti per le singole componenti: fumo, eccesso ponderale, alcol e sedentarietà. Le persone con un punteggio complessivo uguale o maggiore di 2 sono considerate soggetti con un particolare rischio per la salute. L'indicatore composito è dunque basato sulla prevalenza di persone che raggiungono questa soglia: più è alta la percentuale delle persone con punteggio maggiore o uguale a 2, più la popolazione regionale può considerarsi caratterizzata da comportamenti a rischio.

Non concorrono alla stima della prevalenza i soggetti:

1 Nel calcolo dell'indicatore del consumo di alcol a rischio, il consumo fuori pasto considerato è quello almeno settimanale che eccede le quantità giornaliere raccomandate (LARN 2014). Tale quota peraltro è quasi del tutto sovrapponibile al consumo abituale eccedentario e al binge drinking.

- il cui punteggio complessivo non è noto perché non sono note le informazioni di nessuna delle 4 componenti (fumo, alcol, eccesso ponderale, sedentarietà)
- il cui punteggio complessivo è inferiore a 2 e una o più delle 4 componenti non è nota (potrebbero essere potenzialmente soggetti a rischio perché non si può escludere che possano raggiungere la soglia di 2 dell'indicatore composito, qualora fossero note le altre informazioni mancanti)

Di contro, vengono inclusi nella analisi tutti coloro che, pur non avendo dati mancanti su qualcuna delle 4 componenti, raggiungono con le informazioni note un punteggio complessivo dell'indicatore composito maggiore o uguale 2.

L'indicatore è di tipo "composito" perché intende sintetizzare l'informazione contenuta in un set di indicatori semplici ognuno dei quali riferisce dimensioni diverse connesse agli stili di vita (fumo di sigaretta, eccesso ponderale, sedentarietà e consumo dannoso di alcol). L'indicatore composito è di tipo compensativo, cioè il comportamento a rischio in uno degli stili di vita considerati (per es. grande fumatore) può essere compensato da uno virtuoso in un altro (per es. nessuna assunzione di alcol). Questo effetto compensativo è, in parte, controbilanciato da punteggi diversificati per i diversi stili di vita.

A partire dal 2013, l'indicatore è stato introdotto tra gli indicatori della Griglia LEA per l'area Prevenzione (adempimento E) nel sistema di verifica degli adempimenti.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia viene determinata sulla base delle distribuzioni dei dati.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

La scelta di utilizzare indicatori di natura campionaria per il monitoraggio dell'efficacia delle politiche di prevenzione attuate dalle Regioni è una scelta obbligatoria dal momento che non esistono fonti di tipo "censuario" sugli stili di vita della popolazione italiana. Tale scelta impone una particolare attenzione alla fonte di dati da utilizzare. In particolare, è necessario utilizzare una fonte per la quale sia riconosciuta la qualità e la robustezza statistica, visto che l'incertezza delle stime, connaturata allo strumento adottato, può rendere statisticamente deboli le valutazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della salute, Guadagnare salute, http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Prevenzione
- Ministero della salute, Direzione Generale della prevenzione sanitaria. Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge n.125/2001. Anno 2015
- Ministero della salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
- Lixin Meng, M.S., Gertraud Maskarinec, James Lee, and Laurence N. Kolonel.
- Lifestyle Factors and Chronic Diseases: Application of a Composite Risk Index Preventive Medicine 29, 296–304 (1999).

Scheda Indicatore P15Ca

NOME INDICATORE

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.

DEFINIZIONE

Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Un Tavolo tecnico costituito dal Coordinamento delle Regioni, dalla Direzione generale prevenzione del Ministero salute e dall'Osservatorio nazionale screening (ONS) ha individuato un set di indicatori in attuazione del Piano Nazionale Screening 2007-2009, i quali hanno l'obiettivo di descrivere le attività e la qualità dei programmi organizzati di screening. In particolare, gli indicatori sintetizzati nell'indicatore proposto sono:

- copertura inviti: proporzione di popolazione target invitata, con l'assunzione che il rispetto del LEA si abbia per l'invito di tutta la popolazione che ne ha diritto
- adesione: proporzione delle persone invitate che accettano la proposta di entrare nel programma di screening eseguendo il test di primo livello.

L'indicatore proposto dipende dalle due quantità considerate dai due indicatori di cui sopra; infatti esso è calcolato come popolazione che accetta di entrare nello screening su popolazione totale, ma è chiaro che la popolazione che entra nello screening è minore o uguale alla popolazione invitata.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area F – Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Accessibilità, Equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello Regionale/sub-regionale (a livello del singolo programma che in genere corrisponde all'azienda territoriale)

FONTE

Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il cervicocarcinoma

Denominatore: residenti eleggibili (25-64) / 3

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore e popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

- Il denominatore è definito dalla popolazione residente "eleggibile": si tratta della popolazione in età target effettivamente residente meno le persone che vengono escluse:
 - o stabilmente: per motivi biologici (per es. intervento chirurgico per lo stesso tumore) o deceduti;
 - o temporaneamente: per avere eseguito un test analogo a quello proposto come di primo livello in un precedente lasso temporale definito per ognuno degli screening dalle linee-guida operative locali. Si segnala che tale esclusione è considerata e conteggiata solo se ne sono documentabili mediante il sistema gestionale screening i presupposti per ogni singolo caso. Per questa fattispecie, pertanto, il denominatore può subire alcune limitate variazioni di anno in anno.
- Nel denominatore dell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). Nel caso del test HPV (dove è prevista una periodicità di 5 anni), il calcolo viene effettuato modificando il numeratore non il denominatore.
- Nel numeratore sono compresi i soggetti rispondenti all'invito + i soggetti che risultando nella lista delle persone da invitare si presentano spontaneamente in modo anticipato purché nel lasso temporale di tolleranza previsto dai protocolli locali (spontanee/i in lista).
- Nel numeratore dell'indicatore relativo allo screening per il cancro della cervice uterina si precisa che sono incluse le persone in età target che eseguono come test il pap test di screening per cervice uterina + persone in età target che eseguono come test primario l'HPV*5/3.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

- Piano nazionale screening 2007-2009.
- Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 (Allegato 1 all'Accordo Stato Regioni 25 marzo 2015).
- Griglia LEA (verifica adempimento punto E).

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Vedi proposta dell'osservatorio nazionale screening (fonte²).

2 I valori soglia sono definiti a partire dai livelli di adesione ritenuti accettabili o auspicabili dalle Linee Guida Europee (EU: European guidelines for quality assurance in breast / cervical/ colorectal cancer screening and diagnosis)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore P15Cb

NOME INDICATORE

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.

DEFINIZIONE

Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali, per ciascun programma (mammella, cervice uterina, colon retto).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Un Tavolo tecnico costituito dal Coordinamento delle Regioni, dalla Direzione generale prevenzione del Ministero salute e dall'Osservatorio nazionale screening (ONS) ha individuato un set di indicatori in attuazione del Piano Nazionale Screening 2007-2009, i quali hanno l'obiettivo di descrivere le attività e la qualità dei programmi organizzati di screening. In particolare, gli indicatori sintetizzati nell'indicatore proposto sono:

- copertura inviti: proporzione di popolazione target invitata, con l'assunzione che il rispetto del LEA si abbia per l'invito di tutta la popolazione che ne ha diritto
- adesione: proporzione delle persone invitate che accettano la proposta di entrare nel programma di screening eseguendo il test di primo livello.

L'indicatore proposto dipende dalle due quantità considerate dai due indicatori di cui sopra; infatti esso è calcolato come popolazione che accetta di entrare nello screening su popolazione totale, ma è chiaro che la popolazione che entra nello screening è minore o uguale alla popolazione invitata.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area F – Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Accessibilità, Equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello Regionale/sub-regionale (a livello del singolo programma che in genere corrisponde all'azienda territoriale)

FONTE

Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma della mammella

Denominatore: residenti eleggibili (50-69) / 2

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore e popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

- Il denominatore è definito dalla popolazione residente "eleggibile": si tratta della popolazione in età target effettivamente residente meno le persone che vengono escluse:
 - o stabilmente: per motivi biologici (per es. intervento chirurgico per lo stesso tumore) o deceduti;
 - o temporaneamente: per avere eseguito un test analogo a quello proposto come di primo livello in un precedente lasso temporale definito per ognuno degli screening dalle linee-guida operative locali. Si segnala che tale esclusione è considerata e conteggiata solo se ne sono documentabili mediante il sistema gestionale screening i presupposti per ogni singolo caso. Per questa fattispecie, pertanto, il denominatore può subire alcune limitate variazioni di anno in anno.
- Nel denominatore dell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni).
- Nel numeratore sono compresi i soggetti rispondenti all'invito + i soggetti che risultando nella lista delle persone da invitare si presentano spontaneamente in modo anticipato purché nel lasso temporale di tolleranza previsto dai protocolli locali (spontanee/i in lista).

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

- Piano nazionale screening 2007-2009.
- Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 (Allegato 1 all'Accordo Stato Regioni 25 marzo 2015).
- Griglia LEA (verifica adempimento punto E).

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Vedi proposta dell'osservatorio nazionale screening (fonte³).

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

3 I valori soglia sono definiti a partire dai livelli di adesione ritenuti accettabili o auspicabili dalle Linee Guida Europee (EU: European guidelines for quality assurance in breast / cervical/ colorectal cancer screening and diagnosis)

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore P15Cc

NOME INDICATORE

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto

DEFINIZIONE

Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Un Tavolo tecnico costituito dal Coordinamento delle Regioni, dalla Direzione generale prevenzione del Ministero salute e dall'Osservatorio nazionale screening (ONS) ha individuato un set di indicatori in attuazione del Piano Nazionale Screening 2007-2009, i quali hanno l'obiettivo di descrivere le attività e la qualità dei programmi organizzati di screening. In particolare, gli indicatori sintetizzati nell'indicatore proposto sono:

- copertura inviti: proporzione di popolazione target invitata, con l'assunzione che il rispetto del LEA si abbia per l'invito di tutta la popolazione che ne ha diritto
- adesione: proporzione delle persone invitate che accettano la proposta di entrare nel programma di screening eseguendo il test di primo livello.

L'indicatore proposto dipende dalle due quantità considerate dai due indicatori di cui sopra; infatti esso è calcolato come popolazione che accetta di entrare nello screening su popolazione totale, ma è chiaro che la popolazione che entra nello screening è minore o uguale alla popolazione invitata.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area F – Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Accessibilità, Equità.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello Regionale/sub-regionale (a livello del singolo programma che in genere corrisponde all'azienda territoriale)

FONTE

Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Persone in età target ⁴ che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma del colon retto

Denominatore: residenti eleggibili (50-69) /2

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore e popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

- Il denominatore è definito dalla popolazione residente “eleggibile”: si tratta della popolazione in età target effettivamente residente meno le persone che vengono escluse:
 - o stabilmente: per motivi biologici (per es. intervento chirurgico per lo stesso tumore) o deceduti;
 - o temporaneamente: per avere eseguito una colonscopia in un precedente lasso temporale definito per ognuno degli screening dalle linee-guida operative locali. Si segnala che tale esclusione è considerata e conteggiata solo se ne sono documentabili mediante il sistema gestionale screening i presupposti per ogni singolo caso. Per questa fattispecie, pertanto, il denominatore può subire alcune limitate variazioni di anno in anno.
- Nel denominatore dell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). Nel caso della sigmoidoscopia una volta nella vita, essendo proposta a 58 anni e avendo validità fino ai 70 anni, l'intervallo di riferimento è di 12 anni, dunque nel caso di programma di screening basato sulla rettosigmoidoscopia il denominatore è dato dalla popolazione residente fra 58 e 70 anni di età.
- Nel numeratore sono compresi i soggetti rispondenti all'invito + i soggetti che risultando nella lista delle persone da invitare si presentano spontaneamente in modo anticipato purché nel lasso temporale di tolleranza previsto dai protocolli locali (spontanee/i in lista).
- Nel caso dello screening coloretale basato sulla sigmoidoscopia, al numeratore la sigmoidoscopia peserà 6 e la ricerca del sangue occulto 1. Infatti il protocollo prevede che la sigmoidoscopia venga effettuata una sola volta nella vita mentre la ricerca del sangue occulto ogni due anni.
- Per quanto attiene allo screening del cancro coloretale:
 - o l'indicatore viene calcolato sulla base dell'offerta del sangue occulto fecale, che è anche il test raccomandato dal Consiglio di Europa nel 2003;
 - o le Raccomandazioni del Ministero ammettono la possibilità che come test di screening di primo livello sia offerta la rettosigmoidoscopia; questa opzione, dai dati del Sistema Informativo Screening, è adottata da poche Regioni e per una porzione molto limitata di popolazione. Una specifica modalità di calcolo è stata definita.

4

Per lo screening del colon retto le Raccomandazioni del Ministero identificano come età superiore limite 70 o 74 anni; in considerazione che tale età nei trial di efficacia è di 75 o 80 anni e che le Raccomandazioni del Consiglio di Europa la fissano a 74 anni., si ritiene di indicare per il calcolo di tale indicatore la fascia di età da 50 anni al compimento del 70° anno per un ulteriore periodo di diffusione e consolidamento di tale programma di screening e che dal 2011 sia considerata la fascia 50-74 anni.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

- Piano nazionale screening 2007-2009.
- Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 (Allegato 1 all'Accordo Stato Regioni 25 marzo 2015).
- Griglia LEA (verifica adempimento punto E).

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Vedi proposta dell'osservatorio nazionale screening (fonte⁵).

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

5) I valori soglia sono definiti a partire dai livelli di adesione ritenuti accettabili o auspicabili dalle Linee Guida Europee (EU: European guidelines for quality assurance in breast / cervical/ colorectal cancer screening and diagnosis)

Scheda Indicatore P16C

NOME INDICATORE

Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza.

DEFINIZIONE

Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Area F – Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello Regionale/sub-regionale (a livello del singolo programma tenendo conto della dimensione campionaria)

FONTE

Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero dei cancro in stadio II+ screen-detected

Denominatore: numero totale dei cancro screen-detected *100 (include i tumori in situ)

Fattore di scala: (x 100)

I valori missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) sono esclusi dal denominatore

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Dal 2012, l'indicatore è incluso tra i criteri di verifica dell'adempimento U) Prevenzione nell'ambito del questionario LEA.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Linee guida europee

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

≤25%

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

tempestività. L'indicatore si basa sulla raccolta dei dati anatomico-patologici dei pezzi operatori e ciò comporta un allungamento del periodo di raccolta delle informazioni, rispetto all'anno di riferimento. Inoltre bisogna tenere conto che alcune procedure terapeutiche (la chemioterapia neoadiuvante) tendono ad allungare ulteriormente il momento dell'intervento chirurgico. L'indicatore può essere reso disponibile con sufficiente completezza non prima della data del 30 Novembre dell'anno successivo a quello di valutazione. In alcuni casi anche le stime a livello Regionale si basano su pochi casi. La raccolta di questo indicatore necessita di una buona capacità di recupero informazioni da parte dei programmi di screening.

BIBLIOGRAFIA

Area Distrettuale

Scheda Indicatore D01C

NOME INDICATORE

Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE*) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA).

DEFINIZIONE

Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero ospedaliero per un episodio di IMA.

L'episodio di IMA è costituito da tutti i ricoveri ospedalieri per acuti avvenuti entro 4 settimane dalla data del primo ricovero per IMA (ricovero indice).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La gestione dei pazienti dopo un ricovero per acuti per infarto del miocardio prevede l'impostazione di un programma di prevenzione secondaria che deve comprendere indicazione dietetiche, modifiche allo stile di vita e la definizione di una corretta strategia farmacologica, al fine di prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Il programma dovrebbe essere impostato durante il ricovero ospedaliero e trasmesso al medico di medicina generale in modo che i pazienti possano seguirlo indefinitamente. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale/Ospedaliero

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

Si

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

SIO e Anagrafe Tributaria

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE).

Denominatore: Numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Indicatore già presente nel Piano Nazionale Esiti (PNE)

SELEZIONE COORTE

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento, e con diagnosi principale di infarto miocardico acuto (ICD-9-CM 410.xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in diagnosi secondaria.

Le diagnosi principali compatibili con la diagnosi di infarto, comprese complicanze legate a procedura, sono elencate di seguito:

Codice ICD-9-CM	Condizione
411	Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica
413	Angina pectoris
414	Altre forme di cardiopatia ischemica cronica
423.0	Emopericardio
426	Disturbi della conduzione
427, escluso 427.5	Aritmie cardiache
428	Scompenso cardiac
429.5	Rottura di corda tendinea
429.6	Rottura di muscolo papillare
429.71	Difetto settale acquisito
429.79	Altri postumi di IMA non classificati altrove (Trombo murale acquisito)
429.81	Altre alterazioni del muscolo papillare
518.4	Edema polmonare acuto, non specificato
518.81	Insufficienza respiratoria acuta
780.01	Coma
780.2	Sincope e collasso
785.51	Shock cardiogeno
799.1	Collasso respiratorio
997.02	Infarto o emorragia cerebrovascolare iatrogena (stroke postoperatorio)
998.2	Perforazione accidentale da catetere

Criteria consecutivi di esclusione

- 1) ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- 2) ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;
- 3) ricoveri con degenza inferiore a 2 giorni e dimissione a domicilio;
- 4) ricoveri per trasferimento da altra struttura;
- 5) ricoveri preceduti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi di IMA;
- 6) ricoveri con paziente deceduto entro 30 giorni dal ricovero

Definizione di esito e accertamento dello stato in vita

L'esito è un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare definito da almeno uno dei seguenti esiti:

Ricoveri per Angina

Diagnosi principale

- 413.X Angina pectoris
Escluso ricoveri con 410.XX in diagnosi secondaria

Ricoveri con diagnosi di scompenso Cardiaco

Diagnosi principale o secondaria

- 402.01 Cardiopatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia
402.11 Cardiopatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia
402.91 Cardiopatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia
404.01 Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia
404.03 Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
404.11 Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia
404.13 Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
404.91 Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia
404.93 Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
428.X Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)

Ricoveri per infarto del miocardio

Diagnosi principale

- 410.XX Infarto del miocardio

Oppure Diagnosi principale

- 411.X Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica
413.X Angina pectoris
414.X Altre forme di cardiopatia ischemica cronica
423.0 Emopericardio
426.XX Disturbi della conduzione
427.XX Aritmie cardiache (escluso 427.5 Arresto cardiaco)
428.XX Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)
429.5 Rottura di corda tendinea

Ricoveri per infarto del miocardio

429.6	Rottura di muscolo papillare
429.71	Difetto settale acquisito
429.79	Altri postumi di IMA non classificati altrove (Trombo murale acquisito)
429.81	Altre alterazioni del muscolo papillare
518.4	Edema polmonare acuto, non specificato
518.81	Insufficienza respiratoria acuta
780.01	Coma
780.2	Sincope e collasso
785.51	Shock cardiogeno
786.51	Dolore precordiale
799.1	Collasso respiratorio
+ Diagnosi secondaria	
410.XX	Infarto del miocardio

Ricoveri per altre malattie ischemiche cardiache

Diagnosi principale o secondaria

411.X	Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica
-------	---

Arresto cardiaco (sopravvissuto)

Diagnosi principale o secondaria

427.5	Arresto Cardiaco
-------	------------------

+ Dimesso vivo

Mortalità per cause cardiache

Diagnosi principale o secondaria

390 – 459	Malattie del sistema circolatorio
-----------	-----------------------------------

+ Dimesso morto

Ricoveri per ICTUS

Diagnosi principale o secondaria

(emorragico)

430	Emorragia subaracnoidea
431	Emorragia cerebrale
432	Altre e non specificate emorragie intracraniche

(ischemico)

433.X1	Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali con infarto cerebrale
434.XX	Occlusione delle arterie cerebrali
436	Vasculopatie cerebrali acute, mal definite

Ricoveri per TIA

Diagnosi principale o secondaria

435 Ischemia cerebrale transitoria

Interventi su valvole

Intervento principale o secondario

35.0X Valvulotomia a cuore chiuso
35.1X Valvuloplastica cuore aperto senza sostituzione
35.2X Sostituzione di valvola cardiaca
35.96 Valvuloplastica percutanea
35.99 Altri interventi sulle valvole del cuore

Interventi per PTCA

Intervento principale o secondario

PTCA 00.66, 36.0

Interventi per By-pass aortocoronarico

Intervento principale o secondario

36.1 By-pass aorto-coronarico

L'accertamento dello stato in vita viene effettuato, sulla base del SIO in eventuali ricoveri successivi del paziente entro 12 mesi e da Anagrafe Tributaria. L'analisi è effettuata su base annuale.

CONFONDENTI

IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DELLE PATOLOGIE CONCOMITANTI "CRONICHE" E DI CONDIZIONI DI RISCHIO AGGIUNTIVO/FATTORI PROTETTIVI

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere (da ricovero indice - utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età (da ricovero indice) ed una serie di fattori clinici di gravità e comorbidità ricercate nell'episodio di IMA (entro 28 giorni dalla data del ricovero indice) e in tutti i ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nell'episodio di IMA	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0–208.9, V10	140.0–208.9, V10
Diabete		250.0-250.9
Disturbi metabolismo lipidico		272
Obesità	278.0	278.0
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Altre malattie ematologiche	287-289	287-289

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nell'episodio di IMA	Nei precedenti ricoveri
Iperensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414
Insufficienza Cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444), 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Pregresso bypass aortocoronarico	V45.81	36.1, V45.81
Pregressa angioplastica coronarica	V45.82	00.66, 36.0, V45.82
Rivascolarizzazione cerebrovascolare		00.61, 00.62, 38.01, 38.02, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32
Altro intervento sul cuore		35, 37.0, 37.1, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.9
Altro intervento sui vasi		38-39.5, esclusi: 38.01, 38.02, 38.5, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Savonitto S, Morici N, Cavallini C, Antonicelli R, Petronio AS, Murena E, Olivari Z, Steffenino G, Bonechi F, Mafri A, Toso A, Piscione F, Bolognese L, De Servi S. One-Year Mortality in Elderly Adults with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndrome: Effect of Diabetic Status and Admission Hyperglycemia. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Jun 10.
- Grey C, Jackson R, Wells S, Marshall R, Riddell T, Kerr AJ. Twenty-eight day and one-year case fatality after hospitalisation with an acute coronary syndrome: a nationwide data linkage study. *Aust N Z J Public Health.* 2014 Jun;38(3):216-20.
- Lee KH, Jeong MH, YoungkeunAhn, Kim SS, Rhew SH, Jeong YW, Jang SY, Cho JY, Jeong HC, Park KH, Yoon NS, Sim DS, Yoon HJ, Kim KH, Hong YJ, Park HW, Kim JH, Cho JG, Park JC,
- Cho MC, Kim CJ, Kim YJ; KAMIR (Korea Acute Myocardial Infarction Registry) Investigators. One-year clinical impact of cardiac arrest in patients with first onset acute ST-segment elevation myocardial infarction. *Int J Cardiol.* 2014 Jul 15;175(1):147-53. .
- Amann U, Kirchberger I, Heier M, Golüke H, von Scheidt W, Kuch B, Peters A, Meisinger C. Long-term survival in patients with different combinations of evidence-based medications after incident acute myocardial infarction: results from the MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry. *Clin Res Cardiol.* 2014 Mar 7.
- Picciotto S, Forastiere F, Stafoggia M, D'Ippoliti D, Ancona C, Perucci CA. Associations of area based deprivation status and individual educational attainment with incidence, treatment, and prognosis of first coronary event in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health.* 2006 Jan;60(1):37-43.
- Tousek P, Tousek F, Horak D, Cervinka P, Rokyta R, Pesl L, Jarkovsky J, Widimsky P; CZECH-2 Investigators. The incidence and outcomes of acute coronary syndromes in a central European country: results of the CZECH-2 registry. *Int J Cardiol.* 2014 May 1;173(2):204-8.
- Hambraeus K, Lindhagen L, Tydén P, Lindahl B, Lagerqvist B. Target-attainment rates of low-density lipoprotein cholesterol using lipid-lowering drugs one year after acute myocardial infarction in Sweden. *Am J Cardiol.* 2014 Jan 1;113(1):17-22.
- Kirchmayer U, Di Martino M, Agabiti N, Bauleo L, Fusco D, Belleudi V, Arcà M, Pinnarelli L, Perucci CA, Davoli M. Effect of evidence-based drug therapy on long-term outcomes in patients discharged after myocardial infarction: a nested case-control study in Italy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2013 Jun;22(6):649-57.

Scheda Indicatore D02C

NOME INDICATORE

Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico

DEFINIZIONE

Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La prognosi del paziente sopravvissuto ad ictus ischemico dipende sia dalla qualità del trattamento ospedaliero in acuto sia dalla qualità del percorso di cura successivo, che include un adeguato programma di riabilitazione e di prevenzione secondaria mirato a prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Solo il 25% dei casi di ictus ischemico guarisce completamente. Il tasso di recidiva grave o di morte nel primo anno è pari al 30-40% ed è molto influenzata dall'età e dalla presenza di comorbidità. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale/Ospedaliero

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

Si

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

SIO e Anagrafe Tributaria

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di ricoveri per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE).

Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Indicatore già presente nel Piano Nazionale Esiti (PNE)

SELEZIONE DELLA COORTE

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario, con diagnosi principale di ictus ischemico (codici ICD-9-CM 433.x1, 434.x1, 436) in pazienti di età ≥ 35 anni, avvenuti in strutture italiane, con dimissione dal 1 gennaio al 31 dicembre dell'anno di riferimento.

Criteri di esclusione

- 1) ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- 2) ricoveri di pazienti con età < 35 anni e superiore a 100;
- 3) ricoveri con diagnosi di ictus emorragico (codici ICD-9-CM 430, 431, 432.X in qualsiasi campo diagnosi);
- 4) ricoveri con diagnosi di disturbi psichici (codici ICD-9-CM 290-319 in qualsiasi campo diagnosi);
- 5) ricoveri con diagnosi di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9 in qualsiasi campo diagnosi);
- 6) ricoveri con diagnosi di parto o altre specialità ostetriche (codice DRG 370-384 o codice ICD-9-CM 72-75 in qualsiasi campo procedura);
- 7) ricoveri di pazienti deceduti nel ricovero indice ed entro 30 giorni dal ricovero;
- 8) ricoveri preceduti da altro ricovero con diagnosi di ictus entro 1 anno (430, 431, 432.X, 433.x1, 434.x1, 436) dalla data di ricovero.

Definizione di esito e accertamento dello stato in vita

L'esito è un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare avvenuto tra 2 e 365 giorni dalla dimissione, definito da almeno uno dei seguenti esiti:

Ricoveri per Angina

Diagnosi principale

- 413.X Angina pectoris
 Escluso ricoveri con 410.XX in diagnosi secondaria

Ricoveri con diagnosi di scompenso Cardiaco

Diagnosi principale o secondaria

- 402.01 Cardiopatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia
402.11 Cardiopatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia
402.91 Cardiopatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia
404.01 Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia
404.03 Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
404.11 Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia

404.13	Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
404.91	Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia
404.93	Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
428.X	Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)

Ricoveri per infarto del miocardio

Diagnosi principale

410.XX Infarto del miocardio

Oppure Diagnosi principale

411.X	Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica
413.X	Angina pectoris
414.X	Altre forme di cardiopatia ischemica cronica
423.0	Emopericardio
426.XX	Disturbi della conduzione
427.XX	Aritmie cardiache (escluso 427.5 Arresto cardiaco)
428.XX	Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)
429.5	Rottura di corda tendinea
429.6	Rottura di muscolo papillare
429.71	Difetto settale acquisito
429.79	Altri postumi di IMA non classificati altrove (Trombo murale acquisito)
429.81	Altre alterazioni del muscolo papillare
518.4	Edema polmonare acuto, non specificato
518.81	Insufficienza respiratoria acuta
780.01	Coma
780.2	Sincope e collasso
785.51	Shock cardiogeno
786.51	Dolore precordiale
799.1	Collasso respiratorio

+ Diagnosi secondaria

410.XX Infarto del miocardio

Ricoveri per altre malattie ischemiche cardiache

Diagnosi principale o secondaria

411.X Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica

Arresto cardiaco (sopravvissuto)

Diagnosi principale o secondaria

427.5 Arresto Cardiaco

+ Dimesso vivo

Mortalità per cause cardiache

Diagnosi principale o secondaria

390 – 459 Malattie del sistema circolatorio

+ **Dimesso morto**

Ricoveri per ICTUS

Diagnosi principale o secondaria

(emorragico)

430 Emorragia subaracnoidea

431 Emorragia cerebrale

432 Altre e non specificate emorragie intracraniche

(ischemico)

433.X1 Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali con infarto cerebrale

434.XX Occlusione delle arterie cerebrali

436 Vasculopatie cerebrali acute, mal definite

Ricoveri per TIA

Diagnosi principale o secondaria

435 Ischemia cerebrale transitoria

Interventi su valvole

Intervento principale o secondario

35.0X Valvulotomia a cuore chiuso

35.1X Valvuloplastica cuore aperto senza sostituzione

35.2X Sostituzione di valvola cardiaca

35.96 Valvuloplastica percutanea

35.99 Altri interventi sulle valvole del cuore

Interventi per PTCA

Intervento principale o secondario

PTCA 00.66, 36.0

Interventi per By-pass aortocoronarico

Intervento principale o secondario

36.1 By-pass aorto-coronarico

L'accertamento dello stato in vita viene effettuato, sulla base del SIO in eventuali ricoveri successivi del paziente nei 12 mesi e da Anagrafe Tributaria. L'analisi è effettuata su base annuale.

Attribuzione dell'esito

L'evento viene attribuito all'area di residenza del paziente con ictus ischemico.

**IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DELLE PATOLOGIE CONCOMITANTI
"CRONICHE" E DI CONDIZIONI DI RISCHIO AGGIUNTIVO/FATTORI PROTETTIVI**

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età, la durata della degenza del ricovero indice (≤ 7 giorni o > 7 giorni) ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nel ricovero indice e in tutti i precedenti ricoveri.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nell'episodio di IMA	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	V10	140.0–208.9, V10
Diabete		250.0-250.9
Disturbi metabolismo lipidico		272
Obesità	278.0	278.0
Ipertensione arteriosa		401-405
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Altre malattie ematologiche	287-289	287-289
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414
Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari		430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444), 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Pregressa rivascolarizzazione coronarica	V45.81, V45.82	V45.81, V45.82, 36.1, 00.66, 36.0
Rivascolarizzazione cerebrovascolare		00.61, 00.62, 38.01, 38.02, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nell'episodio di IMA	Nei precedenti ricoveri
Altro intervento sul cuore		35, 37.0, 37.1, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.9
Altro intervento sui vasi		38-39.5, esclusi: 38.01, 38.02, 38.5, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Amarenco P1, Abboud H, Labreuche J, Arauz A, Bryer A, Lavados PM, Massaro A, Munoz Collazos M, Steg PG, Yamout BI, Vicaut E; OPTIC Registry Investigators. Impact of living and socioeconomic characteristics on cardiovascular risk in ischemic stroke patients. *Int J Stroke*. 2014 Jun 12.
- Lau KK, Wong YK, Teo KC, Chang RS, Hon SF, Chan KH, Cheung RT, Li LS, Tse HF, Ho SL, Siu CW. Stroke patients with a past history of cancer are at increased risk of recurrent stroke and cardiovascular mortality. *PLoS One*. 2014 Feb 11;9(2): e88283.
- Giang KW, Björck L, Nielsen S, Novak M, Sandström TZ, Jern C, Torén K, Rosengren A. Twenty-year trends in long-term mortality risk in 17,149 survivors of ischemic stroke less than 55 years of age. *Stroke*. 2013 Dec;44(12):3338-43.
- Béjot Y, Jacquin A, Daubail B, Durier J, Giroud M. Population-based validation of the iScore for predicting mortality and early functional outcome in ischemic stroke patients. *Neuroepidemiology*. 2013;41(3-4):169-73.
- Grossman AW, Broderick JP. Advances and challenges in treatment and prevention of ischemic stroke. *Ann Neurol*. 2013 Sep;74(3):363-72. Review.
- Cochrane Database Syst Rev. Beta-blockers for preventing stroke recurrence. De Lima LG, Soares BG, Saconato H, Atallah AN, da Silva EM. 2013 May 31;5:CD007890. Review
- Cesaroni G, Agabiti N, Forastiere F, Perucci CA. Socioeconomic differences in stroke incidence and prognosis under a universal healthcare system. *Stroke*. 2009 Aug;40(8):2812-9.

Scheda Indicatore D03C

NOME INDICATORE

Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.

DEFINIZIONE

L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie della popolazione residente per Regione per alcune condizioni o patologie evitabili rispetto al totale della popolazione della Regione.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune selezionate patologie croniche. Tale frequenza può essere considerata una proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale che possono gestire le patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Istat - popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento, Istat - Censimento anno 2001

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

L'indicatore complessivo è dato dalla somma dei tassi di ospedalizzazione (standardizzati) per patologia. Per ciascuna patologia il tasso è calcolato nel seguente modo:

Numeratore: N. dimissioni

Denominatore: Popolazione residente

Fattore di scala: x 100.000 abitanti.

Standardizzato per età e sesso.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Popolazione adulta (≥ 18 anni), tasso ospedalizzazione standardizzato complessivo (per 100.000 ab.) per:

Complicanze a breve termine del diabete

Diagnosi principale

Codice 250.1X, 250.2X, 250.3X

Età ≥ 18 anni

Esclusione MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura (codici del campo "Provenienza" del flusso SDO esclusi: 05,06,07,08)

Complicanze a lungo termine tardive del diabete

Diagnosi principale

Codice 250.4X, 250.5X, 250.6X, 250.7X, 250.8X, 250.9X

Età ≥ 18 anni

Esclusione MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura (codici del campo "Provenienza" del flusso SDO esclusi: 05,06,07,08)

Standardizzazione: per età e per sesso

Scompenso cardiaco

Diagnosi principale

Codice 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.X

Età ≥ 18 anni

Esclusione MDC 14; pazienti provenienti da altri istituti di cura (codici del campo "Provenienza" del flusso SDO esclusi: 05,06,07,08); pazienti con procedure chirurgiche cardiache: codice ICD9CM 00.5X, 00.66, 35.XX, 36.XX, 37.XX

Standardizzazione: per età e per sesso

Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Diagnosi principale

Codice 490, 491.XX, 492.X, 494.X, 496.X

Oppure Diagnosi principale

Codice 466.0

+ almeno una delle seguenti Diagnosi secondarie

Codice 491.XX, 492.X, 496.X

Età ≥ 18 anni

Esclusione MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura (codici del campo "Provenienza" del flusso SDO esclusi: 05,06,07,08).

Standardizzazione: per età e per sesso

Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità ordinaria per i ricoveri per acuti.

La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001 per classi d'età quinquennali (a partire dai 18 anni: 18-22, 23-27, 28-32 ...83-87, 88-124).

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D04C

NOME INDICATORE

Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.

DEFINIZIONE

L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie della popolazione residente per Regione per alcune condizioni o patologie evitabili rispetto al totale della popolazione della Regione

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune selezionate patologie. Tale frequenza può essere considerata una proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta che possono trattare le patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza Sanitaria di base

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento, Istat - Censimento anno 2001

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

L'indicatore complessivo è dato dalla somma dei tassi di ospedalizzazione (standardizzati) per patologia. Per ciascuna patologia il tasso è calcolato nel seguente modo:

Numeratore: N. dimissioni

Denominatore: Popolazione residente

Fattore di scala: x 100.000 abitanti.

Standardizzato per età e sesso.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Popolazione pediatrica (0-17 anni), tasso ospedalizzazione standardizzato complessivo (per 100.000 ab.) per:

Asma pediatrica

Diagnosi principale

Codice 493.XX (tutti i tipi di asma)

Età < 18 anni

Esclusione Trasferiti da altra struttura (codici del campo "Provenienza" del flusso SDO esclusi: 05,06,07,08); MDC 14 e MDC 15; diagnosi di fibrosi cistica o anomalie del sistema respiratorio: Codici ICD9CM 277.xx, 516.xx, 747.21, 748.3, 748.4, 748.5, 748.6x, 748.8, 748.9, 750.3, 750.93, 770.7.

Standardizzazione: per età e per sesso

Gastroenterite pediatrica

Diagnosi principale

Codice 008.6X, 008.8, 009.X, 558.9

Età < 18 anni

Esclusione Trasferiti da altra struttura (codici del campo "Provenienza" del flusso SDO esclusi: 05,06,07,08); DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390; diagnosi di anomalie gastrointestinali o gastroenterite batterica: Codici ICD9CM 535.7X, 538, 555.X, 556.X, 558.X, 579.X, 003.0, 004.X, 005.XX, 006.0, 006.1, 007.X, 008.0X, 008.1, 008.2, 008.3, 008.4X, 008.5, 112.85.

Standardizzazione: per età e per sesso

Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità ordinaria per i ricoveri per acuti.

La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001 per le seguenti classi d'età: 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-17.

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D05C

NOME INDICATORE

Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).

DEFINIZIONE

L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di adulti residenti della Regione rispetto alla popolazione residente adulta della Regione.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso. Tale inappropriatezza può essere considerata una proxy delle difficoltà di accedere ai servizi della medicina territoriale. Nei territori (ASL/Regione) dove la quota di accessi in PS con codice bianco/verde è più elevata vi è meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/specialistica ambulatoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza/appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL.

FONTE

Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (EMUR- Flusso informativo delle attività di Pronto Soccorso, DM 17 dicembre 2008 e s.m.i.), Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento, Istat - Censimento anno 2001.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti residenti

Denominatore: Popolazione residente adulta

Fattore di scala: (x 1.000)

Standardizzato per sesso ed età

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

- a. Per adulto si intende il soggetto di età >14 anni.
- b. Il codice di priorità (bianco/verde) è quello attribuito all'atto della dimissione dal PS
- c. Dal calcolo è esclusa la mobilità passiva interregionale
- d. Sono da considerare gli accessi nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00
- e. E' possibile scorporare l'indicatore sulla base del problema principale all'accesso

Si considerano, come da flusso EMUR:

- pazienti giunti PS per decisione propria
- pazienti giunti al PS con mezzi propri
- pazienti dimessi a domicilio
- pazienti non inviati da MMG/Guardia medica

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D06C

NOME INDICATORE

Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).

DEFINIZIONE

L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di minori residenti della Regione rispetto alla popolazione residente minore della Regione.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso. Tale inappropriatezza può essere considerata una proxy delle difficoltà di accedere ai servizi della pediatria di libera scelta. Nei territori (ASL/Regione) dove la quota di accessi in PS con codice bianco/verde è più elevata vi è meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale.

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base /specialistica ambulatoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza/appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL.

FONTE

Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (EMUR- Flusso informativo delle attività di Pronto Soccorso, DM 17 dicembre 2008 e s.m.i.), Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento, Istat - Censimento anno 2001.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori residenti

Denominatore: Popolazione residente adulta

Fattore di scala: (x 1.000)

Standardizzato per sesso ed età

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

- a. Per minore si intende il soggetto di età ≤ 14 anni.
- b. Il codice di priorità (bianco/verde) è quello attribuito all'atto della dimissione dal PS
- c. Dal calcolo è esclusa la mobilità passiva interregionale
- d. Sono da considerare gli accessi nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00
- e. È possibile scorporare l'indicatore sulla base del problema principale all'accesso

Si considerano, come da flusso EMUR:

- pazienti giunti PS per decisione propria
- pazienti giunti al PS con mezzi propri
- pazienti dimessi a domicilio
- pazienti non inviati da MMG/Guardia medica

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D07Ca

NOME INDICATORE

Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi (sabato, domenica e festività) di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)

DEFINIZIONE

L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di adulti residenti della Regione rispetto alla popolazione residente adulta della Regione

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso. Tale inappropriatezza può essere considerata una proxy delle difficoltà di accedere ai servizi della medicina territoriale. Nei territori (ASL/Regione) dove la quota di accessi in PS con codice bianco/verde è più elevata vi è meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/specialistica ambulatoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza/appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (EMUR- Flusso informativo delle attività di Pronto Soccorso, DM 17 dicembre 2008 e s.m.i.), Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento, Istat - Censimento anno 2001

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti residenti

Denominatore: popolazione residente adulta

Fattore di scala: (x 1.000)

Standardizzato per sesso ed età.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

- a. Per adulto si intende il soggetto di età >14 anni.
- b. Il codice di priorità (bianco/verde) è quello attribuito all'atto della dimissione dal PS
- c. Dal calcolo è esclusa la mobilità passiva interregionale
- d. Sono da considerare gli accessi nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi
 - di notte (tra le ore 20 e le ore 8 nei feriali)
 - dalle 0 e le 24 nei giorni prefestivi e festivi
- e. È possibile scorporre l'indicatore sulla base del problema principale all'accesso

Si considerano, come da flusso EMUR:

- pazienti giunti PS per decisione propria
- pazienti giunti al PS con mezzi propri
- pazienti dimessi a domicilio
- pazienti non inviati da MMG/Guardia medica

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D07Cb

NOME INDICATORE

Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi (sabato, domenica e festività) di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. minori 0-14 anni)

DEFINIZIONE

L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di minori residenti della Regione rispetto alla popolazione residente minore della Regione

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso. Tale inappropriatezza può essere considerata una proxy delle difficoltà di accedere ai servizi della pediatria di libera scelta. Nei territori (ASL/Regione) dove la quota di accessi in PS con codice bianco/verde è più elevata vi è meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base /specialistica ambulatoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza/appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (EMUR- Flusso informativo delle attività di Pronto Soccorso, DM 17 dicembre 2008 e s.m.i.), Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento, Istat - Censimento anno 2001

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori residenti

Denominatore: popolazione residente adulta

Fattore di scala: (x 1.000)

Standardizzato per sesso ed età

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

- a. Per minore si intende il soggetto di età ≤ 14 anni.
- b. Il codice di priorità (bianco/verde) è quello attribuito all'atto della dimissione dal PS
- c. Dal calcolo è esclusa la mobilità passiva interregionale
- d. Sono da considerare gli accessi nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi
 - di notte (tra le ore 20 e le ore 8 nei feriali)
 - dalle 0 e le 24 nei giorni prefestivi e festivi
- e. E' possibile scorporre l'indicatore sulla base del problema principale all'accesso

Si considerano, come da flusso EMUR:

- pazienti giunti PS per decisione propria
- pazienti giunti al PS con mezzi propri
- pazienti dimessi a domicilio
- pazienti non inviati da MMG/Guardia medica

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D08C

NOME INDICATORE

Numero di interventi per le patologie *First Hour Quintet* (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie *First Hour Quintet* (FHQ) per anno

DEFINIZIONE

Numero di interventi per patologie FHQ effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie FHQ.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Le patologie FHQ (l'Arresto Cardiaco, la Sindrome Coronarica Acuta, l'Insufficienza Respiratoria Acuta, lo Stroke (ictus) e il Trauma maggiore critico), che costituiscono le 5 maggiori cause di morte, sono eventi a dipendenza temporale, che necessitano di una rapida valutazione e di un rapido trattamento. Per queste patologie, il sistema di emergenza gioca un ruolo fondamentale, in quanto fornisce assistenza idonea e tempestiva sul posto, avviando un appropriato trattamento nel contesto pre-ospedaliero, e assicura un rapido accesso ad un idoneo centro per le cure definitive. La risposta adeguata è l'utilizzo di mezzi di soccorso avanzato (advanced life support - ALS), dotati cioè di personale medico e infermieristico qualificato, apparecchiature elettromedicali per il supporto delle funzioni vitali e di farmaci salvavita.

L'indicatore permette di misurare la quota di risposta efficace del sistema di emergenza.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Emergenza territoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / Centrale operativa 118

FONTE

Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (EMUR- Flusso informativo del 118, DM 17 dicembre 2008 e s.m.i.)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Somma degli interventi effettuati con mezzo di soccorso avanzato (ALS) per patologie FHQ

Denominatore: Somma degli interventi effettuati per le patologie FHQ

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Ai fini del calcolo dell'indicatore, bisogna considerare i codici EMUR di "patologia riscontrata" al momento dell'intervento.

- Per l'arresto cardio-circolatorio sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": C0205, C02008. Esclusa la "classe" C01.
- Per la Sindrome Coronarica Acuta sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": C0203, C0206.
- Per l'Insufficienza Respiratoria Acuta sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": C0301, C0303, C0305.
- Per lo Stroke (ictus) sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": C0404.
- Per il Trauma maggiore critico sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": da C0101 a C0116. È stata selezionata la "valutazione sanitaria" I3 e I4.

Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D09Z

NOME INDICATORE

Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso

DEFINIZIONE

L'indicatore è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta la performance del sistema "118".

Considerata l'importanza di garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati, ottimali a tutte le richieste sanitarie del cittadino che rivestono carattere di emergenza-urgenza, la valutazione del tempo di risposta, è indiscutibilmente la variabile maggiormente significativa per descrivere l'efficienza di un sistema di emergenza sanitaria territoriale. L'indicatore ci permette di misurare la tempestività/efficacia di risposta del sistema

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Emergenza sanitaria territoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza/appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / Centrale operativa 118

FONTE

Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (EMUR- Flusso informativo del 118, DM 17 dicembre 2008 e s.m.i.)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

L'indicatore è espresso in minuti ed è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Ai fini del calcolo dell'indicatore, bisogna considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti e applicare i seguenti criteri:

- considerare i codici di criticità presunta Rosso
- selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto
- considerare solo le missioni non annullate (Esito Missione \neq 1)
- si escludono dal calcolo le missioni per le quali il tempo tra la chiamata e l'arrivo del mezzo di soccorso risulta inferiore a 1 minuto o superiore a 180 minuti.

L'indicatore può essere calcolato separatamente per le diverse tipologie di mezzo di soccorso. Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

La risposta entro l'ottavo minuto nelle missioni considerate di massima criticità (codice rosso) è lo standard internazionalmente approvato per la valutazione dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale in ambito urbano.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

3° quartile della distribuzione relativa all'anno di riferimento degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D10Z

NOME INDICATORE

Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.

DEFINIZIONE

Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore intende misurare la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità B (≤ 10 gg)

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza specialistica ambulatoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL.

FONTE

Flusso informativo specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. n.326/2003 e s.m.i.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Somma delle prestazioni di classe B erogate entro i tempi massimi previsti

Denominatore: totale prestazioni classe B

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Azienda sanitaria

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Per il calcolo dell'indicatore è necessario che siano correttamente valorizzati i campi: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi.

La valorizzazione dei suddetti campi deve essere = > 90%.

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle della classe B per i primi accessi

Per quanto concerne il calcolo dell'indicatore, si selezionano i codici del nomenclatore delle seguenti prestazioni: Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica.

Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

L'indicatore è calcolato per regione di erogazione.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

- Piano di governo delle liste di attesa 2010-2012
- Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa. Dicembre 2010

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia non deve essere inferiore al 60% e deve tendere ad un valore superiore al 90%

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D11Z

NOME INDICATORE

Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.

Percentuale di garanzia dell'erogazione della prestazione entro i tempi previsti dalla classe di priorità D (Differibile) per: Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica

DEFINIZIONE

% di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità D (Differibile)

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore intende misurare la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità D (≤ 30 gg per le visite, ≤ 60 gg per gli esami diagnostici)

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza specialistica ambulatoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. N.326/2003 e s.m.i.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Somma delle prestazioni di classe D erogate entro i tempi massimi previsti

Denominatore: totale prestazioni classe D

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Azienda sanitaria

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Per il calcolo dell'indicatore è necessario che siano correttamente valorizzati i campi: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi.

La valorizzazione dei suddetti campi deve essere = > 90%.

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle della classe D per i primi accessi

L'indicatore è calcolato per regione di erogazione.

Per quanto concerne il calcolo dell'indicatore, si selezionano i codici del nomenclatore delle seguenti prestazioni: Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica

Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

- Piano di governo delle liste di attesa 2010-2012
- Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa. Dicembre 2010

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D12C

NOME INDICATORE

Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio

DEFINIZIONE

Rapporto tra numero di prestazioni di laboratorio consumate dalla popolazione residente e popolazione residente della ASL/Regione

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta il consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo di prestazioni ambulatoriali. Nei territori (ASL/Regione) dove il valore di tale indicatore è più alto si ritiene che vi sia un maggiore livello di inappropriatezza clinica

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza specialistica ambulatoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. N.326/2003 e s.m.i., Popolazione residente ISTAT al 1° gennaio dell'anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di prestazioni di laboratorio consumate dalla popolazione residente

Denominatore: Popolazione residente

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (*DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE*)

Sono considerate tutte le prestazioni del nomenclatore afferenti alla branca di laboratorio.

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Poiché il consumo potrebbe essere maggiore nelle aree con maggiore frequenza di patologia (o di patologia cronica), l'indicatore potrebbe essere corretto per un indicatore generale dello stato di salute (ad esempio: mortalità generale, mortalità per un insieme di patologie considerate croniche).

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D13C

NOME INDICATORE

Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1000 abitanti.

DEFINIZIONE

Rapporto tra numero di prestazioni di RM osteoarticolari consumate dalla popolazione anziana residente e popolazione anziana residente della ASL/Regione per 1000 abitanti

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta il consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo di prestazioni ambulatoriali. Nei territori (ASL/Regione) dove il valore di tale indicatore è più alto si ritiene che vi sia un maggiore livello di inappropriata clinica

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza specialistica ambulatoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. N.326/2003 e s.m.i., ISTAT - popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di prestazioni di RM osteoarticolari consumate dalla popolazione residente ≥ 65 aa

Denominatore: Popolazione residente ≥ 65

Fattore di scala: (x 1000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Sono considerate le prestazioni del nomenclatore nazionale/regionale definibili come RM osteoarticolari (88.93, 88.94.1, 88.94.2, 88.94.3, 88.94.4 + eventuali codici del nomenclatore regionale).

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Poiché il consumo potrebbe essere maggiore nelle aree con maggiore frequenza di patologia (o di patologia cronica), l'indicatore potrebbe essere corretto per un indicatore generale dello stato di salute (ad esempio: mortalità generale, mortalità per un insieme di patologie considerate croniche)

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D14C

NOME INDICATORE

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.

DEFINIZIONE

Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo. L'Italia infatti è il paese europeo a maggior consumo di antibiotici, dopo la Francia, con particolare riferimento alle donne e agli anziani. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo farmaceutico.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza farmaceutica

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Farmaceutica convenzionata ex art. 50 L. N.326/2003 e s.m.i., flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007), ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente

Denominazione: Popolazione residente

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (*DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE*)

a. Sono considerati i seguenti farmaci:

- Classe ATC J01

b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi
Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Poiché il consumo potrebbe essere maggiore nelle aree con maggiore frequenza di patologia (o di patologia cronica), l'indicatore potrebbe essere corretto per un indicatore generale dello stato di salute (ad esempio: mortalità generale, mortalità per un insieme di patologie considerate croniche).

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D15C

NOME INDICATORE

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.

DEFINIZIONE

Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo farmaceutico

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza farmaceutica

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Farmaceutica convenzionata ex art. 50 L. N.326/2003 e s.m.i., flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007), ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo

Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sexo

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

a) Sono considerati i seguenti farmaci:

- Classe ATC N06AX, N06AB

b) Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Poiché il consumo potrebbe essere maggiore nelle aree con maggiore frequenza di patologia (o di patologia cronica), l'indicatore potrebbe essere corretto per un indicatore generale dello stato di salute (ad esempio: mortalità generale, mortalità per un insieme di patologie considerate croniche).

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D16C

NOME INDICATORE

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa.

DEFINIZIONE

Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo farmaceutico

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza farmaceutica

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Farmaceutica convenzionata ex art. 50 L. N.326/2003 e s.m.i., flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007), ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo

Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sexo

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

a. Sono considerati i seguenti farmaci:

- Classe ATC A02BC

b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Poiché il consumo potrebbe essere maggiore nelle aree con maggiore frequenza di patologia (o di patologia cronica), l'indicatore potrebbe essere corretto per un indicatore generale dello stato di salute (ad esempio: mortalità generale, mortalità per un insieme di patologie considerate croniche).

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D17C

NOME INDICATORE

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi.

DEFINIZIONE

Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo farmaceutico.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza farmaceutica

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

FONTE

Farmaceutica convenzionata ex art. 50 L. N.326/2003 e s.m.i., flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007), ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo

Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sexo

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

a. Sono considerati i seguenti farmaci:

- Classe ATC C09DA

b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Poiché il consumo potrebbe essere maggiore nelle aree con maggiore frequenza di patologia (o di patologia cronica), l'indicatore potrebbe essere corretto per un indicatore generale dello stato di salute (ad esempio: mortalità generale, mortalità per un insieme di patologie considerate croniche).

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D18C

NOME INDICATORE

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine.

DEFINIZIONE

Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo farmaceutico.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza farmaceutica

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No.

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Farmaceutica convenzionata ex art. 50 L. N.326/2003 e s.m.i., flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007), ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sexo

Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sexo

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

a. Sono considerati i seguenti farmaci:

- Classe ATC C10AA

b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Poiché il consumo potrebbe essere maggiore nelle aree con maggiore frequenza di patologia (o di patologia cronica), l'indicatore potrebbe essere corretto per un indicatore generale dello stato di salute (ad esempio: mortalità generale, mortalità per un insieme di patologie considerate croniche).

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D19C

NOME INDICATORE

Percentuale di donne che hanno effettuato più di quattro ecografie in gravidanza.

DEFINIZIONE

Rapporto tra il numero di parti di donne residenti per le quali durante la gravidanza risulta effettuato un numero di ecografie > 4 e numero di parti totali di donne residenti nell'anno di riferimento.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore consente di misurare l'eccessivo ricorso alle ecografie in gravidanza (effettuate sia privatamente che non privatamente).

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza specialistica ambulatoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Certificato di Assistenza al parto - CEDAP

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Sommatoria di parti di donne residenti in cui durante la gravidanza sono state effettuate più di quattro ecografie

Denominatore: Sommatoria di parti

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (*DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE*)

I dati utilizzati per il calcolo dell'indicatore si riferiscono ai parti che hanno luogo sia in ospedale, sia al di fuori dell'ospedale. Per i parti che hanno luogo nelle strutture di ricovero, i dati si riferiscono alle strutture di ricovero pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

DPCM LEA 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 Allegato 10B - Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Nelle tabelle di calcolo si dà evidenza della percentuale di schede parto valide con numero ecografie correttamente valorizzato e > 0.

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D20Z

NOME INDICATORE

Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente

DEFINIZIONE

Numero di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base * 1.000 abitanti

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti adulti con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) di base

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/Assistenza socio-sanitaria domiciliare

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica/appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD)
D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di pazienti residenti adulti con CIA base

Denominatore: Popolazione adulta residente

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Vanno considerati gli assistiti adulti (>14 anni) per i quali si sia registrato almeno un accesso a domicilio nel periodo di riferimento (CIA base).

CIA (Numero GEA/ numero GdC) base = 0 - 0,13

GEA=Giornate Effettive di Assistenza (Il GEA è uguale al numero dei giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso al domicilio da uno qualunque degli operatori. Il numero del GEA viene determinato considerando tutte le giornate distinte di accesso al domicilio per l'anno di riferimento e di eventuali altre giornate di accesso erogate in anni precedenti in cui la presa in carico è stata attiva. Per le PIC a cavallo dell'anno si considerano le GEA erogate dalla data d'inizio della PIC.); GdC=Giornate di Cura.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D21Z

NOME INDICATORE

Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente

DEFINIZIONE

Numero pazienti minori residenti seguiti a domicilio con CIA base * 1.000 abitanti minori

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare pediatrica con CIA base

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria domiciliare

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica/appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD)
D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di pazienti residenti minori con CIA base

Denominatore: Popolazione minore residente

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Vanno considerati gli assistiti minori (≤ 14 aa) per i quali si sia registrato almeno un accesso a domicilio nel periodo di riferimento (CIA base).

CIA (Numero GEA/ numero GdC) base = 0 - 0,13

GEA=Giornate Effettive di Assistenza (Il GEA è uguale al numero dei giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso al domicilio da uno qualunque degli operatori. Il numero del GEA viene determinato considerando tutte le giornate distinte di accesso al domicilio per l'anno di riferimento e di eventuali altre giornate di accesso erogate in anni precedenti in cui la presa in carico è stata attiva. Per le PIC a cavallo dell'anno si considerano le GEA erogate dalla data d'inizio della PIC.); GdC=Giornate di Cura.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D22Z

NOME INDICATORE

Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

DEFINIZIONE

Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in-cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria domiciliare

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinica/appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No.

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD)
D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Combinazione dei seguenti tassi:

- Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1
Denominatore: Popolazione residente
Fattore di scala: (x 1.000)
- Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2
Denominatore: Popolazione residente
Fattore di scala: (x 1.000)
- Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3
Denominatore: Popolazione residente
Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Vanno considerati gli assistiti per i quali si sia registrato almeno un accesso a domicilio nel periodo di riferimento.

CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 – 0,30

CIA 2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50

CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,50

Nel caso in cui un paziente è preso in carico più volte nel corso dell'anno, si considera il valore CIA della presa in carico con CIA più elevato.

*GEA=Giornate Effettive di Assistenza (Il GEA è uguale al numero dei giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso al domicilio da uno qualunque degli operatori. Il numero del GEA viene determinato considerando tutte le giornate distinte di accesso al domicilio per l'anno di riferimento e di eventuali altre giornate di accesso erogate in anni precedenti in cui la presa in carico è stata attiva. Per le PIC a cavallo dell'anno si considerano le GEA erogate dalla data d'inizio della PIC.);
GdC=Giornate di Cura.*

Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D23Z

NOME INDICATORE

Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)

DEFINIZIONE

Prese in carico domiciliari integrate distinte per intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3)/ popolazione residente * 1.000 ab.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore fornisce informazioni sulla offerta delle cure domiciliari integrate distinte per intensità assistenziale

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria domiciliare

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No.

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL.

FONTE

Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD).
DM 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Combinazione dei seguenti tassi:

- Numeratore: Totale prese in carico domiciliari integrate CIA 1
Denominatore: Popolazione residente
Fattore di scala: x 1.000 ab.
- Numeratore: Totale prese in carico domiciliari integrate CIA 2
Denominatore: Popolazione residente
Fattore di scala: x 1.000 ab.
- Numeratore: Totale prese in carico domiciliari integrate CIA 3
Denominatore: Popolazione residente
Fattore di scala: x 1.000 ab.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Per prese in carico vanno intese solo quelle nelle quali si sia registrato almeno un accesso nel periodo di riferimento (PIC erogate).

CIA 1 (Numero GEA/ numero GdC) = 0,14 – 0,30

CIA 2 (Numero GEA/ numero GdC) = 0,31 - 0,50

CIA 3 (Numero GEA/ numero GdC) = > 0,50

Sono escluse le PIC con CIA base.

GEA=Giornate Effettive di Assistenza (Il GEA è uguale al numero dei giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso al domicilio da uno qualunque degli operatori. Il numero del GEA viene determinato considerando tutte le giornate distinte di accesso al domicilio per l'anno di riferimento e di eventuali altre giornate di accesso erogate in anni precedenti in cui la presa in carico è stata attiva. Sono considerate le "prese in carico" (Pic) già aperte al 1 gennaio dell'anno di riferimento o aperte nel corso dello stesso anno);

GdC=Giornate di Cura.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D24C

NOME INDICATORE

Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG, per residenza della donna (distinta in “Italia” ed “Estero”)

DEFINIZIONE

Numero delle IVG ripetute sul totale delle IVG effettuate (escludendo dal denominatore i casi con “numero di IVG ripetute” mancante)

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore fornisce indicazioni sull'efficacia degli interventi di presa in carico/formazione delle donne che hanno già effettuato almeno un'interruzione volontaria della gravidanza

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria territoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

ISTAT Modello D12 Dichiarazione di interruzione volontaria della gravidanza

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Sommatoria delle IVG effettuate nell'anno di riferimento che nel modello ISTAT D12 (campo 8) hanno $IVG > 0$ / totale IVG effettuate nell'anno di riferimento

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

L'indicatore può essere differenziato per:

- Classi di età
- Nazionalità
- Età gestazionale (primi 90 gg; oltre 90 gg)

- Titolo di studio

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Il valore deve tendere a 0.

Nell'ultima "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2017", presentata dal Ministro della Salute al Parlamento il 18 gennaio 2019, si rileva un valore percentuale nazionale di IVG ripetute pari a 25,76%, dove il 18,3% è rappresentato da seconde IVG, il 5,1% sono terze IVG, l' 1,4% sono quarte IVG e lo 0,9% sono cinque o più IVG

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Vengono esclusi dal calcolo tutti i casi di IVG per i quali non sia stata indicata la residenza della donna.

L'Istat rileva tutti i casi di IVG che avvengono nelle strutture pubbliche o private accreditate; tra le informazioni raccolte non c'è un campo identificativo della donna quindi non è possibile conteggiare le persone; se una donna ha effettuato più IVG questa verrà rilevata più volte.

Ridurre il campo di osservazione alle sole donne residenti implica la perdita di molte IVG effettuate da donne straniere che, come noto, presentano una più elevata propensione all'abortività (anche ripetuta) rispetto alle italiane (di circa 2,5 volte, cfr. Ministero della Salute (1) pagg. 27 e 33). Non verrebbero quindi considerate le IVG effettuate da donne residenti all'estero (circa 2300 casi, pari al 2,9%) che nella quasi totalità dei casi (96%) risultano cittadine straniere. Non verrebbero neppure considerate le IVG effettuate da donne la cui informazione sulla residenza è mancante (circa 2600 pari al 3,2%) che nel 43% dei casi risultano essere cittadine straniere.

La stratificazione per ASL e poi per altre variabili (età, cittadinanza, titolo di studio, ...) va valutata attentamente poiché pone problemi di privacy data la presenza di basse frequenze nelle celle di incrocio delle modalità delle variabili.

Considerare molte informazioni (certamente indispensabili per la comprensione del fenomeno) rende più complessa la costruzione di un indicatore di sintesi che risponda all'obiettivo indicato (indicazioni sull'efficacia degli interventi di presa in carico/formazione delle donne che hanno già effettuato almeno un'interruzione volontaria della gravidanza).

L'Istituto Superiore di Sanità rileva, con un'apposita indagine, l'attività dei consultori familiari. Tra le informazioni rilevate è presente il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute)

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute (2019), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2017. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2807

- Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2017. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- D'Errico A. et al. (2019), "Abortività volontaria", in Rapporto Osservasalute 2018. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, pp. 306-311

Scheda Indicatore D25C

NOME INDICATORE

Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare per residenza della donna (distinta in “Italia” ed “Estero”)

DEFINIZIONE

Numero di IVG effettuate che hanno la certificazione rilasciata dal Consultorio familiare sul totale delle IVG effettuate (escludendo dal denominatore i casi con “Luogo di rilascio della certificazione” mancante)

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Secondo la legge 194/78, i consultori familiari hanno un ruolo fondamentale nell'assistenza alle donne che decidono di ricorrere all'IVG.

Nonostante la specifica indicazione della legge, poche donne si rivolgono ai consultori per ottenere la certificazione per l'IVG. In questi anni, infatti, soltanto il 25-33% dei certificati è stato rilasciato dai medici consultoriali. Una possibile ragione è che i consultori sono in genere scarsamente integrati con le altre strutture sanitarie. Al Sud, questa carenza è accentuata dalla scarsa presenza di consultori sul territorio e dalla presenza ridotta di medici abilitati a rilasciare la certificazione.

In quelle Regioni dove invece la politica sanitaria ha favorito il ruolo dei consultori per la prenotazione delle analisi pre-IVG e per l'intervento, il ricorso a queste strutture per la certificazione è salito addirittura all'85%. In questo modo è stata favorita anche l'attuazione dei programmi di prevenzione e il tasso di abortività è diminuito più rapidamente.

L'indicatore fornisce informazioni sulla capacità dei consultori familiari di proporsi come punto di riferimento per le donne che decidono di ricorrere all'IVG

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria territoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

ISTAT Modello D12 Dichiarazione di interruzione volontaria della gravidanza

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Sommatoria delle IVG con certificazione rilasciata dal consultorio familiare pubblico nell'anno di riferimento

Denominatore: Totale delle IVG nell'anno di riferimento, depurato dalle IVG che non necessitano di certificazione in quanto valutate urgenti

LIVELLO DI ANALISI (SOGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

L'indicatore può essere differenziato per:

- Classi di età
- Nazionalità
- Età gestazionale (primi 90 gg; oltre 90 gg)
- Titolo di studio

Verso dell'indicatore: crescente, se si intende valutare la capacità dei consultori familiari di proporsi come punto di riferimento

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Nell'ultima "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2017", presentata dal Ministro della Salute al Parlamento il 18 gennaio 2019, si rileva un valore nazionale di IVG con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare di circa il 44%

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Vengono esclusi dal calcolo tutti i casi di IVG per i quali non sia stata indicata la residenza della donna.

L'Istat rileva tutti i casi di IVG che avvengono nelle strutture pubbliche o private accreditate; tra le informazioni raccolte non c'è un campo identificativo della donna quindi non è possibile conteggiare le persone; se una donna ha effettuato più IVG questa verrà rilevata più volte.

Ridurre il campo di osservazione alle sole donne residenti implica la perdita di molte IVG effettuate da donne straniere che, come noto, presentano una più elevata propensione all'abortività (anche ripetuta) rispetto alle italiane (di circa 2,5 volte, cfr. Ministero della Salute (1) pagg. 27 e 33). Presentano anche un maggior utilizzo del consultorio per il rilascio della certificazione (54,6% contro il 39,1% delle italiane, cfr. Ministero della Salute (1) pag. 34). Non verrebbero quindi considerate le IVG effettuate da donne residenti all'estero (circa 2300 casi, pari al 2,9%) che nella quasi totalità dei casi (96%) risultano cittadine straniere. Non verrebbero neppure considerate le IVG effettuate da donne la cui informazione sulla residenza è mancante (circa 2600 pari al 3,2%) che nel 43% dei casi risultano essere cittadine straniere.

La stratificazione per ASL e poi per altre variabili (età, cittadinanza, titolo di studio, ...) va valutata attentamente poiché pone problemi di privacy data la presenza di basse frequenze nelle celle di incrocio delle modalità delle variabili.

Considerare molte informazioni (certamente indispensabili per la comprensione del fenomeno) rende più complessa la costruzione di un indicatore di sintesi che risponda all'obiettivo indicato (indicazioni sull'efficacia degli interventi di presa in carico/formazione delle donne che hanno già effettuato almeno un'interruzione volontaria della gravidanza).

L'Istituto Superiore di Sanità rileva, con un'apposita indagine, l'attività dei consultori familiari. Le informazioni rilevate sono: il numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla Legge 194/78, il numero di certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute).

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute (2019), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2017. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2807
- Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2017. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- D'Errico A. et al. (2019), "Abortività volontaria", in *Rapporto Osservasalute 2018. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, pp. 306-311

Scheda Indicatore D26C

NOME INDICATORE

Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne

DEFINIZIONE

Sommatoria dei ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti residenti (età ≥ 18 aa) / popolazione residente (età ≥ 18 aa)

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore rappresenta una proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria territoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No.

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO), ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Sommatoria ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti residenti (età ≥ 18 aa)

Denominatore: Popolazione residente (età ≥ 18 aa)

Fattore di scala: (x 100.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Codici di diagnosi principale ICD-9-CM relativi ai disturbi mentali (290 – 319) con esclusione delle demenze (290.xx; 294.10; 294.11; 294.8) e del ritardo mentale (317 – 319) E disciplina di dimissione uguale a 40.

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

In base ai dati di sperimentazione si valuterà se correggere per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione regionale

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D27C

NOME INDICATORE

Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria

DEFINIZIONE

Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria / totale dei ricoveri per patologie psichiatriche

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore rappresenta una misura proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/Assistenza sociosanitaria territoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria

Denominatore: Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Si definisce ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione fra 8 e 30 giorni, esclusi i casi in cui il ricovero precedente si sia concluso con modalità di dimissione volontaria.

Si considerano i ricoveri ordinari per acuti dei residenti in regione, con codice fiscale corretto, dimessi dai reparti di Psichiatria (codice disciplina 40) di età ≥ 18 anni.

Numeratore: si considerano ricoveri ripetuti erogati da qualsiasi struttura (pubblica, privata accreditata o non accreditata) avvenuti tra il 01/01 e il 31/12 dell'anno di valutazione.

Denominatore: si considerano i ricoveri erogati da struttura pubblica o privata accreditata avvenuti tra il 01/01 e il 01/12 dell'anno di valutazione (sono esclusi i pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto).

Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.

Codici di diagnosi principale ICD-9-CM relativi ai disturbi mentali (290 – 319) con esclusione delle demenze (290.xx; 294.10; 294.11; 294.8) e del ritardo mentale (317 – 319) E disciplina di dimissione uguale a 40.

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D28C

NOME INDICATORE

Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente

DEFINIZIONE

Percentuale dei ricoveri effettuati in TSO (età \geq 18 aa) / popolazione residente (età \geq 18 aa)

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore rappresenta una misura proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale, Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO), ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Sommatoria ricoveri per patologie psichiatriche in TSO

Denominatore: Popolazione residente dell'anno di riferimento

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (*DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE*)

Codici di diagnosi principale ICD-9-CM relativi ai disturbi mentali (290 – 319) con esclusione delle demenze (290.xx; 294.10; 294.11; 294.8) e del ritardo mentale (317 – 319).

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D29C

NOME INDICATORE

Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti

DEFINIZIONE

Sommatoria dei ricoveri di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici di pazienti residenti (età < 18 aa) su 100.000 residenti (età < 18 aa)

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore rappresenta una proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi di ambito neuropsichiatrico

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO), ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Sommatoria dei ricoveri di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici di pazienti residenti (età < 18 aa)

Denominatore: 100.000 minori residenti (età < 18 aa)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (*DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE*)

Codici di diagnosi principale ICD-9-CM relativi ai disturbi mentali (290 – 319) con esclusione delle demenze (290.xx; 294.10; 294.11; 294.8) e del ritardo mentale (317 – 319). Senza specificazione del reparto.

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

In base ai dati di sperimentazione si valuterà se correggere per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione regionale

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D30Z

NOME INDICATORE

Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore

DEFINIZIONE

Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/numero deceduti per causa di tumore

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore esprime il numero di persone decedute a domicilio o in hospice nel corso di una presa in carico da parte della Rete delle cure palliative. L'obiettivo è quello di misurare l'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD), DM 17 dicembre 2008, Flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice (HOSPICE), ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: \sum Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso (Motivo conclusione valorizzato con 6) e per i quali la *Patologia responsabile* sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + \sum Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso (*Motivo conclusione* valorizzato con 3) per i quali la *Patologia responsabile* sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208.

Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente).

Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
D.M. 2 febbraio 2007, n. 43: Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione della Legge 30 dicembre 2004, n. 311"

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Valore > 35%

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D31C

NOME INDICATORE

Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore

DEFINIZIONE

Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore esprime il numero di giornate di assistenza erogate al domicilio da parte dell'equipe di cure palliative domiciliari operante nelle ASL. L'obiettivo dello standard è quello di assicurare un'adeguata presenza dell'equipe al domicilio dell'assistito

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Cure palliative domiciliari alle persone nella fase terminale della vita

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD), DM 17 dicembre 2008

ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: \sum N° giornate di accesso nell'anno di riferimento

Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili

Fattore di scala: x 100

Indicatore: (Rapporto percentuale dell'anno di riferimento – Rapporto percentuale dell'anno precedente) / Rapporto percentuale anno precedente *100

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Devono essere considerate le prese in carico erogate con *Motivo conclusione* valorizzato con 3 (decesso a domicilio), 4 (decesso in ospedale) oppure 7 (decesso in Hospice) e per le quali l'ultima valutazione disponibile preveda:

- *Patologia prevalente* oncologica (valorizzata con codice ICD-9-CM 140 – 208);
- Assistenza relativa allo *Stato terminale oncologico* valorizzata con 1 (bisogno presente).

Le giornate, calcolate sul solo periodo di riferimento, devono essere intese come giorni in cui almeno un operatore (indistintamente dal tipo operatore) sia andato al domicilio dell'assistito. Se in uno stesso giorno fossero intervenuti più operatori, la giornata sarebbe contata sempre 1

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
D.M. 2 febbraio 2007, n. 43: Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione della Legge 30 dicembre 2004, n. 311"

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Valore > 2,5%

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D32Z

NOME INDICATORE

Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica

DEFINIZIONE

Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La lettura di questo indicatore mira a ricavare la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta congrua rispetto alle finalità e alle funzioni dell'Hospice per il malato oncologico. L'obiettivo è quello di ridurre il numero di ricoveri di durata inferiore a 7 giorni, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all'Hospice

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sociosanitaria residenziale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza/appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo relativo all'assistenza erogata presso gli Hospice (HOSPICE)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: \sum Ricoveri oncologici (*Data di dimissione - Data di ricovero*) + 1 \leq 7 nel periodo di riferimento

Denominatore: \sum Ricoveri oncologici

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Sono considerati i soli ricoveri oncologici, per i quali il campo *Patologia responsabile* è stato valorizzato con codice ICD-9-CM compreso tra 140–208;

Sono considerati i soli ricoveri oncologici per i quali il campo “Tipo struttura di provenienza” riporta i valori 1 (domicilio senza cure domiciliari attive), 5 (struttura ospedaliera).

Sono considerati tutti i ricoveri per i quali la *Data di dimissione* sia relativa all'anno in analisi

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

D.M. 2 febbraio 2007, n. 43: Regolamento recante “Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione della Legge 30 dicembre 2004, n. 311”

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Valore < 25%

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D33Za

NOME INDICATORE

Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)

DEFINIZIONE

Numero di assistiti residenti di età ≥ 75 aa presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (R1, R2, R3,) ogni 1.000 abitanti

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sociosanitaria residenziale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR) DM 17 dicembre 2008

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Totale assistiti di età >75 aa nelle strutture residenziali (R1, R2, R3)

Denominatori: popolazione residente di età ≥ 75 aa

Fattore di scala: x 1000 ab.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Nel caso in cui un paziente è preso in carico più volte nel corso dell'anno, si considera il trattamento di livello di intensità più elevato

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

In base ai risultati della sperimentazione si valuterà se calcolare l'indicatore anche con riferimento alle altre fasce di età

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore D33Zb

NOME INDICATORE

Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)

DEFINIZIONE

Numero di assistiti residenti di età ≥ 75 aa presenti nelle strutture semiresidenziali (SR1 e SR2) ogni 1.000 abitanti

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta di strutture semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sociosanitaria residenziale

DIMENSIONI FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Livello regionale / ASL

FONTE

Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR) DM 17 dicembre 2008

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Totale assistiti nelle strutture (SR1, SR2) ≥ 75 aa

Denominatore: Popolazione residente ≥ 75

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Indicatore da calcolare separatamente per residenziale e semiresidenziale

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

In base ai risultati della sperimentazione si valuterà se calcolare l'indicatore anche con riferimento alle altre fasce di età

BIBLIOGRAFIA

Assistenza Ospedaliera

Scheda Indicatore H01Z

NOME INDICATORE

Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente

DEFINIZIONE

Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità ordinaria e diurna per le discipline per acuti, riabilitazione e lungodegenza.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Il tasso di ospedalizzazione descrive la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale. Nell'assistenza ospedaliera sono comprese tutte le prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che per loro natura o complessità di esecuzione richiedono un livello di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in regime ambulatoriale o domiciliare. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse realtà regionali, rendendo possibile un confronto più accurato.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Assistenza ospedaliera

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Regione, ASL

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Istat - popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento, Istat - Censimento anno 2001

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero dimissioni

Denominatore: popolazione residente

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

La standardizzazione per età è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001.

Si considerano le seguenti classi di età: meno di 1 anno, da 1 a 4 anni, da 5 a 14 anni, da 15 a 24 anni, da 25 a 44 anni, da 45 a 64 anni, da 65 a 74 anni, 75 anni e oltre.

Verso dell'indicatore: al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

Per la modalità diurna considerare come ricovero unitario l'intero ciclo di trattamento del paziente nella medesima struttura e non i singoli accessi nell'arco di un anno. Sono esclusi i neonati sani. Il trasferimento di un paziente da un'unità operativa all'altra dello stesso istituto non comporta la compilazione di una nuova scheda di dimissione: fanno eccezione i casi di passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno o viceversa e i passaggi da ricovero per acuti o riabilitazione o lungodegenza e viceversa.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Legge n.135 del 7 agosto 2012

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

160/1000 abitanti (*Legge n.135 del 7 agosto 2012*)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H02Z

NOME INDICATORE

Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.

DEFINIZIONE

Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

I requisiti delle unità di senologia sono stati definiti già nel 2000 da Eusoma, (European Society of Breast Cancer Specialists) su mandato della prima Conferenza Europea sul tumore della mammella (EBCC) e sono stati ribaditi nella risoluzione del Parlamento Europeo n.2002/2279INI del 5 giugno 2003. Tali documenti sottolineano la necessità di curare la patologia della mammella in centri multidisciplinari dedicati, dotati di specifici criteri organizzativi e tecnologici ed atti ad erogare un numero sufficiente di nuovi casi l'anno, almeno 150, a garanzia dell'efficacia e sicurezza dell'intervento, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Assistenza ospedaliera

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regione, ASL

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x) eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.

Denominatore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, avvenuti in strutture italiane nell'anno di riferimento, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x).

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività ≤ 10 interventi annui.

Verso dell'indicatore: all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

Valore minimo – valore massimo: 0% – 100%

Indicatore già presente nel P.N.E.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Risoluzione del Parlamento Europeo n.2002/2279INI del 5 giugno 2003;

Intesa Stato Regioni 18 dicembre 2014 sui requisiti organizzativi delle unità di senologia

D.M. 2 aprile 2015, n.70

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

150 (con 10% tolleranza) (Intesa Stato-Regioni 18 dicembre 2014, D.M. 2 aprile 2015, n.70)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Linee guida EUSOMA 2000;
- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2014. Atlanta: American Cancer Society, 2014. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2014/index>. Ultimo accesso: maggio 2016.
- Becker H, Lind JG 2nd, Hopkins EG. Immediate Implant-based Prepectoral Breast Reconstruction Using a Vertical Incision. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2015 Jul 8;3(6).
- Dal Maso L, Guzzinati S, De Angelis R, AIRTUM Working group. I tumori in Italia - Rapporto AIRTUM 2014. Prevalenza e guarigione da tumore in Italia. *Epidemiol Prev* 2014; 38(6 Suppl 1)
- Davila AA, Mioton LM, Chow G, Wang E, Merkow RP, Bilimoria KY, Fine N, Kim JY. Immediate two-stage tissue expander breast reconstruction compared with one-stage permanent implant breast reconstruction: a multi-institutional comparison of short-term complications. *J Plast Surg Hand Surg*. 2013 Oct;47(5):344-9.
- Georgiade G, Riefkohl R, Barwick W, Georgiade N. Breast reconstruction following mastectomy. *N C Med J*. 1987 Oct;48(10):540-5.
- King TA, Morrow M. Surgical issues in patients with breast cancer receiving neoadjuvant chemotherapy. *Nat Rev Clin Oncol*. 2015 Jun;12(6):335-343.
- Lee I, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet* Volume 380, Issue 9838, 21–27 July 2012, Pages 219–229.
- McGuire A, Brown JA, Malone C, McLaughlin R, Kerin MJ. Effects of age on the detection and management of breast cancer. *Cancers (Basel)*. 2015 May 22;7(2):908-29.

- National Institute for Clinical Excellence. Advanced breast cancer (update): Diagnosis and treatment. NICE clinical guidelines CG81. London. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg81>. Ultimo accesso: maggio 2016.
- National Institute for Clinical Excellence. Early and locally advanced breast cancer: Diagnosis and treatment. NICE clinical guidelines CG80. London. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg80>. Ultimo accesso: maggio 2016.
- National Institute for Clinical Excellence. Breast cancer quality standard. NICE quality standards QS12. London. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011. <http://www.nice.org.uk/guidance/qs12/chapter/About-this-quality-standard>. Ultimo accesso: maggio 2016.
- O'Connell RL, Stevens RJ, Harris PA, Rusby JE. Review of three-dimensional (3D) surface imaging for oncoplastic, reconstructive and aesthetic breast surgery. *Breast*. 2015 Apr 29. pii: S0960-9776(15)00079-X.
- Salama JK, Chmura SJ. The role of surgery and ablative radiotherapy in oligometastatic breast cancer. *Semin Oncol*. 2014 Dec;41(6):790-7.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Treatment of primary breast cancer. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 134). <http://www.sign.ac.uk> Ultimo accesso: maggio 2016.

Scheda Indicatore H03C

NOME INDICATORE

Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

DEFINIZIONE

Per struttura di ricovero o area di residenza: proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Misura la necessità di intervenire chirurgicamente successivamente al primo intervento di resezione per tumore maligno della mammella.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Assistenza ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regione, ASL

FONTE

SIO, Anagrafe Tributaria

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella.

Denominatore: numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella.

Fattore di scala: = =

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (*DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE*)

Indicatore già presente nel P.N.E.

SELEZIONE DELLA COORTE

Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri in regime ordinario e day hospital, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1° gennaio e il 31 agosto dell'anno di riferimento con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (tumore invasivo e carcinoma in situ ICD-9-CM 174, 233.0) ed intervento principale o secondario di procedura chirurgica conservativa (ICD-9-CM 85.2x).

Criteria di esclusione

- ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- ricoveri in cui il genere del paziente risulti maschile;
- ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;
- ricoveri con diagnosi di tumore secondario della mammella (ICD-9-CM 198.81) in qualunque posizione;
- ricoveri con intervento di chirurgia demolitiva (ICD-9-CM 85.3x, 85.4.x) in qualunque campo di procedura;
- ricoveri preceduti nei 5 anni precedenti da un ricovero con intervento principale o secondario di asportazione di tessuto della mammella, quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.3x, 85.4.x);
- ricoveri preceduti, nei 5 anni precedenti e fino a 6 mesi prima dell'intervento, da ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno o carcinomi in situ della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0);
- pazienti decedute nei 120 giorni successivi all'intervento;
- ricovero di pazienti sottoposte ad interventi maggiori nel ricovero indice e nei 5 anni precedenti.

Interventi maggiori (codici di procedura)

- 01.2 Craniotomia e craniectomia
- 01.3 Incisione cerebrale e delle meningi
- 01.4 Interventi sul talamo e sul globo pallido
- 01.5 Altre asportazioni o altri interventi di demolizione sul cervello e sulle meningi cerebrali
- 02 Altri interventi sul cranio, sul cervello e sulle meningi cerebrali
- 33.5 Trapianto del polmone
- 33.6 Trapianto combinato cuore polmone
- 35 Interventi sulle valvole e sui setti del cuore
- 36 Interventi sui vasi del cuore
- 37.5 Trapianto di cuore
- 43.9 Gastrectomia totale
- 45.8 Colectomia totale intraddominale
- 50.4 Epatectomia totale
- 50.5 Trapianto del fegato
- 52.7 Pancreatico duodenectomia radicale
- 52.8 Trapianto del pancreas
- 55.5 Nefrectomia
- 55.6 Trapianto renale
- 57.7 Cistectomia totale

Interventi maggiori (codici di diagnosi)

- V42.0 Rene sostituito da trapianto
- V42.1 Cuore sostituito da trapianto
- V42.2 Valvola cardiaca sostituita da trapianto
- V42.6 Polmone sostituito da trapianto
- V42.7 Fegato sostituito da trapianto

DEFINIZIONE DI ESITO E ACCERTAMENTO DELLO STATO IN VITA

L'esito è il nuovo intervento di resezione (intervento principale o secondario ICD-9-CM 85.2x, 85.3x, 85.4.x) avvenuto entro 120 giorni dalla data di intervento. L'analisi è effettuata su base annuale.

ATTRIBUZIONE DELL'ESITO

L'evento viene attribuito alla struttura in cui è stato eseguito l'intervento.

IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DELLE PATOLOGIE CONCOMITANTI "CRONICHE"

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono l'età ed una serie di comorbidità ricercate nel ricovero in studio (ricovero indice) e in tutti i precedenti ricoveri.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Diabete		250.0-250.9
Obesità	278.0	278.0
Disturbi metabolismo lipidico	272	272
Anemie	280-284, 285 (escluso 285,1)	280-284, 285 (escluso 285,1)
Difetti della coagulazione	286	286
Altre malattie ematologiche	287-289	287-289
Ipertensione arteriosa		401-405
Cardiopatía ischemica	412, 414	410, 412, 429.7 (postumi di infarto), 411, 413, 414
Pregressa rivascolarizzazione coronarica	V45.81, V45.82	36.1, 36.0, V45.81, V45.82 (vers. 19.0) 00.66, 36.1, 36.0, V45.81, V45.82 (vers. 24.0)
Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Altre patologie del cuore/interventi	393-398, 423 (escluso 423.0), 424, 425, 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3	093.2, 391, 393-398, 420-425, 429 (escluso 429.7), 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3 <i>procedure</i> : 35, 37.0, 37.1, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.9
Aritmie	V45.0, V53.3	426.0, 426.10, 426.12, 426.13, 426.7, 426.9, 427, 785.0, 996.01, 996.04, V45.0, V53.3
Disturbi circolatori encefalo + periferici	438	430-438

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
	440-447 (escluso 441.0, 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444, 445), 557.1, 093.0	procedure: 38.11, 38.12, 38.31, 38.32, 38.41, 38.42, 38.61, 38.62 440-447, 557, 093.0 procedure: 38.18, 38.38, 38.48, 38.68, 39.29 procedure: 38.14-38.16, 38.34-38.37, 38.44-38.47, 38.64-38.67, 39.52, 39.54
Malattie polmonari croniche ostruttive e manifestazioni associate		490-492, 493, 494, 496
Patologia cronica rene	582-583, 585-588, V42.0, V45.1, V56 procedure 38.95, 39.95, 54.98	582-588, V42.0, V45.1, V56 procedure 38.95, 39.95, 54.98, 55.6
Epatopatia moderata/grave	456.0- 456.2, 571-572 (escluso 571.1, 572.0- 572.2), 573.0, V42.7	456.0- 456.2, 571-572, 573.0, V42.7
Malattie infiammatorie intestinali croniche	555, 556	555, 556
Malattie del pancreas	577.1-577.9	577.0-577.9
Emiplegia e altre paralisi	342, 344	342, 344
Compromissione psico-fisica (Demenza compreso Alzheimer, Parkinson, Denutrizione, Disidratazione, Disturbi Equilibrio Acido base, Cachessia)	290.0-290.4, 294.1, 331.0, 332, 261,262, 276.4, 276.5X, 799.4	290.0-290.4, 294.1, 331.0, 332
Malattie del circolo polmonare		415-417
Insufficienza respiratoria		518.81, 518.82, 518.83, 518.84
Altre malattie del sistema respiratorio		515, 517
AIDS/Stato infettivo asintomatico da HIV		042, V08

FATTORI DI GRAVITÀ

- Presenza di metastasi (Codici ICD-9-CM 196, 197, 198 nel ricovero indice)
- Tipo istologico
 - a) tumore invasivo (ICD-9-CM 174)
 - b) carcinoma in situ (ICD-9-CM 233.0)
- Tipologia di ricovero
 - a) Elezione
 - b) Emergenza
- Esposizione a chemioterapia e/o radioterapia nei 6 mesi prima dell'intervento chirurgico sulla mammella
 - a) Chemioterapia
 - b) Chemioterapia + Radioterapia
 - c) Radioterapia

d) Nessuna chemio o radioterapia

CODICI CHEMIOTERAPIA

SIO– Codici intervento

00.10 impianto di agenti chemioterapici

99.25 iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

99.28 iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (brm) come agenti antineoplastici

SIO– Codici diagnosi

V58.11 chemioterapia antineoplastica

V66.2 convalescenza successiva a chemioterapia

V67.2 visita di controllo successiva a chemioterapia

CODICI RADIOTERAPIA

SIO– Codici intervento

92.2 - radiologia terapeutica e medicina nucleare

SIO– Codici diagnosi

V58.0 sessione di radioterapia

V66.1 convalescenza successiva a radioterapia

V67.1 visita di controllo successiva a radioterapia

Verso dell'indicatore: al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

Valore minimo – valore massimo: 0 – 1

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Non esistono valori di riferimento derivanti dalla letteratura o dalla normativa.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

L'indicatore misura il numero di ricoveri con un nuovo intervento (conservativo o demolitivo) avvenuto entro 120 giorni da una procedura chirurgica conservativa per TM della mammella.

L'esito è attribuito alla struttura dove viene effettuato il primo ricovero.

BIBLIOGRAFIA

- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2014. Atlanta: American Cancer Society, 2014. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2014/index>. Ultimo accesso: maggio 2016.
- Becker H, Lind JG 2nd, Hopkins EG. Immediate Implant-based Prepectoral Breast Reconstruction Using a Vertical Incision. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2015 Jul 8;3(6).
- Dal Maso L, Guzzinati S, De Angelis R, AIRTUM Working group. I tumori in Italia - Rapporto AIRTUM 2014. Prevalenza e guarigione da tumore in Italia. *Epidemiol Prev* 2014; 38(6 Suppl 1).
- Davila AA, Mioton LM, Chow G, Wang E, Merkow RP, Bilimoria KY, Fine N, Kim JY. Immediate two-stage tissue expander breast reconstruction compared with one-stage permanent implant breast

- reconstruction: a multi-institutional comparison of short-term complications. *J Plast Surg Hand Surg*. 2013 Oct;47(5):344-9.
- Georgiade G, Riefkohl R, Barwick W, Georgiade N. Breast reconstruction following mastectomy. *N C Med J*. 1987 Oct;48(10):540-5.
 - King TA, Morrow M. Surgical issues in patients with breast cancer receiving neoadjuvant chemotherapy. *Nat Rev Clin Oncol*. 2015 Jun;12(6):335-343.
 - Lee I, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet* Volume 380, Issue 9838, 21–27 July 2012, Pages 219–229.
 - McGuire A, Brown JA, Malone C, McLaughlin R, Kerin MJ. Effects of age on the detection and management of breast cancer. *Cancers (Basel)*. 2015 May 22;7(2):908-29.
 - National Institute for Clinical Excellence. Advanced breast cancer (update): Diagnosis and treatment. NICE clinical guidelines CG81. London. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg81>. Ultimo accesso: maggio 2016.
 - National Institute for Clinical Excellence. Early and locally advanced breast cancer: Diagnosis and treatment. NICE clinical guidelines CG80. London. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg80>. Ultimo accesso: maggio 2016.
 - National Institute for Clinical Excellence. Breast cancer quality standard. NICE quality standards QS12. London. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011. <http://www.nice.org.uk/guidance/qs12/chapter/About-this-quality-standard>. Ultimo accesso: maggio 2016.
 - O'Connell RL, Stevens RJ, Harris PA, Rusby JE. Review of three-dimensional (3D) surface imaging for oncoplastic, reconstructive and aesthetic breast surgery. *Breast*. 2015 Apr 29. pii: S0960-9776(15)00079-X.
 - Salama JK, Chmura SJ. The role of surgery and ablative radiotherapy in oligometastatic breast cancer. *Semin Oncol*. 2014 Dec;41(6):790-7.
 - Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Treatment of primary breast cancer. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 134). <http://www.sign.ac.uk> Ultimo accesso: maggio 2016.

Scheda Indicatore H04Z

NOME INDICATORE

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.

DEFINIZIONE

Dimissioni con DRG “inappropriato” (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Indicatore di inappropriatezza del setting assistenziale. Mira a valutare la bontà dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato. L'attività afferente ai DRG Lea deve essere erogata privilegiando il regime di Day Hospital. Nel recente contesto dei Piani di Rientro, parte dell'attività è stata trasferita al di fuori dell'Ospedale, tramite l'attivazione di “Percorsi Ambulatoriali Complessi”, che mirano ad offrire una più efficiente erogazione dell'assistenza evitando il ricorso al ricovero ospedaliero, inappropriato sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Regione, ASL

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato".

Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non “inappropriato”.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriately in regime di degenza ordinaria (rif. Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B art. 6, c. 5). Dal denominatore sono esclusi i neonati sani.

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H05Z

NOME INDICATORE

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

DEFINIZIONE

Per struttura di ricovero: proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La durata della degenza, sia totale che riferita al periodo post-operatorio è molto usata in letteratura come misura di esito per valutare le performance della struttura. Essendo calcolata sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera, in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questo indicatore non può tener conto dell'eventuale conversione dall'intervento laparoscopico a quello laparotomico.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regione, Asl, struttura di ricovero

FONTE

SIO

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni.

Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.

Fattore di scala: (x100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (*DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE*)

Indicatore già presente nel Piano Nazionale Esiti (PNE).

SELEZIONE DELLA COORTE

1. Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario e day hospital, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1° gennaio e il 31 agosto dell'anno di riferimento, con il codice ICD-9-CM di intervento 51.23 in qualunque posizione e con diagnosi principale o secondaria di litiasi della colecisti e del dotto biliare (codici ICD-9-CM 574 in diagnosi principale o 575 in diagnosi principale E 574 in diagnosi secondaria).

2. Criteria di esclusione

- ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- ricoveri di persone di età inferiore ai 18 anni e superiore a 100;
- ricoveri con diagnosi di trauma (codici ICD-9-CM 800-897);
- ricoveri con DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384 (gravidanza, puerperio, parto);
- ricoveri con diagnosi di tumore maligno dell'apparato digerente e del peritoneo (ICD-9-CM 150-159);
- ricoveri con interventi di colecistectomia laparotomica (procedura 51.22 in qualunque posizione);
- ricoveri in cui il paziente viene dimesso deceduto;
- ricoveri in cui il paziente viene trasferito ad altro ospedale;
- ricoveri con i seguenti interventi addominali:

CODICE ICD-9-CM Procedura - Descrizione

Interventi sullo stomaco

- 43.5 Gastrectomia parziale con anastomosi esofagea
- 43.6 Gastrectomia parziale con anastomosi duodenale
- 43.7 Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale
- 43.8 Altra gastrectomia parziale
- 43.9 Gastrectomia totale
- 44.31 Bypass gastrico alto
- 44.39 Altra gastroenterostomia senza gastrectomia
- 44.40 Sutura di ulcera peptica, SAI
- 44.41 Sutura di ulcera gastrica
- 44.42 Sutura di ulcera duodenale
- 44.5 Revisione di anastomosi gastrica
- 44.61 Sutura di lacerazione dello stomaco
- 44.63 Chiusura di altra fistola gastrica
- 44.64 Gastropessi
- 44.65 Esofagogastroplastica
- 44.69 Altra riparazione dello stomaco

Interventi su duodeno e intestino tenue

- 45.31 Asportazione locale di lesione del duodeno
- 45.32 Altra asportazione di lesione del duodeno
- 45.33 Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino tenue eccetto il duodeno
- 45.34 Altra demolizione di lesione dell'intestino tenue eccetto il duodeno
- 45.50 Isolamento di segmento intestinale, SAI
- 45.51 Isolamento di segmento dell'intestino tenue

- 45.6 Altra asportazione dell'intestino tenue
- 45.9 Anastomosi intestinale, SAI
- 45.91 Anastomosi intestinale tenue-tenue
- 45.92 Anastomosi dell'intestino tenue al moncone rettale
- 45.93 Altra anastomosi intestinale tenue-crasso
- 46.01 Esteriorizzazione dell'intestino tenue
- 46.02 Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino tenue
- 46.60 Fissazione di intestino SAI
- 46.61 Fissazione di intestino tenue alla parete addominale
- 46.62 Altra fissazione dell'intestino tenue
- 46.71 Sutura di lacerazione del duodeno
- 46.72 Chiusura di fistola del duodeno
- 46.73 Sutura di lacerazione dell'intestino tenue eccetto il duodeno
- 46.74 Chiusura di fistola dell'intestino tenue, eccetto il duodeno
- 46.80 Manipolazione intraddominale dell'intestino, non altrimenti specificato
- 46.81 Manipolazione intraddominale dell'intestino tenue
- 46.93 Revisione di anastomosi dell'intestino tenue
- 46.97 Trapianto dell'intestino

Interventi sul fegato

- 50.2 Asportazione o demolizione locale di tessuti o lesioni del fegato
- 50.3 Lobectomia del fegato
- 50.4 Epatectomia totale
- 50.5 Trapianto del fegato
- 50.6 Riparazione del fegato

Interventi sul pancreas

- 52.22 Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico
- 52.3 Marsupializzazione di cisti pancreatiche
- 52.4 Drenaggio interno di cisti pancreatiche
- 52.5 Pancreatectomia parziale
- 52.6 Pancreatectomia totale
- 52.7 Pancreatico duodenectomia radicale
- 52.8 Trapianto del pancreas
- 52.95 Altra riparazione del pancreas
- 52.96 Anastomosi del pancreas

Interventi per ernia parete addominale

- 53.4 Riparazione di ernia ombelicale
- 53.5 Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore (senza innesto o protesi)
- 53.6 Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con innesto o protesi
- 53.7 Riparazione di ernia diaframmatica, per via addominale

Interventi sul peritoneo

- 54.4 Asportazione o demolizione di tessuto peritoneale
- 54.5 Lisi di aderenze peritoneali
- 54.6 Sutura della parete addominale e del peritoneo
- 54.7 Altra riparazione della parete addominale e del peritoneo

Interventi su intestino crasso

- 45.41 Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso
- 45.49 Altra asportazione di lesione dell'intestino crasso

- 45.7 Asportazione parziale dell'intestino crasso
- 45.8 Colectomia totale intraaddominale
- 45.94 Anastomosi intestinale crasso-crasso
- 46.03 Esteriorizzazione dell'intestino crasso
- 46.04 Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino crasso
- 46.63 Fissazione dell'intestino crasso alla parete addominale
- 46.64 Altra fissazione dell'intestino crasso
- 46.75 Sutura di lacerazione dell'intestino crasso
- 46.76 Chiusura di fistola dell'intestino crasso
- 46.79 Altra riparazione dell'intestino

Altri interventi addominali

- 55.4 Nefrectomia parziale
- 55.5 Nefrectomia
- 56.2 Ureterotomia
- 56.4 Uretrectomia
- 57.1 Cistotomia e cistostomia
- 57.6 Cistectomia parziale
- 57.7 Cistectomia totale
- 65.3 Ovariectomia monolaterale
- 65.4 Salpingo-ovariectomia monolaterale
- 65.5 Ovariectomia bilaterale
- 65.6 Salpingo-ovariectomia bilaterale
- 66.4 Salpingectomia totale monolaterale
- 66.5 Salpingectomia totale bilaterale
- 68.3 Isterectomia addominale subtotale
- 68.4 Isterectomia addominale totale
- 68.6 Isterectomia addominale radicale
- 68.8 Eviscerazione pelvica

DEFINIZIONE DI ESITO

L'esito è l'intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 (0-2) giorni. L'analisi è effettuata su base annuale. L'esito viene attribuito alla struttura in cui è stato eseguito l'intervento.

DEFINIZIONE DELLA GRAVITÀ CLINICA DELLA COLELITIASI

La gravità clinica della colelitiasi è suddivisa in 4 categorie:

A. Calcolosi semplice (senza complicanze) sia della colecisti sia del dotto biliare

Codice ICD-9-CM diagnosi - Descrizione

- 574.20 Calcolosi della colecisti senza colecistite senza ostruzione (calcolosi colecisti semplice)
- 574.50 Calcolosi del dotto biliare senza colecistite senza ostruzione (calcolosi dotto biliare semplice)
- 574.90 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare senza colecistite senza ostruzione (calcolosi colecisti e dotto biliare semplice)

B. Calcolosi con colecistite senza ostruzione

Codice ICD-9-CM diagnosi Descrizione

- 574.10 Calcolosi della colecisti con altra colecistite senza ostruzione
- 574.40 Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione

574.70 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
575.1 + 574.20 Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
575.1 + 574.50 Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
575.1 + 574.90 Altra colecistite + Calcolosi colecisti e dotto biliare semplice
574.00 Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
574.30 Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.60 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.80 Calcolosi colecisti e dotto biliare con colecistite acuta e cronica senza ostruzione
575.0 + 574.20 Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
575.0 + 574.50 Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
575.0 + 574.90 Colecistite acuta + Calcolosi colecisti e dotto biliare semplice

C. Calcolosi con complicanza ostruttiva senza colecistite

Codice ICD-9-CM diagnosi Descrizione

574.21 Calcolosi della colecisti senza colecistite con ostruzione
574.51 Calcolosi del dotto biliare senza colecistite con ostruzione
574.91 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare senza colecistite con ostruzione
575.2 + Ostruzione della colecisti +
(574.20 o 574.50 o 574.90) Calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare senza colecistite senza ostruzione
576.2 + Ostruzione del dotto biliare +
(574.20 o 574.50 o 574.90) Calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare senza colecistite senza ostruzione
575.3 Idrope della colecisti

D. Calcolosi con complicanza sia infiammatoria sia ostruttiva

Codice ICD-9-CM diagnosi Descrizione

574.01 Calcolosi della colecisti con colecistite acuta e con ostruzione
574.11 Calcolosi della colecisti con altra colecistite e con ostruzione
574.31 Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta e con ostruzione
574.41 Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite e con ostruzione
574.61 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e con ostruzione
574.71 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite e con ostruzione
574.81 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica con ostruzione
575.2, Ostruzione della colecisti

in presenza di una delle seguenti:

574.00 Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.20 Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
575.1 + 574.20 Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
574.30 Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
575.0 + 574.50 Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
575.1 + 574.50 Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
574.60 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
574.70 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
574.80 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica senza ostruzione
576.2, Ostruzione del dotto biliare

in presenza di una delle seguenti:

574.00 Calcolosi della colecisti con colecistite acuta senza ostruzione
 575.0 + 574.20 Colecistite acuta + Calcolosi colecisti semplice
 575.1 + 574.20 Altra colecistite + Calcolosi colecisti semplice
 574.30 Calcolosi del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
 575.0 + 574.50 Colecistite acuta + Calcolosi dotto biliare semplice
 575.1 + 574.50 Altra colecistite + Calcolosi dotto biliare semplice
 574.60 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta senza ostruzione
 574.70 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con altra colecistite senza ostruzione
 574.80 Calcolosi della colecisti e del dotto biliare con colecistite acuta e cronica senza ostruzione
 576.1 + 574.20 Colangite + Calcolosi colecisti semplice
 576.1 + 574.50 Colangite + Calcolosi dotto biliare semplice
 576.1 + 574.90 Colangite + Calcolosi colecisti e dotto biliare semplice

IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DELLE PATOLOGIE CONCOMITANTI “CRONICHE” E DI CONDIZIONI DI RISCHIO AGGIUNTIVO/FATTORI PROTETTIVI

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età, la gravità della colelitiasi ed una serie di comorbidità (vedi elenco 1) e pregressi interventi sull'addome superiore (vedi elenco 2) ricercati nel ricovero per colecistectomia (ricovero indice) e/o in tutti i ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti.

1) COMORBILITÀ

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni		140.0–208.9, V10
Diabete		250
Obesità	278.0	278.0
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Altre malattie ematologiche	287-289	287-289
Ipertensione arteriosa		401-405
Cardiopatía ischemica		410-414, 429.7
Pregressa rivascolarizzazione	V45.81, V45.82	V45.81, V45.82, 36.0, 36.1, 00.66
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Scompenso cardiaco		428
Altre malattie cardiache	393-398, 425, 093.2, 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	391, 393-398, 420-425, 429.0-429.9, 093.2, 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-438
Malattie vascolari	440, 441.0, 441.2, 441.4, 441.7, 441.9, 442, 443, 446, 447, 448, 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) o insufficienza respiratoria		490-496, 518.81, 518.82
Nefropatie croniche	582, 583, 585-588	582, 583, 585-588, V42.0, V45.1, V56
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571, 572, 577.1-577.9	571, 572, 577.1-577.9

2) PREGRESSO INTERVENTO SULL'ADDOME SUPERIORE (sono esclusi colon, retto e ano)

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Presenza di gastrostomia	V44.1	
Assenza acquisita di stomaco	V45.75	
Controllo di gastrostomia	V55.1	
Presenza di ileostomia	V44.2	
Presenza di altra apertura artificiale dell'apparato digerente	V44.4	
Presenza postchirurgica di anastomosi o derivazione intestinale	V45.3	
Assenza acquisita di intestino (crasso, tenue)	V45.72	
Collocazione e sistemazione di ileostomia o altro dispositivo intestinale	V53.5	
Controllo di ileostomia	V55.2	
Controllo di colostomia	V55.3	
Controllo di altra apertura artificiale dell'apparato digerente	V55.4	
Intestino sostituito da trapianto	V42.84	
Fegato sostituito da trapianto	V42.7	
Pancreas sostituito da trapianto	V42.83	
<i>Interventi sullo stomaco e duodeno</i>		
Gastrectomia parziale con anastomosi esofagea		43.5
Gastrectomia parziale con anastomosi duodenale		43.6
Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale		43.7
Altra gastrectomia parziale		43.8
Gastrectomia totale		43.9
Bypass gastrico alto		44.31
Altra gastroenterostomia senza gastrectomia		44.39
Sutura di ulcera peptica, SAI		44.40
Sutura di ulcera gastrica		44.41
Sutura di ulcera duodenale		44.42
Revisione di anastomosi gastrica		44.5
Sutura di lacerazione dello stomaco		44.61
Chiusura di altra fistola gastrica		44.63

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Gastropessi		44.64
Esofagogastroplastica		44.65
Altra riparazione dello stomaco		44.69
Asportazione locale di lesione del duodeno		45.31
Altra asportazione di lesione del duodeno		45.32
Sutura di lacerazione del duodeno		46.71
Chiusura di fistola del duodeno		46.72
<i>Interventi sull'intestino tenue</i>		
Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino tenue eccetto il duodeno		45.33
Altra demolizione di lesione dell'intestino tenue eccetto il duodeno		45.34
Isolamento di segmento intestinale, SAI		45.50
Isolamento di segmento dell'intestino tenue		45.51
Altra asportazione dell'intestino tenue		45.6
Anastomosi intestinale, SAI		45.9
Anastomosi intestinale tenue-tenue		
Anastomosi dell'intestino tenue al moncone rettale		45.91
45.92		
Altra anastomosi intestinale tenue-crasso		45.93
Esteriorizzazione dell'intestino tenue		46.01
Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino tenue		46.02
Fissazione di intestino SAI		46.60
Fissazione di intestino tenue alla parete addominale		46.61
Altra fissazione dell'intestino tenue		46.62
Sutura di lacerazione dell'intestino tenue eccetto il duodeno		46.73
Chiusura di fistola dell'intestino tenue, eccetto il duodeno		46.74
Manipolazione intraddominale dell'intestino, non altrimenti specificato		46.80
Manipolazione intraddominale dell'intestino tenue		46.81

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
<i>Interventi sul fegato</i>		
Asportazione o demolizione locale di tessuti o lesioni del fegato		50.2
Lobectomia del fegato		50.3
Epatectomia totale		50.4
Trapianto del fegato		50.5
Riparazione del fegato		50.6
<i>Interventi sul pancreas</i>		
Altra escissione o demolizione di lesione o tessuto del pancreas o del dotto pancreatico		52.22
Marsupializzazione di cisti pancreatiche		52.3
Drenaggio interno di cisti pancreatiche		52.4
Pancreatectomia parziale		52.5
Pancreatectomia totale		52.6
Pancreaticoduodenectomia radicale		52.7
Trapianto del pancreas		52.8
Altra riparazione del pancreas		52.95
Anastomosi del pancreas		52.96
<i>Interventi per ernia parete addominale</i>		
Riparazione di ernia ombelicale		53.4
Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore (senza innesto o protesi)		53.5
Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con innesto o protesi		53.6
Riparazione di ernia diaframmatica, per via addominale		53.7
<i>Interventi sul peritoneo</i>		
Asportazione o demolizione di tessuto peritoneale		54.4
Lisi di aderenze peritoneali		54.5
Sutura della parete addominale e del peritoneo		54.6
Altra riparazione della parete addominale e del peritoneo		54.7

Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
 Valore minimo - Valore massimo: 0 – 100

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

D.M. 2 aprile 2015, n.70

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Minimo 70

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

L'esito è l'intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: differenza tra data di dimissione e data di intervento ≤ 2 giorni.

BIBLIOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ quality indicators (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>).
- Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 2007. Ultimo accesso: maggio 2016.
- Amato L, Colais P, Davoli M et al. Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche dalla letteratura e dalle valutazioni empiriche in Italia. *Epidemiol Prev* 2013; 37 (2-3), marzo-giugno
- Booij KA, de Reuver PR, Nijssen B et al. Insufficient safety measures reported in operation notes of complicated laparoscopic cholecystectomies. *Surgery*. 2014 Mar;155(3):384-9. - Damiani G, Pinnarelli L, Sammarco A et al. Postoperative pulmonary function in open versus laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis of the Tiffenau index. *Dig Surg*. 2008;25(1):1-7.
- Davoli M, Amato L, Minozzi S, Bargagli AM, Vecchi S, Perucci CA. Volume di attività ed esito delle cure: revisione sistematica della letteratura. *Epidemiol Prev*. 2005;29(3-4 Suppl):3- 63.
- Flum DR, Dellinger EP, Cheadle A, Chan L, Koepsell T. Intraoperative cholangiography and risk of common bile duct injury during cholecystectomy. *J Am Med Assoc* 2003; 289: 1639-44. - Gadacz TR. Update on laparoscopic cholecystectomy, including a clinical pathway. *Surg Clin North Amer* 2000; 80: 1127-49.
- Gurusamy KS, Samraj K, Fusai G et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for biliary colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD007196.
- Keus F, de Jong JAF, Gooszen HG, van Laarhoven CJHM. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. *The Cochrane Library* 2008, Issue 4.
- Keus F, Gooszen HG, van Laarhoven CJ. Open, small-incision, or laparoscopic cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. An overview of Cochrane Hepato-Biliary Group reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD008318.
- Khan MH, Howard TJ, Fogel EL, Sherman S, McHenry L, Watkins JL, Canal DF, Lehman GA. Frequency of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy detected by ERCP: experience at a large tertiary referral center. *Gastrointest Endosc* 2007;65(2):247-52.
- National Institute for Clinical Excellence. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: guidance. NICE interventional procedure guidance IPG346. London. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010 Available from: <http://guidance.nice.org.uk/IPG346>
- Ros A, Gustafsson L, Krook H, Nordgren CE, Thorell A, Wallin G et al. Laparoscopic cholecystectomy versus mini-laparotomy cholecystectomy: a prospective, randomized, singleblind study. *Ann Surg* 2001; 234: 741-9.
- Schietroma M, Carlei F, Cappelli S, Pescosolido A, Lygidakis N J, Amicucci G. Effects of cholecystectomy (laparoscopic versus open) on PMN-elastase. *Epatogastroenterology* 2007;54 (74):342-5.
- Shaffer EA. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? *Curr Gastroenterol Rep* 2005;7(2):132-40.

- Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, et al. Laparoscopic cholecystectomy. The new gold standard? *Arch Surg* 1992; 127: 917–923.
- Tenconi SM, Boni L, Colombo EM et al. Laparoscopic cholecystectomy as day-surgery procedure: current indications and patients selection. *Int J Surg*. 2008;6 Suppl 1:S86-8. Epub 2008 Dec 14.
- Walker T. Biliary injury after laparoscopic cholecystectomy: why still a problem? *Gastroenterology* 2008;134(3):894-5.

Scheda Indicatore H06Z

NOME INDICATORE

Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.

DEFINIZIONE

Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità diurna per le discipline per acuti

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore consente di valutare il volume dei ricoveri diurni effettuati negli ospedali per acuti con finalità prevalentemente medico-diagnostiche e per tale motivo a rischio di inappropriatezza, perché potenzialmente finalizzati a prestazioni erogabili in regime ambulatoriale.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Assistenza ospedaliera, Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Day hospital/Specialistica ambulatoriale

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

Si

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Regione, ASL

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO); Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di dimissioni diurne di tipo medico-diagnostico

Denominatore: popolazione residente

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H07Z

NOME INDICATORE

Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente.

DEFINIZIONE

Numero di accessi (giornate di degenza) nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti in modalità diurna per le discipline per acuti

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore consente di valutare il volume di accessi di tipo medico in regime diurno effettuati negli ospedali per acuti e per tale motivo a rischio di inappropriately perché potenzialmente finalizzati a prestazioni erogabili in regime ambulatoriale.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Day Hospital

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Regione, ASL

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO); Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento, Istat - Censimento anno 2001

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: n. accessi diurni di tipo medico per le discipline per acuti

Denominatore: popolazione residente

Fattore di scala: (x 1.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

La standardizzazione per età è effettuata rispetto alla popolazione italiana al censimento 2001.

Si considerano le seguenti classi di età: meno di 1 anno, da 1 a 4 anni, da 5 a 9 anni, da 10 a 14 anni, da 15 a 19 anni, da 20 a 24 anni, da 25 a 29 anni, da 30 a 34 anni, da 35 a 39 anni, da 40 a 44 anni, da 45 a 49 anni, da 50 a 54 anni, da 55 a 59 anni, da 60 a 64 anni, da 65 a 69 anni, da 70 a 74 anni, da 75 a 79 anni, da 80 a 84 anni, da 85 a 124 anni.

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

La dimissione di tipo medico in regime diurno non sempre viene registrata al termine di un ciclo programmato di accessi ma a volte, con alcune forzature, si tende ad incrementare in modo fittizio il numero delle dimissioni.

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H08Za

Gruppo H08Z: Indicatori (a rotazione) che misurano sia la capacità di garantire i prodotti “driver” (globuli rossi) e il plasma da destinare alla lavorazione industriale adeguata a garantire la produzione di farmaci plasmaderivati rispondenti ai fabbisogni effettivi, che l’ottimizzazione dell’impiego della risorsa sangue, con riduzione del ricorso alla trasfusione allogenica e all’autotrasfusione, come misure del grado di implementazione di programmi di Patient Blood Management (PBM) e gestione scorte di emocomponenti.

NOME INDICATORE

Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)

DEFINIZIONE

Valutazione della variazione % del rapporto tra N° unità GR prodotti e N° Unità GR programmati (nell’anno di rilevazione).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Capacità del sistema di garantire i prodotti “driver” (globuli rossi) nel rispetto dei livelli quantitativi definiti nella programmazione e rispondenti ai fabbisogni effettivi.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Assistenza ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Attività trasfusionali

DIMENSIONE ESPLORATA

Efficienza nell’erogazione

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

SI (prevenzione/distrettuale)

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L’AGGREGATO SUB-REGIONALE D’INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

FONTE

Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA)

FORMULA DI CALCOLO DELL’INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: N° unità GR prodotte

Denominatore: N° Unità GR programmate

Fattore di scala: (x100)

NOTE PER IL CALCOLO E/O L’INTERPRETAZIONE

Valutazione della variazione percentuale tra quanto rilevato nell’anno e quanto dichiarato nel programma di autosufficienza annuale del sangue e dei suoi prodotti relativamente alla produzione di globuli rossi.

SISTRA calcola automaticamente tale indicatore dal consuntivo annuale (somma dei consuntivi trimestrali) di produzione globuli rossi e lo confronta con il dichiarato nel programma di autosufficienza nazionale (anno corrente).

Indicatore di produzione: $[(A-B)/B]*100$

Dove:

A= globuli rossi prodotti rilevati nell'anno

B = globuli rossi prodotti programmati indicati nel programma annuale di autosufficienza

L'indicatore viene espresso in termini di Delta. Il suo valore di riferimento è annualmente definito nel Programma di autosufficienza dell'anno in corso.

Il valore dell'indicatore deve essere \leq al 3%

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Decreti "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti" per anno di rilevazione.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Valore minimo - valore massimo: -3% – +3%

Valori definiti nel "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti" per l'anno di valutazione.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H08Zb

Gruppo H08Z: Indicatori (a rotazione) che misurano sia la capacità di garantire i prodotti “driver” (globuli rossi) e il plasma da destinare alla lavorazione industriale adeguata a garantire la produzione di farmaci plasmaderivati rispondenti ai fabbisogni effettivi, che l’ottimizzazione dell’impiego della risorsa sangue, con riduzione del ricorso alla trasfusione allogenica e all’autotrasfusione, come misure del grado di implementazione di programmi di Patient Blood Management (PBM) e gestione scorte di emocomponenti.

NOME INDICATORE

Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)

DEFINIZIONE

Valutazione della variazione % del rapporto tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell’anno e Kg plasma programmati (nell’anno di rilevazione).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Capacità del sistema di garantire una produzione di plasma da destinare alla lavorazione industriale adeguata a garantire la produzione di farmaci plasmaderivati per la copertura dei fabbisogni.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Attività trasfusionali

DIMENSIONE ESPLORATA

Efficienza dell’erogazione

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

Si (prevenzione/distrettuale)

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L’AGGREGATO SUB-REGIONALE D’INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

FONTE

Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA)

FORMULA DI CALCOLO DELL’INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Variazione % tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell’anno e Kg plasma programmati.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Valutazione della variazione percentuale tra quanto rilevato nell'anno e quanto dichiarato nel programma di autosufficienza annuale del sangue e dei suoi prodotti relativamente alla raccolta di plasma per il frazionamento e conferimento per la lavorazione industriale

Il Centro nazionale sangue calcola l'indicatore mediante il confronto/rapporto tra i dati dichiarati nel programma di autosufficienza nazionale (anno corrente) e i dati forniti dalle aziende convenzionate con le regioni per la produzione di medicinali plasmaderivati

Indicatore di produzione: $[(A-B) / B] * 100$

Dove:

A = Kg di plasma conferiti per la lavorazione industriale rilevati nell'anno

B = Kg di plasma programmati nel programma annuale di autosufficienza

Il valore dell'indicatore deve essere $\leq 5\%$

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Decreti "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti" per anno di rilevazione.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Valore minimo - valore massimo: -5% – illimitato

Valori definiti nel "Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti" per l'anno di valutazione.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H09Za

Gruppo H09Z: Donazioni di organi (gruppo di indicatori (calcolati a rotazione) che esprimono la capacità organizzativa delle strutture ospedaliere di assicurare il processo di donazione di organi, quali prerequisiti per l'esecuzione dei trapianti di organi).

NOME INDICATORE

Donatori di organi in morte encefalica.

DEFINIZIONE

Definisce l'efficienza globale di donazione di organi rispetto alla popolazione della Regione.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La donazione di organi costituisce un obiettivo importante del SSN (legge 91/1999) ed è il limite principale all'erogazione di una terapia efficace ed essenziale come il trapianto di organi. Deve essere quindi concepita come livello essenziale di prestazione in tutti gli ospedali italiani in cui siano presenti letti con possibilità di assistenza ventilatoria, trattamento intensivo e personale adeguato. La donazione di organi andrebbe normalmente considerata nell'ambito di ogni fine-vita in rianimazione.

Analizzando i dati italiani e lo scostamento dal benchmarking (da circa 40 pmp a circa 10 pmp, media nazionale di circa 20 pmp), è ipotizzabile una potenzialità di donazione molto maggiore degli attuali risultati, in particolare in alcune regioni in cui sono presenti difficoltà globali in termini di struttura ed organizzazione del sistema sanitario ed un elevato tasso di opposizione.

Il processo di donazione di organi da cadavere a cuore battente ha inizio con l'identificazione del potenziale donatore (accertamento di morte con criteri neurologici in pazienti che decedono in rianimazione con lesione cerebrale acuta) e si sviluppa con la valutazione di idoneità (secondo linee guida nazionali), l'accertamento di volontà (variabilità regionale delle opposizioni in vita e/o della famiglia tra circa 20 e 50 %) e il mantenimento della funzionalità degli organi nel potenziale donatore. In caso di volontà positiva e di adeguatezza degli organi, si procede al prelievo e trapianto degli organi al termine del periodo di osservazione e dopo la certificazione di morte. Si tratta di un compito complesso che richiede, oltre all'assistenza specialistica di medici ed infermieri della rianimazione, il coordinamento globale del processo e la partecipazione di tutto l'ospedale.

Il numero di posti letto in rianimazione e la presenza di neurochirurgia possono influire sulla possibilità di ricovero del cerebroleso in rianimazione e quindi sulla possibilità che si giunga alla donazione.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinico-organizzativa, aderenza alle linee guida e alla normativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

L'indicatore principale viene applicato a livello nazionale e regionale.

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Centri Regionali Trapianti, popolazione residente Istat al 1° gennaio dell'anno di riferimento.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numero delle donazioni di organi da cadavere / popolazione residente nella regione o area di riferimento.

LIVELLO DI ANALISI (SOGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

È possibile un confronto, pur nella differenza dell'organizzazione ospedaliera, a livello internazionale e nazionale, ma anche a livello di singolo ospedale secondo la metodologia del benchmarking. Il monitoraggio di tale indicatore a livello regionale e del singolo ospedale permette un preciso confronto storico e puntuale. È evidente una differente potenzialità di donazione, maggiore negli ospedali con neurochirurgia, in particolare nei reparti intensivi dedicati al trattamento delle lesioni cerebrali acute.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Il valore di riferimento internazionale come benchmarking è di circa 40 donatori per milione di popolazione.

Il valore di riferimento in Italia è la media dei valori nazionali degli ultimi 5 anni antecedenti l'anno di rilevamento (media mobile).

Per ogni regione con un volume di attività al di sotto del valore di riferimento nazionale è consentito un valore inferiore purché abbia registrato un incremento della propria attività di almeno il 10% rispetto all'anno precedente.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

La donazione di organi è obiettivo del SSN (legge n. 91/1999). L'accertamento di volontà è previsto dalla medesima legge. L'accertamento di morte con criteri neurologici è obbligatorio in tutti i soggetti che presentano i criteri di Morte Encefalica. La metodologia dell'accertamento è normata dal DM 22 agosto 1994 n.582 e dal DM 11 aprile 2008 e dalle linee guida nazionali del CNT. La valutazione di sicurezza della donazione è regolata dalle linee guida nazionali del CNT.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Dominguez-Gil B, Murphy P, Procaccio F. Ten changes that could improve organ donation in the intensive care unit. *Intensive Care Med* Epub May 19 2015
- ACCORD Consortium. Variations in end-of-life care pathways for patients with a devastating brain injury in Europe. Deliverable 7 (Interim Report). Available at: http://www.accordja.eu/sites/default/files/download_documents/InterimReportFinalMarch2014.pdf. Last access: March 2015.
- De la Rosa G, Dominguez-Gil B, Matesanz R et al.. Continuously evaluating performance in deceased donation: the Spanish quality assurance program. *Am J Transplant* 2012;12:2507-13
- Matesanz R, Coll E, Dominguez-Gil B et al. Benchmarking in the process of donation after brain death: a methodology to identify best performer hospitals. *Am J Transplant* 2012;12:2498-506
- Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H et al. The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Med* 38:1647-53, 2012
- Procaccio F, Ricci A, Ghirardini A, Masiero L, Caprio M, Troni A, Caggiano M, Nanni Costa A: Deaths with acute cerebral lesions in ICU: does the number of potential organ donors depend on predictable factors ? *Min Anest* 81: 636-644, 2015
- Escudero D, Valentin M, Escalante J et al. Intensive care practices in brain dead patients and organ donation *Anaesthesia* 70: 1130–1139, 2015
- Gruppo di lavoro della Consulta nazionale trapianti. Analisi dei decessi con lesione cerebrale acuta in ospedale 2011 (dati non pubblicati).
- CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 14.12.2017: Accordo sul Programma Nazionale Donazione di Organi 2018-2020.

Scheda Indicatore H09Zb

Gruppo H09Z: Indicatori (calcolati a rotazione) che esprimono la capacità organizzativa delle strutture ospedaliere di assicurare il processo di donazione di organi, quali prerequisiti per l'esecuzione dei trapianti di organi.

NOME INDICATORE

Accertamenti di morte con criteri neurologici.

DEFINIZIONE

Rapporto tra il numero degli accertamenti di morte con criteri neurologici e la popolazione residente pmp.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Definisce l'applicazione della norma di legge inerente all'accertamento di morte con criteri neurologici (Legge 578/1993) in tutti i soggetti che presentano i criteri di morte "encefalica" (ME) in rianimazione e che costituiscono i potenziali donatori di organi "a cuore battente".

L'accertamento di ME è il presupposto e il punto di partenza del processo di donazione di organi nei soggetti che decedono con una lesione cerebrale acuta devastante nei reparti di rianimazione. Tutti gli accertamenti devono essere segnalati ai centri regionali di riferimento e al Centro Nazionale Trapianti per la valutazione di idoneità clinica e l'accertamento della volontà espressa in vita inerente la donazione o la non opposizione da parte dei familiari. La causa maggiore di perdita di potenziali donatori dipende dal mancato accertamento di morte, anche in presenza dei segni clinici di ME, dovuto a molteplici fattori culturali, organizzativi e gestionali delle rianimazioni e degli ospedali oltre all'attitudine personale degli operatori.

Le differenze regionali sono eclatanti, con differenze da 70-80 pmp a 20 pmp e vi è una chiara correlazione con il numero di donazioni. Tali differenze non possono rappresentare differenze di qualità di trattamento dei cerebrolesi; al contrario l'accertamento di ME conclude un trattamento ottimale, sia pur inefficace, del paziente e un'organizzazione della rete di primo soccorso e di area critica finalizzata ad assicurare allo stesso tempo il miglior trattamento e perseguire l'obiettivo di donazione nei soggetti in cui il decesso non può essere evitato. La mancata identificazione del potenziale donatore (i.e. accertamento di ME) è stata individuata dall'OMS come una delle principali barriere alla donazione.

Gli accertamenti mancanti, definiti come missing brain deaths, hanno cause inerenti all'attitudine e la formazione del personale delle rianimazioni, i carichi di lavoro, le difficoltà organizzative, la mancata consapevolezza del ruolo terapeutico della donazione, policy di fine-vita che precedono la morte encefalica o ne ostacolano l'evoluzione.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Pronto soccorso/ ricovero ordinario per acuti/ attività di trapianto di cellule, organi e tessuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza clinico-organizzativa, aderenza alla normativa e alle linee guida

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

L'indicatore viene applicato a livello nazionale e regionale, ma può essere applicato anche a livello di aree caratterizzate dalla presenza di ospedali *hub* con neurochirurgia e rete *spoke* con criteri definiti di centralizzazione e ammissione alla terapia intensiva.

FONTE

Registro nazionale cerebrolesi deceduti in rianimazione (Sistema Informativo trapianti del Centro Nazionale trapianti); Centri Regionali Trapianti e singole regioni; Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numero degli accertamenti di morte con criteri neurologici / popolazione residente nella regione o nell'area considerata nell'anno di riferimento.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE

Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

Analizzando i dati italiani di cinque anni è ipotizzabile una mancanza globale di circa 700-1.000 accertamenti di ME per anno in Italia, con una distribuzione dei *missing* estremamente eterogenea, prevalente nelle regioni del centro sud, ma non solo, ove corrispondono scarsi risultati di donazione di organi. Circa il 50-60% di tutti i decessi in rianimazione con lesione cerebrale acuta è altamente probabile che presenti in qualche momento della degenza i criteri di ME; in Italia tuttavia solo il 40% giunge all'accertamento, con punte di circa 80 pmp in Toscana che è la regione con i migliori risultati di donazione (circa 40 pmp).

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Il monitoraggio di tale indicatore a livello nazionale e regionale permette un preciso confronto storico e puntuale; benché in alcuni Paesi non sia presente una normativa stringente sull'obbligatorietà dell'accertamento di morte con criteri neurologici in soggetti non potenziali donatori, è possibile un confronto con tutti i paesi europei. I dati internazionali, oltre che nella letteratura scientifica, sono riportati periodicamente nel registro Internazionale IRODAT (www.irodat.org) e in numerosi progetti europei (DOPKI, COORENOR, ACCORD) dedicati alla donazione di organi.

Il valore di riferimento in Italia è la media dei valori nazionali degli ultimi 5 anni antecedenti l'anno di rilevamento (media mobile).

Per ogni regione con un volume di attività al di sotto del valore di riferimento nazionale è consentito un valore inferiore purché abbia registrato un incremento della propria attività di almeno il 10% rispetto all'anno precedente.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

L'accertamento di morte con criteri neurologici è obbligatorio in tutti i soggetti che presentano i criteri di Morte Encefalica. La metodologia dell'accertamento è normata dal DM 22 agosto 1994 n.582 e dal DM 11 aprile 2008 e dalle linee guida nazionali del CNT.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

La popolazione residente non corrisponde alla popolazione di riferimento che usufruisce del sistema sanitario in urgenza per lesione cerebrale acuta. Gli ospedali di riferimento coprono a volte territori transregionali.

BIBLIOGRAFIA

- The project DOPKI. available at www.ont.es/internacional/Documents/DOPKI.pdf Accessed 21 Dec 2013
- Kramer AH, Zygun DA, Doig CJ, Zuege DJ. Incidence of neurologic death among patients with brain injury: a cohort study in a Canadian health region. *CMAJ* 2013;185: E838-E845
- De la Rosa G, Dominguez-Gil B, Matesanz R et al.. Continuously evaluating performance in deceased donation: the Spanish quality assurance program. *Am J Transplant* 2012;12:2507-13
- Matesanz R, Coll E, Dominguez-Gil B et al. Benchmarking in the process of donation after brain death: a methodology to identify best performer hospitals. *Am J Transplant* 2012;12:2498-506
- Redon J, Olsen MH, Cooper RS, Zurriaga O, Martinez-Beneito MA, Laurent S, Cifkova R, Coca A, Mancia G. Stroke mortality and trends from 1990 to 2006 in 39 countries from Europe and Central Asia: implications for control of high blood pressure. *Eur Heart J* 2011;32:1424-31.
- ISS National Center for Epidemiology. Mortality and etiology in Italy 2006-2011. <http://www.iss.it/site/mortalita> Accessed 28 July 2014
- Di Bartolomeo S, Valent F, Rossi C, Beltrame F, Anghileri A, Barbone F. Geographical differences in mortality of severely injured patients in Italy. *Eur J Epidemiol* 2008;23:289-94
- Wesslau C, Grosse K, Kruger R et al. How large is the organ donor potential in Germany? Results of an analysis of data collected on deceased with primary and secondary brain damage in intensive care unit from 2002 to 2005. *Transpl Int* 2007;20:147-55
- Barber K, Falvey S, Hamilton C et al. Potential for organ donation in the UK: audit of intensive care records. *BMJ* 2006;332:1124-27
- Procaccio F, Rizzato L, Ricci A, Venettoni S, Nanni Costa A. Do “Silent” Brain Deaths Affect Potential Organ Donation? *Transplant Proc* 2010;42: 2190–2191
- Cuende N, Cuende JI Cuende, Fajardo J, Huet J and Alonso M. Effect of population aging on the international organ donation rates and the effectiveness of the donation process. *Am J Transpl* 2007;7:1526-1535
- Procaccio F, Ricci A, Ghirardini A, Masiero L, Caprio M, Troni A, Caggiano M, Nanni Costa A: Deaths with acute cerebral lesions in ICU: does the number of potential organ donors depend on predictable factors ? *Min Anest* 81: 636-644, 2015
- Procaccio F, Ricci A, Ghirardini A et al. Potential DBD donors: even if the grass is greener on the other side, looking in the mirror may help to improve. *Min Anest* 81:698-9, 2015
- Escudero D, Valentin M, Escalante J et al. Intensive care practices in brain dead patients and organ donation *Anaesthesia* 70: 1130–1139, 2015
- CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 14.12.2017: Accordo sul Programma Nazionale Donazione di Organi 2018-2020.

Scheda Indicatore H09Zc

Gruppo H09Z: Indicatori (calcolati a rotazione) che esprimono la capacità organizzativa delle strutture ospedaliere di assicurare il processo di donazione di organi, quali prerequisiti per l'esecuzione dei trapianti di organi.

NOME INDICATORE

Morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione.

DEFINIZIONE

Esplora i decessi in ospedale dei soggetti con lesione cerebrale acuta rispetto al reparto di degenza e alla possibile evoluzione in morte encefalica in rianimazione, e il conseguente accertamento di morte con criteri neurologici. Misura quindi la capacità di identificare i potenziali donatori di organi a cuore battente in rianimazione.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'accertamento di ME è il presupposto e il punto di partenza del processo di donazione di organi. Solo i soggetti con una lesione cerebrale acuta devastante nei reparti di rianimazione possono andare incontro a morte encefalica e quindi ad accertamento di morte con criteri neurologici e costituiscono i possibili donatori di organi. I criteri di centralizzazione e di ammissione in rianimazione influenzano il numero di soggetti con cerebrolesione che decedono in rianimazione rispetto ad altri reparti dell'ospedale. Il registro nazionale dei cerebrolesi evidenzia notevoli differenze tra le regioni nel numero dei soggetti con cerebrolesione acuta che decedono in rianimazione per milione di abitanti (circa 150 pmp in Toscana, meno di 80 pmp in Lombardia e Sicilia). Tale differenza, che condiziona il potenziale di donazione di organi, non può dipendere dalla qualità di cura in rianimazione, ma al contrario da una molteplicità di fattori organizzativi, di policy di finevita in particolare nei soggetti anziani, di disponibilità di posti letto intensivi ecc. che condizionano il percorso dei gravi cerebrolesi. Tuttavia, la possibilità da parte dell'ospedale di rispettare il desiderio del paziente di poter donare gli organi dipende anche dalla capacità, all'interno del miglior percorso di diagnosi e cura, di mantenere l'assistenza ventilatoria in rianimazione al momento dell'eventuale decesso.

Questo indicatore misura la capacità di identificare il potenziale donatore di organi rispetto alla reale potenzialità, che è costituita da tutti i possibili donatori, cioè da tutti i soggetti che decedono in ospedale con lesione cerebrale acuta in una regione o nel singolo ospedale.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti/ attività di trapianto di cellule, organi e tessuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza nel perseguire la donazione di organi come obiettivo del SSN (legge 91/1999)

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

L'indicatore viene applicato a livello nazionale e regionale, ma può essere applicato nel singolo ospedale e disaggregato per sottogruppi di soggetti rispetto all'età, alla patologia ecc. Può essere collegato all'analisi di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera al grave cerebroleso.

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), (Sistema Informativo Trapianti del Centro Nazionale trapianti);

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero degli accertamenti di morte con criteri neurologici

Denominatore: Soggetti deceduti entro 15 giorni dal ricovero in ospedale con lesione cerebrale acuta in rianimazione (codice 49) (*indicatore PROC 2 in utilizzo dal 2007 in Italia*)

ELENCO CODICI ICD-9-CM da selezionare nelle SDO e transcodifica ICD-10

Cause of CV lesion	ICD-9 Codes		ICD-10 Codes	
Trauma	800-804	Skull fractures	S02	Fracture of skull and facial bones
	851	Cerebral lacerations and contusions	S061	Traumatic cerebral oedema
	852	Subarachnoid, subdural and extradural haemorrhage following injury	S062 S063 S064 S067	Diffuse brain injury Focal brain injury Extradural haemorrhage Intracranial haemorrhage with prolonged coma
	854	Intracranial injury of other or unspecified nature	S068 S069	Other intracranial injuries Intracranial injury unspecified
Cerebrovascular Accidents	430	Subarachnoid Haemorrhage	I60	Subarachnoid haemorrhage
	431	Intracranial Haemorrhage	I61	Intracranial haemorrhage
	432	Other unspecified Intracranial haemorrhage	I62	Other non-traumatic intracranial haemorrhage
	433-433.2	Occlusion of precerebral arteries	I63 I64	Cerebral infarction Stroke not specified as stroke or infarction
	434-434.11	Occlusion of cerebral arteries including embolism and thrombosis	I65 I66	Occlusion and stenosis of precerebral arteries Occlusion and stenosis of cerebral arteries
	436	Other but ill-defined cerebrovascular disease		
	348.1	Cerebral Anoxia	G931	Anoxic brain damage

Cause of CV lesion	ICD-9 Codes		ICD-10 Codes	
Cerebral Damage	348.4	Compression of the brain	G935	Compression of brain
	348.5	Cerebral oedema	G936	Cerebral oedema
Cerebral Neoplasm	191-191.9	Malignant neoplasm of the brain	C71	Malignant neoplasm of the brain
	225	Benign neoplasm of the brain	D33	Benign neoplasm of the brain
Infection	320-323	Meningitis and encephalitis	G00-G03	Meningitis

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

L'indicatore globale può essere declinato in alcuni sotto-indicatori che esplorano sottogruppi di soggetti con aspetti clinico-organizzativi rilevanti modificando il denominatore:

- numero dei decessi entro 15 giorni dal ricovero in ospedale con lesioni cerebrali acute (codici ICD 9/10) per unità di tempo (un anno)
- soggetti deceduti entro 3 giorni dal ricovero in ospedale con lesione cerebrale acuta

I dati relativi al 2011 sono stati richiesti alle strutture epidemiologiche regionali attraverso i coordinamenti regionali con una specifica scheda, sottoposti a una prima elaborazione e quindi ad una ulteriore verifica di congruità da parte delle singole Regioni.

Sono state censite (in 20 regioni su 21) 592 strutture di ricovero per acuti, con 433 reparti di Terapia Intensiva (T.I.), per un totale di 3581 posti letto.

Decessi in TI: 24.733 (19/21), pari ad un valore medio di 413 pmp (Italia), anche in questo caso con ampie differenze regionali, (range 370-1200).

Sono registrati 24.268 decessi codNeuro, di questi 6.008 (24,8%) si sono verificati in T.I. (codice dimissione 49); questo valore corrisponde al 24,3% dei decessi totali registrati in TI nello stesso periodo.

I decessi codNeuro che avvengono entro le 72 ore dal ricovero (codN<72h) sono 8.311, pari al 34,2 % dei decessi totali con codNeuro.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

L'accertamento di morte con criteri neurologici è obbligatorio in tutti i soggetti che presentano i criteri di ME (Legge n.578 del 1993). La metodologia dell'accertamento è normata dal DM 22 agosto 1994 n.582 e dal DM 11 aprile 2008 e dalle linee guida nazionali del CNT.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Il rapporto tra accertamenti di ME e decessi con lesione cerebrale acuta in rianimazione è monitorato continuativamente dal 2007 nel registro nazionale del CNT: rispetto ad un benchmarking di circa il 65%, il valore soglia è fissato al 30%.

I dati riferiti a tutti i decessi intraospedalieri con lesione cerebrale acuta sono oggi disponibili dal 2011 in Italia (vedi sotto) e, seppur parziali, in Europa (progetto europeo ACCORD). La metodologia di monitoraggio deriva in particolare da questo progetto europeo.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

L'appropriatezza del ricovero in rianimazione e la policy di fine vita, in particolare nei pazienti anziani, devono essere accuratamente valutati nel bilanciare il raggiungimento dell'obiettivo di ricovero in rianimazione per procedere all'accertamento di morte e alla donazione. In generale l'età non costituisce un limite alla donazione di organi.

BIBLIOGRAFIA

- ACCORD Consortium. Variations in end-of-life care pathways for patients with a devastating brain injury in Europe. Deliverable 7 (Interim Report). Available at http://www.accordja.eu/sites/default/files/download_documents/InterimReportFinalMarch2014.pdf. Last access: March 2015.
- World Health Organization. Organ donation and transplantation: striving to achieve self-sufficiency. 3rd global WHO consultation. Madrid, March 2010. Transplantation 2011;(Suppl 11):S27–S114
- Di Bartolomeo S, Valent F, Rossi C, Beltrame F, Anghileri A, Barbone F. Geographical differences in mortality of severely injured patients in Italy. Eur J Epidemiol 2008;23:289-94
- Procaccio F, Rizzato L, Ricci A, Venettoni S, Nanni Costa A. Indicators of efficiency in potential organ donor identification: preliminary results from the national registry of deaths with acute cerebral lesions in Italian intensive care units. Organ tissue and Cells 2:125-129,2008
- Procaccio F, Ricci A, Ghirardini A, Masiero L, Caprio M, Troni A, Caggiano M, Nanni Costa A: Deaths with acute cerebral lesions in ICU: does the number of potential organ donors depend on predictable factors ? Min Anest 81: 636-644, 2015
- Escudero D, Valentin M, Escalante J et al. Intensive care practices in brain dead patients and organ donation Anaesthesia 70: 1130–1139, 2015
- Gruppo di lavoro della Consulta nazionale trapianti: Analisi dei decessi con lesione cerebrale acuta in ospedale. 2011 (dati non pubblicati)
- CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 14.12.2017: Accordo sul Programma Nazionale Donazione di Organi 2018-2020.

Scheda Indicatore H10Za

H10Z: Gruppo di indicatori (calcolati a rotazione) che esprimono la capacità del sistema di individuare e gestire le insufficienze di organo, di garantire l'accesso al trapianto nei pazienti idonei e di soddisfare la domanda.

NOME INDICATORE

Numero pazienti in lista di attesa per trapianto per milione di popolazione della regione di residenza

DEFINIZIONE

Indica il numero di pazienti iscritti sulla lista di attesa per trapianto di organi al 31 dicembre di ogni anno in rapporto alla popolazione della regione di residenza e distinti per organo (rene, pancreas, cuore, fegato, polmone, intestino).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Il numero di pazienti in lista di attesa esprime la capacità del SSR di individuare e gestire le gravi insufficienze di organo e di garantire l'accesso alla terapia del trapianto ai pazienti idonei.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale (dépistage dei pazienti con iniziale insufficienza di organo) / ospedaliero (gestione della grave insufficienza e valutazione di idoneità al trapianto di organo).

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza sanitaria di base/ attività di trapianto di cellule, organi e tessuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

Si (Distrettuale/Ospedaliera)

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Regionale (le liste di attesa sono regionali).

FONTE

Sistema informativo trapianti (Centro Nazionale Trapianti), Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore = numero di pazienti in lista di attesa al 31 dicembre di ogni anno distinti per tipologia di organo

Denominatore = numero di abitanti per regione espresso in milione di abitanti

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente in regione

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Il valore dell'indicatore non deve essere inferiore al 20 % del dato medio nazionale degli ultimi 5 anni precedenti alla rilevazione.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 24.01.2018: Accordo recante Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate,

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Vedi note per il calcolo

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H10Zb

H10Z: Gruppo di indicatori (calcolati a rotazione) che esprimono la capacità del sistema di individuare e gestire le insufficienze di organo, di garantire l'accesso al trapianto nei pazienti idonei e di soddisfare la domanda.

NOME INDICATORE

Tempo medio di attesa di trapianto per organo

DEFINIZIONE

Indica l'intervallo di tempo, espresso in mesi, intercorrente tra la data di iscrizione in lista e la data di rilevazione.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Esprime la capacità del SSR di mantenere in lista attiva, e quindi di curare efficacemente, pazienti con gravi insufficienze di organo.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti/ attività di trapianto di cellule, organi e tessuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

L'indicatore può essere calcolato sia a livello regionale (lista di attesa della regione) sia a livello sub-regionale (ospedaliero, centro trapianti autorizzato). I dati sono presenti nella stessa fonte..

FONTE

Sistema informativo trapianti (Centro Nazionale Trapianti)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: somma del tempo di attesa di ogni paziente iscritto in lista al 31 dicembre di ogni anno.

Denominatore: numero di pazienti iscritti in lista di attesa al 31 dicembre di ogni anno.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore: Centro Trapianti

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Il valore dell'indicatore non deve essere superiore al dato medio nazionale incrementato del 15% stabilito ogni anno dal Centro Nazionale Trapianti in base ai dati risultanti dalla rilevazione del sistema nazionale della qualità dei trapianti dei 5 anni precedenti alla rilevazione.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 24.01.2018: Accordo recante Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Il valore dell'indicatore deve essere non superiore al dato medio nazionale degli ultimi 5 anni precedenti all'anno di rilevazione, incrementato del 15%.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H10Zc

H10Z: Gruppo di indicatori (calcolati a rotazione) che esprimono la capacità del sistema di individuare e gestire le insufficienze di organo, di garantire l'accesso al trapianto nei pazienti idonei e di soddisfare la domanda.

NOME INDICATORE

Numero dei pazienti trapiantati per organo.

DEFINIZIONE

È il numero di pazienti residenti in regione, iscritti in lista di attesa che ottengono un trapianto nell'anno precedente a quello di rilevazione

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Esprime la capacità del SSR di soddisfare la domanda di trapianto presente in regione e, quindi, comprende in sé sia la capacità di procurare organi che quella di trapiantarli.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti/attività di trapianto di cellule, organi e tessuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza organizzativa, efficienza, efficacia

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

A livello regionale e sub regionale per ogni organo e per ogni centro trapianti

FONTE

Sistema informativo trapianti (Centro Nazionale Trapianti), Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di trapianti eseguiti per organo nell'anno della rilevazione.

Denominatore: numero di abitanti espresso per milione di popolazione.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore (Centro Trapianti) e popolazione residente in regione

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Il valore dell'indicatore non deve essere inferiore, con una tolleranza del 10%, al numero medio dei trapianti per organo e per milione di popolazione effettuati in Italia stabilito dal Centro Nazionale Trapianti in base ai dati risultanti dalla rilevazione del sistema nazionale della qualità dei trapianti nei cinque anni precedenti alla rilevazione.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 24.01.2018: Accordo recante Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Vedi nota per il calcolo

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H11Za

H11Z: Gruppo di indicatori (calcolati a rotazione) che permettono di monitorare la capacità organizzativa del sistema rispetto alla donazione di tessuti.

NOME INDICATORE

Numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto/numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici.

DEFINIZIONE

L'indicatore calcola il numero di donazioni di tessuti, suddivise per singola tipologia di tessuto, inteso come soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte a cui sia stata prelevata almeno una tipologia di tessuto (muscolo – scheletrico, vasi, valvole, cute e sottocutaneo e tessuto oculare) rispetto al totale dei soggetti sottoposti nella stessa regione ad accertamento di morte. Un donatore che abbia donato più tipologie di tessuti verrà calcolato in ciascuna di queste tipologie.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore misura in quanti casi di accertamento di morte con segni cardiaci o neurologici vengono prelevati tessuti, all'interno di ogni singola Regione. L'accertamento di morte è una condizione che permetterebbe di ottemperare ai requisiti temporali previsti per il prelievo dei tessuti. Il monitoraggio di questo indicatore permette di valutare la capacità organizzativa di ogni singola regione rispetto alla donazione di tessuti.

In ogni caso il dato medio di donazione di tessuti a livello nazionale si situa a livelli molto elevati nel panorama europeo (l'Italia nel 2017 è uno dei primi paesi europei per donazioni di tessuti corneali, muscolo-scheletrici e cutanei – dato calcolato su tutte le tipologie di donatori, sia HB che NHB).

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti/ attività di trapianto di cellule, organi e tessuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza organizzativa

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

L'indicatore viene applicato a livello nazionale e regionale.

FONTE

Sistema informativo trapianti (Centro Nazionale Trapianti, Centri Regionali Trapianti), Direzioni sanitarie

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto per Regione

Denominatore: Numero di accertamenti di morte per Regione.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Il calcolo va effettuato per singola tipologia di tessuto e per ogni Regione. Indicatore descrittivo. Il monitoraggio di tale indicatore a livello nazionale e regionale permette un preciso confronto storico e puntuale.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 08.03.2018: Accordo sul documento recante Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici degli istituti dei tessuti per la qualità e la sicurezza nella donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umane.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

L'indicatore è di nuova introduzione. Non esiste, pertanto, un valore soglia storico disponibile.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Saviozzi A, Bozzi G, De Simone P, Filipponi F. "Efficiency of the tissue procurement process: what evaluation tools?", *Transplant Proc.* 2010 Jul-Aug;42(6):2195-6.
- Soratti C., Lima M., Flores D. and Ibar R. "Impact of regulations on tissue donation: mandatory referral of hospital deaths". *Progress in Transplantation* Sep 2002, Vol. 12, No. 3 (September 2002) pp. 221-222.
- Geissler A, Paoli K, Maitrejean C, Durand-Gasselini J. Rates of potential and actual cornea donation in a general hospital: impact of exhaustive death screening and surrogate phone consent. *J. Transplant Proc.* 2004 Dec; 36(10):2894-5.

Scheda Indicatore H11Zb

H11Z: Gruppo di indicatori (calcolati a rotazione) che permettono di monitorare la capacità organizzativa del sistema rispetto alla donazione di tessuti.

NOME INDICATORE

Numero di donatori di tessuti per tipologia di tessuto/numero di decessi in ospedale per Regione.

DEFINIZIONE

L'indicatore calcola per ogni Regione il numero di donatori di tessuti, suddivisi per singola tipologia di tessuto, inteso come soggetti deceduti a cui sia stata prelevata almeno una tipologia di tessuto (muscolo – scheletrico, vasi, valvole, cute e sottocutaneo e tessuto oculare) rispetto al numero di soggetti deceduti in Ospedale nella stessa regione.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore misura il numero di donatori di tessuti rispetto al totale dei decessi per Regione. I dati raccolti ed elaborati dal CNT a livello nazionale relativi al 2017 riportano un totale di 10.199 donazioni da donatori deceduti che hanno donato almeno una tipologia di tessuto così suddivisi: 8926 donazioni di tessuti oculari, 412 di cute, 249 di valvole, 244 di tessuto vascolare, 368 di tessuto muscolo-scheletrico, oltre a 104 donazioni di altri tessuti (tessuto paratiroideo, isole pancreatiche).

La variabilità regionale è rilevante, così come quella delle specifiche tipologie di tessuto. I tessuti corneali sono quelli più prelevati (quasi in tutte le regioni ci sono state donazioni), mentre le altre tipologie di tessuto sono meno rappresentate, probabilmente anche a causa di una maggior difficoltà organizzativa.

In ogni caso il dato medio di donazione di tessuti a livello nazionale si situa a livelli molto elevati nel panorama europeo: l'Italia è stabilmente negli ultimi anni tra i primi paese in Europa per donazioni di tessuti corneali, muscolo-scheletrici e cutanei (dato calcolato su tutte le tipologie di donatori, sia a cuore battente (HB) che non (NHB)).

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti/attività di trapianto di cellule, organi e tessuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza organizzativa, efficacia

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

L'indicatore viene applicato a livello nazionale e regionale.

FONTI

Sistema informativo trapianti (Centro Nazionale Trapianti, Centri Regionali Trapianti), Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto per Regione

Denominatore: Numero di decessi per Regione.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore e popolazione residente

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Il calcolo va effettuato per singola tipologia di tessuto e per ogni Regione.

Indicatore descrittivo il cui monitoraggio a livello nazionale e regionale permette un preciso confronto storico e puntuale. Il dato è poi confrontabile con quello degli altri paesi europei. I dati internazionali sono riportati annualmente nella Newsletter Transplant. Per il 2014, 8.926 donazioni di cornea in Italia corrispondono a un pmp di 147,1, tra i più alti in Europa.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 08.03.2018: Accordo sul documento recante Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici degli istituti dei tessuti per la qualità e la sicurezza nella donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umane.

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

L'indicatore è di nuova introduzione, non esiste pertanto un valore soglia storico disponibile, i valori di riferimento sono stati ricavati sulla media dei dati nazionali e regionali rilevati nell'anno 2014.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Saviozzi A, Bozzi G, De Simone P, Filipponi F. "Efficiency of the tissue procurement process: what evaluation tools?", Transplant Proc. 2010 Jul-Aug;42(6):2195-6.
- Soratti C., Lima M., Flores D. and Ibar R. "Impact of regulations on tissue donation: mandatory referral of hospital deaths". Progress in Transplantation Sep 2002, Vol. 12, No. 3 (September 2002) pp. 221-222.
- Newsletter Transplant, vol. 20, 1/9/2015, International Figures on Donation and Transplantation 2014 (pub. 2015).

Scheda Indicatore H12C

NOME INDICATORE

Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC

DEFINIZIONE

Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Le riammissioni in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione da un precedente ricovero, per cause attribuite alla stessa macrocategoria diagnostica, sono individuate come indicatore proxy della qualità dell'assistenza, perché possibili conseguenze di una gestione insoddisfacente del processo di assistenza durante il ricovero precedente.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Qualità clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regione, ASL, struttura di ricovero

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC

Denominatore: N. ricoveri

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE) (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a pazienti residenti in regione, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Si considera ripetuto un qualsiasi ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra la ammissione e una precedente dimissione ≤ 30 giorni

Non generano ricoveri ripetuti:

- i ricoveri con modalità di dimissione volontaria;
- i ricoveri con modalità di dimissione: trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione se la data di dimissione coincide con la data di ingresso del ricovero successivo.

Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 30 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.

Sono esclusi (sia dal numeratore che dal denominatore) i ricoveri:

- con codice fiscale anonimo
- con specialità di ammissione: psichiatria (codice 40)
- con specialità di ammissione o dimissione: unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenti, neuro-riabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)
- relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409,410,492)
- dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto
- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i neonati sani (DRG 391).

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H13C

NOME INDICATORE

Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.

DEFINIZIONE

Per struttura di ricovero: proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del femore, per i quali le evidenze scientifiche concordano sulla necessità di effettuare l'intervento chirurgico entro le 48 ore.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Pronto Soccorso, Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regione, ASL, Struttura di ricovero

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni).

Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE) (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Indicatore già presente nel Programma Nazionale Esiti.

SELEZIONE DELLA COORTE

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1° gennaio ed il 30 novembre dell'anno di riferimento.

Criteri di esclusione

- ricoveri preceduti da un ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti;
- ricoveri di pazienti di età inferiore a 65 anni e superiore a 100;
- ricoveri di pazienti non residenti in Italia; - ricoveri per trasferimento da altra struttura;
- ricoveri di politraumatizzati: DRG 484-487;
- ricoveri di pazienti deceduti entro 1 giorno senza intervento (differenza tra data di morte e data di ingresso in ospedale uguale a ≤ 1 giorno)
- ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti.

* si assume che la compromissione clinico-funzionale di questi pazienti sia tale da rendere incompatibile un eventuale intervento chirurgico.

Nota: L'indicatore è costruito sui primi ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame, non preceduti da un ricovero con la stessa diagnosi nei 2 anni precedenti. Ogni paziente è rilevato una sola volta, anche nel caso abbia sperimentato più ricoveri per frattura del collo del femore nel periodo in esame; anche i pazienti che si fratturano entrambe le anche nello stesso periodo sono contati una sola volta, in considerazione del fatto che nelle SDO non è esplicitato quale dei due arti è interessato dalla frattura.

Interventi in studio

Sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55).

DEFINIZIONE DI ESITO

L'esito in studio è l'intervento chirurgico entro 2 giorni (differenza tra la data di intervento e la data del ricovero minore o uguale a 2 giorni) a seguito di frattura del collo del femore.

ATTRIBUZIONE DELL'ESITO

L'esito viene attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. L'analisi è effettuata su base annuale.

IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DELLE PATOLOGIE CONCOMITANTI "CRONICHE"

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età e una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nel ricovero in esame (ricovero indice) e in tutti i ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti.

Condizione	Codice ICD9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Diabete		250.1-250.9
Deficienze nutrizionali	260-263, 783.2, 799.4	260-263, 783.2, 799.4
Obesità	278.0	278.0
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Altre malattie ematologiche	287-289	287-289
Demenza compreso Alzheimer	290.0-290.4, 294.1, 331.0	290.0-290.4, 294.1, 331.0
Parkinson	332	332
Emiplegia e altre paralisi	342, 344	342, 344
Ipertensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414
Scompenso cardiaco		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444), 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Artrite reumatoide	714	714

Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera).

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Minimo 60% (Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ quality indicators (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 2007. Ultimo accesso: maggio 2015.
- Barone AP, Fusco D, Colais P, Effects of socioeconomic position on 30-day mortality and wait for surgery after hip fracture. *Int J Qual Health Care*. 2009 Dec;21(6):379-86. 3
- Bottle A, Aylin P. Mortality associated with delay in operation after hip fracture: observational study. *BMJ* 2006; 332(7547): 947-51.
- Carretta E, Bochicchio V, Rucci P et al. Hip fracture: effectiveness of early surgery to prevent 30-day mortality. *Int Orthop*. 2010 Apr 8.
- Casaletto JA, Gatt R. Post-operative mortality related to waiting time for hip fracture surgery. *Injury* 2004;35:114-20.
- Chilov MN, Cameron ID, March LM. Evidence-based guidelines for fixing broken hips: an update. *Med J Aust* 2003;179:489-93
- Colais P, Agabiti N, Fusco D et al. Inequality in 30-day mortality and the wait for surgery after hip fracture: the impact of the regional health care evaluation program in Lazio (Italy). *Int J Qual Health Care*. 2013 Jul;25(3):239-47. - Colais P, Pinnarelli L, Fusco D et al. The impact of a pay-for-performance system on timing to hip fracture surgery: experience from the Lazio Region (Italy). *BMC Health Serv Res*. 2013 Oct 7;13:393.
- Doruk H, Mas MR, Yildiz C, Sonmez A, Kyrdemir V. The effect of the timing of hip fracture surgery on the activity of daily living and mortality in elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 39:179–85.
- Gdalevich M, Cohen D, Yosef D, Tauber C. Morbidity and mortality after hip fracture: the impact of operative delay. *Arch Orthop Trauma Surg* 2004;124:334–40.
- Hamlet WP, Lieberman JR, Freedman EL, Dorey FJ, Fletcher A, Johnson EE. Influence of health status and the timing of surgery on mortality in hip fracture patients. *Am J Orthop* 1997; 26:621-7.
- Holt G, Smith R, Duncan K, Hutchison JD and Gregori A. Gender differences in epidemiology and outcome after hip fracture. Evidence from the Scottish Hip Fracture Audit. *J Bone Joint Surg [Br]* 2008; 90-B (4):480-483.
- Löfvendahl S, Eckerlund Ir, Hansagi H, Malmqvist B, Resch S, Hanning M. Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. *Int J Qual Health Care* 2005; 17 (2):133-40.
- Mattke S, Kelley E, Scherer P, Hurst J, Lapetra MLG and the HCQI Expert Group Members Health care quality indicators project- initial indicators report. OECD Health Working Paper No. 22 (s), 2006.
- Moja L, Piatti A, Pecoraro V, Ricci C, Virgili G, Salanti G, Germagnoli L, Liberati A, Banfi G. Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes. A meta-analysis and meta-regression of over 190,000 patients. *PLoS One*. 2012;7(10).
- National Centre for Health Outcomes Development. Report of a working group to the Department of Health: Health Outcome Indicators. Fractured proximal femur. Oxford: NCHOD; 2000. Disponibile on line sul sito web: <http://www.nchod.nhs.uk/>
- National Institute for Clinical Excellence. The management of hip fracture in adults. London (UK) : NICE clinical guidelines CG124. London. National Institute for Health and Care Excellence; Jun. 2011. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG124> - New Zealand Guidelines Group. Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over, 2003. Disponibile al sito web: <http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?> Ultimo accesso: maggio 2015. - Novack V, Jotkowitz A, Etzion O, Porath A. Does delay in surgery after hip fracture lead to worse outcomes? A multicenter survey. *Int J Qual Health Care* 2007;19(3):170-6.

- Orosz GM, Magaziner J, Hannan EL et al. Association of timing of surgery for hip fracture and patient outcomes. *JAMA* 2004; 291:1738-1743.
- Pinnarelli L, Nuti S, Sorge C et al. What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions. *BMJ Qual Saf.* 2012 Feb;21(2):127-34. 4
- Roberts SE, Goldacre MJ. Time trends and demography of mortality after fractured neck of femur in an English population, 1968-98: database study. *BMJ* 2003; 327(7418):771-5.
- Roche JJW, Wenn RT, Sahota O and Moran CG. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ* 2005;331;1374-.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). “SIGN 111. Prevention and Management of Hip Fracture in Older People- A national clinical guideline”. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2009 Jun. Disponibile al sito web: www.sign.ac.uk Ultimo accesso: maggio 2015.
- Shiga T, Wajima Z, Ohe Y. Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression [Le delai operatoire est-il associe a une mortalite accrue chez les patients atteints d'une fracture de la hanche ? Synthese systematique, meta-analyse et meta-regression]. *Canadian J Anesthesia* 2008; 55: 146-154.
- Vidal EI, Moreira-Filho DC, Coeli CM et al. Hip fracture in the elderly: does counting time from fracture to surgery or from hospital admission to surgery matter when studying in-hospital mortality? *Osteoporos Int.* 2009 May;20(5):723-9.
- Yonezawa T, Yamazaki K, Atsumi T et al. Influence of the timing of surgery on mortality and activity of hip fracture in elderly patients. *J Orthop Sci.* 2009 Sep;14.

Scheda Indicatore H14C

NOME INDICATORE

Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acuti inappropriati dal punto vista clinico

DEFINIZIONE

Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acuti inappropriati dal punto vista clinico

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La riabilitazione ospedaliera rappresenta un settore dell'assistenza sanitaria che produce una elevata quota di inappropriatazza, stimata nel 2014 sulla base di un lavoro condotto in ambito SIVEAS, a circa il 12% dei ricoveri e del 13% delle giornate di degenza.

I criteri di valutazione dell'inappropriatazza clinica definiti nello Schema di Decreto prevedono la distinzione tra due macroaree di prestazioni di ricovero in riabilitazione:

- i ricoveri di riabilitazione conseguenti ad un evento acuto
- i ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto.

Per il primo gruppo si applica un "criterio della correlazione clinica associata alla distanza temporale", per il secondo si applica il cosiddetto "criterio di congruenza diagnostica".

Il criterio della "correlazione clinica associata alla distanza temporale" valuta nei ricoveri di riabilitazione conseguenti ad evento acuto:

- La coerenza tra l'evento di riabilitazione e la tipologia di evento acuto precedente. Vengono considerati inappropriati i ricoveri di riabilitazione per i quali il percorso clinico-assistenziale (acuzie – post acuzie) non è coerente con le evidenze cliniche.
- La distanza (in giorni) tra la data di dimissione dall'evento acuto e l'ammissione in riabilitazione.

Il criterio di "congruenza diagnostica" valuta, nei ricoveri di riabilitazione non conseguenti ad evento acuto, l'ammissibilità in riabilitazione in funzione della tipologia di evento riabilitativo. Vengono considerati inappropriati i ricoveri di riabilitazione per i quali la tipologia di evento riabilitativo non giustifica un ricovero in post acuzie.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Riabilitazione e lungodegenza post acuzie

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Appropriatezza organizzativa/clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Asl, struttura di ricovero

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di ricoveri di riabilitazione post-acuzie ad alto rischio di inappropriata clinica secondo i criteri definiti nello Schema di Decreto (emanando decreto).

Denominatore: Totale dei ricoveri di riabilitazione post-acuzie.

LIVELLO DI ANALISI (SOGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE) E/O POPOLAZIONE RESIDENTE

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

L'indicatore considera la domanda soddisfatta di ricoveri (prestazioni ricevute dai cittadini residenti ovunque siano state erogate). Da calcolare distintamente per i ricoveri in riabilitazione preceduti da evento acuto e per i ricoveri di riabilitazione non preceduti da evento acuto:

- per i ricoveri preceduti da evento acuto si applica il *criterio della correlazione clinica* (la coerenza tra evento di riabilitazione e tipologia di evento acuto precedente è basata su codici delle diagnosi e/o codici di procedura ammissibili) ed il *criterio della distanza temporale* (adeguata distanza in giorni tra la dimissione dall'evento acuto e l'ammissione in riabilitazione);
- per i ricoveri non preceduti da evento acuto si applica il *criterio della tipologia della casistica* (in termini di coerenza della procedura di riabilitazione per codici delle diagnosi ICD9-CM).

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Intesa Stato Regioni 02/07/2015

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Risulta estremamente difficoltoso stimare le situazioni di potenziale inadeguatezza, ovvero di domanda di prestazioni da parte dei cittadini che potrebbe non essere espressa (e soddisfatta) a causa di una carenza di offerta, soprattutto in alcune Regioni e per alcune tipologie di riabilitazione (es. cardiologica e pneumologica).

BIBLIOGRAFIA

Scheda Indicatore H15S

NOME INDICATORE

Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche

DEFINIZIONE

Rapporto tra gli episodi di embolia polmonare o trombosi delle vene profonde ed il totale degli eventi chirurgici

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Il tromboembolismo post-operatorio rappresenta un importante problema associato all'assistenza sanitaria, che può causare aumento significativo della mortalità, complicanze e prolungamento della degenza. I pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia generale presentano una prevalenza di trombosi venosa profonda pari al 15-40%, in assenza di profilassi antitrombotica. L'indicatore misura la frequenza degli eventi come proxy della diffusione di standard di sicurezza volti a rafforzare i processi preoperatori, intra-operatori e post-operatori..

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ospedaliero per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Sicurezza

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regione, Asl, struttura di ricovero

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per trombosi delle vene profonde o per embolia polmonare presente in un campo di diagnosi secondaria e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico (data dell'intervento chirurgico principale). Se la data dell'episodio chirurgico non è disponibile, entro 30 giorni dalla data del ricovero (per il primo episodio chirurgico).

Denominatore: tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età 15 anni e più.

Fattore di scala: (x 100.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE) (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

CODICI DIAGNOSI DA CONSIDERARE

- 415.1x Embolia polmonare e infarto polmonare
- 453.4 Embolia venosa e trombosi dei vasi profondi degli arti inferiori
- 635.6 Aborto indotto legalmente complicato da embolia
- 637.6 Aborto non specificato complicato da embolia
- 638.6 Tentativo fallito di aborto con altre complicazioni specificate

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Linee guida OECD, "Health Care Quality Indicators (HCQI) 2014-2015 Data collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators".

Scheda Indicatore H16S

NOME INDICATORE

Frequenza di infezioni post-chirurgiche

DEFINIZIONE

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Il rischio infettivo, ossia il rischio per i pazienti di contrarre un'infezione nel corso di un episodio di assistenza sanitaria, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni rischio, della complessità, dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento. La quota prevenibile di infezioni correlate all'assistenza (ICA) secondo studi recenti, è molto più alta di quanto ritenuto fino a poco tempo fa, attraverso la promozione di pratiche assistenziali efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microorganismi durante l'assistenza.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ospedaliero per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Sicurezza

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regione, Asl, struttura di ricovero

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi presente in un campo di diagnosi secondaria durante l'episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico (data dell'intervento chirurgico principale). Se la data dell'episodio chirurgico non è disponibile, entro 30 giorni dalla data di ricovero (per il primo episodio chirurgico).

Denominatore: tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età 15 anni e più.

Fattore di scala: (x 100.000)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.

CODICI DIAGNOSI DA CONSIDERARE

- 379.63 Infiammazione (infezione) di vescicole post-procedurali, stadio 3
- 634.0 Aborto spontaneo complicato da infezione del tratto genitale e pelvico
- 635.0 Aborto indotto legalmente complicato da infezione del tratto genitale e pelvico
- 637.0 Aborto non specificato complicato da infezione del tratto genitale e pelvico
- 638.0 Tentativo fallito di aborto complicato da infezione del tratto genitale e pelvico
- 639.0 Infezione del tratto genitale e della pelvi
- 674.3 Altre complicazioni di suture chirurgiche ostetriche
- 996.60 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti non specificati
- 996.61 Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci
- 996.66 Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne
- 996.67 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti ortopedici interni
- 996.69 Infezione e reazione infiammatoria da altre protesi, impianti e innesti interni
- 998.5 Infezione postoperatoria, non classificata altrove
- 998.51 Sieroma infetto postoperatorio
- 998.59 Altra infezione postoperatoria

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Linee guida OECD, "Health Care Quality Indicators (HCQI) 2014-2015 Data collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators".

Scheda Indicatore H17C

NOME INDICATORE

Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti

DEFINIZIONE

Per struttura di ricovero: numero di tagli cesarei primari per 100 parti, in strutture che effettuano meno di 1.000 parti/anno.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La qualità misurata dall'indicatore si riferisce al grado di "appropriatezza".

Spesso il parto cesareo è effettuato senza che ce ne sia davvero la necessità (indicazione), e quindi espone mamma e nascituro a rischi che, seppur modesti, sarebbero evitabili. Perciò un basso numero di parti cesarei primari eseguiti in una struttura può indicare un più alto grado di appropriatezza, segno che i medici e le partorienti hanno condiviso una scelta più adeguata rispetto alla reale necessità.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Regione, Asl, struttura di ricovero

FONTE

SIO

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di parti cesarei primari

Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

SELEZIONE DELLA COORTE

1. Criteri di eleggibilità

Tutte le dimissioni delle donne che hanno partorito in un ospedale italiano tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento (DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx o 640.xy-676.xy dove y = 1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99. Vengono considerati esclusivamente i ricoveri per parto effettuati in strutture che effettuano meno di 1.000 parti l'anno: volumi di attività < 1000.

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
Valore minimo – Valore massimo: 0 – 100

2. Criteri di esclusione

o tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie 654.2 nel ricovero per parto o DRG di parto cesareo (codici DRG: 370-371) o codice di diagnosi principale o secondarie di parto con taglio cesareo (codice ICD-9-CM: 654.2, 669.7), o codice di procedura principale o secondarie di taglio cesareo (codici ICD-9-CM: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99) o codice di diagnosi principale o secondarie di nato con parto cesareo (V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01) nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti];
o tutte le dimissioni di donne non residenti in Italia;
o tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni;
o tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi principale o secondarie: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice: nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)];
o tutte le dimissioni con diagnosi di aborto [codici ICD-9CM di diagnosi principale o secondarie: 634-639].

DEFINIZIONE DELL'ESITO

L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9CM di diagnosi principale o secondarie 669.7, o codici di procedura principale o secondarie 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.

IDENTIFICAZIONE DI POTENZIALI FATTORI DI RISCHIO PER IL CESAREO

Tra i potenziali fattori di rischio per il cesareo, utilizzabili ai fini del *risk adjustment*, diverse variabili relative alla madre e, in alcuni casi, al feto, possono essere estratte dalla SDO materna.

Tra i potenziali **fattori di rischio** sono presi in considerazione:

- caratteristiche sociodemografiche: età materna [classi di età: ≤ 17, 18-24, 25-28, 29-33 (riferimento), 34-38, ≥ 39];
- comorbidità della madre e fattori relativi al feto.

Comorbidità della madre*/fattori relativi al feto derivabili dalla SDO materna

Vengono recuperate le informazioni delle diagnosi nel ricovero per parto e in tutti i ricoveri effettuati nei due anni precedenti.

I codici ICD-9CM sono ricercati in diagnosi principale e in qualsiasi campo di diagnosi secondaria.

Fattore di rischio	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero per parto	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0–208.9, V10	140.0–208.9, V10
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1), 648.2 (esclusi 648.22 e 648.24)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Malattie cardiache	390-398, 410-429	390-398, 410-429
Malattie cardiovascolari in gravidanza	648.5, 648.6	
Anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio	745-747	745-747
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	580-589	580-589
Malattia renale non specificata in gravidanza, senza menzione di ipertensione	646.2	
Malattie del collagene	710	710
HIV	042, 079.53, V08	042, 079.53, V08
Malattie della tiroide	240-246, 648.1	240-246
Diabete	250.0-250.9, 648.0	250.0-250.9
Ipertensione arteriosa	401-405, 642.0-642.3, 642.9	401-405
Eclampsia/pre-eclampsia	642.4-642.7	
BPCO	491-492, 494, 496	491-492, 494, 496
Asma	493	493
Fibrosi cistica	277.0	277.0
Miscellanea malattie polmonari acute	480-487, 510-514	
Miscellanea pneumopatie croniche	500-508, 515-517	500- 508, 515-517
Tubercolosi	010-018, 647.3	010-018
Herpes genitale	054.1	
Altre malattie veneree	077.98, 078.88, 079.88, 079.98, 090-099, 647.0- 647.2	
Perdita ematica antepartum /abruptio placentae/placenta previa	641	
Parto pre-termine	644.1, 644.2	
Parto post-termine	645	
Disordini del fegato in gravidanza	646.7	
Patologia liquido amniotico/infezione cavità amniotica	657, 658.0, 658.4	
Rottura prematura delle membrane	658.1	
Prolasso del cordone ombelicale	663.0	

Fattore di rischio	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero per parto	Nei precedenti ricoveri
Posizione e presentazione anomale del feto	652 (escluso 652.0, 652.1, 652.5)	
Sproporzione /eccessivo sviluppo del feto	653, 656.60, 656.61, 656.63	
Anomalie fetali	655	
Ritardo di crescita intrauterina	656.5, 764	
Distress fetale	656.3, 768	
Gravidanza multipla	651, V27.2 –V27.9, V31-V37, 761.5	
Isoimmunizzazione Rh	656.1	
Malattie della madre con ripercussioni sul feto o neonato	760.0, 760.1, 760.3	
Abuso di sostanze	303-305; 648.3 (escluso 648.32 e 648.34)	
Gravidanza a rischio	640, 644.0, V23.0, V23.2, V23.4, V23.5, V23.7, V23.8	
Fecondazione assistita	V26	

* Tra i fattori di rischio per il cesareo non viene presa in considerazione la distocia a causa della scarsa riproducibilità della definizione di questo fattore e perché questa diagnosi può riflettere giustificazioni successive dell'uso del cesareo.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera).

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Il Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 riporta la soglia di rischio di esito: massimo il 15%

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia dei servizi sanitari regionali Emilia Romagna. Appropriatelyzza dell'assistenza al Travaglio di parto ASSR Emilia Romagna; 2008 Lug. - Aron DC, Harper DL, Shepardson LB, Rosenthal GE. Impact of risk-adjusting cesarean delivery rates when reporting hospital performance. JAMA 1998; 279:1968-73
- Bailit J, Garrett J. Comparison of Risk adjustment methodologies for caesarean delivery rates. Obstetrics and Gynecology 2003; 102(1) :45-51
- Bailit JL, Love TE, Mercer B. Rising cesarean rates: are patients sicker? Am J Obstet Gynecol 2004; 191(3):800-3
- Di Lallo D, Perucci CA, Bertollini R, et al. Cesarean section rates by type of maternity unit and level of obstetric care: an area-based study in central Italy. Prev Med 1996; 25:178-85.
- Dosa L. Caesarean section delivery, an increasingly popular option. Bull World Health Organ. 2001; 79:1173
- Fantini MP, Stivanello E, Frammartino B, Barone AP, Fusco D, Dallolio L, Cacciari, Perucci CA. Risk adjustment for inter-hospital comparison of primary cesarean section rates:

need, validity and parsimony. BMC Health Services Research 2006; 6(1):100 - Glantz JC. Cesarean delivery risk adjustment for regional interhospital comparisons. Am J Obstet Gynecol 1999; 181(6): 1425-31 - Goyert GL, Bottoms FS, Treadwell MC, et al. The physician factor in cesarean birth rates. N Engl J Med 1989; 320(11):706-9 - Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Management of labor. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 May. 60 p. Disponibile online al sito web: <http://www.icsi.org/>

Scheda Indicatore H18C

NOME INDICATORE

Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti.

DEFINIZIONE

Per struttura di ricovero: numero di tagli cesarei primari per 100 parti, in strutture che effettuano almeno 1.000 parti/anno

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La qualità misurata dall'indicatore si riferisce al grado di "appropriatezza".

Spesso il parto cesareo è effettuato senza che ce ne sia davvero la necessità (indicazione), e quindi espone mamma e nascituro a rischi che, seppur modesti, sarebbero evitabili. Perciò un basso numero di parti cesarei primari eseguiti in una struttura può indicare un più alto grado di appropriatezza, segno che i medici e le partorienti hanno condiviso una scelta più adeguata rispetto alla reale necessità.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regione, Asl, struttura di ricovero

FONTE

SIO

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di parti cesarei primari

Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

SELEZIONE DELLA COORTE

1. Criteri di eleggibilità

Tutte le dimissioni delle donne che hanno partorito in un ospedale italiano tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento (DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx o 640.xy-676.xy dove y = 1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99. Vengono considerati esclusivamente i ricoveri per parto effettuati in strutture che effettuano almeno di 1.000 parti l'anno: volumi di attività ≥ 1000 .

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
Valore minimo – Valore massimo: 0 – 100

2. Criteri di esclusione

Tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie 654.2 nel ricovero per parto o DRG di parto cesareo (codici DRG: 370-371) o codice di diagnosi principale o secondarie di parto con taglio cesareo (codice ICD-9-CM: 654.2, 669.7), o codice di procedura principale o secondarie di taglio cesareo (codici ICD-9-CM: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99) o codice di diagnosi principale o secondarie di nato con parto cesareo (V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01) nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti];
o tutte le dimissioni di donne non residenti in Italia;
o tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni;
o tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice: nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)];
o tutte le dimissioni con diagnosi di aborto [codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: 634-639].

DEFINIZIONE DELL'ESITO

L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie 669.7, o codici di procedura principale o secondarie 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99] o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondarie: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.

IDENTIFICAZIONE DI POTENZIALI FATTORI DI RISCHIO PER IL CESAREO

Tra i potenziali fattori di rischio per il cesareo, utilizzabili ai fini del *risk adjustment*, diverse variabili relative alla madre e, in alcuni casi, al feto, possono essere estratte dalla SDO materna.

Tra i potenziali **fattori di rischio** sono presi in considerazione:

- caratteristiche sociodemografiche: età materna [classi di età: ≤ 17 , 18-24, 25-28, 29-33 (riferimento), 34-38, ≥ 39];
- comorbidità della madre e fattori relativi al feto.

Comorbidità della madre*/fattori relativi al feto derivabili dalla SDO materna

Vengono recuperate le informazioni delle diagnosi nel ricovero per parto e in tutti i ricoveri effettuati nei due anni precedenti.

I codici ICD-9CM sono ricercati in diagnosi principale e in qualsiasi campo di diagnosi secondaria.

Fattore di rischio	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero per parto	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0–208.9, V10	140.0–208.9, V10
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1), 648.2 (esclusi 648.22 e 648.24)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Malattie cardiache	390-398, 410-429	390-398, 410-429
Malattie cardiovascolari in gravidanza	648.5, 648.6	
Anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio	745-747	745-747
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	580-589	580-589
Malattia renale non specificata in gravidanza, senza menzione di ipertensione	646.2	
Malattie del collagene	710	710
HIV	042, 079.53, V08	042, 079.53, V08
Malattie della tiroide	240-246, 648.1	240-246
Diabete	250.0-250.9, 648.0	250.0-250.9
Iperensione arteriosa	401-405, 642.0-642.3, 642.9	401-405
Eclampsia/pre-eclampsia	642.4-642.7	
BPCO	491-492, 494, 496	491-492, 494, 496
Asma	493	493
Fibrosi cistica	277.0	277.0
Miscellanea malattie polmonari acute	480-487, 510-514	
Miscellanea pneumopatie croniche	500-508, 515-517	500- 508, 515-517
Tubercolosi	010-018, 647.3	010-018
Herpes genitale	054.1	
Altre malattie veneree	077.98, 078.88, 079.88, 079.98, 090-099, 647.0- 647.2	
Perdita ematica antepartum /abruptio placentae/placenta previa	641	
Parto pre-termine	644.1, 644.2	
Parto post-termine	645	
Disordini del fegato in gravidanza	646.7	
Patologia liquido amniotico/infezione cavità amniotica	657, 658.0, 658.4	

Fattore di rischio	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero per parto	Nei precedenti ricoveri
Rottura prematura delle membrane	658.1	
Prolasso del cordone ombelicale	663.0	
Posizione e presentazione anomale del feto	652 (escluso 652.0, 652.1, 652.5)	
Sproporzione /eccessivo sviluppo del feto	653, 656.60, 656.61, 656.63	
Anomalie fetali	655	
Ritardo di crescita intrauterina	656.5, 764	
Distress fetale	656.3, 768	
Gravidanza multipla	651, V27.2 –V27.9, V31-V37, 761.5	
Isoimmunizzazione Rh	656.1	
Malattie della madre con ripercussioni sul feto o neonato	760.0, 760.1, 760.3	
Abuso di sostanze	303-305; 648.3 (escluso 648.32 e 648.34)	
Gravidanza a rischio	640, 644.0, V23.0, V23.2, V23.4, V23.5, V23.7, V23.8	
Fecondazione assistita	V26	

* Tra i fattori di rischio per il cesareo non viene presa in considerazione la distocia a causa della scarsa riproducibilità della definizione di questo fattore e perché questa diagnosi può riflettere giustificazioni successive dell'uso del cesareo.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera)

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Il Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 riporta la soglia di rischio di esito: massimo il 25%

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia dei servizi sanitari regionali Emilia Romagna. Appropriately dell'assistenza al Travaglio di parto ASSR Emilia Romagna; 2008 Lug. - Aron DC, Harper DL, Shepardson LB, Rosenthal GE. Impact of risk-adjusting cesarean delivery rates when reporting hospital performance. JAMA 1998; 279:1968-73
- Bailit J, Garrett J. Comparison of Risk adjustment methodologies for caesarean delivery rates. Obstetrics and Gynecology 2003; 102(1) :45-51
- Bailit JL, Love TE, Mercer B. Rising cesarean rates: are patients sicker? Am J Obstet Gynecol 2004; 191(3):800-3
- Di Lallo D, Perucci CA, Bertollini R, et al. Cesarean section rates by type of maternity unit and level of obstetric care: an area-based study in central Italy. Prev

Med 1996; 25:178-85. - Dosa L. Caesarean section delivery, an increasingly popular option. Bull World Health Organ. 2001; 79:1173 - Fantini MP, Stivanello E, Frammartino B, Barone AP, Fusco D, Dallolio L, Cacciari, Perucci CA. Risk adjustment for inter-hospital comparison of primary cesarean section rates: need, validity and parsimony. BMC Health Services Research 2006; 6(1):100 - Glantz JC. Cesarean delivery risk adjustment for regional interhospital comparisons. Am J Obstet Gynecol 1999; 181(6): 1425-31 - Goyert GL, Bottoms FS, Treadwell MC, et al. The physician factor in cesarean birth rates. N Engl J Med 1989; 320(11):706-9 - Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Management of labor. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2009 May. 60 p. Disponibile online al sito web: <http://www.icsi.org/>

Scheda Indicatore H19S

NOME INDICATORE

Percentuale di parti fortemente pretermine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN

DEFINIZIONE

Rapporto tra numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane avvenuti in punti nascita senza Posti Letto di terapia intensiva neonatale e numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane avvenuti in punti nascita, espresso in percentuale.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'accesso alla terapia intensiva per i neonati fortemente pre-termine è determinante per la sopravvivenza e la futura qualità della vita del bambino.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza ospedaliera

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI SICUREZZA

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regionale

FONTE

Rilevazione Certificato di assistenza al parto (CEDAP), prevista dal D.M. 16 luglio 2001, n. 349 Regolamento recante " Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni"

Modelli di rilevazione HSP.11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero", HSP11.bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero", HSP.12 "Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate", HSP.13 "Posti letto per disciplina delle case di cura private", previsti dal D.M. 5 dicembre 2006 e s.m.i.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale.

Denominatore: numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Il valore standard dell'indicatore è pari a zero poiché, secondo l'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, i punti nascita non dotati di UTIN (U.O. di Ostetricia di I livello) assistono gravidanze e parti, in età gestazionale ≥ 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e il feto.

I dati utilizzati per il calcolo dell'indicatore si riferiscono alle strutture di ricovero pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Rapporto annuale Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Analisi dell'evento nascita.
- Indicatori PERISTAT raccomandati dalla Commissione Europea per il monitoraggio della salute perinatale: <http://www.euoperistat.com/>.
- Questionario di verifica degli adempimenti LEA

Scheda Indicatore H20S

NOME INDICATORE

Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)

DEFINIZIONE

Rapporto tra numero di parti in età gestazionale compresa tra le 34 e 36 settimane avvenuti in punti nascita di I e II livello e numero di parti totali avvenuti in punti nascita di I e II livello, espresso in percentuale.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Nel nostro Paese i neonati “Late Preterm” rappresentano circa il 6 – 8% dei nati totali e sono una quota molto significativa – oltre il 50% - di tutti i ricoverati in TIN per nascita pretermine. Una induzione del travaglio, iniziata precocemente prima del termine fisiologico della gravidanza, esita in parto late preterm per via vaginale o, con grande frequenza, in parto con TC.

La proporzione dei neonati “late preterm” rappresenta un indicatore (proxy) dell’uso eccessivo di induzioni di travaglio farmacologico e non. La letteratura evidenzia chiaramente che i neonati “late preterm” hanno una probabilità di 3.5/4.5 volte maggiori di ricovero in TIN rispetto ai neonati nati a termine, così come hanno un rischio aumentato, rispetto ai neonati a termine, di mortalità e morbosità in epoca neonatale e nelle età successive.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Sicurezza

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regionale, Asl, struttura di ricovero

FONTE

Rilevazione Certificato di assistenza al parto (CEDAP), prevista dal D.M. 16 luglio 2001, n. 349 Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni".

Modelli di rilevazione HSP.11 “Dati anagrafici delle strutture di ricovero”, HSP11.bis “Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero”, HSP.12 “Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate”, HSP.13 “Posti letto per disciplina delle case di cura private”, previsti dal D.M. 5 dicembre 2006 e s.m.i.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di parti in età gestazionale compresa tra le 34 e 36 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) di I e II livello

Denominatore: numero di parti totali avvenuti in punti nascita di I e II livello.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Il valore standard dell'indicatore è da valutare dopo la stima del dato storico (anni 2015 e 2016).

I dati preliminari di alcune Regioni indicano un livello complessivo di late preterm complessivo di circa il 6 – 8%.

I livelli dovranno essere validati con dati nazionali e stratificati per il I e II livello. Nel caso dei PN di II livello potrà essere valutato anche il livello dei PN con letti di TIN.

I dati utilizzati per il calcolo dell'indicatore si riferiscono alle strutture di ricovero pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Rapporto annuale Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Analisi dell'evento nascita; www.salute.gov.it/statistiche.
- Indicatori PERISTAT raccomandati dalla Commissione Europea per il monitoraggio della salute perinatale: <http://www.euoperistat.com/>.
- Questionario di verifica degli adempimenti LEA.
- RAPPORTO CEDAP Emilia Romagna

Scheda Indicatore H21S

NOME INDICATORE

Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso nascita nazionale, non è stata chiesta deroga alla chiusura.

DEFINIZIONE

Il numero dei Punti Nascita con < 500 parti/anno per cui non sia stata richiesta la deroga alla chiusura al CPN

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'indicatore valuta il livello di adesione delle Regioni all'Accordo del 16 dicembre 2010 che prescrive la chiusura dei punti nascita sub-standard (< 500 parti/anno) qualora non sia stata espressamente richiesta una deroga.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Sicurezza

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Regione

FONTE

Rilevazione Certificato di assistenza al parto (CEDAP), prevista dal D.M. 16 luglio 2001, n. 349 Regolamento recante " Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni"

Modelli di rilevazione HSP.11 "Dati anagrafici delle strutture di ricovero", HSP11.bis "Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero, previsti dal D.M. 5 dicembre 2006 e s.m.i.

Elenco aggiornato dei pareri sulle deroghe ai PN substandard trasmessi ufficialmente alle regioni richiedenti dal CPN nazionale.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numero di punti nascita pubblici e privati accreditati in cui sono stati effettuati meno di 500 parti per i quali non è mai stata chiesta deroga alla chiusura nell'anno di riferimento. I punti nascita per i quali è stata richiesta deroga e ai quali è stato espresso parere negativo dal Comitato Percorso nascita nazionale, sono esclusi dal conteggio.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

I dati utilizzati per il calcolo dell'indicatore si riferiscono alle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera).

D.M. 11 novembre 2015- Integrazione dei compiti e della composizione del Comitato Percorso Nascita nazionale.

Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili (art. 1 D.M. 11/11/2015).

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Uguale a 0

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Rapporto annuale Certificato di assistenza al parto (CeDAP) – Analisi dell'evento nascita; www.salute.gov.it/statistiche.
- Questionario di verifica degli adempimenti LEA.

Scheda Indicatore H22C

NOME INDICATORE

Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass isolato aorto-coronarico (BPAC)

DEFINIZIONE

Per struttura di ricovero o area di residenza: proporzione di morti a trenta giorni dall'intervento di BPAC isolato.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'esito a breve termine dell'intervento di BPAC può rappresentare un buon indicatore della qualità dell'attività delle strutture di cardiocirurgia. La valutazione si riferisce all'intero processo assistenziale ospedaliero e post-ospedaliero (a 30 giorni dall'intervento) ed è relativa al BPAC isolato, cioè non associato ad interventi sulle valvole o endoarteriectomia. La scelta di considerare gli interventi isolati è legata al fatto che sia il livello di mortalità sia i fattori di rischio sono diversi nel caso degli interventi associati. Una recente analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha evidenziato un'associazione tra volume ed esiti coerente e statisticamente significativa, senza tuttavia identificare una soglia di volume. Il valore dell'indicatore può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regione, ASL, struttura di ricovero

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Anagrafe Tributaria

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento. Si definisce isolato il BPAC non associato ad interventi sulle valvole cardiache o ad endoarteriectomia.

Denominatore: Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato.

Fattore di scala: = =

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Indicatore già presente nel Piano Nazionale Esiti (PNE)

SELEZIONE DELLA COORTE

1. *Criteri di eleggibilità*
 - a. Tutti i ricoveri, in regime ordinario, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1° gennaio ed il 30 novembre (indicatore calcolato su base biennale) e con intervento di BPAC (codici ICD9-CM 36.10-36.19) in qualsiasi campo di procedura.
2. *Criteri di esclusione*
 - a. ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
 - b. ricoveri di pazienti di età inferiore a 15 e superiore a 100 anni;
 - c. ricoveri che presentino, in qualsiasi campo di procedura, gli interventi definiti dai seguenti codici ICD-9-CM: 33.5, 33.6, 35, 36.9, 37.10, 37.11, 37.31, 37.32, 37.33, 37.4, 37.5, 38.04, 38.05, 38.14, 38.15, 38.34, 38.35, 38.45, 38.65, 38.85, 39.21, 39.22, 39.23, 39.54.

DEFINIZIONE DI ESITO E ACCERTAMENTO DELLO STATO IN VITA

L'esito avverso è la morte entro 30 giorni dalla data dell'esecuzione dell'intervento di BPAC. L'accertamento dello stato in vita viene effettuato, sulla base del SIO, sia nel ricovero per BPAC sia in eventuali ricoveri successivi del paziente entro 30 giorni e sulla base dell'Anagrafe Tributaria. L'analisi è effettuata su base biennale.

ATTRIBUZIONE DELL'ESITO

L'evento viene attribuito alla struttura in cui è stato eseguito l'intervento di BPAC.

IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DELLE PATOLOGIE CONCOMITANTI "CRONICHE" E DI CONDIZIONI DI RISCHIO AGGIUNTIVO/FATTORI PROTETTIVI

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nel ricovero per BPAC (ricovero indice) e in tutti i ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti il ricovero indice.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0–208.9, V10	140.0–208.9, V10
Diabete		250.0-250.9
Disturbi metabolismo lipidico		272
Obesità	278.0	278.0
Malattie ematologiche	280-285, 288, 289	280-285, 288, 289
Ipertensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Infarto miocardico acuto/angina instabile	410-411	

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Altre forme di cardiopatia ischemica	414	411, 413, 414
Insufficienza cardiaca (scompenso)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440, 441.0, 441.2, 441.4, 441.7, 441.9, 442, 443, 446, 448, 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491, 492, 494, 496
Nefropatie croniche	582, 583, 585-588	582, 583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571, 572, 577.1-577.9, 555, 556	571, 572, 577.1-577.9, 555, 556
Pregresso bypass aortocoronarico	V45.81	V45.81, 36.1
Pregressa angioplastica coronarica	V45.82	V45.82, 36.0, 00.66
Altra rivascolarizzazione coronarica		36.2, 36.3, 36.9
Rivascolarizzazione cerebrovascolare		00.61, 00.62, 38.01, 38.02, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32
Altro intervento sui vasi		38-39.5, esclusi: 38.01, 38.02, 38.5, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32, 38.93

Verso dell'indicatore: al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

Valore minimo – valore massimo: 0 – 1

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Agabiti N, Ancona C, Forestiere F, Arcà M, Perucci CA. Evaluating outcomes of hospital care following coronary artery bypass surgery in Roma, Italy, *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 2003 23: 599-60.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ quality indicators (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 2007. Ultimo accesso: maggio 2016.
- Bakhai A, Hill RA, Dundar Y, Dickson R, Walley T. Percutaneous transluminal coronary angioplasty with stents versus coronary artery bypass grafting for people with stable angina or acute coronary syndromes [Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4.
- Bravata DM, Gienger AL, McDonald KM, Sundaram V, Perez MV, Varghese R, Kapoor JR, Ardehali R, Owens DK, Hlatky MA. Systematic review: the comparative effectiveness of percutaneous coronary interventions and coronary artery bypass graft surgery. *Ann Intern Med* 2007;147(10):703-16.
- Bukkapatnam RN, Yeo KK, Li Z et al. Operative mortality in women and men undergoing coronary artery bypass grafting (from the California Coronary Artery Bypass Grafting Outcomes Reporting Program). *Am J Cardiol.* 2010 Feb 1;105(3):339-42.
- Chiu FC, Chang SN, Lin JW et al. Coronary artery bypass graft surgery provides better survival in patients with acute coronary syndrome or ST-segment elevation myocardial infarction experiencing cardiogenic shock after percutaneous coronary intervention: a propensity score analysis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2009 Dec;138(6):1326-30.
- Davoli M, Amato L, Minozzi S, Bargagli AM, Vecchi S, Perucci CA. Volume di attività ed esito delle cure: revisione sistematica della letteratura. *Epidemiol Prev.* 2005;29(3-4 Suppl):3- 63.
- Eagle KA, Guyton RA et al. ACC/AHA 2004 Guideline Update for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). Bethesda (MD): American College of Cardiology; 2004. 99 p. Disponibile on line sul sito web: <http://www.americanheart.org>
- Ferguson TB, Bradley GH, Peterson ED, DeLong ER, Grover FL. A decade of change – risk profile and outcomes for isolated coronary artery bypass grafting procedures, 1990-1999: a report from the STS National Database Committee and the Duke Clinical Research Institute, *Annals of Thoracic Surgery* 2002; 73: 480-90.
- Filizcan U, Kurc E, Cetemen S et al. Mortality Predictors in ST-Elevated Myocardial Infarction Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. *Angiology.* 2010 May 12.
- Geraci JM, Johnson ML, Gordon HS, Mortality After Cardiac Bypass Surgery. Prediction from administrative versus clinical data, *Medical Care* 2005;43 (2): 149-158.
- Greco D, Seccareccia F, D'Errigo P, Tosti ME, Badoni G et al.. Esiti a breve termine di interventi di Bypass Aortocoronarico nelle Cardiochirurgie italiane, *Ital Heart J* 2004; 5 (Suppl 3): 38S-48S
- Hillis LD, Smith PK, Anderson JL et al. 2011 ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2012 Jan;143(1):4-34.
- Hoffman SN, TenBrook JA Jr, Wolf MP, Pauker SG, Salem DN, Wong JB. A meta-analysis of randomized controlled trials comparing coronary artery bypass graft with percutaneous transluminal coronary angioplasty: one- to eight-year outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2003; 41:1293–1304.
- Naughton C, Feneck RO, Roxburgh J. Early and late predictors of mortality following on-pump coronary artery bypass graft surgery in the elderly as compared to a younger population. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2009 Oct;36(4):621-7.

- New York State Department of Health. Adult Cardiac Surgery in New York State 2009-2011. Albany, New York: New York State Department of Health; 2013. Disponibile al sito: <http://www.health.state.ny.us/statistics/diseases/cardiovascular/>. Ultimo accesso: maggio 2016.
- Parikh SV, de Lemos JA, Jessen ME et al. Timing of in-hospital coronary artery bypass graft surgery for non-ST-segment elevation myocardial infarction patients results from the National Cardiovascular Data Registry ACTION Registry-GWTG (Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network Registry-Get With The Guidelines). *JACC Cardiovasc Interv.* 2010 Apr;3(4):419-27.
- Pennsylvania Health Care Cost Containment Council. Pennsylvania's Guide to Coronary Artery Bypass Graft Surgery 2004. Harrisburg, PA: Pennsylvania Health Care Cost Containment Council; 2006.
- Roques F, Nashef SAM, Michel P, Gauducheau E et al, Risk factors and outcome in European cardiac surgery: analysis of the EuroSCORE multinational database of 19030 patients, *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 1999; 15: 816-823.
- Shahian DM, O'Brien SM, Normand SL et al. Association of hospital coronary artery bypass volume with processes of care, mortality, morbidity, and the Society of Thoracic Surgeons composite quality score. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2010 Feb;139(2):273-82. Epub 2009 Dec 22.
- Shroyer AL, Coombs LP, Peterson ED, Eiken MC, DeLong ER, Chen A, Ferguson TB Jr, Grover FL, Edwards FH; Society of Thoracic Surgeons. The Society of Thoracic Surgeons: 30-day operative mortality and morbidity risk models. *Ann Thorac Surg* 2003;75(6):1856-64; discussion 1864-5.
- Sobolev BG, Fradet G, Hayden R et al. Delay in admission for elective coronary-artery bypass grafting is associated with increased in-hospital mortality. *BMC Health Serv Res.* 2008 Sep 19;8:185.
- Società italiana di chirurgia cardiaca. www.sicch.it - Song HK, Diggs BS, Slater MS, Guyton SW, Ungerleider RM, Welke KF. Improved quality and cost-effectiveness of coronary artery bypass grafting in the United States from 1988 to 2005. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009;137(1):65-9.
- Ugolini C, Nobile L, Risk adjustment for coronary artery bypass graft surgery: an administrative approach versus EuroSCORE. *Int J Qual Health Care* 2004; 16 (2): 157-164.
- Zingone B. Stenting the coronaries and bypassing the evidence in patients with multivessel coronary artery disease: time to set the record straight. *Journal of Cardiovascular Medicine* 2007, 8:362–370.

Scheda Indicatore H23C

NOME INDICATORE

Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico

DEFINIZIONE

Proporzione di morti a trenta giorni dalla data di ricovero in ospedale per ictus ischemico.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero ospedaliero. L'indicatore "mortalità a trenta giorni dal ricovero per ictus ischemico" misura l'esito a partire dalla data di ricovero in ospedale del paziente, che corrisponde alla data di ricovero per stroke. L'attribuzione dell'esito alla data di ricovero non implica la valutazione della qualità dell'assistenza fornita da quella struttura, ma dell'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia con l'arrivo del paziente a quella struttura.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Regione, Asl, struttura di ricovero

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Anagrafe Tributaria

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero.

Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico.

Fattore di scala: = =

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Indicatore già presente nel Piano nazionale esiti (PNE)

SELEZIONE DELLA COORTE

1. *Criteri di eleggibilità*
Tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario, con diagnosi principale di ictus ischemico (codici ICD-9-CM 433.x1, 434.x1, 436) in pazienti di età ≥ 35 anni, avvenuti in strutture italiane, con dimissione dal 1° gennaio al 30 novembre.
2. *Criteri di esclusione*
 - a. ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
 - b. ricoveri di pazienti con età < 35 anni e superiore a 100;
 - c. trasferiti da altro istituto;
 - d. ricoveri con diagnosi di ictus emorragico (codici ICD-9-CM 430, 431, 432.X in qualsiasi campo diagnosi);
 - e. ricoveri con diagnosi di disturbi psichici (codici ICD-9-CM 290-319 in qualsiasi campo diagnosi);
 - f. ricoveri con diagnosi di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9 in qualsiasi campo diagnosi);
 - g. ricoveri con diagnosi di parto o altre specialità ostetriche (codice DRG 370-384 o codice ICD-9-CM 72-75 in qualsiasi campo procedura);
 - h. ricoveri di pazienti deceduti entro 2 giorni dalla data di ricovero;
 - i. ricoveri preceduti da altro ricovero con diagnosi di ictus entro 1 anno (430, 431, 432.X, 433.x1, 434.x1, 436) dalla data di ricovero.

DEFINIZIONE DI ESITO E ACCERTAMENTO DELLO STATO IN VITA

L'esito è la morte entro 30 giorni dalla data di ricovero.

L'accertamento dello stato in vita viene effettuato, sulla base del SIO sia nel ricovero indice sia in eventuali ricoveri successivi del paziente entro 30 giorni, e sulla base dell'Anagrafe Tributaria. L'analisi è effettuata su base annuale.

ATTRIBUZIONE DELL'ESITO

L'evento viene attribuito alla prima struttura in cui è avvenuto il ricovero per ictus ischemico.

IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DELLE PATOLOGIE CONCOMITANTI "CRONICHE" E DI CONDIZIONI DI RISCHIO AGGIUNTIVO/FATTORI PROTETTIVI

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età ed una serie di comorbilità (vedi elenco) ricercate nel ricovero indice, e in tutti i precedenti ricoveri.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	V10	140.0-208.9, V10
Diabete		250.0-250.9

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Disturbi metabolismo lipidico		272
Obesità	278.0	278.0
Ipertensione arteriosa		401-405
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1)	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Altre malattie ematologiche	287-289	287-289
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414
Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari		430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444) , 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Pregressa rivascolarizzazione coronarica	V45.81, V45.82	V45.81, V45.82, 36.1, 00.66, 36.0
Rivascolarizzazione cerebrovascolare		00.61, 00.62, 38.01, 38.02, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32
Altro intervento sul cuore		35, 37.0, 37.1, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.9
Altro intervento sui vasi		38-39.5, esclusi: 38.01, 38.02, 38.5, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
Valore minimo – valore massimo: 0 – 1

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

- Bravata DM, Ho SY, Meehan TP et al. Readmission and death after hospitalization for acute ischemic stroke: 5-year follow-up in the medicare population. *Stroke*. 2007 Jun;38(6):1899-904.
- Brown RD, Whisnant JP, Sicks JD. Stroke incidence, prevalence and survival: secular trends in Rochester, Minnesota, through 1989. *Stroke* 1996;27:373-80.
- Campbell AJ, Cook JA, Adey G et al. Predicting death and readmission after intensive care discharge. *Br J Anaesth*. 2008 May;100(5):656-62.
- Commission for Health Improvement, dal sito: <http://www.chi.nhs.uk/ratings/>
- Ferrario M, Giampaoli S, Vancheri F, et al. Registro per gli eventi coronarici e cerebrovascolari, protocollo dello studio. Istituto Superiore di Sanità, rapporti ISTISAN 1/8. Roma 2001.
- Fonarow GC, Alberts MJ, Broderick JP et al. Stroke outcomes measures must be appropriately risk adjusted to ensure quality care of patients: a presidential advisory from the american heart association/american stroke association. *Stroke*. 2014 May;45(5):1589-601.
- Gillum RF. New considerations in analyzing stroke and heart disease mortality trends: the Year 2000 Age Standard and the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. *Stroke* 2002;33(6):1717-21.
- Goldacre MJ, Duncan M, Griffith M et al. Mortality rates for stroke in England from 1979 to 2004: trends, diagnostic precision, and artifacts. *Stroke*. 2008 Aug;39(8):2197-203.
- Hays AG, Sacco RL, Rundek T, Sciacca RR, Jin Z, Liu R, Homma S and Di Tullio MR. Left Ventricular Systolic Dysfunction and the Risk of Ischemic Stroke in a Multiethnic Population. *Stroke* 2006;37;1715-1719.
- Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013 Mar;44(3):870-947.
- Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014 May 1.
- Kissela BM, Khoury J, Kleindorfer D, Woo D, Schneider A, Alwell K, Miller R, Ewing I, Moomaw CJ, Szaflarski JP, Gebel J, Shukla R, Broderick JP. Epidemiology of ischemic stroke in patients with diabetes: the greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. *Diabetes Care* 2005;28(2):355-9.
- Leone MA, Capponi A, Varrasi C, Tarletti R, Monaco F. Accuracy of the ICD-9 codes for identifying TIA and stroke in an Italian automated database. *Neurol Sci*. 2004;25(5):281-8.
- National Institute for Clinical Excellence. Stroke: Diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). NICE clinical guidelines CG68. London. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008 Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG68>
- National Institute for Clinical Excellence. Stroke rehabilitation: Long-term rehabilitation after stroke. NICE clinical guidelines CG162. London. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013 Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG162> - O'Rourke K, Walsh C. Impact of stroke units on mortality: a Bayesian analysis. *Eur J Neurol*. 2010 Feb;17(2):247-51.

- Piriyaawat P, Smajsova M, Smith MA, Pallegar S, Al-Wabil A, Garcia NM, Risser JM, Moye LA, Morgenstern LB. Comparison of active and passive surveillance for cerebrovascular disease: The Brain Attack Surveillance in Corpus Christi (BASIC) Project. *Am J Epidemiol.* 2002 1;156(11):1062-9.
- Reker DM, Rosen AK, Hoenig H, Berlowitz DR, Laughlin J, Anderson L, Marshall CR, Rittman M. The hazards of stroke case selection using administrative data. *Med Care.* 2002;40(2):96-104.
- Reeves MJ, Fonarow GC, Zhao X, Smith EE, Schwamm LH; on behalf of the GWTG-Stroke Steering Committee & Investigators. Quality of Care in Women With Ischemic Stroke in the GWTG Program. *Stroke* 2009.
- Rinaldi R, Vignatelli L, Galeotti M, Azzimondi G, de Carolis P. Accuracy of ICD-9 codes in identifying ischemic stroke in the General Hospital of Lugo di Romagna (Italy). *Neurol Sci.* 2003;24(2):65-9.
- Rudd A, Goldacre M, Amess M, Fletcher J, Wilkinson E, Mason A, et al, eds. Health outcome indicators: stroke. Report of a working group to the Department of Health. Oxford: National Centre for Health Outcomes Development, 1999.
- Stavem K, Ronning OM. Survival of unselected stroke patients in a stroke unit compared with conventional care. *QJM.* 2002;95(3):143-52.
- Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion (SPREAD). *Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento (VII edizione)*, 2012.
- Sudlow CLM, Warlow CP, for the International Stroke Incidence Collaboration. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types. *Stroke* 1997;28:491-499.
- Wolf PA, D'Agostino RB. Secular trends in stroke in the Framingham Study. *Ann Epidemiol.* 1993;3:471-475
- Yiannakoulis N, Svenson LW, Hill MD, Schopflocher DP, James RC, Wielgosz AT, Noseworthy TW. Regional comparisons of inpatient and outpatient patterns of cerebrovascular disease diagnosis in the province of Alberta. *Chronic Dis Can.* 2003;24(1):9-16.

Scheda Indicatore H24C

NOME INDICATORE

Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata

DEFINIZIONE

Proporzione di morti a trenta giorni dalla data di ricovero per un episodio di BPCO riacutizzata.

Si definisce ricovero indice il ricovero per BPCO riacutizzata non preceduto da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni precedenti.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La BPCO rappresenta una delle cause più importanti di mortalità e morbosità nei paesi industrializzati; è ritenuta attualmente la quarta causa di morte nel mondo e si prevede che raggiungerà il terzo posto nell'anno 2020. Le riacutizzazioni della malattia sono associate ad un aumento delle ospedalizzazioni e della mortalità. L'indicatore "Mortalità a 30 giorni dal ricovero per BPCO riacutizzata" prende in considerazione la mortalità a breve termine nel caso di ospedalizzazione per riacutizzazione della BPCO e valuta l'esito a partire dalla data di ricovero del paziente in ospedale. L'indicatore valuta il funzionamento dell'intero processo assistenziale ospedaliero a partire dal ricovero del paziente. L'attribuzione dell'esito alla struttura di ricovero non implica la valutazione della qualità dell'assistenza fornita da quella struttura, ma dell'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia con l'arrivo del paziente a quella struttura.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Ospedaliera

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Ricovero ordinario per acuti

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Efficacia/Appropriatezza clinica

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regione, Asl, struttura di ricovero

FONTE

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Anagrafe Tributaria

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: numero di ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero.

Denominatore: numero di ricoveri indice.

Fattore di scala: = =

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Soggetto erogatore

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Indicatore già presente nel Piano nazionale esiti (PNE)

SELEZIONE DELLA COORTE

1. *Criteri di eleggibilità*

- a. Tutti i ricoveri, in regime ordinario con diagnosi di BPCO riacutizzata, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1° gennaio ed il 30 novembre dell'anno di riferimento.

La **BPCO riacutizzata** è individuata dai seguenti codici di BPCO in diagnosi principale:

- 490 bronchite non specificata se acuta o cronica
- 491 bronchite cronica (con o senza esacerbazione)
- 492 enfisema
- 494 bronchiectasie
- 496 altre ostruzioni croniche

OPPURE dai seguenti codici in diagnosi principale:

- 518.81, 518.82, 518.83, 518.84 (insufficienza respiratoria)

E uno dei codici di BPCO sopra indicati in una qualsiasi delle diagnosi secondarie

OPPURE dai seguenti codici in diagnosi principale:

- 786.0 dispnea/iperventilazione/ortopnea
- 786.2 tosse
- 786.4 espettorazione abnorme

E uno dei codici di BPCO sopra indicati in una qualsiasi delle diagnosi secondarie.

Ricoveri multipli

Nel caso di più ricoveri dello stesso paziente avvenuti nell'arco temporale di 90 giorni, viene incluso nell'analisi solo il primo ricovero.

2. *Criteri di esclusione*

- a. ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- b. ricoveri di pazienti di età inferiore ai 35 e superiore ai 100 anni;
- c. ricoveri con DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390 (parti-nascita-periodo perinatale);
- d. ricoveri di pazienti politraumatizzati: DRG 484-487;
- e. ricoveri con DRG chirurgico, tranne il 482 e il 483;
- f. ricoveri per trasferimento da altro istituto.

DEFINIZIONE DI ESITO E ACCERTAMENTO DELLO STATO IN VITA

L'esito è la morte entro 30 giorni dalla data di ricovero per BPCO riacutizzata.

L'accertamento dello stato in vita viene effettuato, sulla base del SIO, sia nel ricovero indice sia in eventuali ricoveri successivi del paziente entro 30 giorni, e sulla base dell'Anagrafe Tributaria. L'analisi è effettuata su base annuale.

ATTRIBUZIONE DELL'ESITO

L'evento viene attribuito alla prima struttura in cui è avvenuto il ricovero per BPCO riacutizzata.

IDENTIFICAZIONE E DEFINIZIONE DELLE PATOLOGIE CONCOMITANTI "CRONICHE" E DI CONDIZIONI DI RISCHIO AGGIUNTIVO/FATTORI PROTETTIVI

I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nel ricovero indice, e in tutti i precedenti ricoveri.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0-208.9, V10	140.0-208.9, V10
Diabete		250.0-250.9
Ipertensione arteriosa		401-405
Cardiopatía ischemica	412, 414	410, 412, 429.7 (postumi di infarto), 411, 413, 414
Scompenso Cardiaco + Cuore Polmonare Cronico	428, 416.9	428, 416.9
Altre patologie del cuore	393-398, 423 (escluso 423.0), 424, 425, 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0, V45.81, V45.82	093.2, 391, 393-398, 420-425, 429 (escluso 429.7), 745, 746.3-746.6, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0, V45.81, V45.82 <i>procedure</i> : 00.66, 35, 36.1, 36.0, 37.0, 37.1, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.9
Aritmie	426.0, 426.10, 426.12, 426.13, 426.7, 426.9, 427 (escluso 427.1, 427.2, 427.5), 785.0, V45.0, V53.3	426.0, 426.10, 426.12, 426.13, 426.7, 426.9, 427, 785.0, 996.01, 996.04, V45.0, V53.3
Disturbi circolatori encefalo + periferici	433, 437, 438 440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444), 557.1, 093.0	430-438 <i>procedure</i> : 38.01, 38.02, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32, 38.41, 38.42, 38.61, 38.62, 38.81, 38.82 440-448, 557, 093.0 <i>procedure</i> : 38.08, 38.18, 38.38, 38.48, 38.68, 38.88, 39.29 <i>procedure</i> : 38.04-38.07, 38.14-38.16, 38.34-38.37, 38.44-38.47, 38.55, 38.57, 38.64-38.67, 38.7, 38.84-38.87, 30.0, 39.1, 39.21-39.26, 39.52, 39.54

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero indice	Nei precedenti ricoveri
Obesità + disturbi metabolismo lipidico	278.0	278.0, 272
Malattie dell'apparato digerente	456.0- 456.2, 571-572 (escluso 571.1, 572.0- 572.2), 573.0, V42.7, 577.1-577.9, 555, 556	070, 456.0- 456.2, 570, 571-572 (escluso 571.1), 573, V42.7, 577.0-577.9, 555, 556
Patologia cronica rene	582-583, 585-588, V42.0, V45.1, V56 <i>procedure</i> 38.95, 39.95, 54.98	582-588, V42.0, V45.1, V56 <i>procedure</i> 38.95, 39.95, 54.98, 55.6
Malattie neurologiche e muscolari	331, 332, 333.4, 333.5, 334-335, 336.2, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 348.1, 348.3, 356, 358, 359, 784.3	331, 332, 333.4, 333.5, 334-335, 336.2, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 348.1, 348.3, 356-359, 784.3
Anemie+Coagulopatie	280, 281, 285.9, 286, 287.1, 287.3-287.5	280, 281, 285.9, 286, 287.1, 287.3-287.5
Malattie della tiroide	240-245 (escluso 245.0 e 245.1), 246	240-245 (escluso 245.0 e 245.1), 246
Malattie infiammatorie sistemiche	446, 701.0, 710, 711.2, 714, 719.3, 720, 725	446, 701.0, 710, 711.2, 714, 719.3, 720, 725
Malattie psichiatriche/Demenze/Alzheimer	293.8, 295-298, 299.1, 300.4, 301.12, 309.0, 309.1, 311, 290.0-290.4, 294.1, 331.0	293.8, 295-298, 299.1, 300.4, 301.12, 309.0, 309.1, 311, 290.0- 290.4, 294.1, 331.0
Malattie respiratorie croniche	493, 495, 135, 500-505, 506-508, 515, 516, 517, 518.1-518.3, 518.89, 519	493, 495, 135, 500-505, 506-508, 515, 516, 517, 518.1-518.3, 518.89, 519
<i>Condizioni respiratorie acute</i> Insufficienza respiratoria Dispnea e altre anomalie del respiro Pneumotorace, collasso polmonare, malattia cardiopolmonare acuta Bronchite acuta, polmonite, empiema, pleurite, ascesso, tubercolosi polmonare		518.81, 518.82 786.0 512, 518.0, 415 466.0, 480-486, 487.0, 510, 511, 513, 011, 012.0, 012.1, 012.2, 012.8

Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
Valore minimo – valore massimo: 0 – 1

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

Nessuno

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

BIBLIOGRAFIA

Contesto ed Equità

Scheda Indicatore CO01

NOME INDICATORE

Buona salute percepita

DEFINIZIONE

Proporzione di persone (di 15-74 anni) che dichiara di essere in buona salute. L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di persone di 15-74 anni che dichiarano di stare bene o molto bene e la popolazione della stessa età.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

La salute percepita rappresenta una buona misura dello stato di salute ed è complementare ad altri indicatori di salute oggettiva. L'indicatore contribuisce a valutare il *burden of diseases* e i bisogni di salute a livello di popolazione. Diversi studi hanno dimostrato che la salute percepita è un buon predittore della mortalità.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

È un indicatore trasversale sui vari livelli di assistenza. Rappresenta un indicatore di contesto.

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Stima del bisogno di salute

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

Si, su tutti.

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale con frequenza annuale.

FONTE

Indagine Istat su Aspetti della vita quotidiana. La rilevazione è realizzata annualmente su un campione statistico con estrazione casuale di circa 25.000 famiglie distribuite in circa 800 comuni italiani di diversa ampiezza demografica. Le stime sono rappresentative a livello regionale. L'indagine campionaria ha come riferimento l'intera popolazione residente al netto delle persone residenti nelle convivenze. La serie storica comparabile è disponibile dal 2009.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Numeratore: persone di 15-74 anni che hanno dichiarato di stare bene o molto bene alla domanda "Come va in generale la sua salute?". Le modalità di risposta sono standardizzate nei paesi dell'Unione europea e in italiano sono: Molto bene/Bene/Né bene, né male/Male/ Molto male.

Denominatore: popolazione di 15-74 anni.

Fattore di scala: (x 100)

L'indicatore è calcolato anche standardizzato per età utilizzando il metodo diretto. La popolazione standard è la popolazione al Censimento 2001.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente al netto delle persone che risiedono in convivenze (conventi, case di lunga degenza, carceri, ecc.).

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Il verso dell'indicatore è positivo: all'aumentare del valore dell'indicatore, migliora la salute percepita; valore minimo – valore massimo: 0 – 100

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

L'indicatore è di natura soggettiva e può non coincidere con informazione di natura oggettiva (presenza di patologie).

BIBLIOGRAFIA

- Benjamins MR, Hummer RR, Eberstein IW & Nam CB. Selfreported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Social Science and Medicine* 2004;59(6):1297–306.
- Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* 2009;69:307–16.
- Bond J, Dickinson HO, Matthews F, Jagger C, Brayne C. Self-rated health status as a predictor of death, functional and cognitive impairment: a longitudinal cohort study. *Eur J Ageing* 2006; 3:193–206

Scheda Indicatore CO02

NOME INDICATORE

Sovrappeso ed obesità nei bambini

DEFINIZIONE

Prevalenza di bambini in sovrappeso (secondo i criteri IOTF- International Obesity Task Force, vedi sezione “valori soglia”). Prevalenza di bambini obesi (secondo i criteri IOTF- International Obesity Task Force, vedi sezione “valori soglia”).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

L'obesità infantile è una condizione complessa, influenzata dalla genetica, dalle abitudini alimentari, dall'attività fisica, dall'ambiente in generale e da fattori psicologici e sociali (1) e l'eccesso di peso in età pediatrica non è solo associato ad un rischio maggiore di morte prematura e disabilità adulta, ma anche ad una maggiore probabilità di sviluppare patologie non trasmissibili (2). Inoltre, elevati sono i costi collegati a livelli di eccesso ponderale presenti e prevedibili per il futuro, attualmente responsabili nei Paesi ad economia avanzata per il 2-8% della spesa sanitaria (3,4).

L'Italia dal 2007 grazie al sistema di Sorveglianza nazionale OKkio alla SALUTE monitora lo stato ponderale dei bambini della scuola primaria considerando anche il loro contesto familiare e scolastico. OKkio alla SALUTE è promosso e finanziato dal Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CnaPPs) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR). Questo sistema di sorveglianza è collegato al programma governativo “Guadagnare salute”, ai “Piani di prevenzione” nazionali e regionali ed è parte della “Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)” della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

OKkio alla SALUTE è rivolto ai bambini della terza primaria (8-9 anni), prevede la misurazione diretta di peso e altezza attraverso strumenti standardizzati su tutto il territorio nazionale e con l'ausilio di operatori appositamente formati, nonché raccoglie informazioni sulle abitudini alimentari, l'attività fisica e il contesto familiare e scolastico che circonda i bambini.

Dal punto di vista metodologico ci si avvale di indagini epidemiologiche ripetute con cadenza biennale, su campioni rappresentativi di popolazione (8-9 anni) a livello regionale ed in alcuni casi di ASL.

Ad oggi sono state realizzate cinque raccolte dati: 2008/9, 2010, 2012, 2014(5) e l'ultima nel 2016. I valori italiani risultano dalla “Childhood Obesity Surveillance Initiative” tra i più elevati in Europa (6).

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

L'indicatore in questione attiene al macro-livello “prevenzione”.

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

L'indicatore in questione attiene al sottolivello “f) Sorveglianza e prevenzione primaria delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; Sorveglianza e prevenzione nutrizionale”.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

L'indicatore o gli indicatori proposti rispondono alla dimensione funzionale “Efficacia”, analogamente all'eccesso ponderale degli adulti.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI)

Regionale e aziendale laddove scelto dalla Regione.

FONTE

Sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE; copertura nazionale (tutte le regioni); dati raccolti ogni 2 anni (nel futuro si prevede di passare a una raccolta triennale).

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Per la stima dei bambini in sovrappeso e obesi viene calcolato l'indice di massa corporea (IMC) dei bambini con la seguente formula:

$$\text{IMC} = \text{peso (Kg)} / \text{statura (m}^2\text{)}$$

Per la definizione di sovrappeso e obesità dei bambini si fa riferimento ai valori soglia dell'International Obesity Task Force (vedi sezione valori soglia).

FORMULA PER IL CALCOLO DELLA PREVALENZA DI SOVRAPPESO

Numeratore: bambini di 8-9 anni misurati e risultati in sovrappeso (non inclusi obesi)

Denominatore: popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di 8-9 anni

Fattore di scala: (x 100)

FORMULA PER IL CALCOLO DELLA PREVALENZA DI OBESITÀ

Numeratore: bambini di 8-9 anni misurati e risultati obesi

Denominatore: popolazione scolastica partecipante a OKkio alla SALUTE di 8-9 anni

Fattore di scala: (x 100)

Altezza e peso sono misurati con strumenti standardizzati da operatori del SSN. I bambini inclusi nello studio sono quelli frequentanti le classi III primarie campionate, età compresa 7-10 anni. Le classi con più del 50% dei bambini con età inferiore agli 8 anni sono state ritenute non campionabili e sostituite. I bambini con gravi handicap fisici o mentali sono stati misurati ma i loro dati non sono stati inclusi nel database analizzato.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Nel 2016, il valore massimo del sovrappeso e dell'obesità si registra in Campania rispettivamente con valori del 26,2% e 17,9%; mentre valori minimi si registrano nella Provincia Autonoma di Bolzano con il 12,2% del sovrappeso e il 2,7% di obesità.

Verso dell'indicatore: negativo, all'aumentare del valore dell'indicatore, aumenta la prevalenza di bambini in sovrappeso e la prevalenza dei bambini obesi.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Valori soglia dell'International Obesity Task Force (Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7: 284-94).

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Assenza di finanziamento stabile.

BIBLIOGRAFIA

- Gurnani M, Birken C, Hamilton J. Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. *Pediatr Clin North Am.* 2015;62(4):821-40.
- World Health Organization. Why Does Childhood Overweight and Obesity Matter? Disponibile sul sito: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/en/.
- Wang YC, McPherson K, Marsh T, Gortmaker SL, Brown M. Health and economic burden of the projected obesity trend in the USA and the UK. *Lancet* 2011; 378: 815-25.
- Specchia ML, Veneziano MA, Cadeddu C, Ferriero AM, Mancuso A, Ianuale C, Parente P, Capri S, Ricciardi W. Economic impact of adult obesity on health systems: a systematic review. *Eur J Public Health* 2015; 25:255-62.
- Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pizzi E, Andreozzi A, Galeone D (Ed.). Il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2014. Supplemento 1, al n. 3 vol. 29 (2016) del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità; 2016
- Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, Rutter H, Martos É, Rito AI, Hovengen R, Pérez-Farinós N, Petrauskiene A, Eldin N, Braeckvelt L, Pudule I, Kunešová M, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health.* 2014;14:806.

Scheda Indicatore CO03

NOME INDICATORE

Fragilità nell'anziano (65 anni o più)

DEFINIZIONE

Anziano Fragile: persona con 65 anni o più, residente in Italia, che mostra una perdita di autonomia nello svolgimento di due o più attività complesse della vita quotidiana come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono (*Instrumental Activity of Daily Living* – IADL), ma è completamente autonomo in tutte le funzioni fondamentali della vita quotidiana, come mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continente, usare i servizi igienici per fare i propri bisogni (*Activity of Daily Living* – ADL).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Con l'avanzare della consapevolezza dell'importanza dei fattori determinanti sociali, comportamentali e biologici, per l'insorgenza o la prevenzione delle malattie, soprattutto quelle croniche non trasmissibili, l'applicazione del concetto di fragilità si è estesa dalla sfera individuale a quella di popolazione. In termini di salute pubblica diventa sempre più chiaro il vantaggio di poter disporre di una dimensione quantitativa e di identificare in termini epidemiologici una parte della popolazione, in condizioni di fragilità, che richiede attenzioni preventive ed assistenziali, e risorse che devono essere oggetto di programmazione sanitaria sia a livello centrale sia locale.

Seppur ad oggi non esista a livello internazionale una definizione comune di fragilità dell'anziano, c'è tuttavia condivisione nel riconoscere alcuni fattori come associati ad una maggiore vulnerabilità dell'anziano sia in termini di salute che in termini di perdita funzionale nella sfera fisica, psichica e sociale.

Passi d'Argento può contribuire a fornire indicazioni sulla fragilità dell'anziano, basata su una misura del livello di autonomia della persona nello svolgimento delle attività strumentali e/o fondamentali della vita quotidiana.

Lo strumento di riferimento per la misura dell'autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (*Instrumental Activities of Daily Living* – IADL), adottato anche in Passi d'Argento, è la scala da cui il termine IADL prende il nome, pubblicata da Lawton e Brody nel 1969. IADL è una scala di valutazione delle attività strumentali della vita quotidiana che indaga la capacità dei soggetti anziani di compiere funzioni fisiche complesse, considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza. È formata da un elenco di otto funzioni complesse che richiedono competenza nell'uso di strumenti. Le attività considerate sono le seguenti:

- usare il telefono;
- fare la spesa;
- preparare i pasti;
- curare la casa;
- lavare la biancheria;
- usare i mezzi di trasporto;
- assumere le medicine;
- gestire il denaro.

Lo svolgimento di attività complesse è correlato alle abilità cognitive, anche se dipende in gran parte dalle condizioni fisiche del soggetto, dalla situazione ambientale, dalle sue abitudini e dal suo ruolo familiare e sociale.

Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo.

Le *Activity of Daily Living* (ADL), comprendono invece le attività di base, che la persona deve necessariamente svolgere per vivere senza bisogno di assistenza periodica o continuativa. Lo strumento più utilizzato (e adottato anche in Passi d'Argento) per la valutazione del livello di autonomia in queste attività è l'indice di Katz (1963) e comprende le seguenti attività:

- muoversi da una stanza all'altra,
- farsi il bagno o la doccia,

- vestirsi,
- mangiare,
- essere continenti (per feci e urine),
- usare i servizi per fare i propri bisogni.

Con la valutazione ADL si fa riferimento alle attività fondamentali della vita quotidiana. Perdere autonomia nello svolgimento anche di una sola di queste sei attività è considerato, secondo la letteratura internazionale, una condizione di disabilità negli over64enni.

In Passi d'Argento si definisce anziano fragile, l'anziano non disabile (ovvero autonomo in tutte le 6 attività fondamentali della vita quotidiana - ADL), che però non è autonomo nello svolgere 2 o più delle 8 attività strumentali (IADL). Il valore soglia (di 2 IADL) è stato determinato con un'analisi di sensibilità/specificità (curva ROC) considerando come *gold standard* un indice complesso costruito a partire dai dati disponibili sui fattori, riconosciuti in letteratura, essere associati alla fragilità (come perdita di peso, paura di cadere, attività fisica limitata), e disponibili in Passi d'Argento.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Indicatore di contesto per la stima del bisogno di salute

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

Si

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Regionale e Aziendale

FONTE

Passi d'Argento (PdA)

TEMPISTICA

Inizialmente realizzata come indagine trasversale a cadenza triennale (2009 e 2012) Passi d'Argento dal 2016 viene avviata con modalità di raccolta in continuo. La numerosità del campione minima è distribuita su biennio mobile di raccolta, pertanto è necessaria l'aggregazione di almeno 2 anni di raccolta dati per stime solide. Dal 2017 ogni anno entro il primo quadrimestre dell'anno sono resi disponibili dati e risultati aggiornati all'anno precedente. Attualmente sono stati resi disponibili a Regioni e ASL partecipanti i dati e i risultati aggiornati alla raccolta 2019. I principali risultati di questa indagine sono anche fruibili dal sito dedicato sul portale di Epicentro <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>.

COPERTURA

Regioni e ASL partecipano all'indagine su base volontaria. Nell'indagine 2012 parteciparono 17 Regioni e P.A., in particolare non parteciparono la Regione Basilicata e la P.A. di Bolzano Z, nella Regione Lombardia partecipò solo la ASL di Milano e in Friuli Venezia Giulia solo la ASL di Trieste.

Dal 2016 hanno partecipato tutte le Regioni, ad eccezione della regione Lombardia, mentre le regioni Valle d'Aosta e Molise pur essendosi dichiarate disponibili ad avviare la rilevazione non sono riuscite a garantire continuità e un pieno coinvolgimento.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Popolazione di riferimento: residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 65 anni e più (secondo il protocollo operativo di Passi d'Argento).

Numeratore: persone non autonome in 2 o più IADL, ma con completa autonomia nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana – ADL.

Denominatore: intervistati che hanno risposto a tutte le domande sulla scala IADL e ADL, escludendo le persone che non rispondono o rispondono “non so” anche ad una sola delle domande inerenti le IADL e/o le ADL (le persone con informazioni mancanti o incomplete su IADL e ADL che vengono escluse dal denominatore sono numericamente irrilevanti)

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente.

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

L'indicatore esprime una percentuale della popolazione anziana di 65 anni o più, non autonome in almeno 2 IADL, può quindi variare da 0 a 100%.

Verso dell'indicatore: negativo, all'aumentare del valore dell'indicatore, aumenta la prevalenza degli anziani non autonomi in almeno 2 IADL.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

Una *review* Collard e Coll 2012 riporta una stima ponderata di prevalenza di anziani fragili intorno al 10% sebbene il *range* di variazione sia molto ampio fra i diversi studi (4%-59%).

Dai dati Passi d'Argento ultimi disponibili 2017-2018, si stima una quota di anziani fragili pari al 18% degli ultra65enni (con 65 anni o più) residenti in Italia intervistati.

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

Non essendoci consenso a livello internazionale sulla definizione di fragilità dell'anziano, l'indicatore proposto rappresenta una delle possibili definizioni di fragilità, più vicina al paradigma bio-psico-sociale (Gobbens e Coll., 2010) che al paradigma biomedico (Fried e Coll. 2004). Tuttavia, la ricchezza delle informazioni raccolte in Passi d'Argento consentirebbe di declinare o arricchire questo indicatore con altre informazioni riguardanti i diversi aspetti della vulnerabilità dell'anziano.

BIBLIOGRAFIA

- Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB Jr, Walston JD Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older

- persons: a consensus report.; Interventions on Frailty Working Group. *J Am Geriatr Soc.* 2004 Apr;52(4):625-34. Review.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *G. J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004 Mar;59(3):255-63. Review.
 - Soler-Vila H, García-Esquinas E, León-Muñoz LM, López-García E, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Contribution of health behaviours and clinical factors to socioeconomic differences in frailty among older adults. *J Epidemiol Community Health.* 2015 Nov 13. pii: jech-2015-206406. doi: 10.1136/jech-2015-206406.
 - Gobbens RJ, van Assen MA. Frailty and its prediction of disability and health care utilization: the added value of interviews and physical measures following a self-report questionnaire.. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012 Sep-Oct;55(2):369-79. doi: 10.1016/j.archger.2012.04.008. Epub 2012 May 15.
 - Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people.. *Nurs Outlook.* 2010 Mar-Apr;58(2):76-86. doi: 10.1016/j.outlook.2009.09.005. Review.
 - Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Determinants of frailty. *J Am Med Dir Assoc.* 2010 Jun;11(5):356-64. doi: 10.1016/j.jamda.2009.11.008.
 - Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20-30.
 - Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-185.
 - Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60: 1487-1492.
 - Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009; 64: 675-68.

Scheda Indicatore CO04

NOME INDICATORE

Indice di cronicità

DEFINIZIONE

Indice sintetico dello stato di cronicità costruito considerando la presenza di patologie croniche rilevate attraverso una lista di patologie autoriferite nelle indagini sulla salute (HIS- Health Interview Survey). L'indicatore è costruito mediante le stime di prevalenza delle patologie croniche rilevate, ponderate con pesi calcolati misurando l'associazione tra ciascuna patologia e la cattiva salute percepita.

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Indice sintetico basato sulla presenza di malattie croniche autoriferite e la loro gravità. Consente di valutare lo stato di salute della popolazione.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

È un indicatore trasversale sui vari livelli di assistenza. Rappresenta un indicatore di contesto-

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Nessuno

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Stima del bisogno di salute

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

Sì, su tutti.

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale con frequenza annuale.

FONTE

Indagine Istat su Aspetti della vita quotidiana. La rilevazione è realizzata annualmente su un campione statistico con estrazione casuale di circa 25.000 famiglie distribuite in circa 800 comuni italiani di diversa ampiezza demografica. Le stime sono rappresentative a livello regionale. L'indagine campionaria ha come riferimento l'intera popolazione residente al netto delle persone residenti nelle convivenze.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

L'indicatore a livello individuale (i) è stato calcolato sommando, per ogni patologia cronica presente nel questionario (J), i pesi stimati (\bar{U}_j) e poi relativizzandolo, cioè rapportando il valore stimato al massimo osservato tra tutti gli individui e moltiplicato per 100. La p_{ij} vale 1 in caso di presenza della patologia J nell'individuo i, altrimenti vale 0.

$$ICr_i = (\sum_j p_{ij} \times \bar{U}_j) / \text{Max}_i \{ \sum_j p_{ij} \times \bar{U}_j \} \times 100.$$

I pesi \bar{U}_j per ciascuna delle patologie croniche sono stati calcolati mediante regressione logistica della categoria "sentirsi male o molto male" in funzione della presenza di una singola patologia cronica anche se non è stata diagnosticata dal medico. Quindi gli *odds ratios* (OR) sono stati interpretati come misura relativa di carico

imputabile alle varie patologie croniche. Gli OR-1 sono stati utilizzati come misura del peso ω_j che le singole patologie hanno nella salute di ogni individuo.

Fattore di scala: (x 100)

L'indicatore è calcolato anche standardizzato per età utilizzando il metodo diretto. La popolazione standard è la popolazione al Censimento 2001.

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente al netto delle persone che risiedono in convivenze (conventi, case di lunga degenza, carceri, ecc.).

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Il verso dell'indicatore è negativo: al crescere del valore dell'indicatore, peggiorano le condizioni di salute della popolazione; valore minimo – valore massimo: 0 – 100

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

In presenza di più patologie (comorbidità) si assume l'indipendenza tra le patologie, mentre è quasi certo che non sia così (l'interazione può essere sia maggiore sia minore dell'unità): non è detto infatti che il "peso" di due patologie concomitanti sia uguale alla somma dei loro pesi. L'indicatore fa riferimento a patologie autoriferite ed è pesato con una variabile di natura soggettiva (salute percepita); pertanto potrebbe non coincidere con valutazioni cliniche.

BIBLIOGRAFIA

- Monitor – Approfondimenti sull'indagine multiscopo Istat – Salute 2005- 3° Supplemento al n.22-Agenas, 2008

Scheda Indicatore EO01

NOME INDICATORE

Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche.

DEFINIZIONE

Percentuale di popolazione che dichiara di aver rinunciato ad una prestazione sanitaria, ovvero ad una visita medica specialistica (esclusa visita odontoiatrica) o ad accertamenti specialistici negli ultimi 12 mesi, per motivi economici o legati all'offerta (tempi d'attesa o difficoltà a raggiungere la struttura).

RAZIONALE/SIGNIFICATO

Una priorità del sistema sanitario nazionale è quella di garantire equità nell'accesso alle cure. L'indicatore consente di valutare le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie in termini di quota di popolazione che rinuncia alle cure di cui ha bisogno, per motivi economici o legati a carenze nell'offerta di servizi, quali attese troppo lunghe o strutture poco accessibili.

MACRO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (*PREVENZIONE, DISTRETTUALE, OSPEDALIERA*) O TRASVERSALITÀ SUI LIVELLI

Distrettuale

SOTTO LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA

Assistenza specialistica ambulatoriale.

DIMENSIONE FUNZIONALE ESPLORATA O TRASVERSALITÀ SULLE DIMENSIONI

Equità nell'accesso alle cure ed appropriatezza organizzativa, per motivi economici, lunghi tempi d'attesa o difficoltà a raggiungere la struttura.

TRASVERSALE (SI/NO, SU QUALI LIVELLI DI ASSISTENZA E SU QUALI DIMENSIONI)

No

POSSIBILE MASSIMA DISAGGREGAZIONE E LIVELLI DI AGGREGAZIONE DI INTERESSE (*REGIONALE, SUB-REGIONALE; SE POSSIBILI ENTRAMBI, INDICARE L'AGGREGATO SUB-REGIONALE D'INTERESSE E SE PRESENTE NELLA STESSA FONTE O TRAMITE COLLEGAMENTO CON ALTRE FONTI*)

Livello regionale con frequenza annuale.

FONTE

Indagine Istat su Aspetti della vita quotidiana. La rilevazione è realizzata annualmente su un campione statistico con estrazione casuale di circa 25.000 famiglie distribuite in circa 800 comuni italiani di diversa ampiezza demografica. Le stime sono rappresentative a livello regionale. L'indagine campionaria ha come riferimento l'intera popolazione residente al netto delle persone residenti nelle convivenze. L'indicatore è disponibile dal 2017.

FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE E DEGLI EVENTUALI AGGIUSTAMENTI

Rapporto percentuale tra popolazione che dichiara di aver rinunciato negli ultimi 12 mesi ad almeno una prestazione sanitaria (visite o accertamenti specialistici) per motivi economici o legati all'offerta (tempi d'attesa o difficoltà a raggiungere la struttura) e popolazione residente al netto dei membri residenti nelle convivenze.

Fattore di scala: (x 100)

LIVELLO DI ANALISI (SOGGETTO EROGATORE E/O POPOLAZIONE RESIDENTE)

Popolazione residente al netto delle persone che risiedono in convivenze (conventi, case di lunga degenza, carceri, ecc.).

NOTE PER IL CALCOLO E/O L'INTERPRETAZIONE (DEVONO CONTENERE L'INDICAZIONE DEL VERSO DELL'INDICATORE, VALORE MINIMO E MASSIMO, LA POSSIBILITÀ DI ESPRIMERE UNA SCALA DI VALUTAZIONE ATTRIBUIBILE ALLE SUE MODALITÀ, LA FORMA DELLA DISTRIBUZIONE DELL'INDICATORE)

Il verso dell'indicatore è negativo: all'aumentare del valore dell'indicatore peggiora l'accessibilità alle prestazioni sanitarie.

RIFERIMENTI NORMATIVI (L'INDICATORE È PRESENTE IN UNA NORMA/DECRETO? INDICARE I RIFERIMENTI)

VALORI SOGLIA (RIPORTATI IN PROVVEDIMENTI NORMATIVI O IN STANDARD DA DOCUMENTAZIONE SCIENTIFICA INTERNAZIONALE; RIPORTARE LA FONTE)

NOTE/CRITICITÀ DA SEGNALARE

La necessità di ricorso a prestazioni sanitarie è autoriferita e frutto di valutazioni soggettive.

BIBLIOGRAFIA

- OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, Access to care. Unmet need for health care. OECD Publishing, Paris. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- ISTAT, Attività conoscitiva preliminare all'esame del disegno di legge recante bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021 (C. 1334 Governo). Audizione del Presidente f.f. dell'Istituto nazionale di statistica Maurizio Franzini. Roma, 12 novembre 2018. <https://www.istat.it/it/archivio/223544>