

Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019

PREVALE Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019

DEP/Lazio Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio | SALUTE LAZIO SISTEMA SANITARIO REGIONALE | REGIONE LAZIO

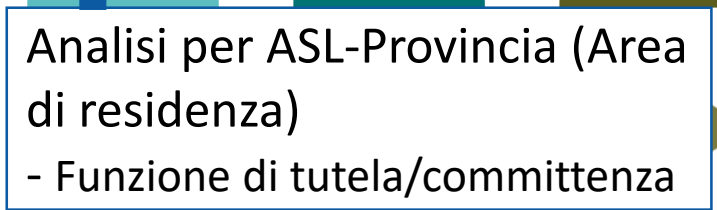
DOCUMENTAZIONE FORMAZIONE CONTATTI PRIVACY

- ASSISTENZA OSPEDALIERA
- ASSISTENZA TERRITORIALE
- EMERGENZA
- ASSISTENZA SPECIALISTICA
- DIPENDENZE
- REGISTRO DIALISI
- EQUITÀ
- PERCORSI ASSISTENZIALI
- STRUMENTI PER AUDIT
- AGGIORNAMENTO SEMESTRALE

P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari, curato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP) contiene le informazioni relative alle cure erogate da tutte le strutture sanitarie regionali. Il lavoro portato avanti con P.Re.Val.E. è stato parte integrante del Programma Nazionale di Valutazione di Esito (PNE), gestito da AgeNAS per conto del Ministero della Salute, individuato come strumento per la valutazione degli esiti delle cure del Sistema Sanitario Nazionale.

Con la pubblicazione di questi dati, si vuole dotare la Regione di uno strumento di governo trasparente, sulla base del quale riorientare e migliorare il sistema sanitario del Lazio. Inoltre si vuole fornire alle aziende sanitarie uno strumento operativo di monitoraggio tempestivo della qualità delle cure erogate.

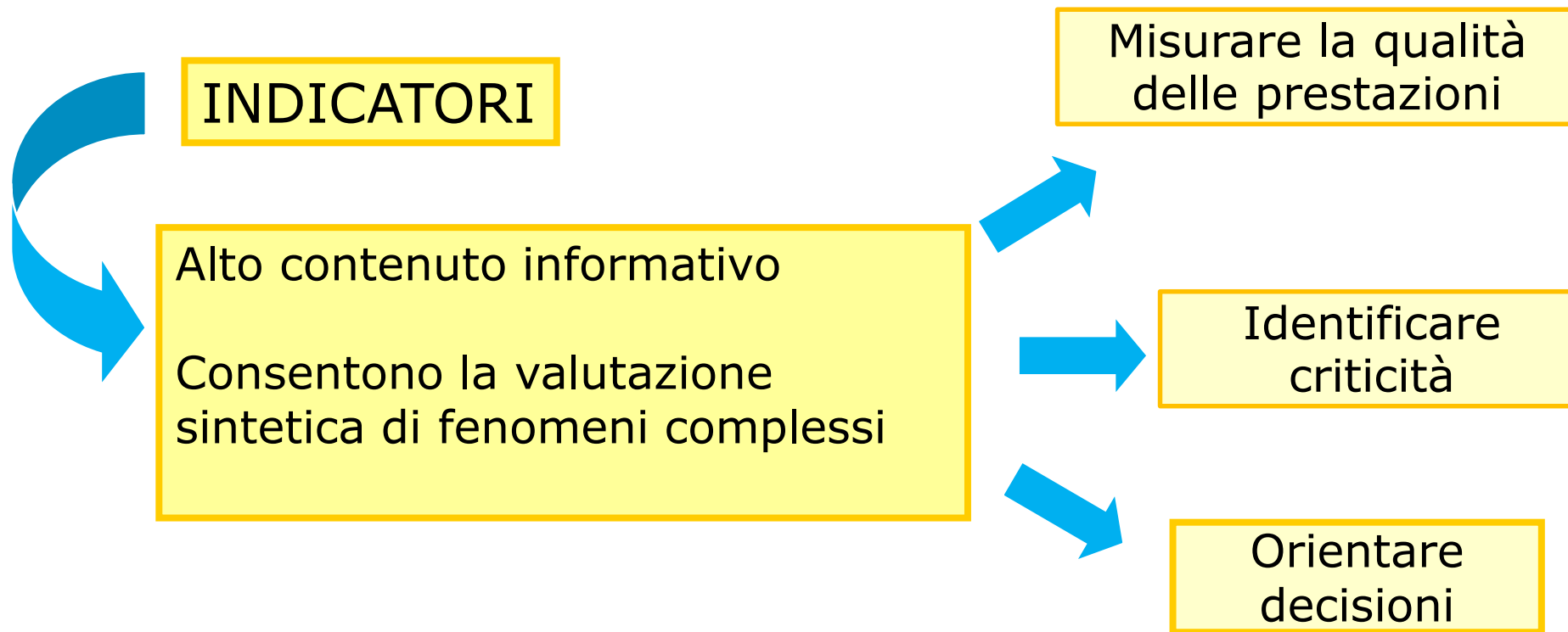
© 2019-2020 P.Re.Val.E. - Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019 di Regione Lazio e di Dipartimento di Epidemiologia del SSR - Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 3.0 Italia



P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari, curato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP) contiene le informazioni relative alle cure erogate da tutte le strutture sanitarie regionali. Il lavoro portato avanti con P.Re.Val.E. è stato parte integrante del Programma Nazionale di Valutazione di Esito (PNE), gestito da AgeNaS per conto del Ministero della Salute, individuato come strumento per la valutazione degli esiti delle cure del Sistema Sanitario Nazionale.

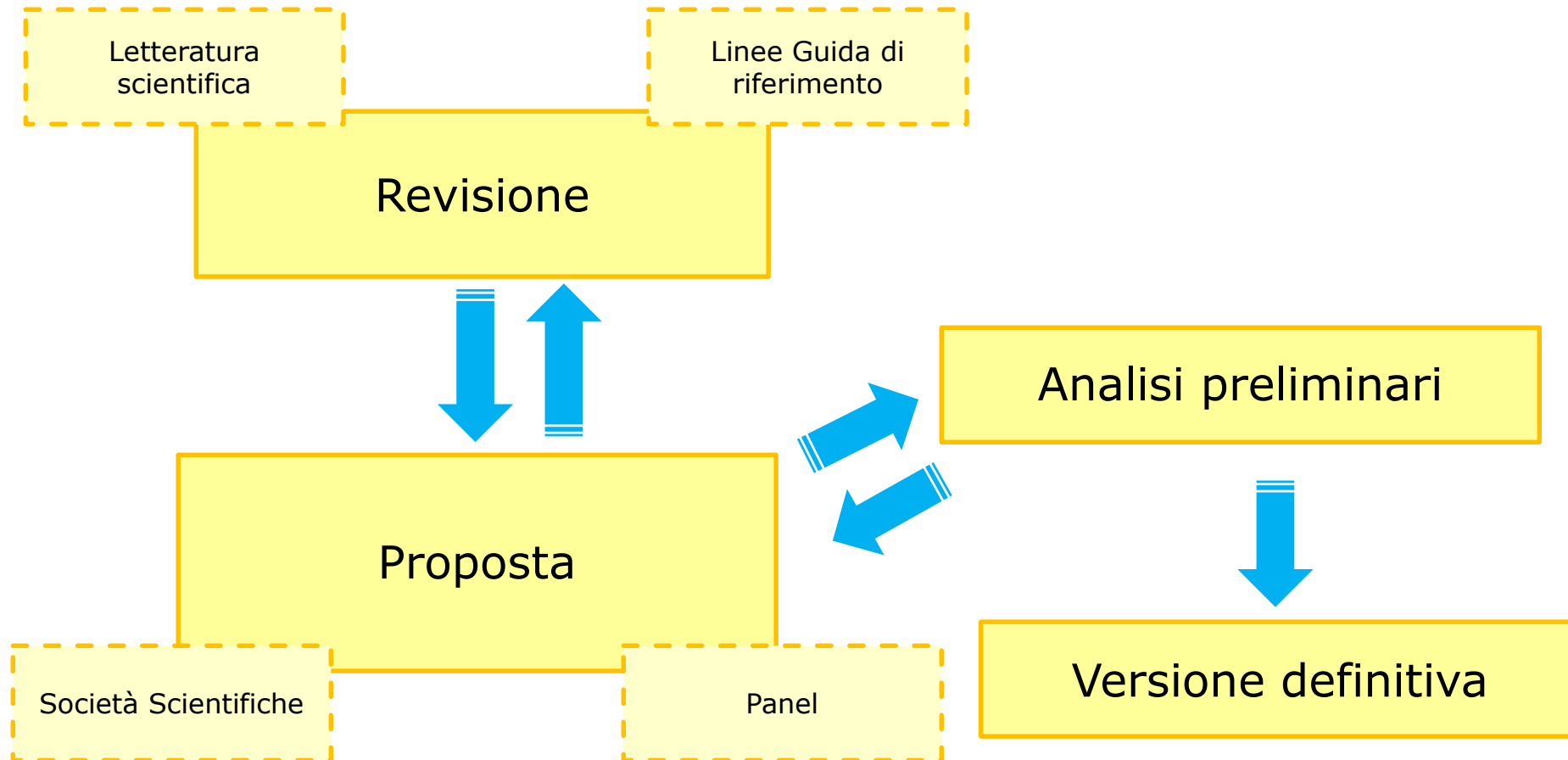
Con la pubblicazione di questi dati, si vuole dotare la Regione di uno strumento di governo trasparente, sulla base del quale riorientare e migliorare il sistema sanitario del Lazio. Inoltre si vuole fornire alle aziende sanitarie uno strumento operativo di monitoraggio tempestivo della qualità delle cure erogate.

Sito ottimizzato per Google Chrome e Mozilla Firefox



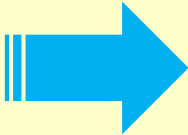
- Aree cliniche:
 - Cardiovascolare
 - Perinatale
 - Respiratorio
 - Cerebrovascolare
 - Digerente
 - Muscoloscheletrico
 - Chirurgia
 - Urogenitale
 - Pediatria
 - Angiologia e pat. Vascolari
- Area Ospedaliera
 - indicatori di volume
 - indicatori di esito/processo
- Area territoriale
 - indicatori di ospedalizzazione
 - indicatori di esito/processo.

Indicatori: disegno e costruzione



CARATTERISTICHE

- Validità

Dimensione  qualità delle prestazioni

- Precisione

Variabilità tra i provider non deve essere causata da variazioni casuali.

- Affidabilità

- no differenze sistematiche nel case-mix
- adeguata procedura di risk adjustment

- Accessibilità

- misurabile dai Sistemi Informativi Sanitari

INDICATORI

Protocollo Operativo

- Razionale
- Definizione
- Denominatore
 - Selezione della coorte
- Numeratore
 - Misura dell'esito
 - Attribuzione dell'esito

- Fonti informative
- Intervalli di osservazione
 - Reclutamento
 - Ricostruzione della storia clinica
 - Follow-up
- Condizioni cliniche e fattori di rischio/protettivi considerati nel risk adjustment

INDICATORI

Sistemi Informativi Sanitari



Record Linkage

- Integrazione delle informazioni provenienti da fonti di dati diverse
 - **Deterministico**
 - **accordo esatto** delle caratteristiche che costituiscono la chiave identificativa di un individuo
 - limitata capacità di riconoscere un appaiamento in **condizioni di incertezza**.
 - **Probabilistico**
 - nessun accordo o disaccordo tra i campi identificativi è sufficiente per stabilire l'appaiamento o il non appaiamento di due record
 - capacità discriminante e sull'attendibilità dei singoli campi identificativi.

Ministero della salute Decreto **07/1993** Disciplina del **flusso informativo** sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati.

Ministero della salute decreto n. 380 **10/2000**, e successive modificazioni: **contenuto SDO**.

Ministero della salute **10/2016** SDO: indicazioni per **codificare procedure TAVI e diagnosi IMA**

Ministero della salute Decreto n. 261 **12/2016**: **Modifiche SDO**

Progetto **RAD-Esito** (Determinazione n. D4118 del 9-11-2007).

- parte integrante del debito informativo Sistema Informativo Ospedaliero - SIO (**1 luglio 2008**).

Direttiva di Laziosanità-ASP n. 5 del **7/12/2010**.

- "l'integrazione della SDO con sezioni **aggiuntive obbligatorie** per la rilevazione di informazioni supplementari ai dati di dimissione ospedaliera."

Regione Lazio Determinazione G17352 **12/2018** - Direttive in **attuazione** della DGR 281 del 12 giugno 2018 di **recepimento** del DM n. 261 12/2016

DECRETO 7 dicembre 2016, n. 261

Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera.

«La scheda di dimissione ospedaliera (**SDO**) deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati.

La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

La cartella clinica ospedaliera costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti, che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.»

Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

- Ricoveri ospedalieri - Scheda di Dimissione Ospedaliera, SDO
- Dimissioni e parti
- Informazioni:
 - Anagrafiche
 - Ricovero
 - Trasferimenti intraospedalieri
 - Cliniche
 - Dimissione

Utilizzo delle informazioni SDO

- Finalità di carattere **economico-gestionale**:
 - supporto dell'attività di programmazione sanitaria
 - valutazioni di impatto economico
 - riparto del Fondo Sanitario Nazionale
- Monitoraggio dell'erogazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza**
- Valutazione del **rischio clinico ospedaliero**
- Valutazione dell'**appropriatezza** e **qualità** dell'assistenza erogata
- Analisi epidemiologiche e **studi clinici**

Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

- **RAD-Esito** (Determinazione n. D4118 del 9-11-2007) parte integrante del debito informativo SIO.
- **Gravità del paziente** al momento del ricovero o dell'intervento chirurgico e sono pertanto indispensabili nell'ambito del Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E., D.G.R. n.301 del 24 aprile 2008).
- **Ora** di ricovero e intervento
- **Informazioni cliniche** aggiuntive
 - Infarto Acuto del Miocardio
 - Intervento di Bypass Aortocoronarico
 - Frattura di Femore

Ministero della salute Decreto 261/2016: Modifiche SDO

Informazioni ricovero

- Ora di ricovero
 - Ora di dimissione o morte
-
- **Diagnosi principale/secondarie:**
 - Diagnosi di dimissione presente al ricovero
 - Stadiazione condensata
 - Lateralità
 - **Intervento principale/secondari:**
 - Intervento esterno
 - Data intervento
 - Ora inizio intervento
 - Identificativo chirurgo
 - Identificativo anestesista
 - Check list sala operatoria
 - Lateralità

Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS)

- rilevazione delle informazioni sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali a carattere regionale.
- tutte le prestazioni previste dal livello di assistenza specialistica **ambulatoriale**:
 - visite e le prestazioni specialistiche effettuate in regime ambulatoriale
 - attività di consultorio materno-infantile
 - prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio,
 - prestazioni, sia diagnostiche che terapeutiche, previste dal nomenclatore (D.M. 22/7/96 e successive modificazioni ed integrazioni).

- Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (SIES)
 - integrazione del SIO
 - condizioni cliniche dei pazienti giunti nei Pronto Soccorso
 - informazioni anagrafiche
 - caratteristiche degli accessi
 - prestazioni effettuate
 - esito dei trattamenti

- Anagrafe tributaria
 - stato in vita

- **Il Sistema Informativo delle Prescrizioni Territoriali**
 - ricette spedite da farmacie presenti sul territorio regionale per i pazienti residenti nella Regione Lazio (farmaci di classe A).
 - principio attivo (codice ATC) e la quantità erogata.
 - data di spedizione del farmaco e le informazioni anagrafiche.

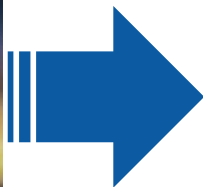
- **Rapporto Accettazione-Dimissione per la Riabilitazione del Lazio (RAD-R)**
 - ricoveri in riabilitazione intensiva post-acuzie presso strutture autorizzate
 - informazioni anagrafiche, relative al ricovero, cliniche all'accettazione ed alla dimissione.

G.I.G.O

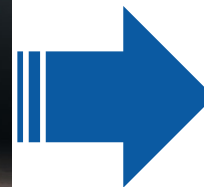
“Garbage In – Garbage Out”



GARBAGE DATA



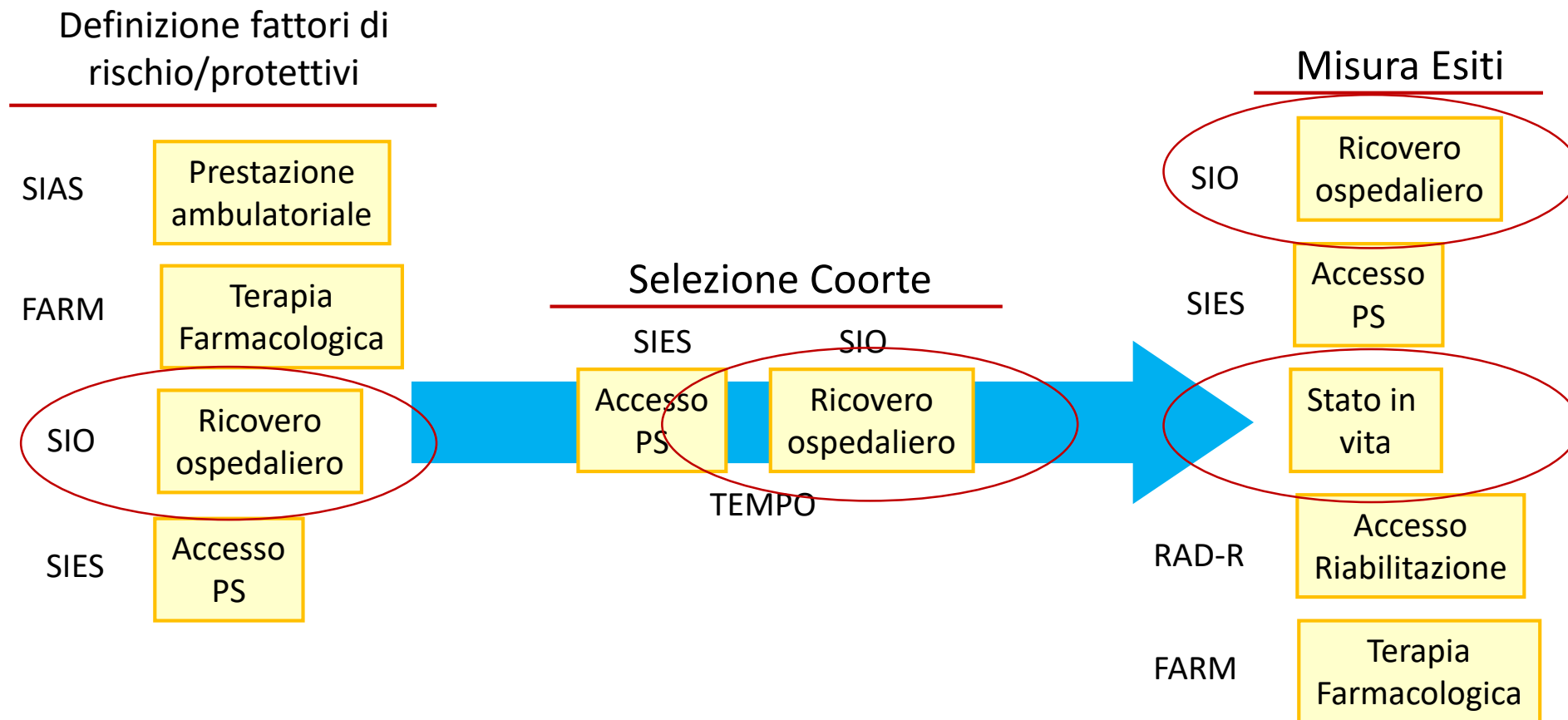
PERFECT MODEL



GARBAGE RESULTS

APPROCCIO LONGITUDINALE

Studio di coorte



Numeratore

Definizione dell'esito

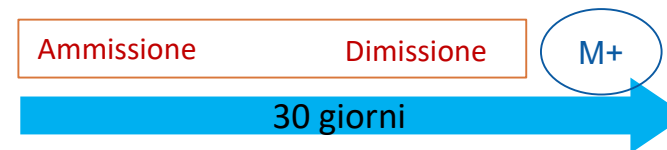
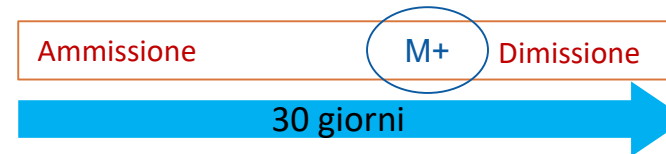
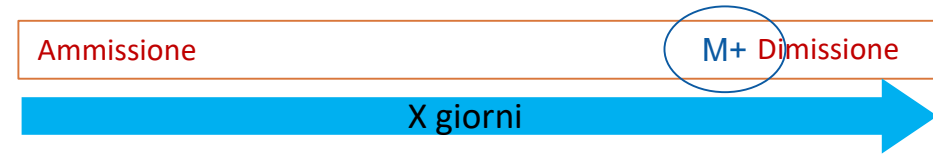
Indicatori di esito

- Misurano il risultato di un processo assistenziale in termini di **esiti clinici**:
 - Mortalità
 - Morbosità
 - Complicanze
- L'interpretazione è variabile: misurano performance del reparto/operatore (by pass) o del percorso clinico/organizzativo (IMA)
- La robustezza degli indicatori di esito dipende dal **tempo intercorso** tra la misurazione e l'effettiva erogazione della prestazione sanitaria.

Definizione del numeratore

Mortalità

- Prima della dimissione
 - Tempi di follow up diversi
 - Trasferimenti
- intra-ospedaliera a 30 giorni dall'ammissione
 - prima della dimissione
 - Under-reporting
- 30 giorni dall'ammissione
 - richiede l'integrazione di diverse fonti



MORTALITÀ A 30 GIORNI DAL PRIMO ACCESSO PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE

PROTOCOLLO OPERATIVO

Definizione

Per struttura di accesso o area di residenza: *proporzione di morti a trenta giorni dalla data di primo accesso in ospedale per frattura del collo del femore.*

La data di primo accesso corrisponde alla data di ricovero per frattura del collo del femore (ricovero indice) o, dove presente, alla data dell'accesso "indice", ossia l'accesso in PS immediatamente precedente (entro 1 giorno) il ricovero indice.

- Numeratore

Numero di morti entro trenta giorni dalla data di primo accesso per frattura del collo del femore.

- Denominatore

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.

- Fonti informative

Le fonti dei dati sono il :
dell'Emergenza Sanitaria (SIES)

Definizione di esito e accertamento della sopravvivenza

L'esito è la **morte entro 30 giorni dalla data di primo accesso.**

L'accertamento dello stato in vita viene effettuato sulla base del SIO, dell'Anagrafe Tributaria o del SIES (accessi successivi al ricovero indice). L'analisi è effettuata su base annuale.

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- Intervallo di reclutamento
- Intervallo di ricostruzione primo accesso;
- Intervallo di follow-up: 1 mese a partire dalla data di primo accesso.

Attribuzione dell'esito

L'evento viene attribuito alla struttura di primo accesso (struttura in cui è **avvenuto il ricovero** o, dove presente, **l'accesso indice in PS**).

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti, 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 della regione Lazio, con dimissione tra il 1 gennaio 2010 ed il 30 novembre 2018.

MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DALL'INTERVENTO ISOLATO PER TUMORE MALIGNO DEL COLON**PROTOCOLLO OPERATIVO****- Definizione**

Per struttura di ricovero o area di residenza: *proporzione di morti a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon.*

- Numeratore

Numero di ricoveri con intervento isolato di asportazione di tumore maligno del colon, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dall'intervento.

- Denominatore

Numero di ricoveri con intervento isolato di asportazione di tumore maligno del colon.

- Fonti informative

Le fonti dei dati sono il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), il Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (SIES) ed il Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica (SIAS) e l'Anagrafe Tributaria.

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- Intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2010 - 30 novembre 2018
- Intervallo di ricostruzione della storia clinica: 5 anni pre-ricovero;
- Intervallo di follow-up: 1 mese a partire dalla data di intervento.

Selezione della coorte**Criteria di eleggibilità**

Tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario, avvenuti in strutture della regione Lazio, con dimissione tra il 1 gennaio 2010 ed il 30 novembre 2018, e con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno del colon (ICD-9-CM 153, 197.5) ed intervento di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM 45.7, 45.8, 45.9, 46.03, 46.04, 46.1).

Definizione di esito e accertamento dello stato in vita

L'esito avverso è la **morte entro 30 giorni dalla data di intervento.**

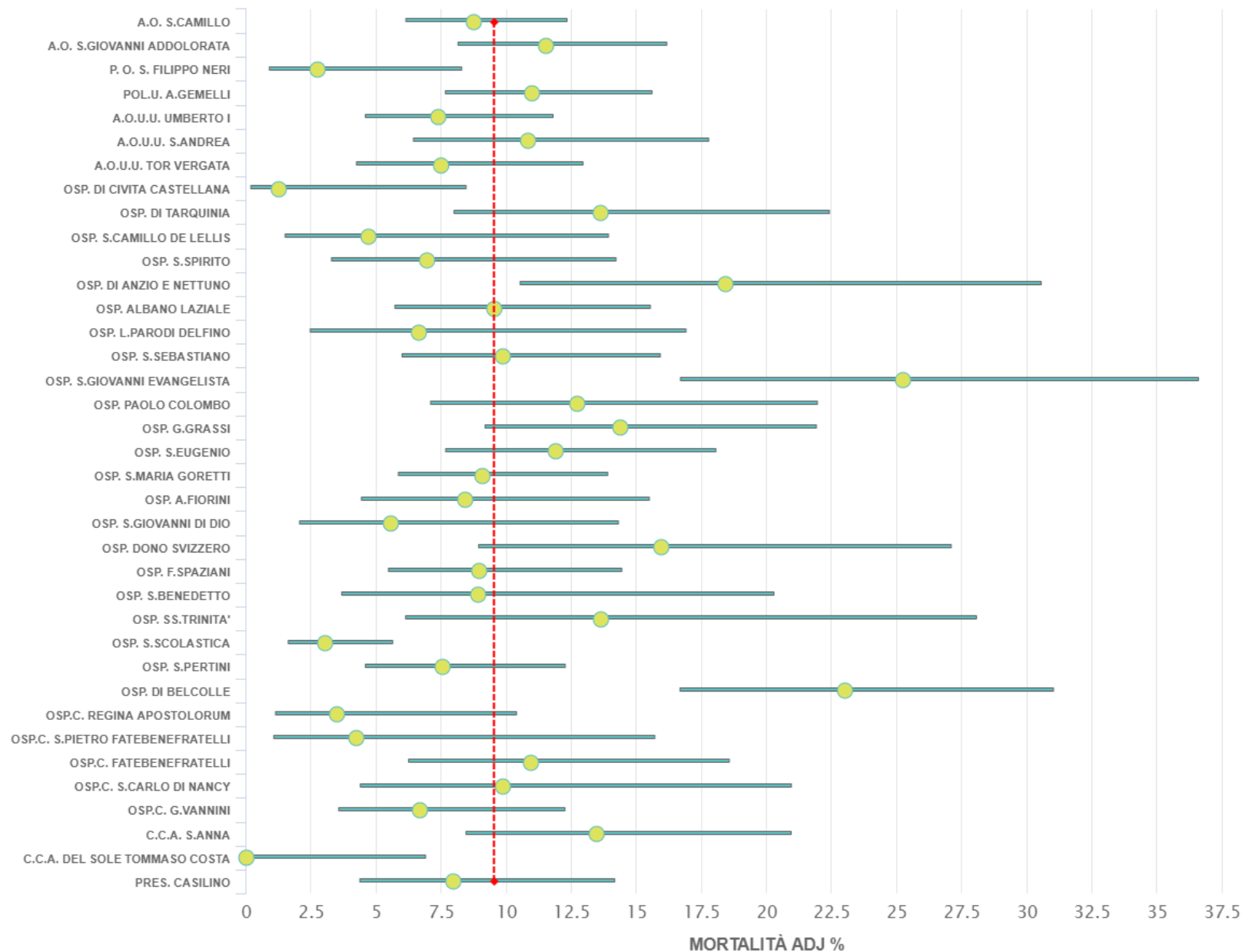
L'accertamento dello stato in vita viene effettuato sulla base del SIO, SIES e Anagrafe Tributaria.

L'analisi è effettuata su base biennale.

Attribuzione dell'esito

L'evento viene attribuito alla **struttura in cui è stato eseguito l'intervento.**

BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni Lazio 2018



Selezione della coorte

Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di BPCO riacutizzata, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio 2008 ed il 30 novembre 2015.

La BPCO riacutizzata è individuata:

- 1) 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

- 2) dai codici 518.81, 518.82, 518.83, 518.84 (insufficienza respiratoria) in diagnosi principale **E** uno dei codici di BPCO sopra indicati in una qualsiasi delle diagnosi secondarie

OPPURE

- 3) dai seguenti codici in diagnosi principale:
 - 786.0 dispnea/iperventilazione/ortopnea
 - 786.1
 - 786.4

Definizione di esito

uno dei c L'esito è la riammissione in regime ordinario con degenza superiore ad 1 giorno avvenuta tra i 2 e 30 giorni dalla data di dimissione. L'analisi è effettuata su base annuale.

Attribuzione dell'esito

L'evento viene attribuito alla struttura presso la quale è avvenuta la dimissione del ricovero indice.

Indicatori di processo

- Misurano il **grado di aderenza** del processo assistenziale agli **standard di riferimento** della miglior pratica clinica basata sulla evidenza: linee guida, percorsi assistenziali.
- **Proxy** degli esiti dell'assistenza e la loro **robustezza**, intesa come predittività degli esiti clinici, dipende dalla **forza della raccomandazione** sulla quale sono stati costruiti.
- Permettono di valutare l'appropriatezza del processo assistenziale, individuando le **aree di possibile miglioramento**.

**PROPORZIONE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA
INFERIORE A 3 GIORNI**

PROTOCOLLO OPERATIVO

- Definizione

Per struttura di ricovero o ASL di residenza: *proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni.*

- 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.

- Fonti informative

Le fonti dei dati sono il SIO e il SIES.

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- Intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2010 – 30 novembre 201
- Degenza post-operatoria, definita come differenza tra la data dell'intervento di colecistectomia laparoscopica;
- Intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti al ricovero.

Selezione della coorte

Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario e day hospital, avvenuti in strutture della regione Lazio, con dimissione tra il 1 gennaio 2010 ed il 30 novembre 2018, 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).

Definizione ed attribuzione dell'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:

Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

e le seguenti soglie di rischio di esito:

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età ≥ 65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalità' aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle TAVI), mortalità' aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%

Ministero della salute Decreto 261/2016: Modifiche SDO

Informazioni ricovero

- **Ora di ricovero**
 - Solo per i ricoveri **ordinari**.
 - Ora in cui viene assegnato il letto al paziente.
- In caso di ricoveri **urgenti chirurgici**, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire **l'ora di accesso alla sala operatoria**.
- Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita, l'ora di ricovero coincide con **l'ora di nascita**.
- **Ora di dimissione o morte**
 - Inserire l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora di morte.

Modifiche SDO Informazioni ricovero

Interventi principale e secondari

- Ora inizio intervento principale e secondari
 - Indica l'ora di inizio dell'intervento (principale o secondari), intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione.
 - PTCA Ora del primo gonfiaggio del palloncino (RAD Esito Lazio)
 - In presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.
- Intervento esterno
 - Indica se l'intervento principale è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente
- Lateraltà:
 - Ove applicabile specificare se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale (1 = Destro, 2 = Sinistro
 - 3 = Bilaterale, 4 = non applicabile)

Denominatore

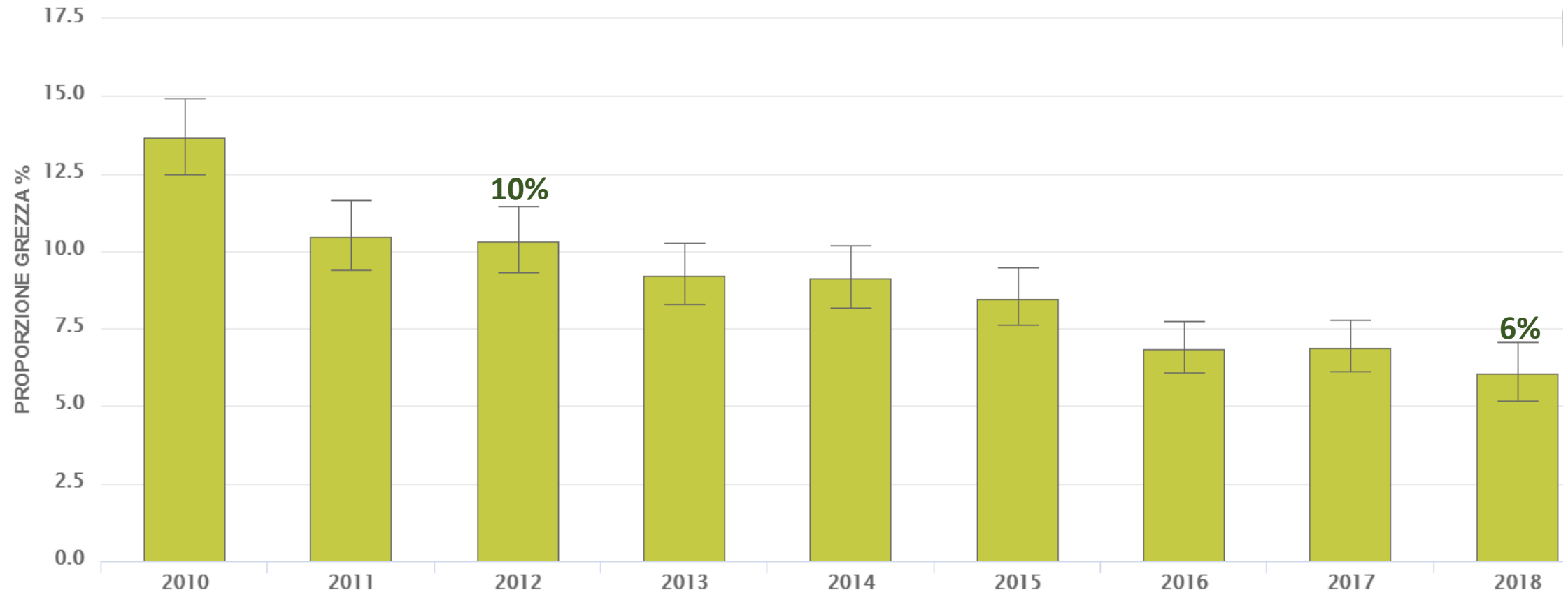
Selezione della coorte

Definizione del denominatore

Selezione di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico

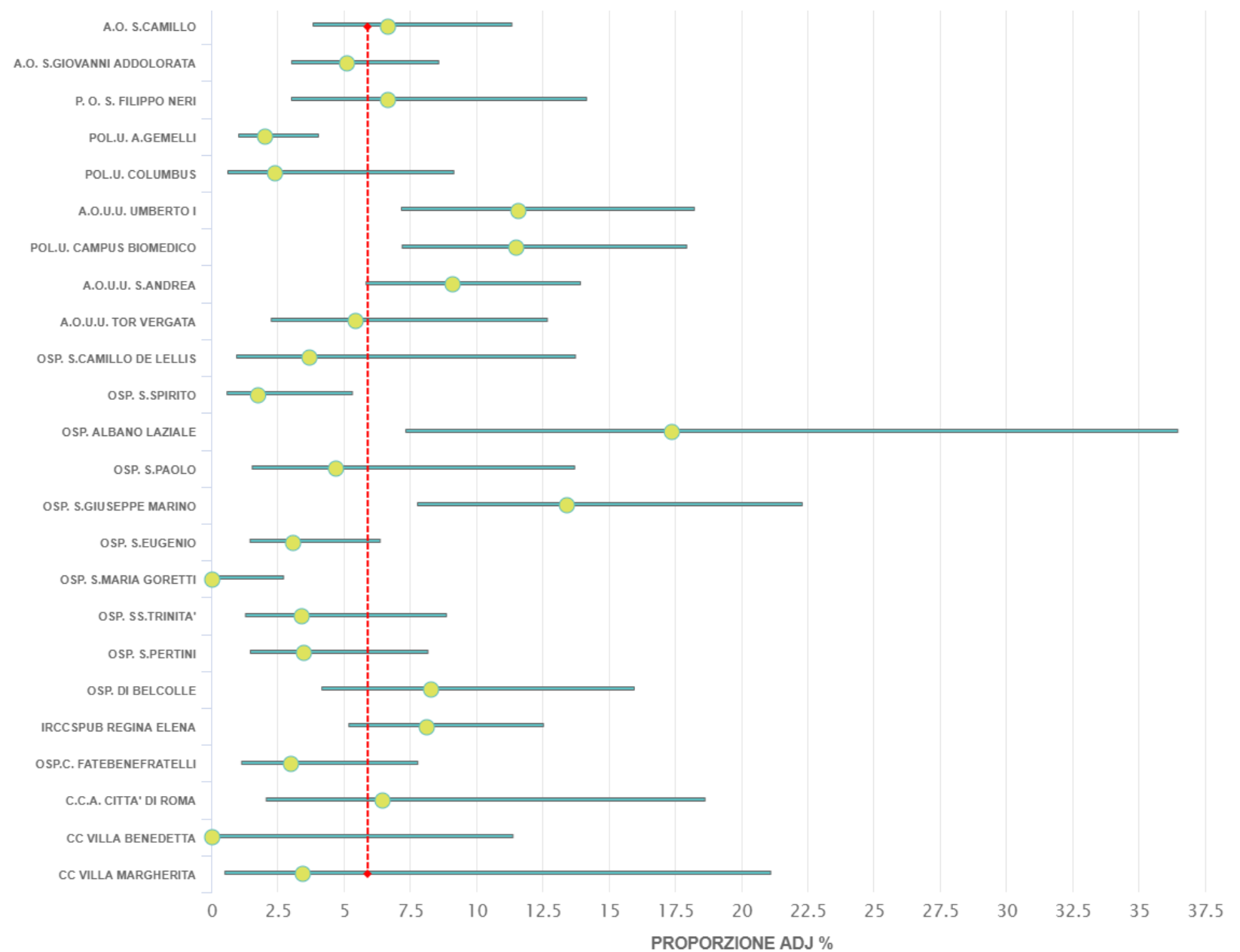
- Totale degli interventi chirurgici
 - Interventi multipli
 - Diluizione dell'esito
- Pazienti ammessi per intervento chirurgico
 - 1 paziente → più interventi
 - Attribuzione dell'esito
- Primo intervento chirurgico
 - Mancata identificazione intervento «principale»
- Ricovero per specifico intervento chirurgico

Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella Lazio 2010 - 2018



Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

Lazio 2018



Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri in regime ordinario e day hospital, avvenuti in strutture della regione Lazio, con dimissione tra il 1 gennaio 2010 ed il 31 agosto 2018, 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).

Criteri di esclusione

- 1) Ricoveri di pazienti non residenti nella regione Lazio;
- 2) Ricoveri in cui il genere del paziente risulti maschile;
- 3) Ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;
- 4) Ricoveri con diagnosi di tumore secondario della mammella (ICD-9-CM 198.81) in qualunque posizione;
- 5) Ricoveri con intervento di chirurgia demolitiva (ICD-9-CM 85.3x, 85.4.x) in qualunque campo di procedura;
- 6) 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).
- 7) 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);
- 8) Pazienti decedute nei 120 giorni successivi all'intervento;
- 9) Ricovero di pazienti sottoposte ad interventi maggiori precedenti.

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**.

Selezione della coorte

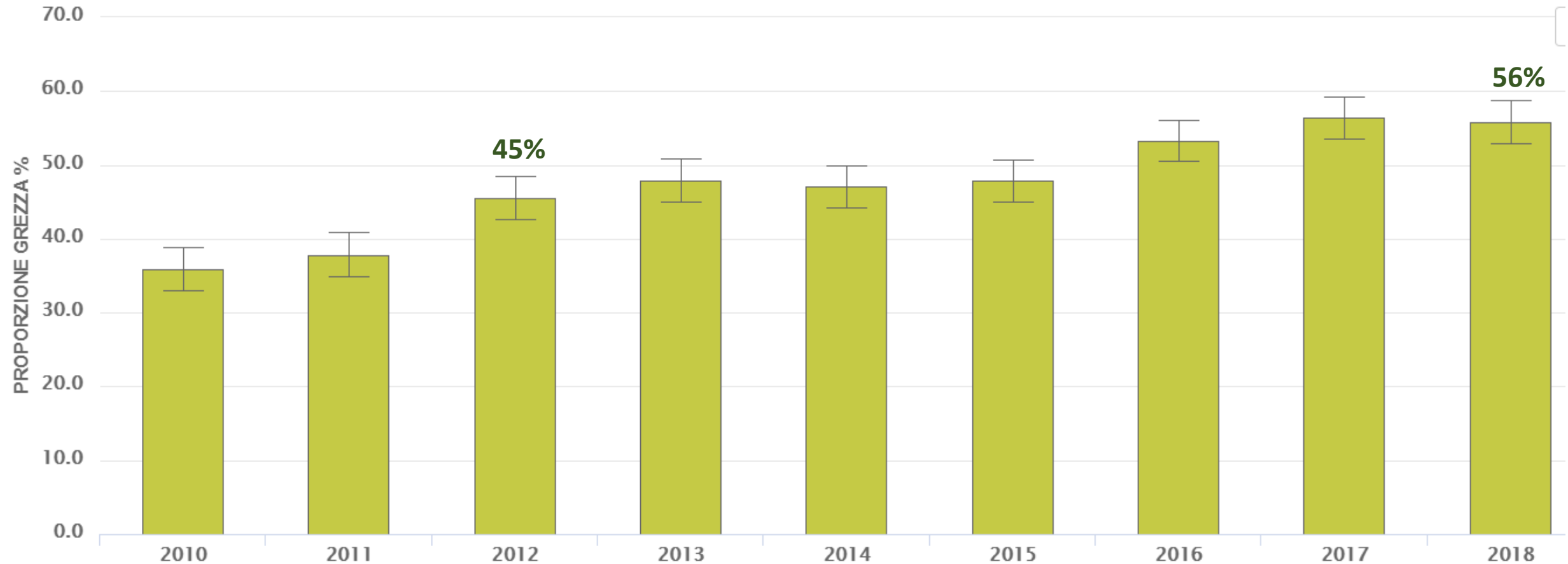
Criteria di eleggibilità

Tutti i ricoveri in regime ordinario e day hospital, avvenuti in strutture della regione Lazio, con dimissione tra il 1 gennaio 2010 ed il 31 agosto 2018, 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).

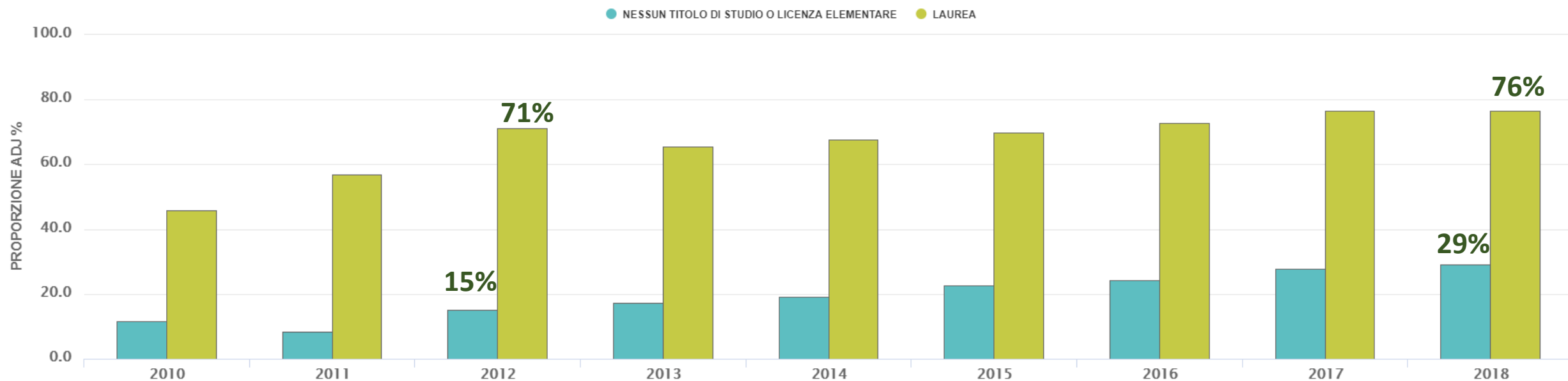
Criteria di esclusione

- 1) Ricoveri di pazienti non residenti nella regione Lazio;
- 2) Ricoveri in cui il genere del paziente risulti maschile;
- 3) Ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;
- 4) Ricoveri con diagnosi di tumore secondario della mammella (ICD-9-CM 198.81) in qualunque posizione;
- 5) Ricoveri con intervento di chirurgia demolitiva (ICD-9-CM 85.3x, 85.4.x) in qualunque campo di procedura;
- 6) 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).
- 7) 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);
- 8) Pazienti decedute nei 120 giorni successivi all'intervento;
- 9) Ricovero di pazienti sottoposte ad interventi maggiori nel ricovero indice e nei 5 anni precedenti.

Proporzione di intervento di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella. Lazio 2010 - 2018



Proporzione di intervento di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella. Analisi per titolo di studio Lazio 2010 - 2018



Modifiche SDO Informazioni ricovero

Diagnosi dimissione principale e secondarie – presente al ricovero

- Presente al ricovero (1 = Sì)
 - Condizioni diagnosticate **prima dell'accettazione del paziente.**
 - Condizioni diagnosticate **durante il ricovero** ma chiaramente presenti **prima dell'accettazione.**
 - Condizioni che si sviluppano **durante un contatto con il servizio sanitario**, ma prima dell'accettazione come paziente interno.
 - Diagnosi individuata attraverso l'**anamnesi** o diagnosticata **successivamente** all'ammissione ma preesistente nel paziente e **non insorta durante il ricovero.**
- Non presente al ricovero (0 = No)
 - condizione che la cartella clinica documenta esplicitamente come non **presente al momento dell'accettazione.**

Modifiche SDO Informazioni ricovero

Diagnosi dimissione principale e secondarie – presente al ricovero

- RAD ESITO regione Lazio
- riferita al momento in cui avviene la **richiesta di accettazione** del paziente.
 - durante una prestazione ambulatoriale, un accesso in pronto soccorso, o mentre il paziente è in osservazione
→ PAA.

Modifiche SDO Informazioni ricovero

Diagnosi dimissione principale e secondarie – presente al ricovero

- Finalità della rilevazione: definire correttamente la gravità del paziente al momento del ricovero.
- Individuare le **condizioni presenti** al momento dell'accettazione
- Distinguere le **complicanze** occorse durante il ricovero.
- Calcolo degli indicatori di esito
 - le diagnosi già presenti al momento dell'ammissione del paziente → **fattori di rischio nei modelli di aggiustamento**
 - le complicanze occorse durante il ricovero (non presenti all'ammissione) → **esiti del processo assistenziale** non utilizzabili nei modelli di aggiustamento.

Modifiche SDO Informazioni ricovero

Diagnosi dimissione principale e secondarie – presente al ricovero

- Un paziente con accertata **insufficienza cardiaca congestizia** è ricoverato in ospedale dopo aver sviluppato **insufficienza cardiaca congestizia scompensata**.
 - Si indica la diagnosi di insufficienza cardiaca congestizia come **presente all'ammissione**. La diagnosi è considerata un **fattore di rischio** del paziente preesistente al ricovero.
- Un paziente è ricoverato in ospedale per una operazione di **bypass dell'arteria coronarica**. In fase post-operatoria sviluppa **un'embolia polmonare**.
 - Si indica che l'embolia polmonare non è presente all'ammissione, dal momento che si tratta di una condizione acuta che non era presente all'accettazione. La diagnosi è un **potenziale esito** dell'intervento di bypass aortocoronarico e, quindi, non può essere considerata come fattore di rischio preesistente del paziente.

Modifiche SDO Informazioni ricovero

Stadiazione condensata

- **Stadiazione condensata:**
 - Stadio della **neoplasia maligna** riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)
 - 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine
 - 2 = infiltrazione locale extraorgano
 - 3 = metastasi ai linfonodi regionali
 - 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali
 - 5 = metastasi a distanza
 - 6 = metastasi ai linfonodi non regionali
 - 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6
 - 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
 - 9 = ignoto

Modifiche SDO Informazioni ricovero Lateralità

- **Lateralità:**
 - **Ove applicabile** specificare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale
 - 1 = Destra
 - 2 = Sinistra
 - 3 = Bilaterale
 - 4 = non applicabile

Modifiche SDO Informazioni ricovero

Informazioni aggiuntive

- Rilevazione del dolore
 - Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero
- Pressione arteriosa sistolica
 - **Primo valore di pressione arteriosa sistolica** in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in **reparto** o al momento dell'accesso a **pronto soccorso** per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di **infarto acuto del miocardio** (codice ICD9-CM 410.xx)

Modifiche SDO Informazioni ricovero – Regione Lazio

Informazioni aggiuntive

- **Creatinina serica (mg/dL)**
 - diagnosi principale o secondaria di **frattura del collo del femore** (codice ICD9-CM 820.xx) e pazienti di età maggiore o uguale a **65 anni**
 - valore al momento del **ricovero in ospedale**;
 - intervento chirurgico principale o secondario di **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).
 - valore pre-operatorio più vicino possibile **all'inizio dell'intervento**;

INDICATORI DI VOLUME

supplemento 2
numero **5/6**
anno 41
settembre
dicembre
2017

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia

e&p



Inferenze, 46, Dicembre 2017, 20148 Milano. Foto: bakanip - Sped. in abb. post. DL 25/2003 convertito in legge 27/03/04, n. 46 - art. 1, comm. 1, C.C. Milano - Una copia 13,50 euro con 11049/963: settembre-dicembre 2017



VOLUMI DI ATTIVITÀ ED ESITI DELLE CURE

PROVE SCIENTIFICHE
IN LETTERATURA ED EVIDENZE
EMPIRICHE IN ITALIA

VOLUME AND HEALTH OUTCOMES

EVIDENCE FROM SYSTEMATIC
REVIEWS AND FROM EVALUATION
OF ITALIAN HOSPITAL DATA



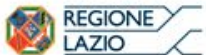
Programma Regionale Valutazione
degli Esiti degli Interventi Sanitari **2019**



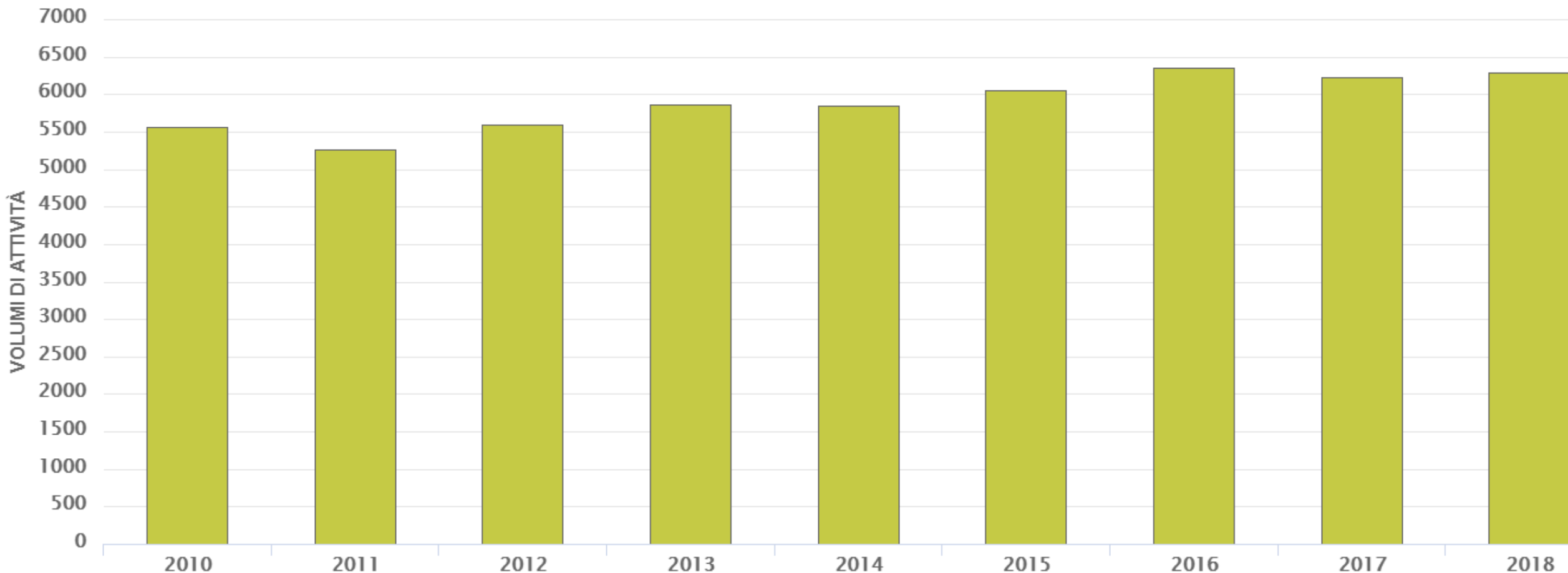
D/EP/Lazio
Dipartimento di Epidemiologia
del Servizio Sanitario Regionale
Regione Lazio

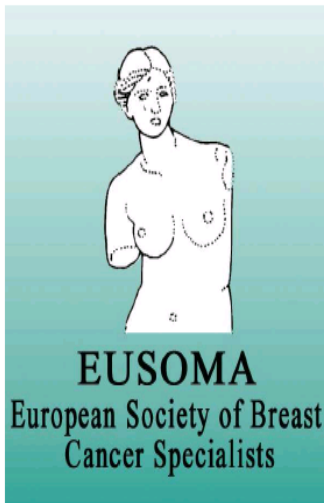


SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri Lazio 2010 - 2018





The requirements of a specialist breast unit

1. Ogni breast unit deve effettuare almeno **150 interventi** chirurgici all'anno (si intendono solo casi di tumore diagnosticati presso il centro).
2. Ogni chirurgo, specializzato nella cura delle neoplasie benigne e maligne della mammella, deve effettuare almeno 50 interventi all'anno. E' auspicabile che i chirurghi appartenenti alla breast unit effettuino soltanto interventi alla mammella

Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto anche degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività:

Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico


Consiglio dei Ministri
 CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
 TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
 DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante
 "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia"
 Rep. Att. n. 187/2014 del 18 dicembre 2014

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE
 AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'adunanza del 18 dicembre 2014.

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131 che prevede la possibilità per il
 Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di
 intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni e il raggiungimento di posizioni
 unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'art. 168 del trattato di Lisbona dell'Unione Europea, che prevede che debbano essere
 assicurati elevati livelli di protezione della salute nella definizione ed implementazione di tutte le
 politiche ed attività dell'Unione;

VISTO il decreto legislativo n.502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni,
 che indica le azioni del Servizio Sanitario Nazionale sotto il rispetto del principio di appropriatezza
 e l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici e linee guida;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 di "Approvazione dell'atto di
 indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in materia di
 requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte
 delle strutture pubbliche e private" che definisce le attività di valutazione e miglioramento della
 qualità in termini metodologici;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, concernente la
 "Certificazione dei Livelli Essenziali di Assistenza";

VISTA l'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005, rep. att. n.
 227/2005, che, all'articolo 6, prevede l'istituzione presso il Ministero della salute del Comitato
 permanente per la verifica dell'appropriatezza dei Livelli Essenziali di Assistenza in
 condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità
 tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.

MINISTERO DELLA SALUTE
 DECRETO 2 aprile 2015, n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi,
 strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza
 ospedaliera. (15090666)

RGU n.127 del 4-6-2015

Vigente al: 19-4-2015

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
 E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 109, della legge 30 dicembre 2004, n.
 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi
 dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono
 fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di
 processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli
 essenziali di assistenza, sentite la Conferenza permanente per i
 rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento
 e Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che
 ha dichiarato l'«illegittimità» costituzionale dell'articolo 1, comma
 109 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede
 che il regolamento del ministro della salute ivi contemplato, con cui
 sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di
 assistenza e i servizi, sia adottato "sentita" la Conferenza
 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province
 autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la
 Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le
 province autonome di Trento e di Bolzano";

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con
 modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare
 l'articolo 15, comma 13, lettera c), il quale dispone che, sulla base

REGIONE LAZIO



Decreto del Commissario ad acta
 (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2015)

N. 036038 del 03/02/2015 Proposta n. 524 del 20/01/2015

Oggetto:

Approvazione dell'Atto Effetto del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato - Regioni sul documento inteso "Linee di
 indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia" ed attuazione del Documento inteso
 inteso "Atto metodologico per la gestione del settore della senologia nel Lazio" (n. 986 del DCA e 15042/2014)

Esattore Responsabile del Procedimento Il Dirigente d'Area

MACCIELEOORA MACCIELEOORA D. DI LALLO

Il Direttore Regionale

Intesa Stato Regioni sulle "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia" – Giugno 2014

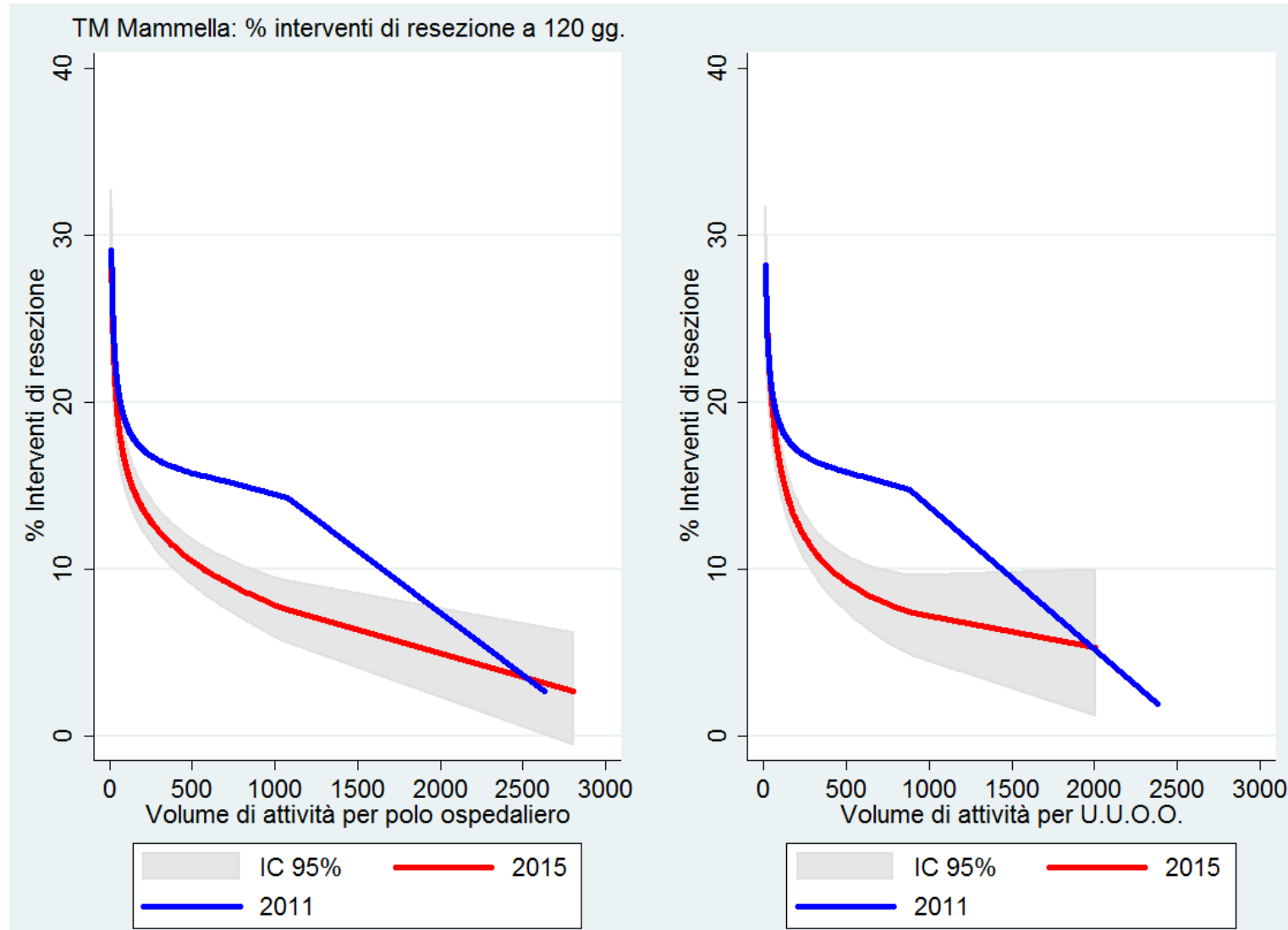
DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Decreto ad Acta N. 38 del 3.2.2015 Rete Senologica del Lazio

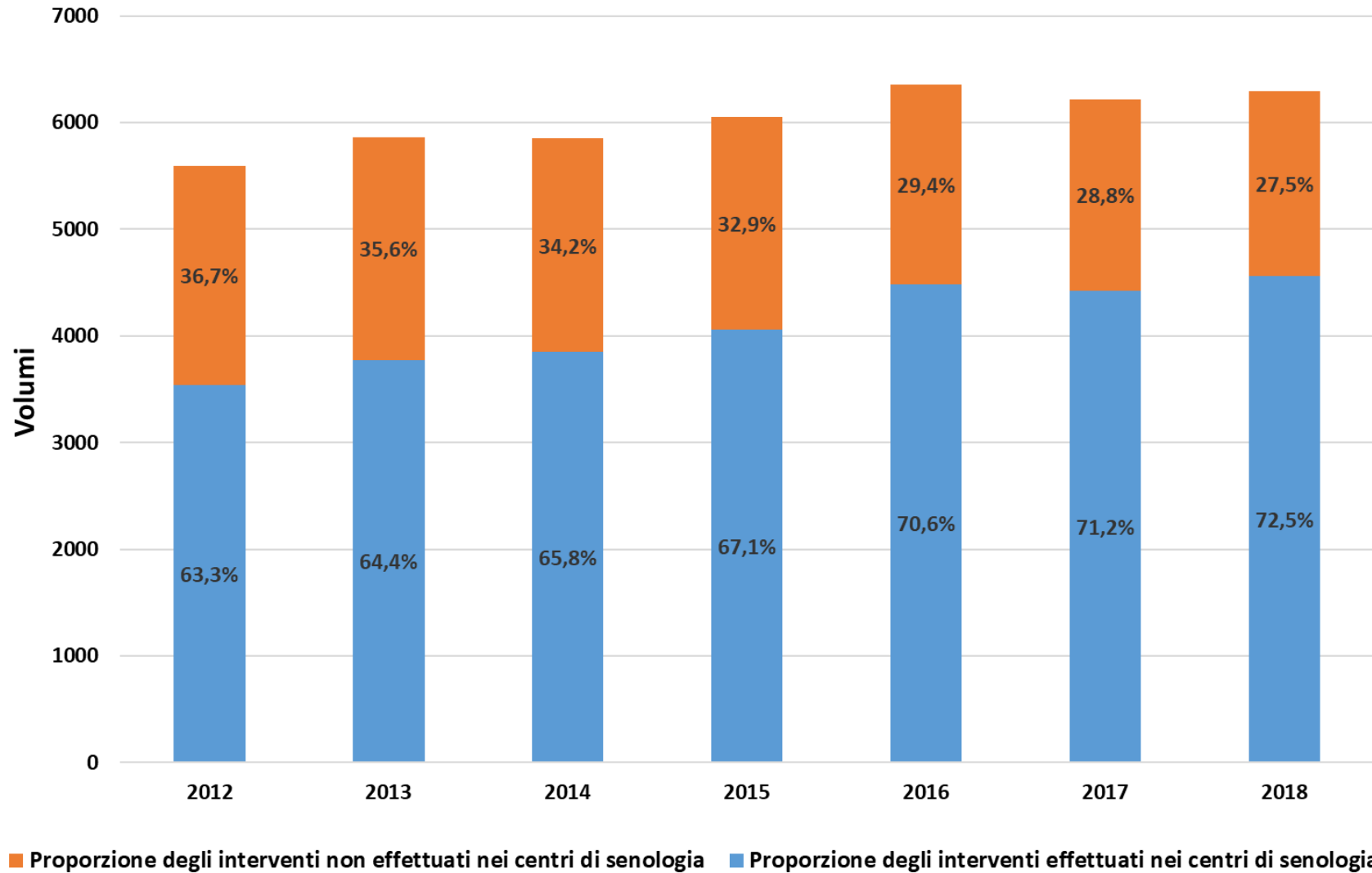
Centro di Senologia

- Radiologia
- Anatomia patologica
- Oncologia medica
- Chirurgia senologica
 - **Almeno 150 interventi annui**
- Radioterapia
- Medicina nucleare
- Fisioterapia e riabilitazione
- Genetica medica oncologica
- Psico-oncologia

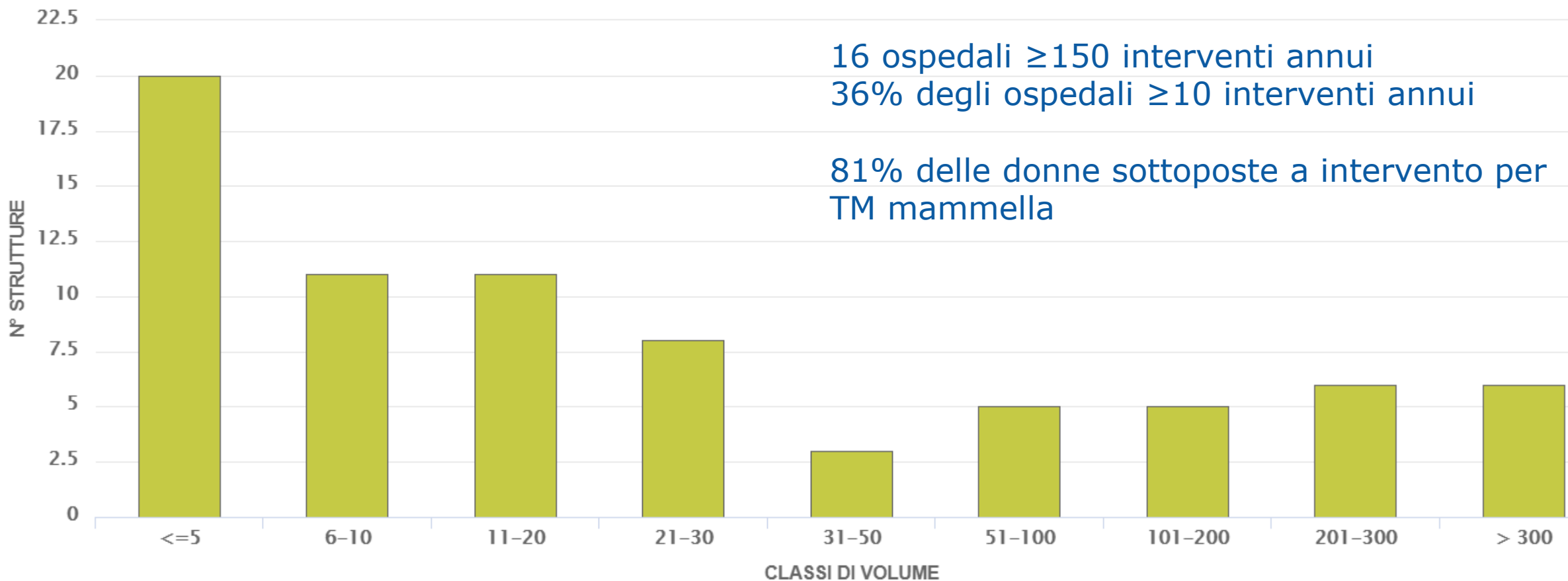
Intervento chirurgico TM mammella: volumi di attività e intervento di resezione entro 120 giorni. Analisi per polo ospedaliero e per UO. 2011 vs 2015



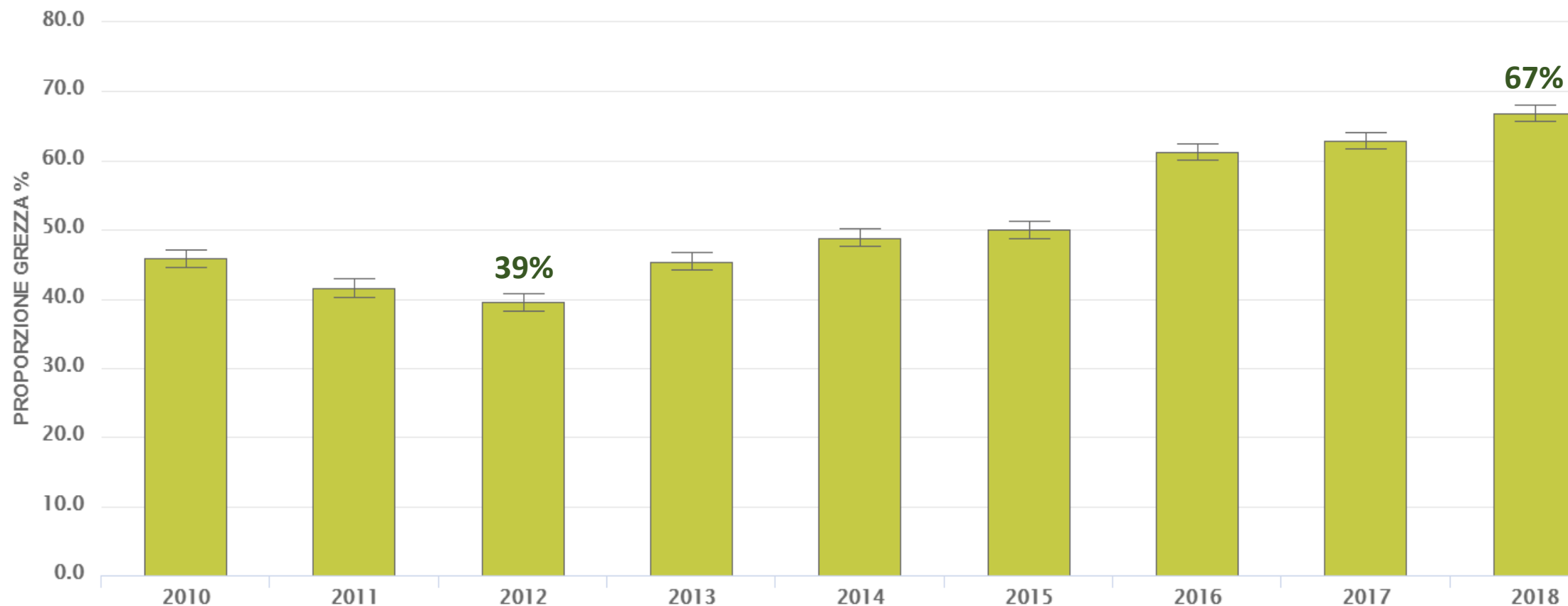
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri Lazio 2012 - 2018



Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri Lazio 2018



Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui (almeno un passaggio) Lazio 2010 - 2018



Modifiche SDO Informazioni ricovero

Interventi principale e secondari

- **Identificativo chirurgo**
 - Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio
- **Identificativo anestesista**
- **Check list sala operatoria**
 - Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria,
 - Compilare per tutte le procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ)
- **Lateraltà:**
 - **Ove applicabile** specificare se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale
 - 1 = Destro
 - 2 = Sinistro
 - 3 = Bilaterale
 - 4 = non applicabile