

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

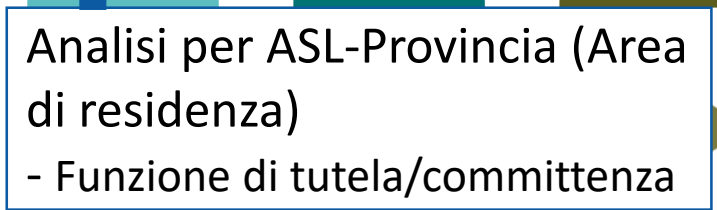
DOCUMENTAZIONE FORMAZIONE CONTATTI PRIVACY

- 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.

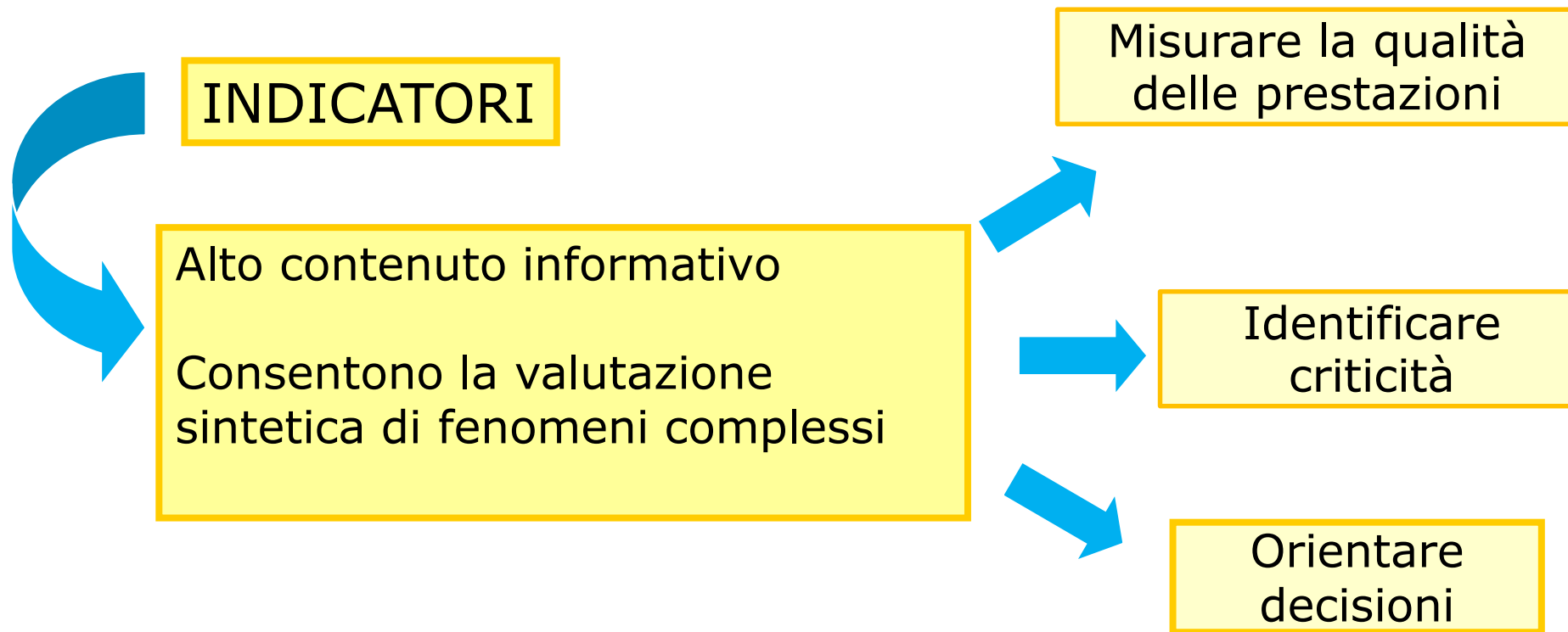
© 2019-2020 P.Re.Val.E. - Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019 di Regione Lazio e di Dipartimento di Epidemiologia del SSR - Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 3.0 Italia



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.

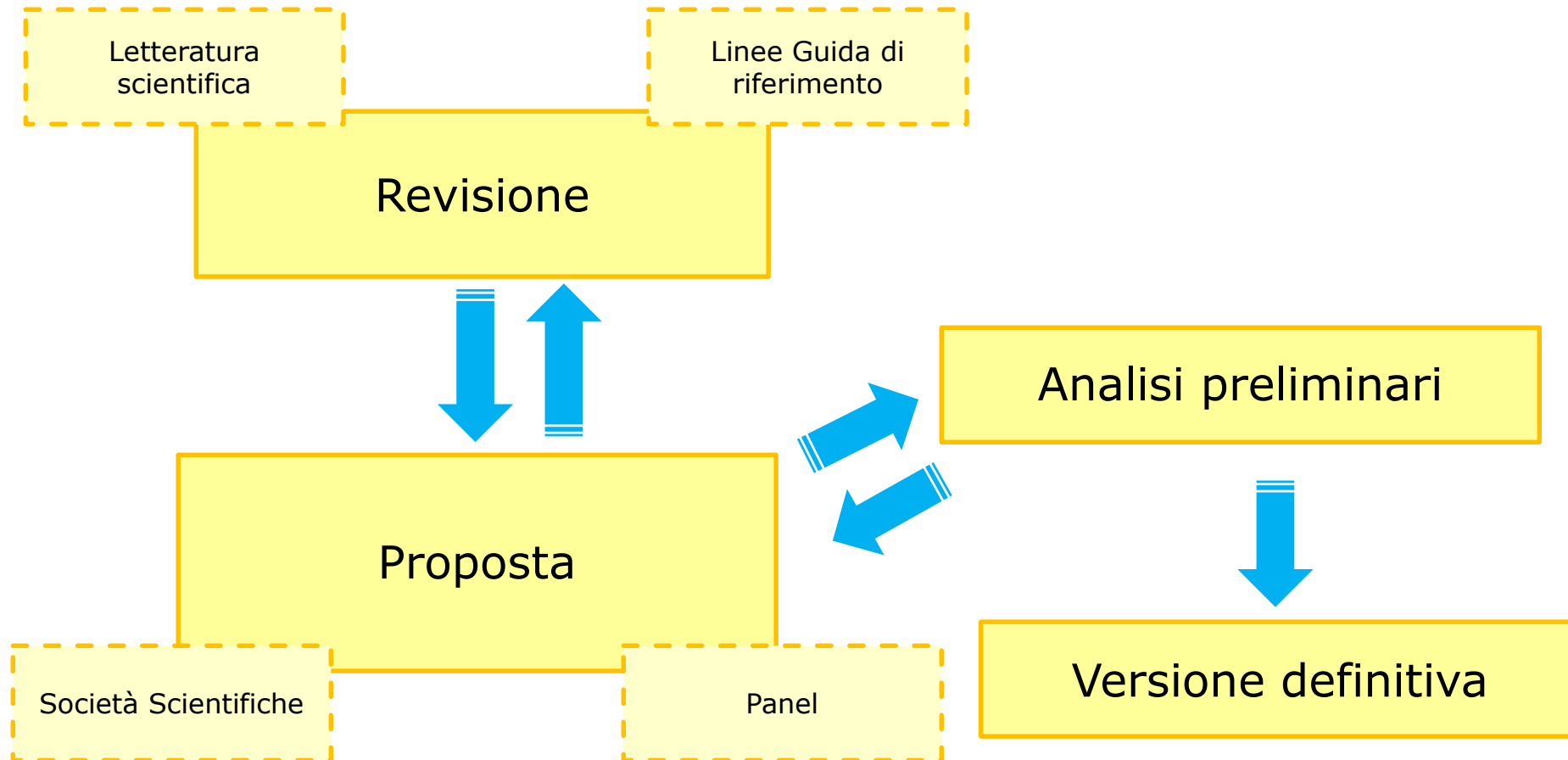
Con la pubblicazione di questi dati, si vuole dotare la Regione di uno strumento di governo trasparente, sulla base del quale riorientare e migliorare il sistema sanitario del Lazio. Inoltre si vuole fornire alle aziende sanitarie uno strumento operativo di monitoraggio tempestivo della qualità delle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

Sito ottimizzato per Google Chrome e Mozilla Firefox



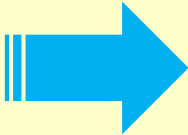
- Aree cliniche:
 - Cardiovascolare
 - Perinatale
 - Respiratorio
 - Cerebrovascolare
 - Digerente
 - Muscoloscheletrico
 - Chirurgia
 - Urogenitale
 - Pediatria
 - Angiologia e pat. Vascolari
- Area Ospedaliera
 - indicatori di volume
 - indicatori di esito/processo
- Area territoriale
 - indicatori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

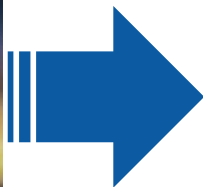
- **Rapporto Accettazione-Dimissione per la Riabilitazione del Lazio (RAD-R)**
 - ricoveri in riabilitazione intensiva post-acuzie presso strutture autorizzate
 - informazioni anagrafiche, relative al ricovero, cliniche all'accettazione ed alla dimissione.

G.I.G.O

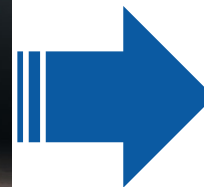
“Garbage In – Garbage Out”



GARBAGE DATA



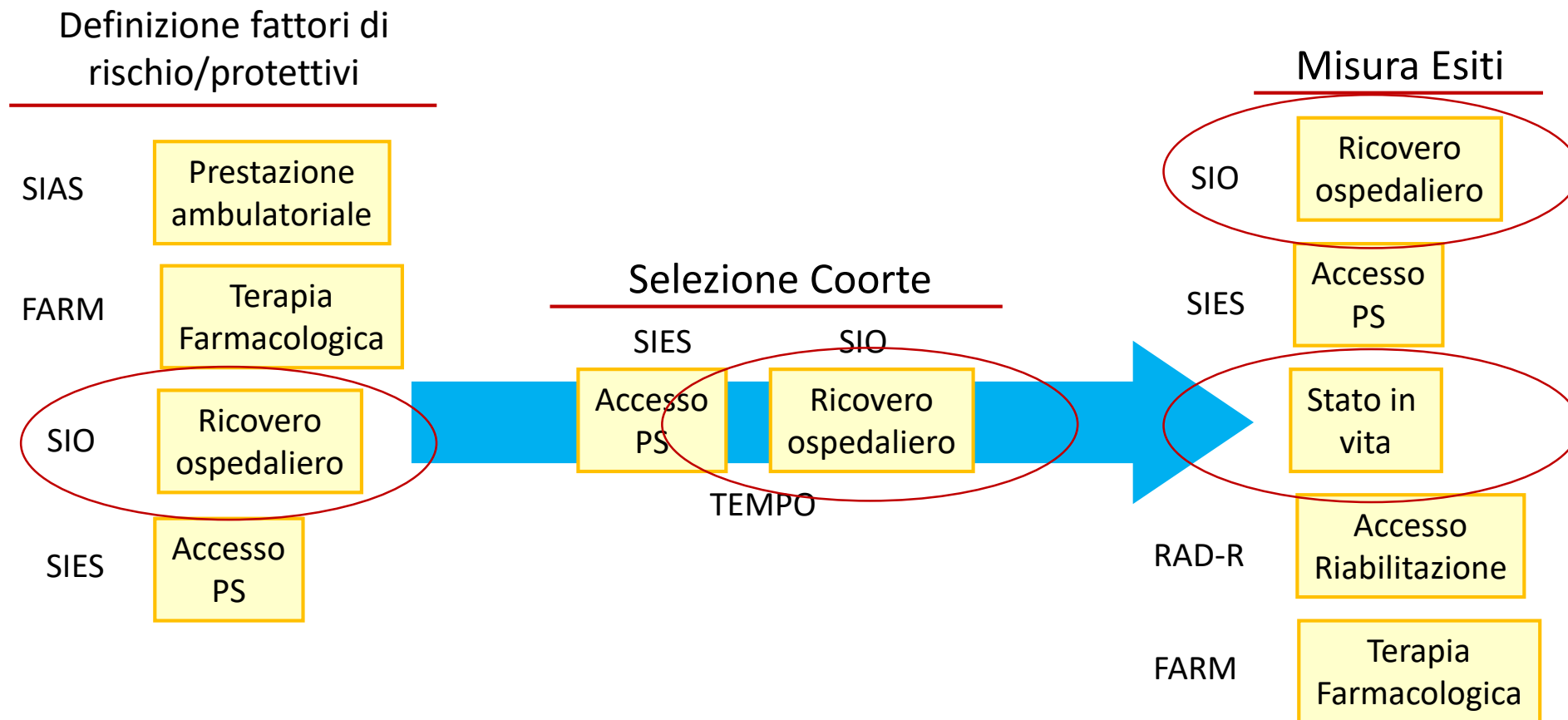
PERFECT MODEL



GARBAGE RESULTS

APPROCCIO LONGITUDINALE

Studio di coorte



Numeratore

Definizione dell'esito

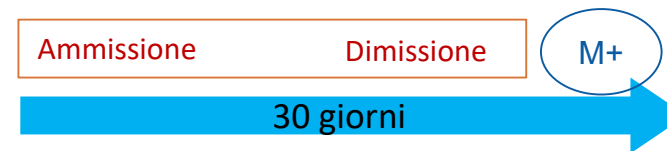
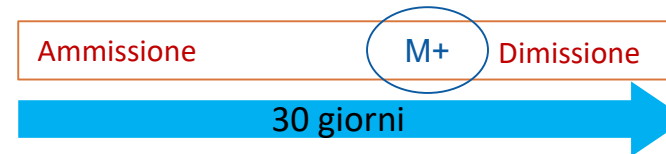
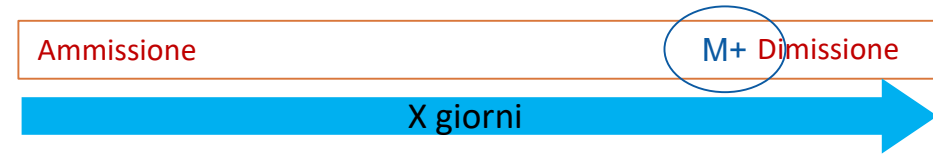
Indicatori di esito

- 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 DALL'INTERVENTO DI BYPASS AORTO-CORONARICO (BPAC)

PROTOCOLLO OPERATIVO

- *Definizione*

Per struttura di ricovero o area di residenza: *proporzione di morti a trenta giorni dall' intervento di BPAC isolato.*

- *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 endo

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.**

- *Denominatore*

Numero di ricoveri con esec

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.

- *Fonti informative*

Le fonti dei dati sono il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e l'Anagrafe Tributaria.

Intervalli di osservazione

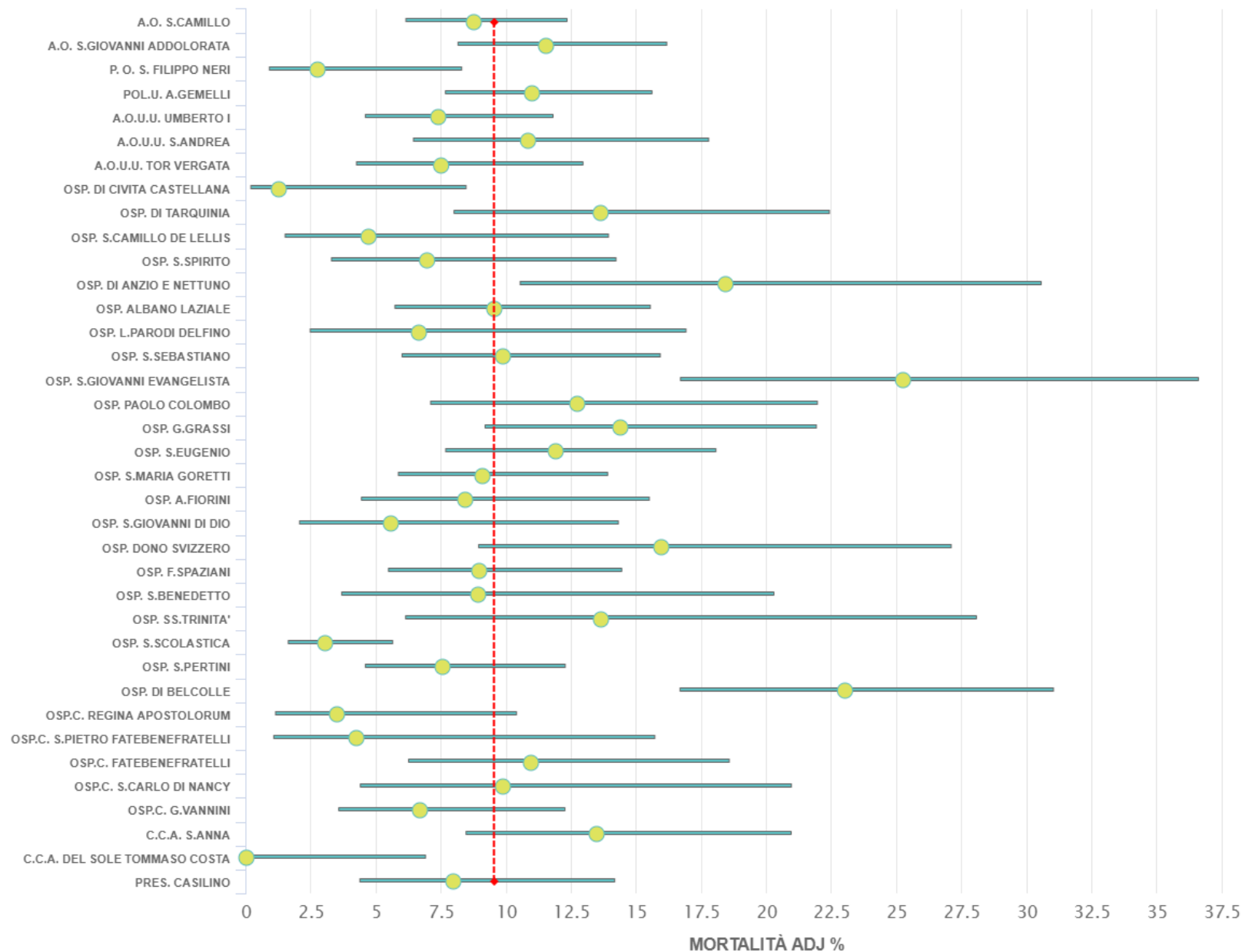
Possono essere distinti in:

Attribuzione dell'esito

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

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2008 – 30 novembre 2015;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di ammissione del ricovero indice;
- intervallo di follow-up: 1 mese a partire dalla data dell'intervento di BPAC.

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**.

Determinazione Regione Lazio n. 4118/2007

Modifica del contenuto informativo della rilevazione dei dati sulle dimissioni ospedaliere per pazienti acuti. RAD-ESITO

Sezione 1 – IMA

Trombolisi: SI NO Data di esecuzione*: Ora*:

PTCA: SI NO Data di esecuzione*: Ora*:

Pressione sistolica all'ammissione mmHg **NR: non rilevata**

Sezione 2 – Frattura del collo del femore

Protesi d'anca: SI NO Data di esecuzione*: Ora*:

Riduzione: SI NO Data di esecuzione*: Ora*:

Lato dell'intervento**: 1: Destro 2: Sinistro

Emoglobina preoperatoria**: g/l **NR: non rilevata**

Creatinina preoperatoria**: , mg/dl **NR: non rilevata**

Sezione 3 – Bypass aortocoronarico

Condizioni del paziente*: 1: No emergenza, No shock 2: No emergenza, Shock 3: Emergenza, No shock 4: Emergenza, Shock

Frazione di eiezione preoperatoria*: % **NR: non rilevata**

Creatinina preoperatoria*: , mg/dl **NR: non rilevata**

* : In caso di più interventi dello stesso tipo, fare riferimento al primo in ordine di tempo

** : In caso di più interventi, fare riferimento al primo in ordine di tempo

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

Mortalità a 30 giorni da un ricovero per ICTUS

- Numeratore

Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di primo accesso.

- Denominatore

Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico.

- Fonti informative

Le fonti dei dati sono il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), il Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (SIES) 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: 2 anni precedenti a partire dalla data di primo accesso per ictus ischemico;
- Intervallo di follow-up: 1 mese a partire dalla data di primo accesso.

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 della Regione Lazio, con dimissione dal 1 gennaio 2010 al 30 novembre 2018.

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) Ricoveri di pazienti non residenti nel Lazio;
- 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);

- Numeratore

Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data del ricovero.

- Denominatore

Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus

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

Informazioni aggiuntive

- **Creatinina serica (mg/dL)**
 - Intervento chirurgico principale o secondario di **by-pass aortocoronarico** (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle **valvole cardiache** (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x)
 - valore pre-operatorio più vicino possibile **all'inizio dell'intervento**;
- **Frazione eiezione**
 - Indica la frazione di eiezione **pre-operatoria** riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento chirurgico di **by-pass aortocoronarico** (codice ICD9-CM 36.1x) o di **intervento sulle valvole cardiache** (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).

Modifiche SDO Informazioni ricovero – Regione Lazio

2.4.2.6 ICTUS

Nome campo	Formato	Limiti	Dominio	Note
Trombolisi	Stringa	1	1,2,3,4	1: non eseguita 2: eseguita in altro PS 3: eseguita nel PS dell'ospedale di ricovero 4: eseguita in reparto dopo il ricovero
PunteggioNIHSSAmmissione	Stringa	2	Da 0 a 42	
PunteggioNIHSSDimissione	Stringa	2	Da 0 a 42	
MRankinScalePrimaRicovero	Stringa	1	Da 0 a 6	
MRankinScaleDimissione	Stringa	1	Da 0 a 6	

- **Possibilità di tracciare la trombolisi:**
 - Anche se eseguita in altra struttura
- **NIH Stroke Scale/Score**
 - Ammissione (aggiustamento)
 - Dimissione (esiti)
- **Modified Rankin Scale**
 - Prima del ricovero (aggiustamento)
 - Dimissione (esiti)

INDICATORI DI VOLUME

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

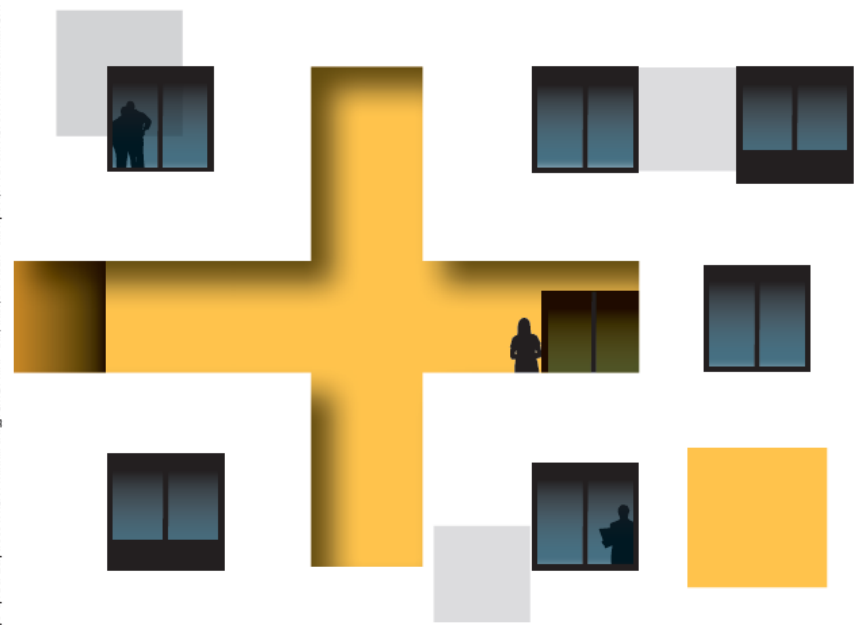
EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia

e&p



Inferenze, 46, Dicembre 2017, 20148 Milano. Foto: bakanip - Sped. in abb. post. DL 25/2003 convertita in legge 27/03/04, n. 46 - art. 1, comm. 1, CC0 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**



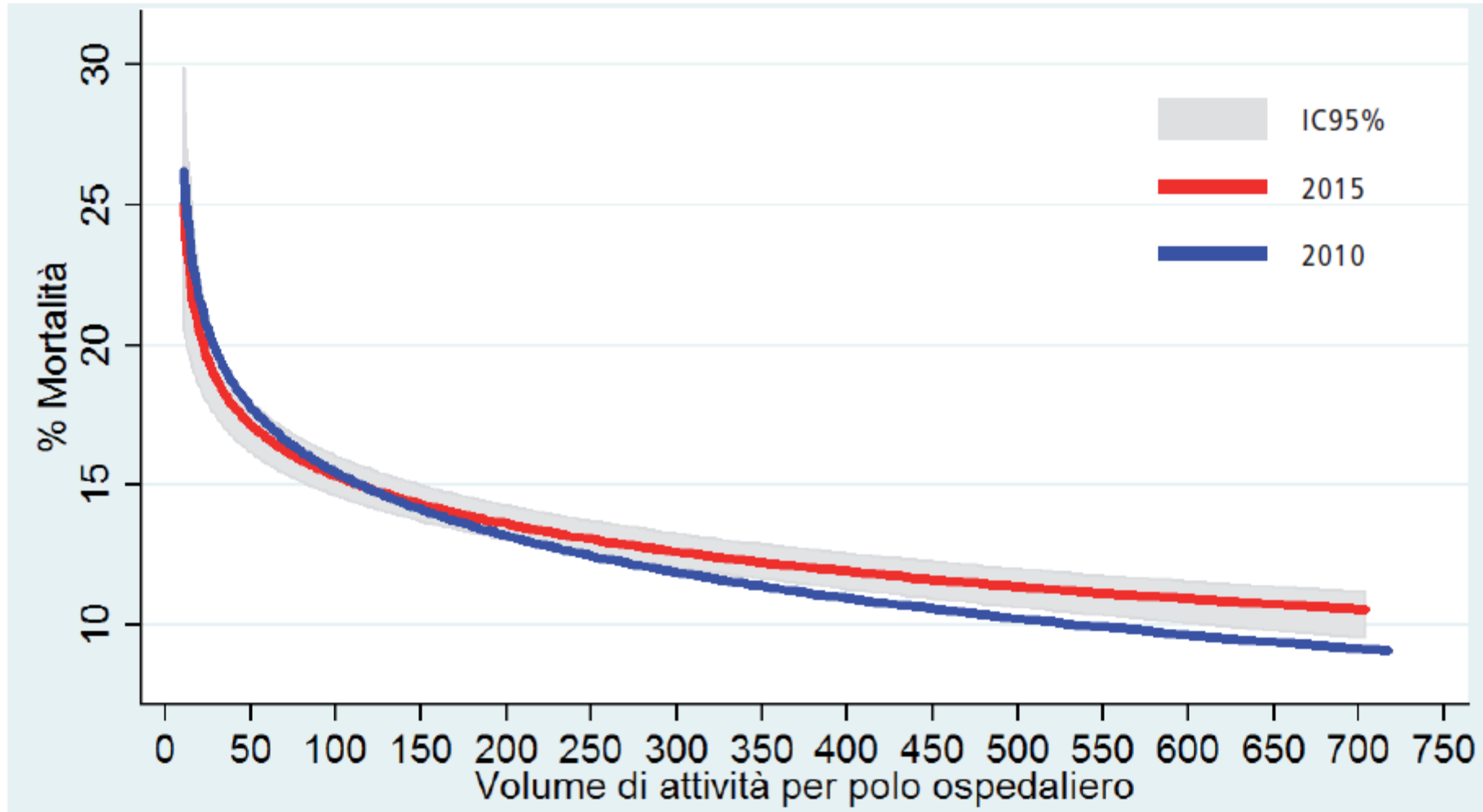
D/EP/Lazio
Dipartimento di Epidemiologia
del Servizio Sanitario Regionale
Regione Lazio



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



Ictus ischemico: volumi di attività e mortalità a 30 giorni. Analisi per polo ospedaliero e per UO. Italia 2010 vs 2015



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