



Programma Regionale Valutazione
degli Esiti degli Interventi Sanitari **2023**



DIEP/Lazio
Dipartimento di Epidemiologia
Servizio Sanitario Regionale
Regione Lazio

PROGRAMMA REGIONALE DI VALUTAZIONE DEGLI ESITI P.Re.Val.E. ed 2023

Dipartimento di Epidemiologia
del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio

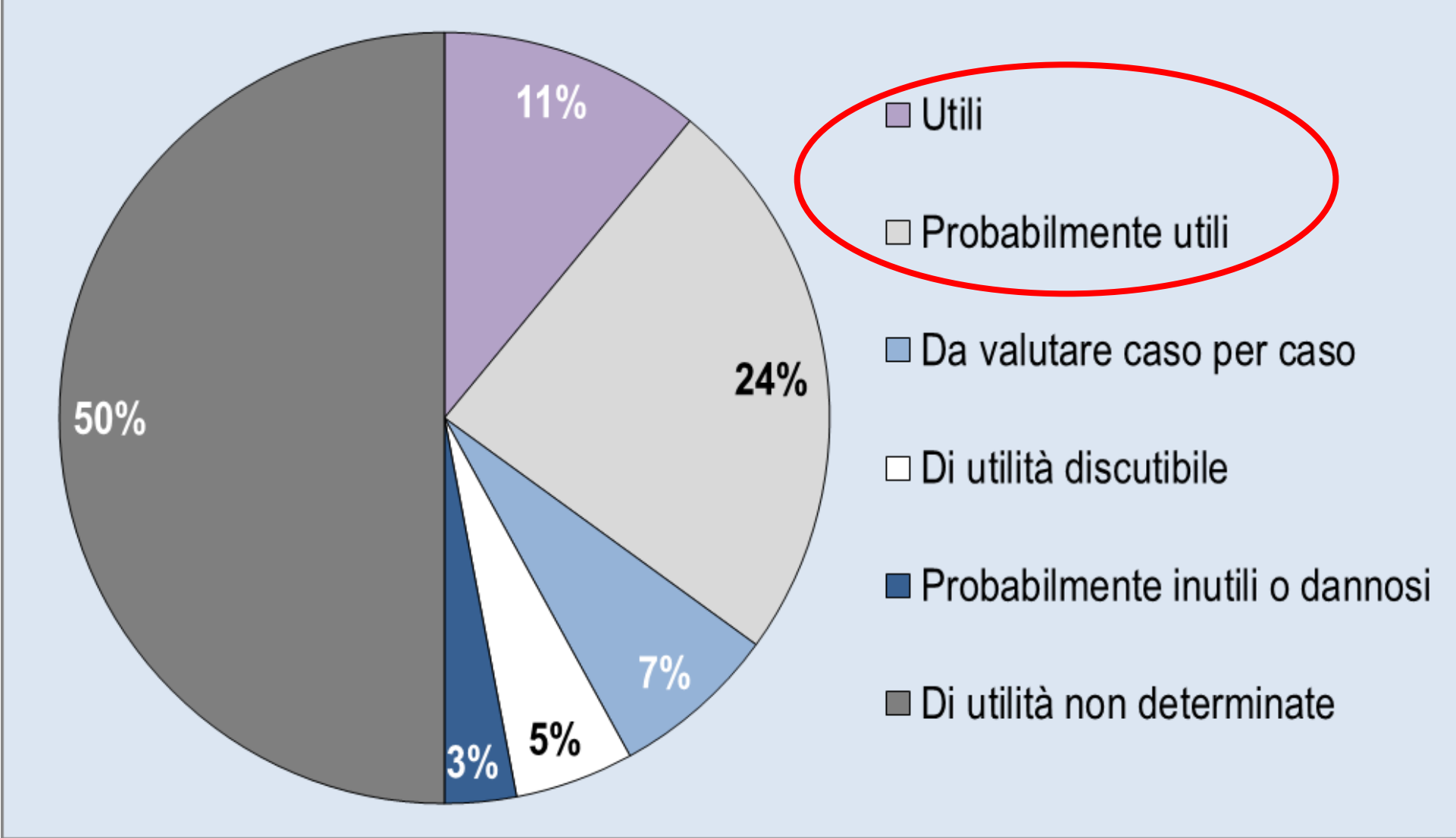
I.pinnarelli@deplazio.it



REGIONE
LAZIO

QUALITÀ DELLE CURE

Cure migliori in termini di
efficacia e sicurezza... al minor
costo possibile e con la migliore
soddisfazione del paziente



Efficacia di 3000 trattamenti, risultati da studi controllati randomizzati selezionati da Clinical Evidence. 2015

Programmi di valutazione comparativa di esito

The image displays three overlapping screenshots of healthcare comparison websites:

- HHS.gov Hospital Compare:** Shows the search interface for hospitals, including a search bar, filters for location and search type, and a "Hospital Spotlight" section.
- Healthgrades:** Displays search results for "Hospitals with Coronary Interventional Procedures (Angioplasty/ Stent) Ratings in New York", showing 67 hospitals found and a list of nearby cities.
- NHS choices:** Shows search results for "Hospital services in and around London for Hip replacement", listing five hospitals with their addresses and distances.

Hospital Name	Address	Distance
University College Hospital	230 Euston Road, London NW1 2BU	2.42 miles away
St Pancras Hospital	4 St. Pancras Way, London NW1 8PC	2.68 miles away
King's College Hospital (Denmark Hill)	Denmark Hill, London SE5 8AS	2.85 miles away
St Mary's Hospital (HQ)	Ford Street, London W2 1NY	3.81 miles away
Royal Brompton Hospital	Sudbury Street, London SW3 6NP	3.98 miles away

Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement

Peter K. Lindenauer, M.D., M.Sc., Denise Remus, Ph.D., R.N.,
Sheila Roman, M.D., M.P.H., Michael B. Rothberg, M.D., M.P.H.,
Evan M. Benjamin, M.D., Allen Ma, Ph.D., and Dale W. Bratzler, D.O., M.P.H.

N Engl J Med 2007;356:486-96.

Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.

Publishing outcome data: is it an effective approach?

Anne Mason MA¹ and Andrew Street PhD²

¹Research Fellow, Centre for Health Economics, Alcuin Block A, University of York, York, UK

²Senior Research Fellow, Centre for Health Economics, Alcuin Block A, University of York, York, UK

© 2006 Blackwell Publishing Ltd

Annals of Internal Medicine

IMPROVING PATIENT CARE

Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care

Constance H. Fung, MD, MSHS; Yee-Wei Lim, MD, PhD; Soeren Mattke, MD, DSc; Cheryl Damberg, PhD; and Paul G. Shekelle, MD, PhD

© 2008 American College of Physicians

Public Release of Clinical Outcomes Data — Online CABG Report Cards

Timothy G. Ferris, M.D., M.P.H., and David F. Torchiana, M.D.

The New England Journal of Medicine

Downloaded from www.nejm.org on October 27, 2010. For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2010 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

Evaluation

Published by:
SAGE Publications

<http://evi.sagepub.com>

Performance Information for Democracy: The Missing Link?

Christopher Pollitt

Evaluation 2006; 12: 38

DOI: 10.1177/1356389006064191

Evaluation

Copyright © 2006

SAGE Publications (London,
Thousand Oaks and New Delhi)

DOI: 10.1177/1356389006064191

Vol 12(1): 38–55

JAMA[®]

Online article and related content
current as of May 25, 2009.

The Public Release of Performance Data: What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence

Martin N. Marshall; Paul G. Shekelle; Sheila Leatherman; et al.

JAMA. 2000;283(14):1866-1874 (doi:10.1001/jama.283.14.1866)

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/283/14/1866>

BMC Public Health



Research article

Open Access

How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews

Olga C Damman^{*1}, Michelle Hendriks¹, Jany Rademakers¹,
Diana MJ Delnoij^{2,3} and Peter P Groenewegen^{1,4}

Published: 20 November 2009

Received: 11 June 2009

BMC Public Health 2009, 9:423 doi:10.1186/1471-2458-9-423

Accepted: 20 November 2009

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/423>

© 2009 Damman et al; licensee BioMed Central Ltd.



Ti trovi in: [Home Mattoni SSN](#) > [I 15 Mattoni SSN](#) > [Mattone 08 - Misura dell'Outcome](#)

Mattoni SSN



Obiettivi generali

Organizzazione

I 15 Mattoni SSN

News

Rassegna stampa

Eventi



Mattone 08 - Misura dell'Outcome

Obiettivi

Questo Mattone ha l'obiettivo di valutare comparativamente e sistematicamente gli esiti di interventi sanitari sia a livello di soggetto erogatore della prestazione sanitaria (produzione) che a livello di popolazione (committenza). In particolare ha la finalità di individuare e sperimentare metodologie appropriate per la definizione, misura e valutazione dell'outcome, mettendo a sistema ciò che già esiste, ma non è attualmente leggibile in maniera sistematica, e progettando ciò che al momento non è ancora disponibile, ma che potrebbe essere utile e applicabile al sistema nazionale. Sia per la *valutazione comparativa degli esiti a livello dei soggetti erogatori* che per la *valutazione comparativa degli esiti a livello della popolazione* assumono rilievo particolare gli obiettivi di fornire:

- al cittadino una visione trasparente dell'offerta di servizi e di prestazioni del SSN, a diversi livelli: attraverso i suoi soggetti erogatori pubblici e privati, per aree geografiche o regioni, monitorando eventuali modificazioni temporali.
- ai decisori istituzionali strumenti validi per scelte di programmazione, accreditamento, autorizzazioni, impiego delle risorse disponibili.

Gruppo di Lavoro Ristretto

[Istituto Superiore di Sanità](#) (Capogruppo), [ASL ROMA E](#) (Direzione Scientifica), Regione [Campania](#), Regione [Friuli Venezia Giulia](#), Regione [Sicilia](#), Regione [Lombardia](#), [Ministero della Salute](#), [ASSR](#).

Principali linee di attività (per ciascuna attività è disponibile la documentazione approvata in Cabina di Regia)

- [Analisi della situazione attuale](#)
- [Selezione di un primo gruppo di patologie/trattamenti/indicatori](#)
- [Indicatori di bassa complessità](#)
- [Indicatori di media e alta complessità](#)

Stato avanzamento Mattone

Attività concluse

Documentazione finale

Il Mattone Misura dell'outcome ha concluso l'attività con l'approvazione da parte della Cabina di Regia il 21 Febbraio 2007 della documentazione finale:

- [Risultati dello studio dei 43 indicatori selezionati](#) (pdf, 2500 KB)
- [Allegati ai risultati](#) (zip, 1200 KB)

E' inoltre disponibile la [Presentazione alla Cabina di Regia del 21.02.2007](#) (pdf, 2900 KB)



Istituto Superiore
di Sanità



ASL ROMA E

I 15 Mattoni

01 - Classificazione delle strutture

02 - Classificazione delle prestazioni ambulatoriali

03 - Evoluzione del sistema DRG nazionale

04 - Ospedali di Riferimento

05 - Standard minimi di quantità di prestazioni

06 - Tempi di attesa

07 - Misura dell'appropriatezza

08 - Misura dell'Outcome

09 - Realizzazione del Patient File

10 - Prestazioni farmaceutiche

11 - Pronto soccorso e sistema 118

12 - Assistenza residenziale e semiresidenziale

13 - Assistenza primaria e prestazioni domiciliari

14 - Misura dei costi del SSN

15 - Assistenza sanitaria collettiva



Dipartimento di
Epidemiologia
del Servizio Sanitario
Regionale



Azienda
Sanitaria
Locale
ROMA



LAZIOSANITÀ
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Guida alla lettura

Geografia

Fonti informative

Criteri di record linkage

Metodi statistici

Indicatori di Esito

Risultati per indicatore

Risultati per struttura

Risultati per area di residenza

Confronto temporale

Andamento temporale

Appendice



Programma Nazionale Esiti

Edizione 2023 **Versione 1.1.2**

[Home](#)

[Documentazione ▾](#)

[Assistenza Ospedaliera ▾](#)

[Assistenza Territoriale](#)

[Equità](#)

[Sperimentazione](#)

**PNE è uno strumento di valutazione
a supporto di programmi di audit
clinico e organizzativo**

[Report PNE ed. 2023](#)



LEGGE 189/2012

...“ ciascuna regione promuove un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in raccordo con il **Programma Nazionale di valutazione di Esiti** dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e con il coinvolgimento dei direttori di dipartimento”...





La mappa non è il territorio

Alfred Korzybski



Definizione e costruzione di indicatori basati su sistemi informativi sanitari

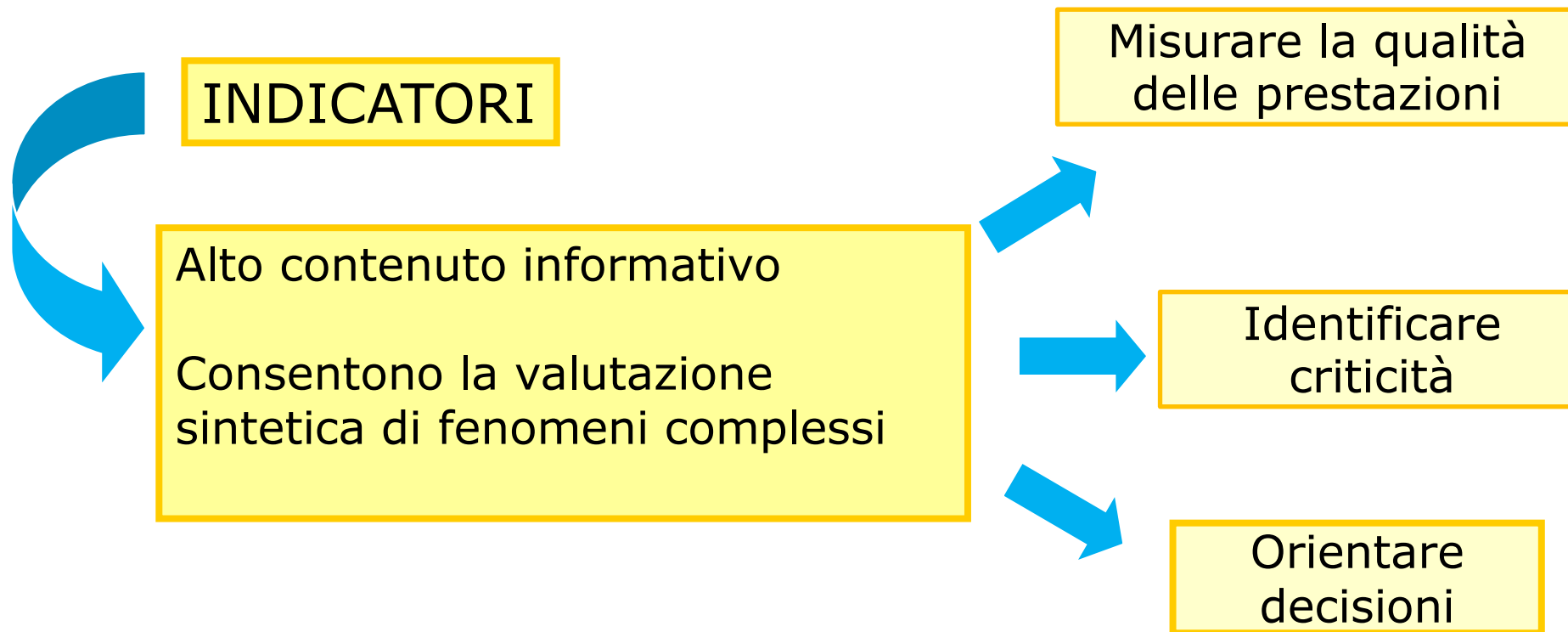
Luigi Pinnarelli

Dipartimento di Epidemiologia
del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio

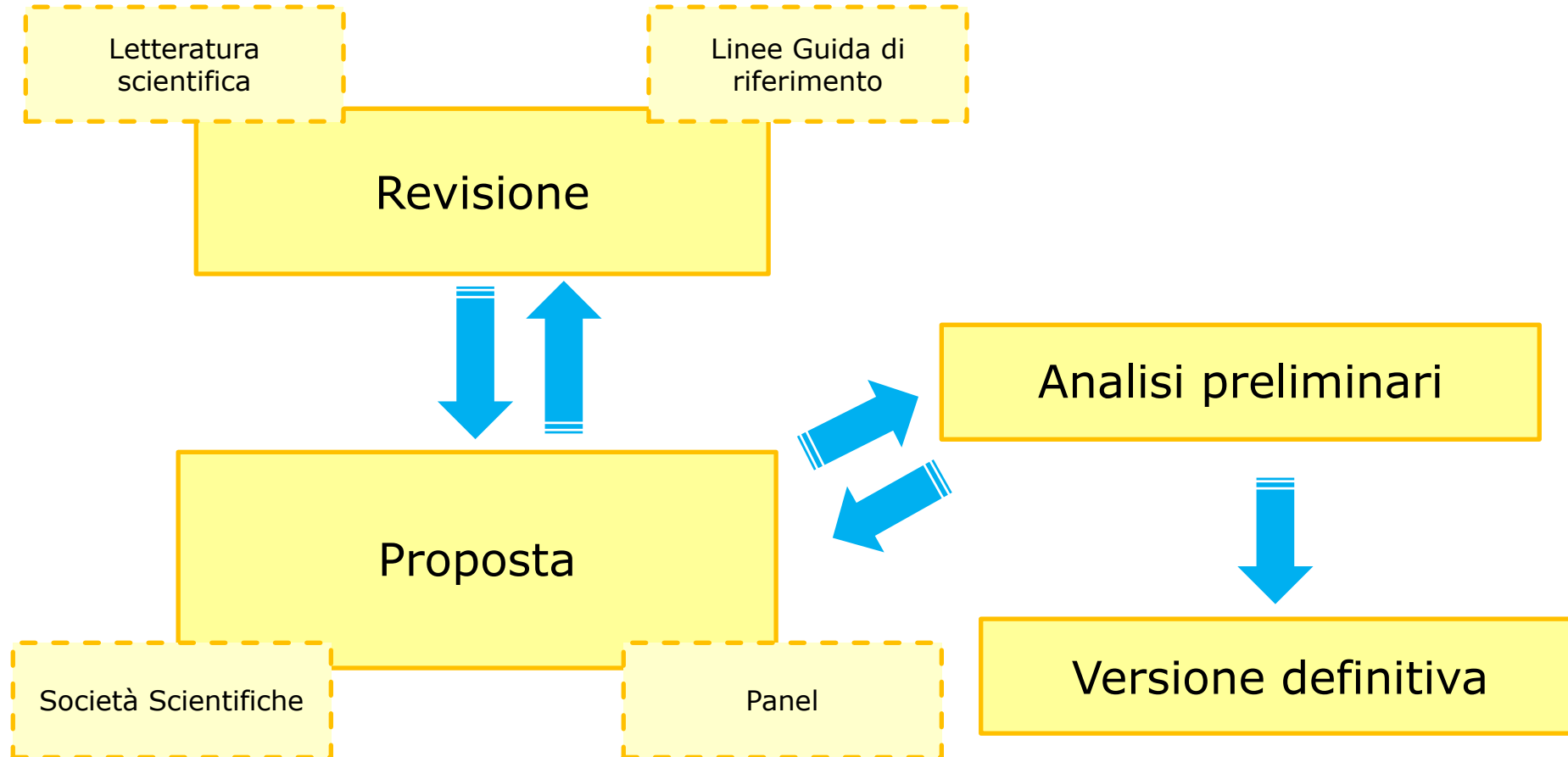
l.pinnarelli@deplazio.it

Analisi per struttura
- Funzione di produzione





Indicatori: disegno e costruzione



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



Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

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

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
 - 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 Farmaceutica**
 - 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.
 - FLUSSO FARMED
 - Erogazione diretta

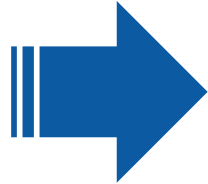
- **Rapporto Accettazione-Dimissione per la Riabilitazione del Lazio (RAD-R)**
 - ricoveri in riabilitazione intensiva post-acuzie presso strutture autorizzate
 - informazioni anagrafiche, relative al ricovero, cliniche all'accettazione ed alla dimissione.

G.I.G.O

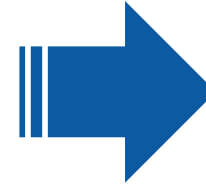
“Garbage In – Garbage Out”



GARBAGE DATA



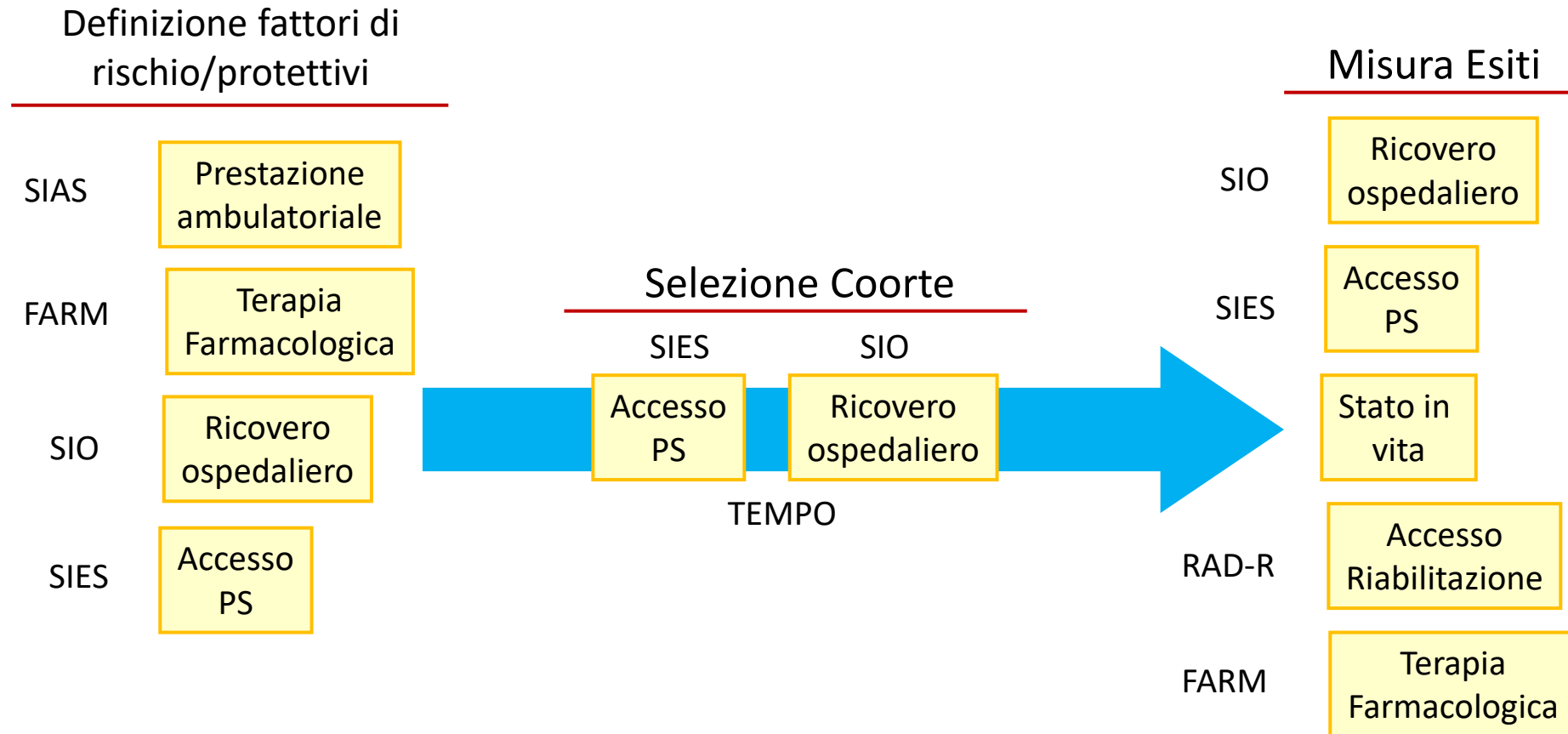
PERFECT MODEL

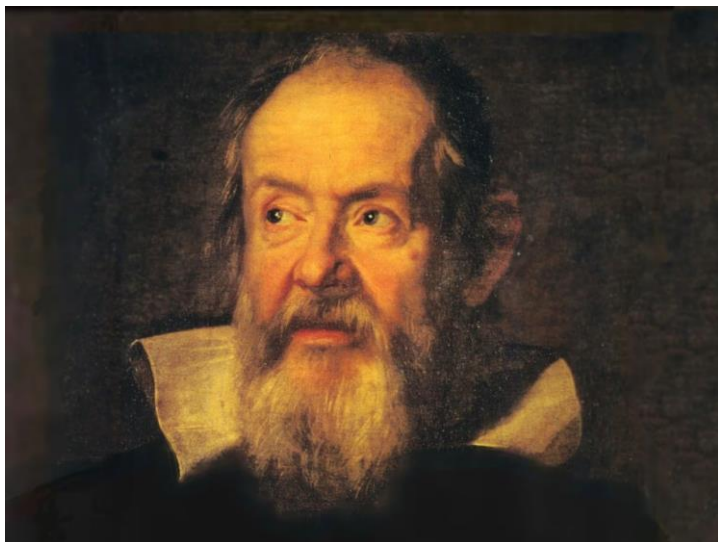


GARBAGE RESULTS

APPROCCIO LONGITUDINALE

Studio di coorte





*«Misura ciò che è misurabile, e
rendi misurabile ciò che non lo è.»*

Galileo Galilei

Numeratore

Definizione dell'esito

Indicatori di esito

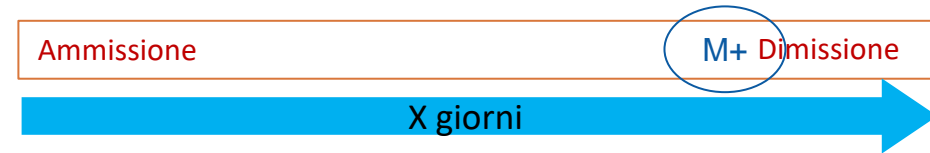
- Misurano il risultato di un processo assistenziale in termini di **esiti clinici**:
 - Mortalità
 - Morbosità
 - Complicanze
- L'interpretazione è variabile, i.e. misurano performance del reparto/operatore (by pass) o del percorso clinico/organizzativo (IMA)
- La robustezza degli indicatori di esito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

Definizione del numeratore

Mortalità

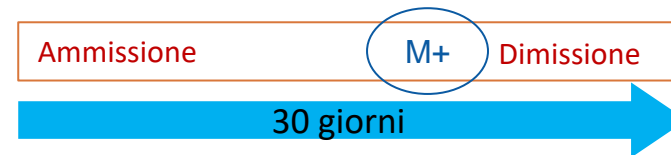
- Prima della dimissione

- Tempi di follow up diversi
- Trasferimenti



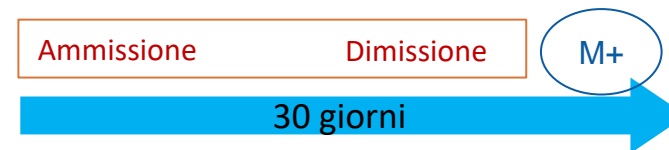
- intra-ospedaliera a 30 giorni dall'ammissione

- prima della dimissione
- Under-reporting

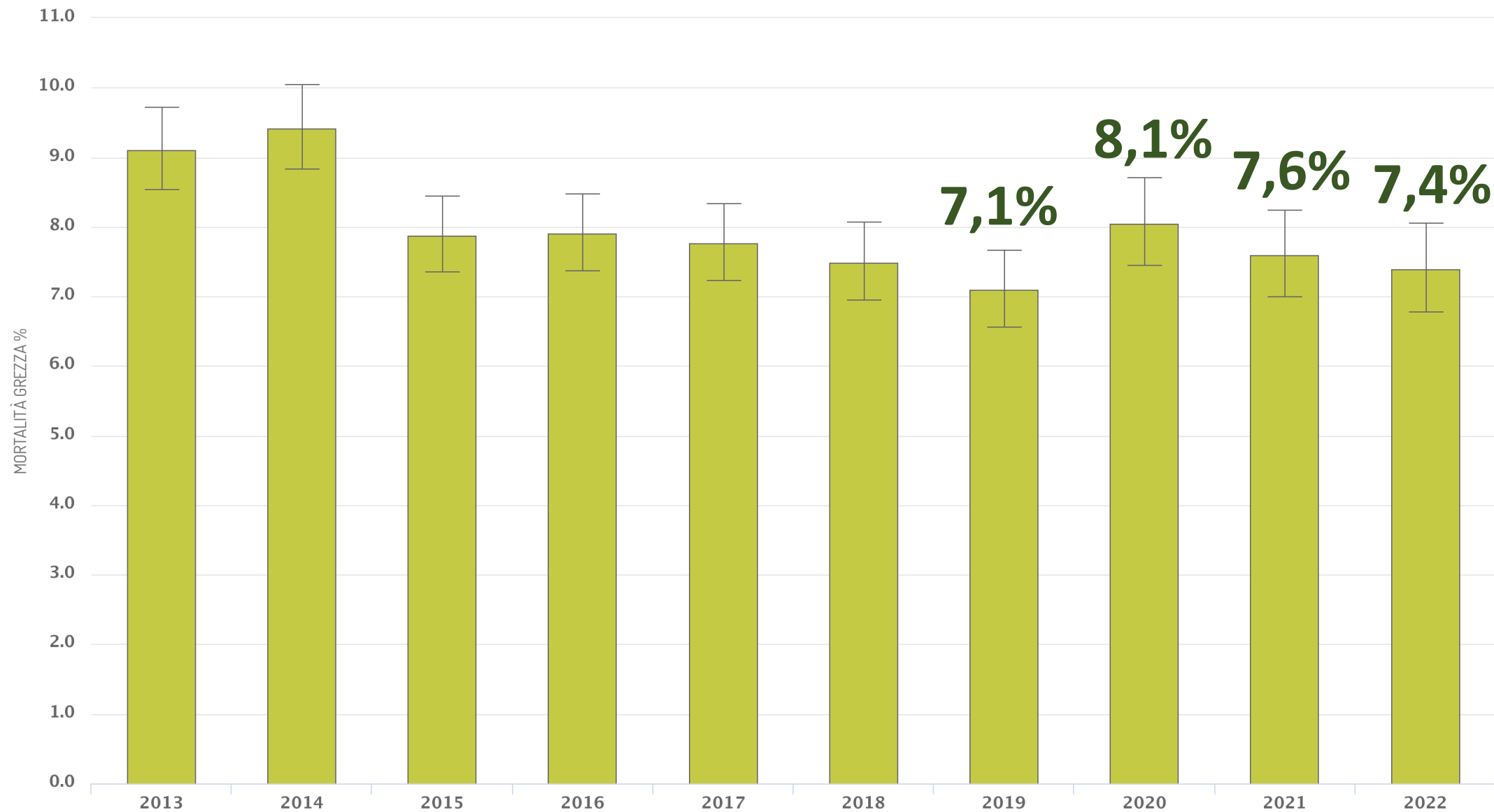


- 30 giorni dall'ammissione

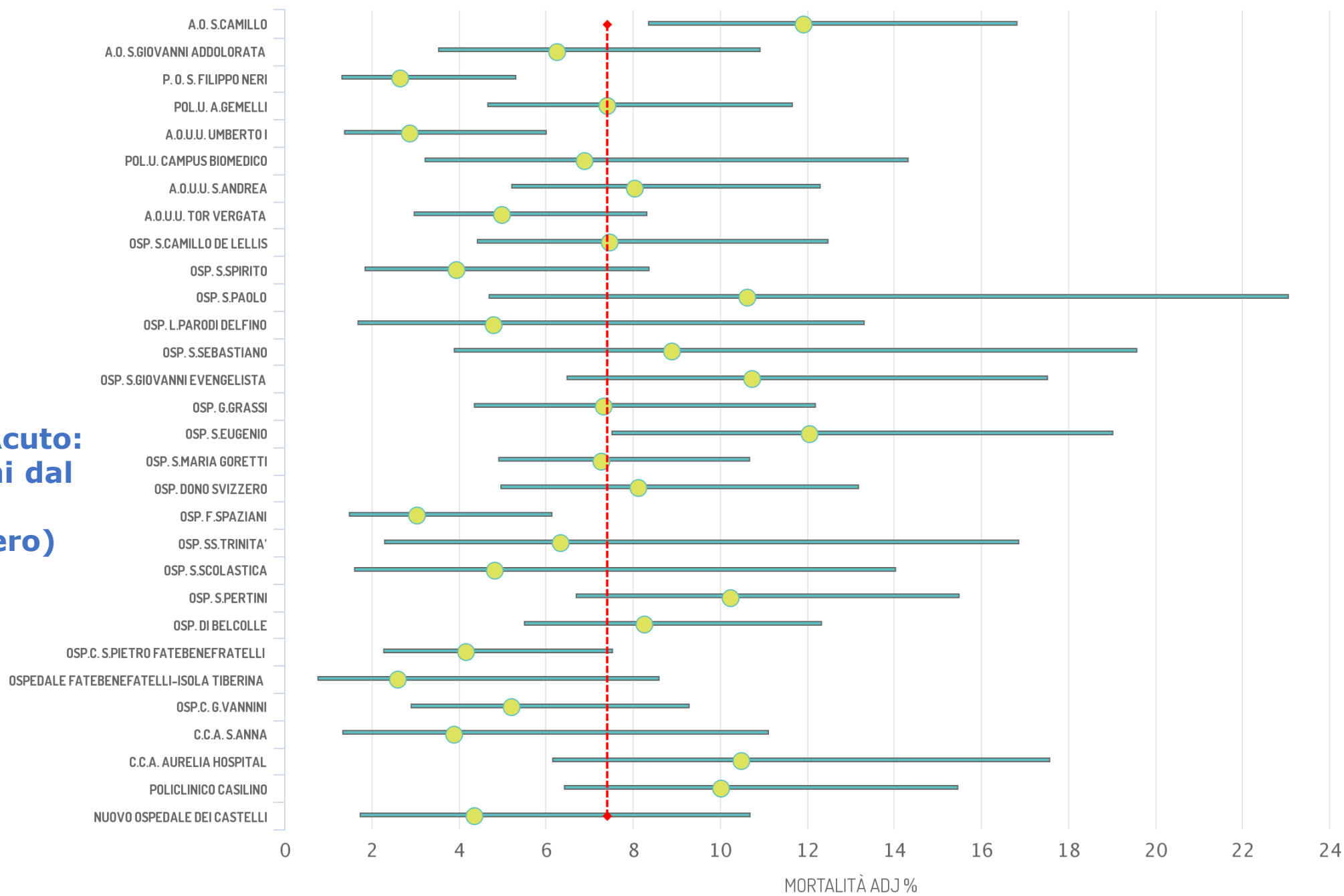
- richiede l'integrazione di diverse fonti



INFARTO MIOCARDICO ACUTO: MORTALITÀ A 30 GIORNI DAL PRIMO ACCESSO (STRUTTURA DI RICOVERO) Lazio 2013 - 2022

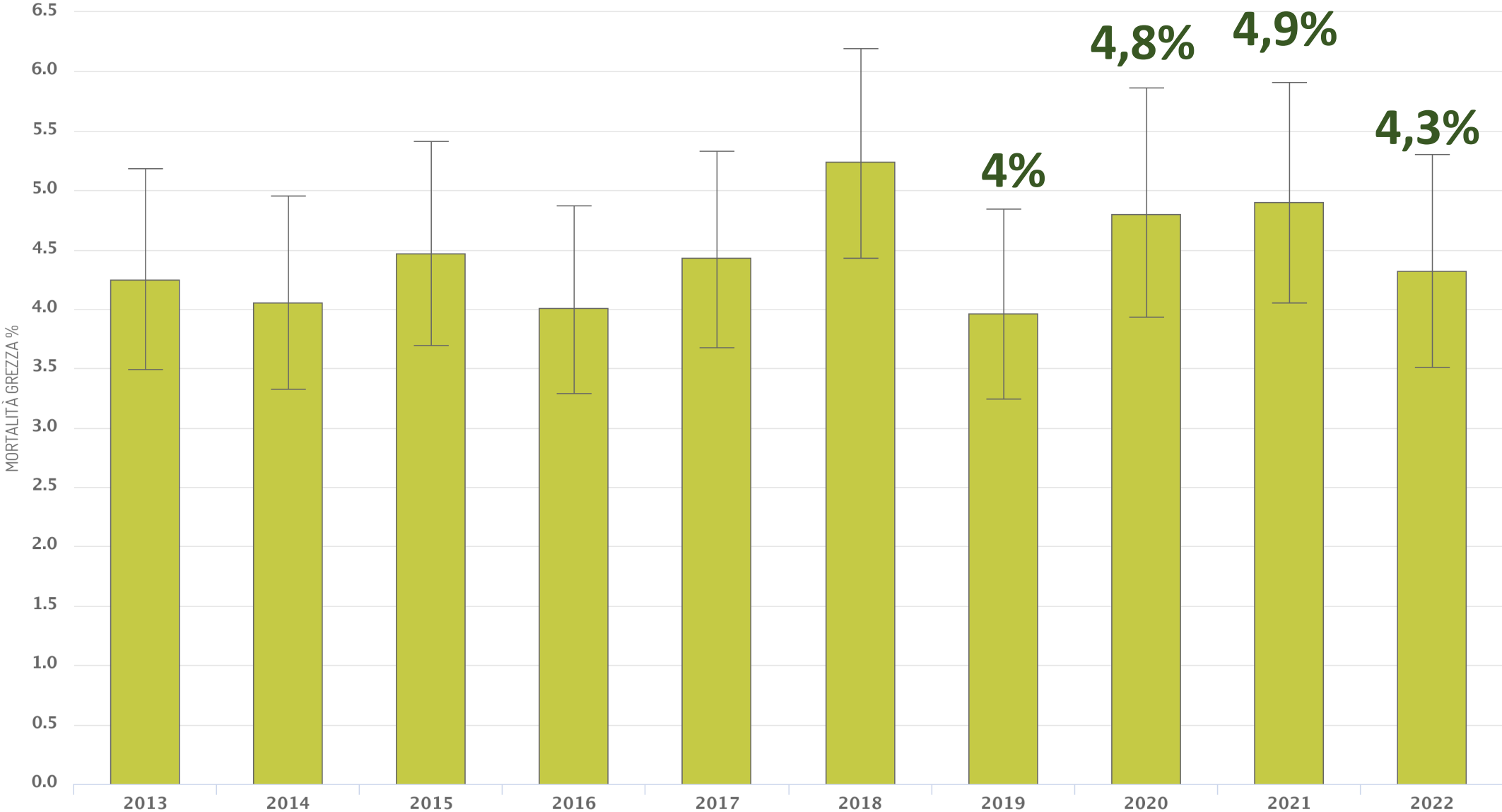


Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal primo accesso (struttura di ricovero) Lazio 2022



● IC 95%
● Mortalità adj %
— Media regionale

Intervento per TM colon: mortalità a 30 giorni Lazio 2013-2022



- Definizione

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.

- Livello di analisi

Struttura di ricovero

Area di residenza

- Periodicità

Biennale

- Fonti informative

Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (SIES)

Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica (SIAS)

Anagrafe Tributaria.

- Intervalli di osservazione

Reclutamento: dimissioni dal 1 gennaio 2013 al 31

Ricostruzione della storia clinica: 5 anni precedenti

Follow-up: 30 giorni a partire dalla data di intervento

Definizione di esito

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.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tipo assistenza: acuti

Modalità ricovero: ordinario

Sede struttura di ricovero: regione Lazio

Codici ICD-9-CM nel ricovero indice: diagnosi principale o secondaria di tumore maligno del colon (153, 197.5) ed intervento di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (45.7, 45.8, 45.9, 46.03, 46.04, 46.1).

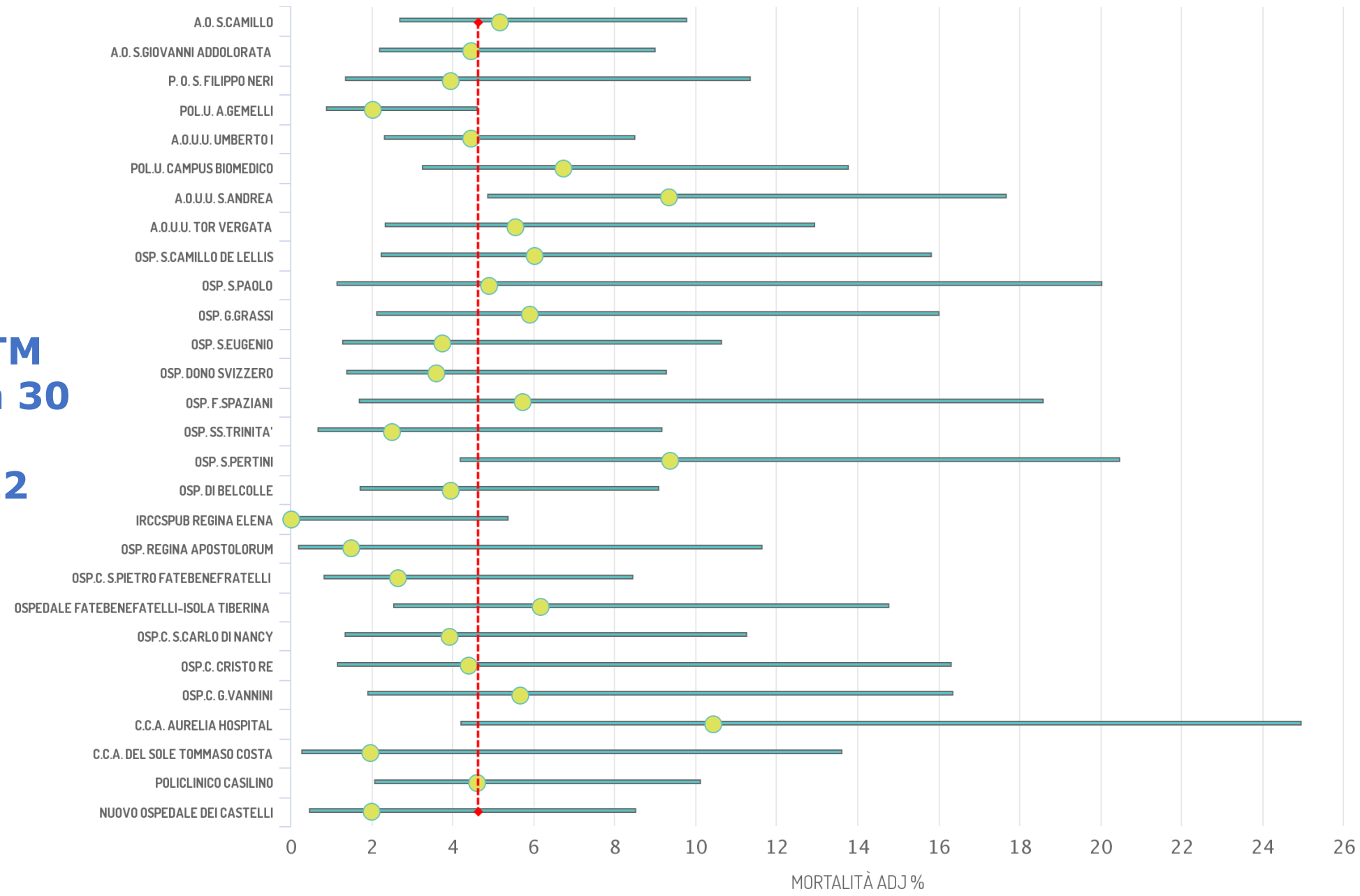
Attribuzione dell'esito

Struttura in cui è stato eseguito l'intervento.

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) Ricoveri di pazienti non residenti nella regione Lazio;
- 2) Ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;

Intervento per TM colon: mortalità a 30 giorni Lazio 2021-2022



● IC 95%
● MORTALITÀ ADJ %
-+ MEDIA REGIONALE

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**.

ACC/AHA Performance Measures for Adults With ST-Elevation and NonST-Elevation Myocardial Infarction

Acute myocardial infarction (AMI) patients with ST-segment elevation or LBBB on the ECG closest to arrival time receiving primary PCI during the hospital stay with **a time from hospital arrival to PCI of 90 minutes or less**

Numerator	AMI patients whose time from hospital arrival to primary PCI is 90 minutes or less.
Denominator	AMI patients with ST-segment elevation or LBBB on ECG who received primary PCI. Included populations: Discharge with: • An ICD-9-CM Principal Diagnostic Code for AMI as defined in Table 4 AND • PCI (ICD-9-CM Procedure Code) for PCI AND • ST-segment elevation or LBBB on the ECG performed closest to hospital arrival AND • PCI performed within 24 hours after hospital arrival. Excluded populations: • Patients less than 18 years of age • Patients received in transfer from the inpatient, outpatient, or emergency department of another facility • Patients administered fibrinolytic agent prior to PCI • PCI described as non-primary by a physician/advanced practice nurse/physician assistant (physician/APN/PA) • Patients who did not receive PCI within 90 minutes and had a reason for delay documented by a physician APN/PA (eg, social, religious, initial concern or refusal, cardiopulmonary arrest, balloon pump insertion, respiratory failure requiring intubation).
Period of Assessment	Within 24 hours after hospital arrival.
Source of Data	Administrative data and medical records.
Rationale	
Acute reperfusion therapy for patients with STEMI significantly reduces the risk of death. This benefit is most effective when provided promptly after presentation.	
Corresponding Guideline(s)	

Excluded populations:

- Patients less than 18 years of age
- Patients received in transfer from the inpatient, outpatient, or emergency department of another facility
- Patients administered fibrinolytic agent prior to PCI
- PCI described as non-primary by a physician/advanced practice nurse/physician assistant (physician/APN/PA)
- Patients who did not receive PCI within 90 minutes and had a reason for delay documented by a physician APN/PA (eg, social, religious, initial concern or refusal, cardiopulmonary arrest, balloon pump insertion, respiratory failure requiring intubation)

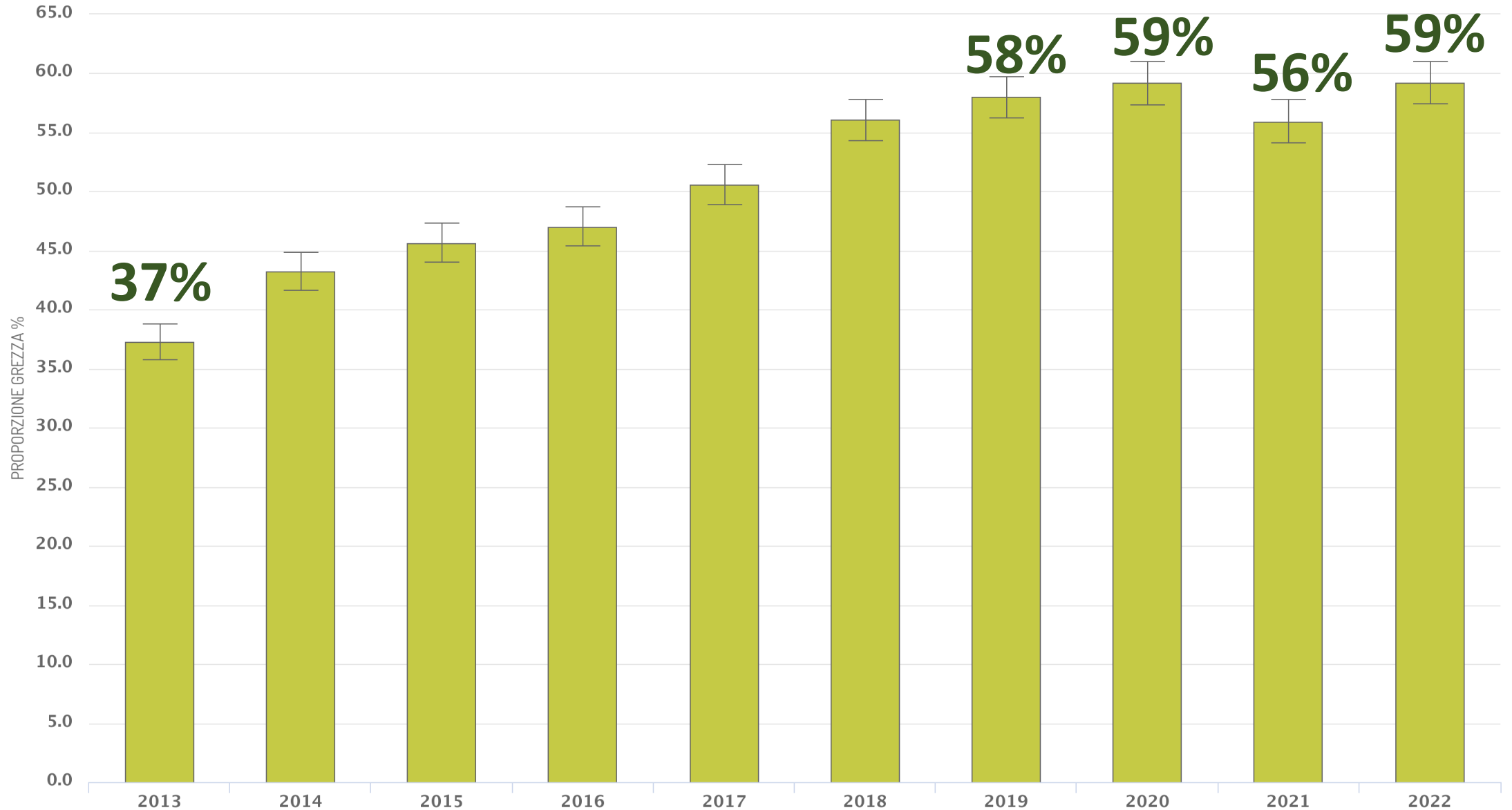
2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction

Class I

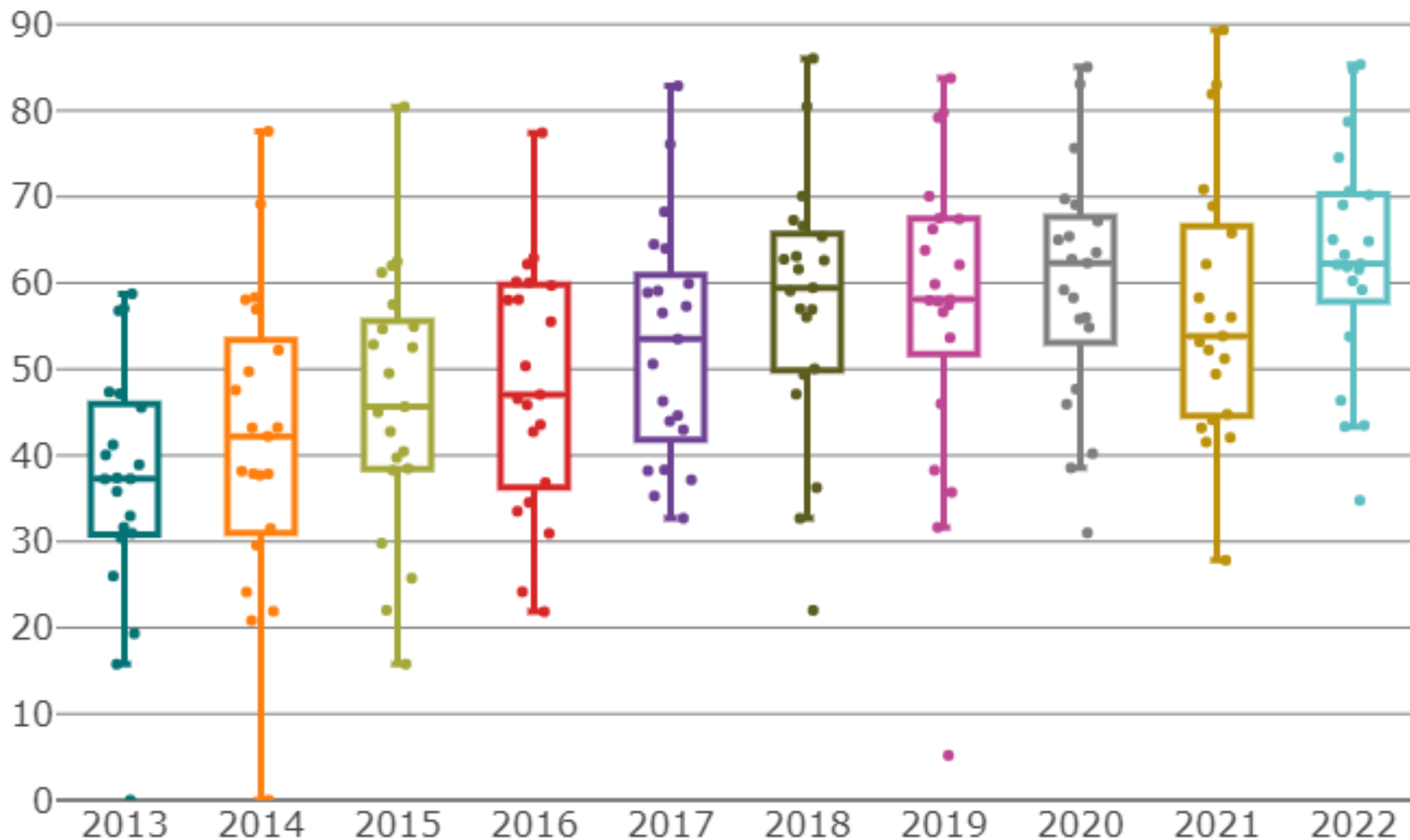
If immediately available, primary PCI should **be performed in patients with STEMI** (including true posterior MI) or MI with new or presumably new LBBB who can undergo PCI of the infarct artery within 12 hours of symptom onset, if performed in a timely fashion (balloon inflation **within 90 minutes of presentation**) by **persons skilled in the procedure** (individuals who perform more than 75 PCI procedures per year). The procedure should be supported by experienced personnel in an appropriate laboratory environment (performs **more than 200 PCI procedures per year**, of which at least 36 are primary PCI for STEMI, and has cardiac surgery capability). (Level of Evidence: A)

Base-to-Data (ECG) Time
 ACC/AHA 2004 STEMI Guidelines (practice in effect)²⁸
 Class I
 A 12-lead ECG should be performed and shown to an on-call emergency physician within 10 minutes of emergency department arrival for all patients with chest discomfort (or anginal equivalent) who are suspected of having AMI.
 ACC/AHA 2007 UA/NSTEMI Class I
 A 12-lead ECG should be performed and shown to an on-call emergency physician within 10 minutes of emergency department arrival for all patients with chest discomfort (or anginal equivalent) who are suspected of having AMI.
 Indications for Primary PCI
 ACC/AHA 2004 STEMI Class I
 If immediately available, primary PCI of the infarct artery is preferred to fibrinolytic therapy in patients with STEMI who are not receiving fibrinolytic therapy (Level of Evidence: A).
 Data-to-Decision Time
 ACC/AHA 2004 STEMI Class I
 All STEMI patients should receive primary PCI as soon as possible (Level of Evidence: A).
 ACC/AHA 2007 UA/NSTEMI Class I
 Patients with definite ACS should receive primary PCI as soon as possible (Level of Evidence: A).

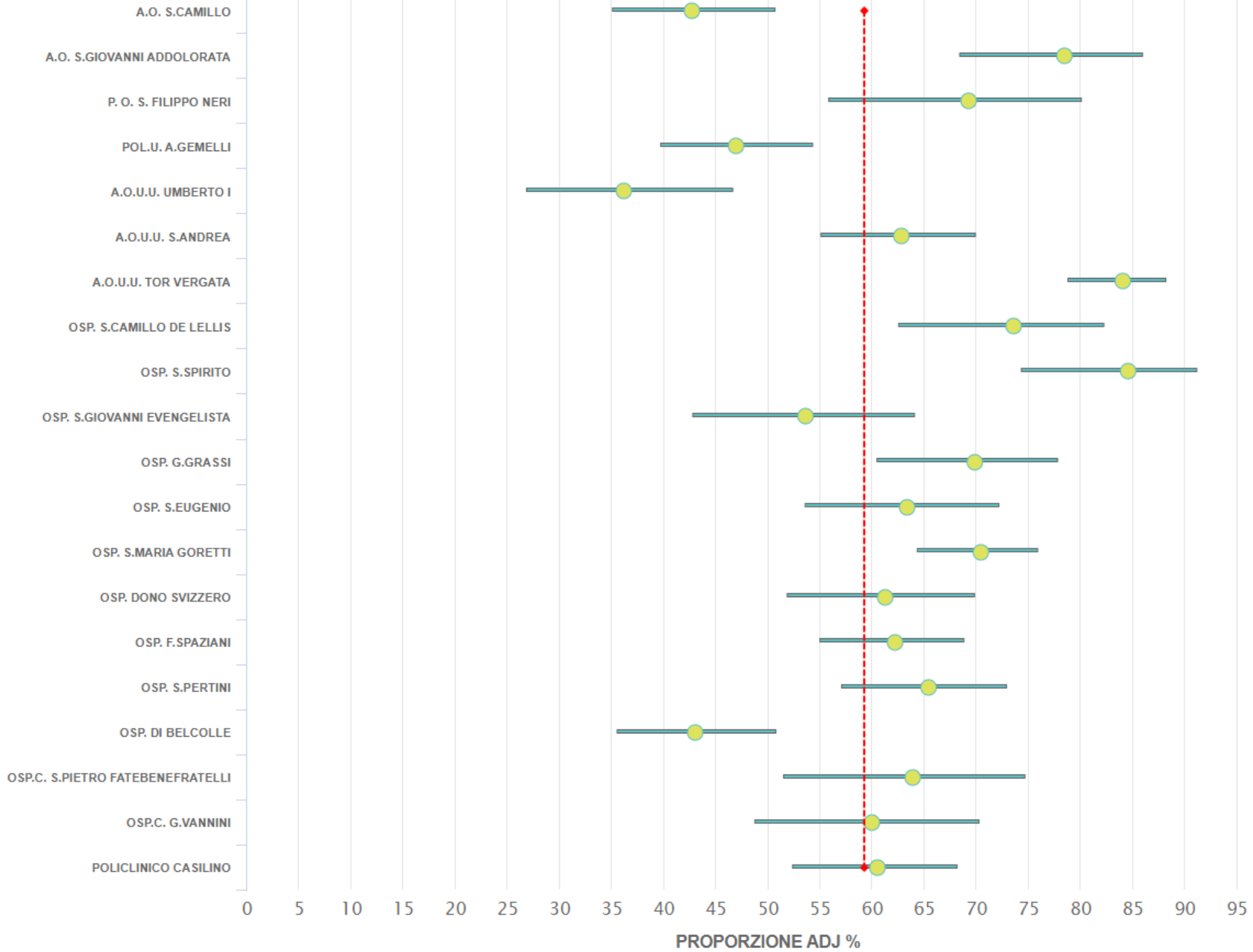
STEMI: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 90 MINUTI (STRUTTURA DI RICOVERO) Lazio 2013 - 2022



STEMI: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 90 MINUTI (STRUTTURA DI RICOVERO) LAZIO 2013 - 2022



**STEMI: PROPORZIONE DI TRATTATI
CON PTCA ENTRO 90 MINUTI
(STRUTTURA DI RICOVERO)
Lazio 2022**



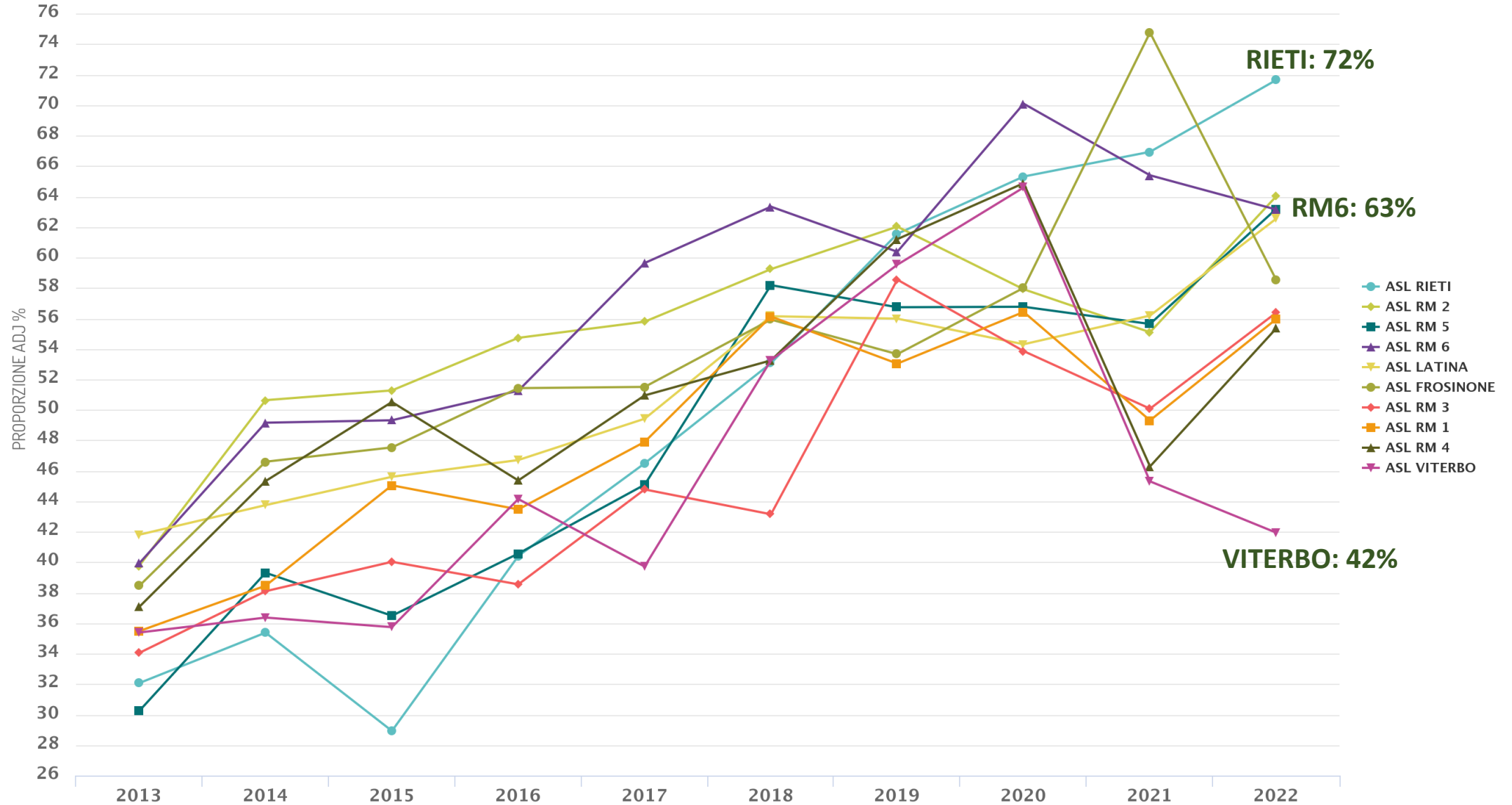
● IC 95%
● PROPORZIONE ADJ %
-♦- MEDIA REGIONALE

**STEMI: PROPORZIONE DI TRATTATI
CON PTCA ENTRO 90 MINUTI
(STRUTTURA DI ACCESSO)
Lazio 2022**



● IC 95%
● PROPORZIONE ADJ %
+ MEDIA REGIONALE

STEMI: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 90 MINUTI (STRUTTURA DI RICOVERO) ANALISI PER ASL DI RESIDENZA Lazio 2013 - 2022



CMAJ

RESEARCH

Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis

Nicole Sim
Emil Scher
Previously pu

- migliori outcome funzionali
- minore durata del dolore
- minori complicanze post-operatorie
- riduzione mortalità

OPEN ACCESS

RESEARCH ARTICLE

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

Lorenzo Moja , Alessandra Piatti, Valentina Pecoraro, Cristian Ricci, Gianni Virgili, Georgia Salanti, Luca Germagnoli, Alessandro Liberati †, Giuseppe Banfi

management of hip fracture in adults

METHODS, EVIDENCE & GUIDANCE

line Centre

7

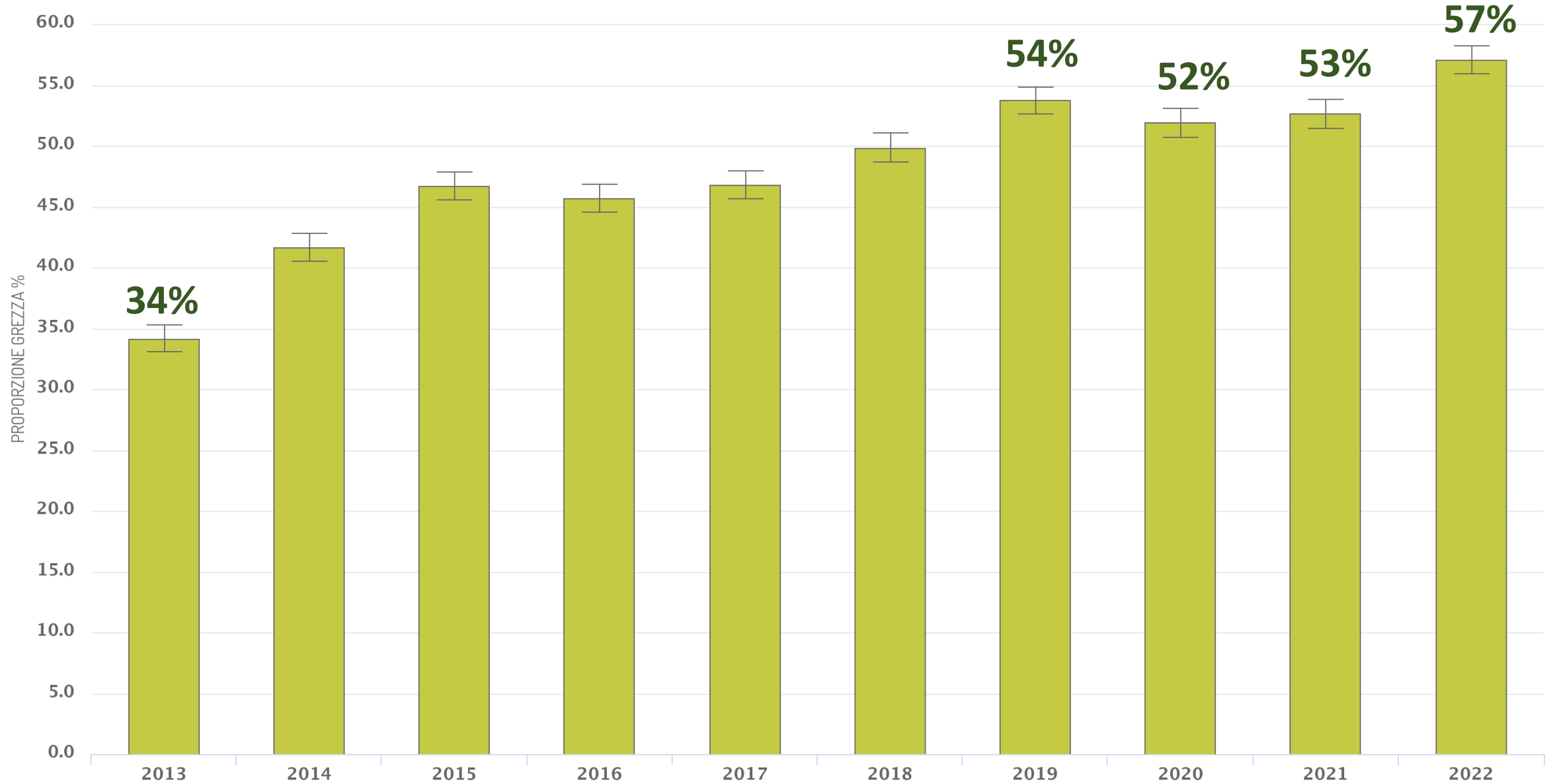
VIEWS

CITATION

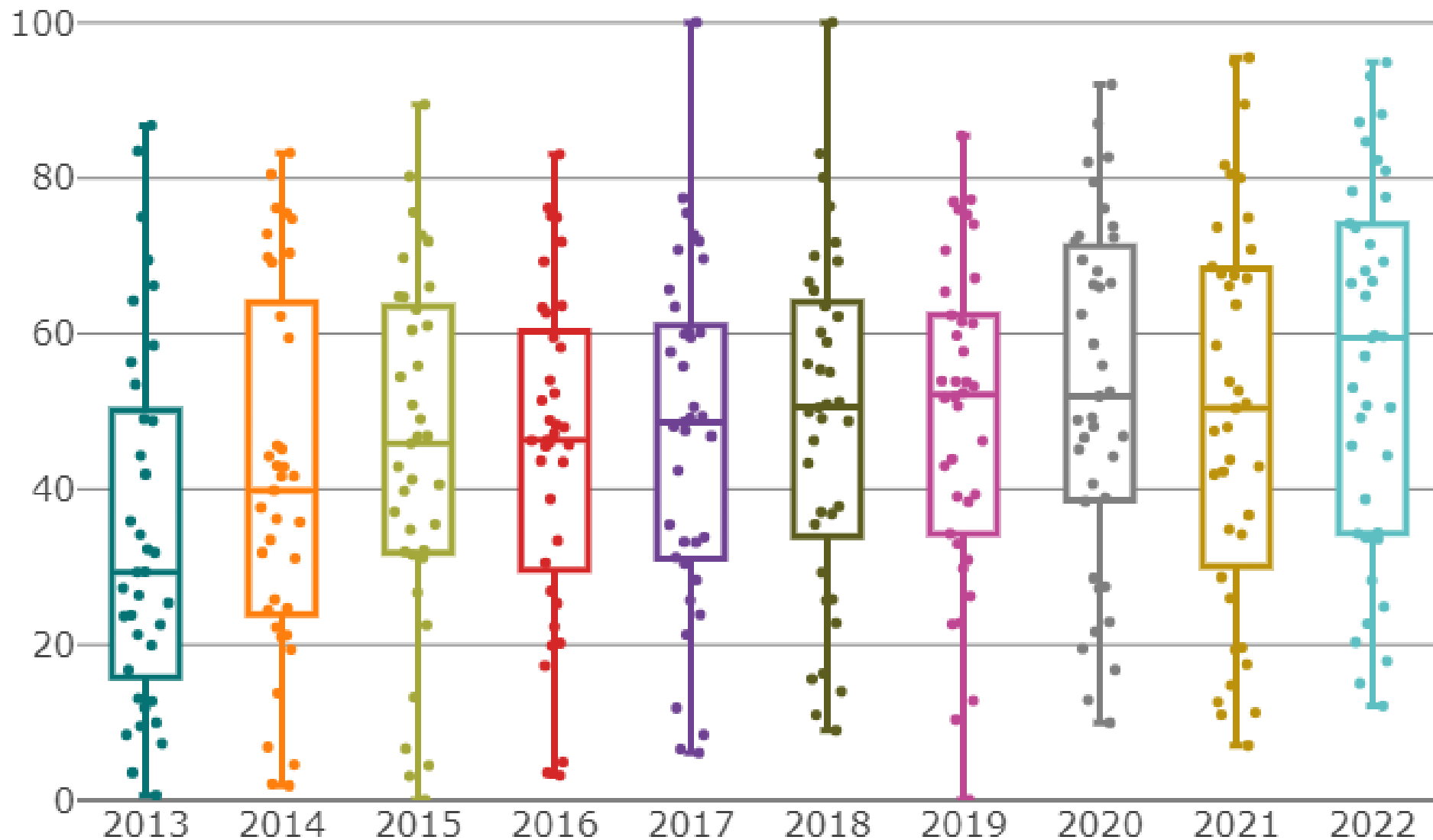
SAVES

All Rights Reserved

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 48 ORE (STRUTTURA DI RICOVERO) Lazio 2013 - 2022

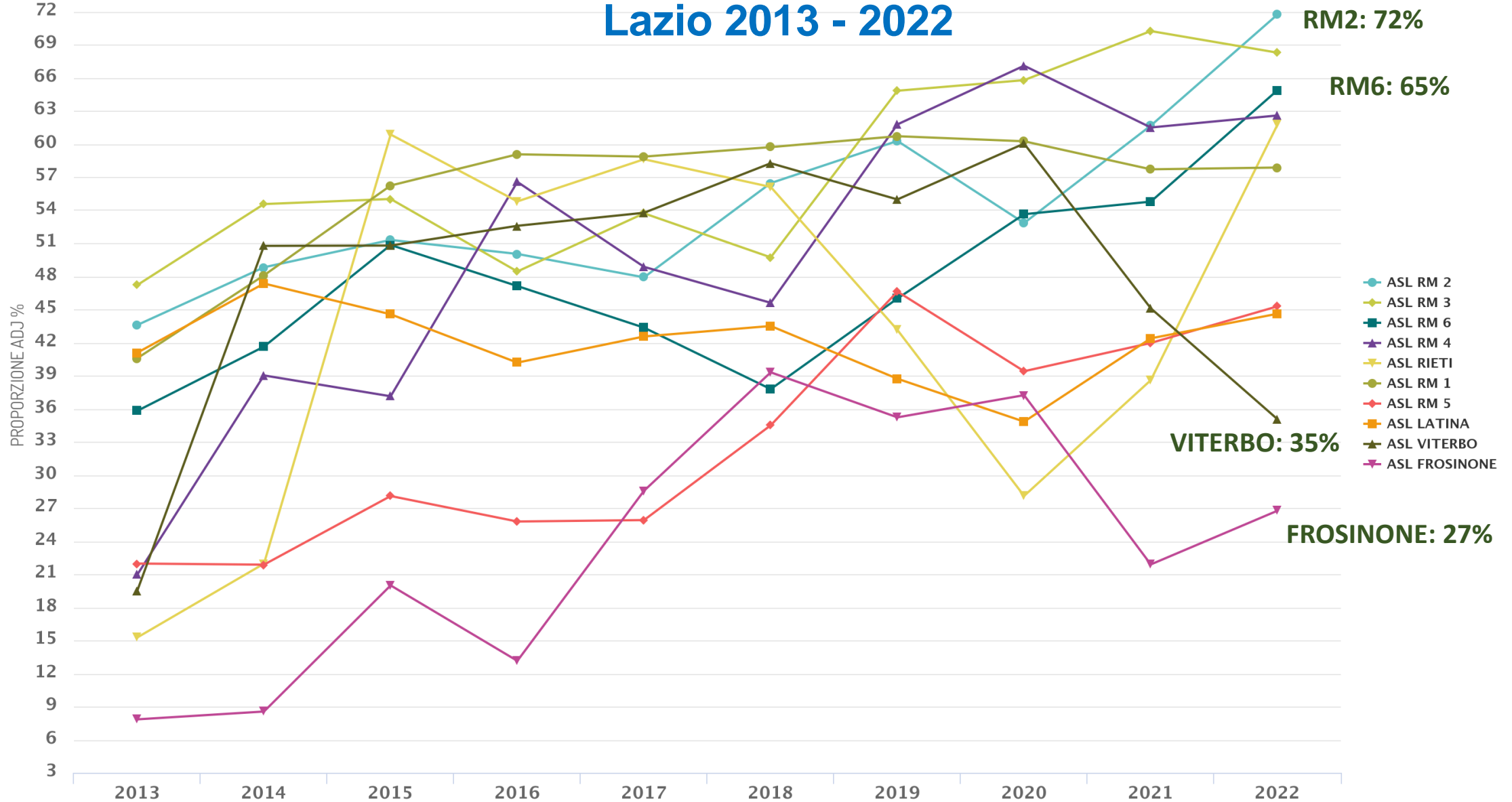


Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (struttura di ricovero) Lazio 2013 - 2022



FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 48 ORE (STRUTTURA DI RICOVERO) ANALISI PER ASL DI RESIDENZA

Lazio 2013 - 2022



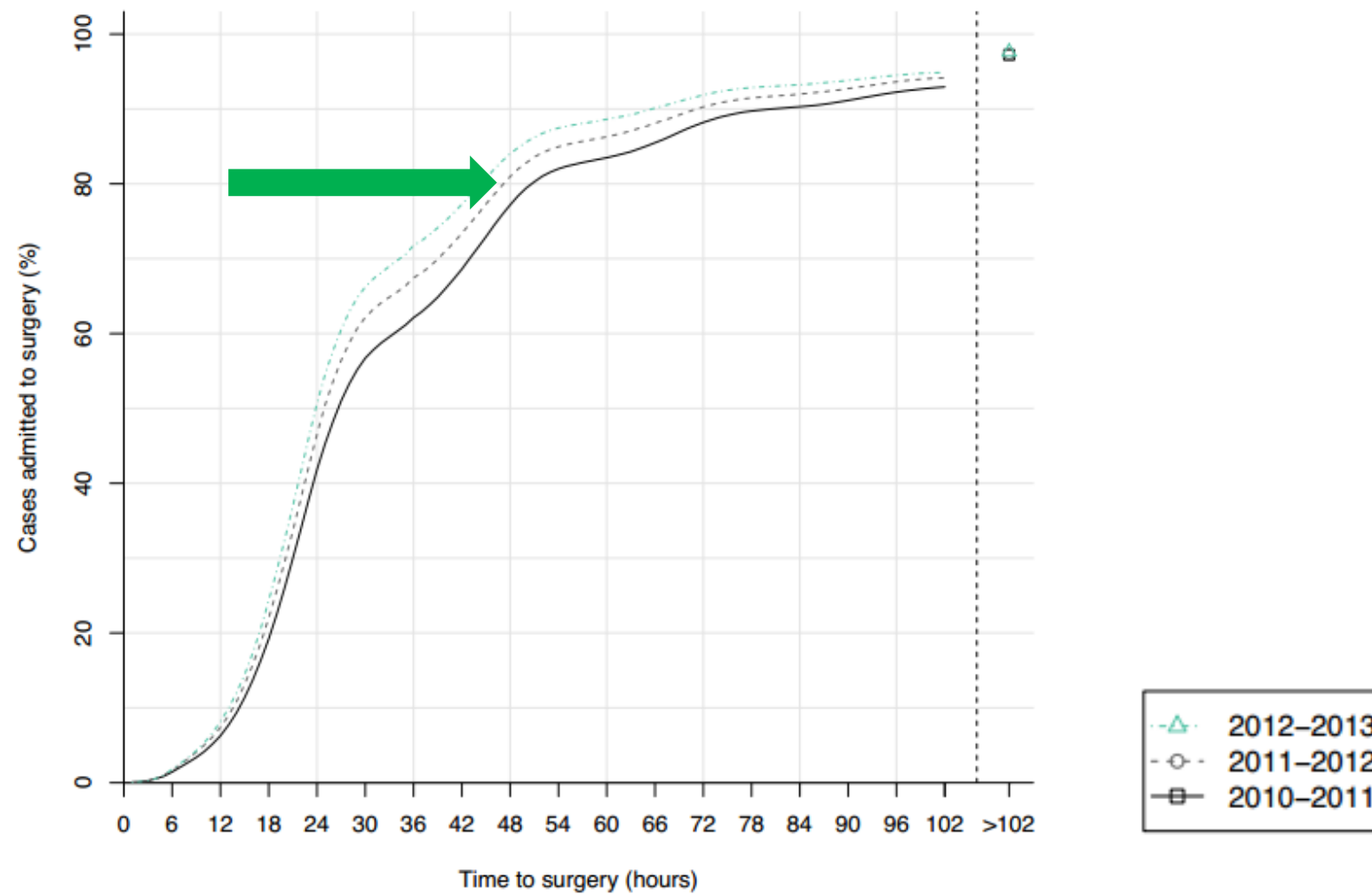
Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

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

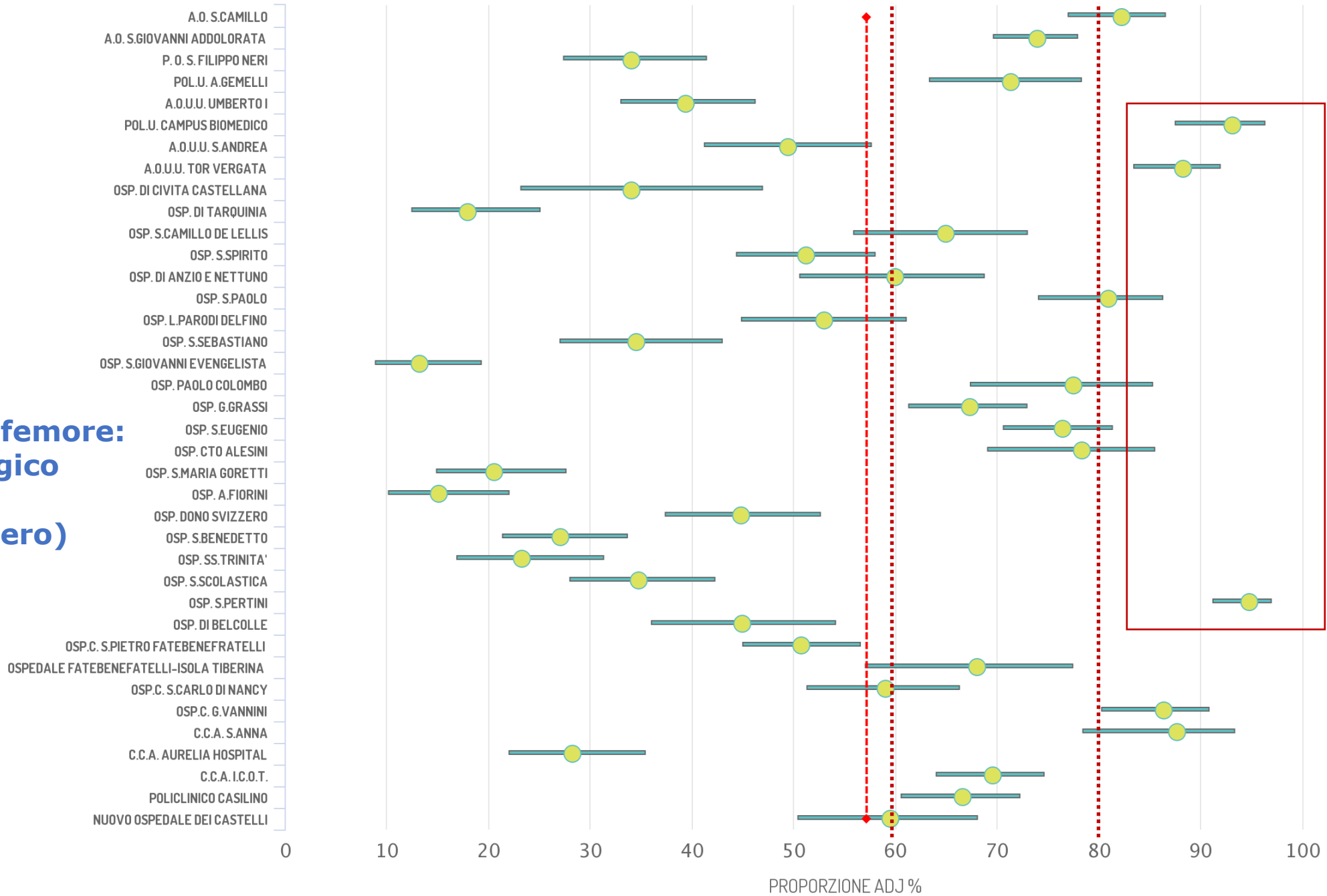
e le seguenti soglie di rischio di esito:

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%

Chart 10 – Cumulative time to surgery



Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (struttura di ricovero) Lazio 2022



● IC 95%
● PROPORZIONE ADJ %
+ MEDIA REGIONALE

Denominatore

Selezione della coorte

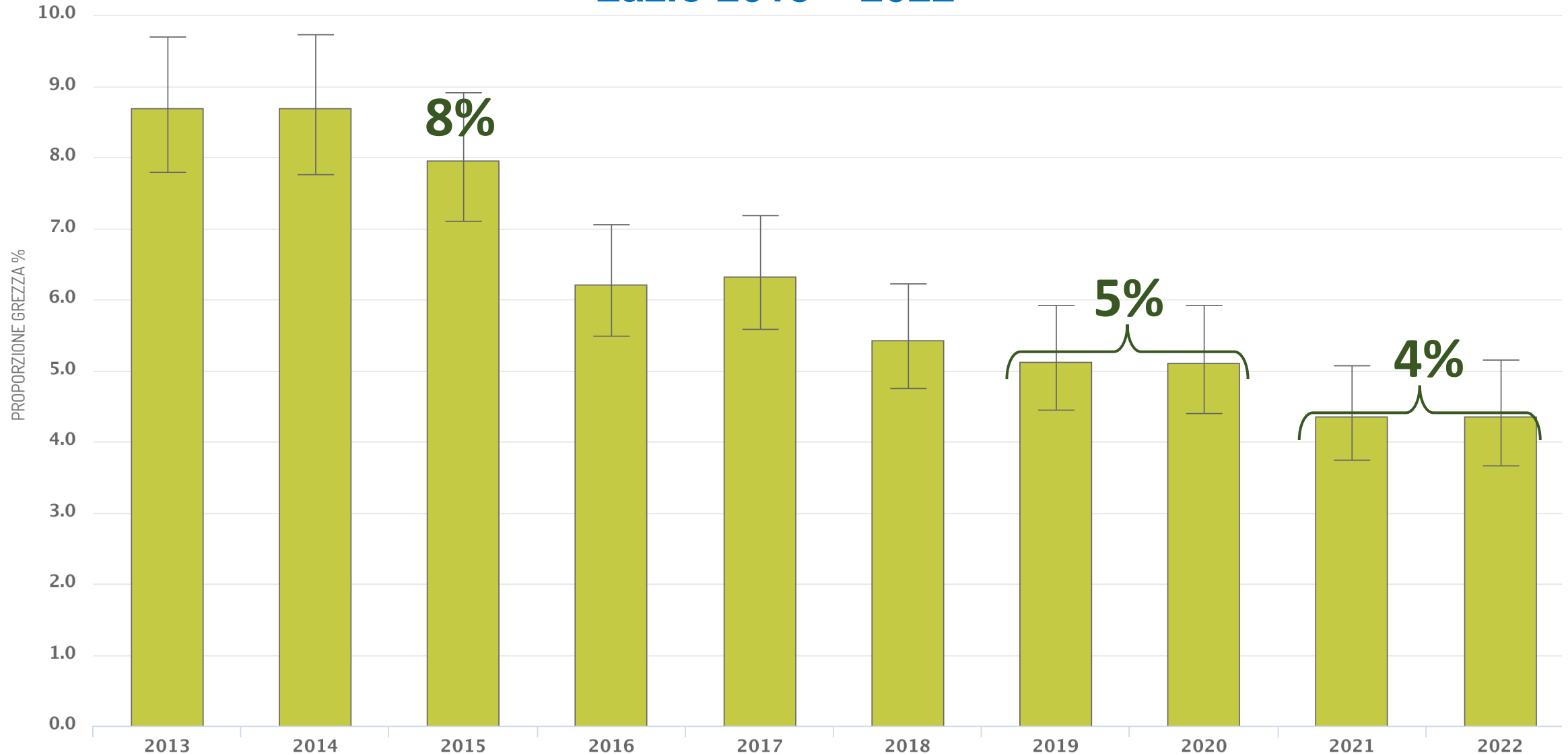
Definizione del denominatore

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

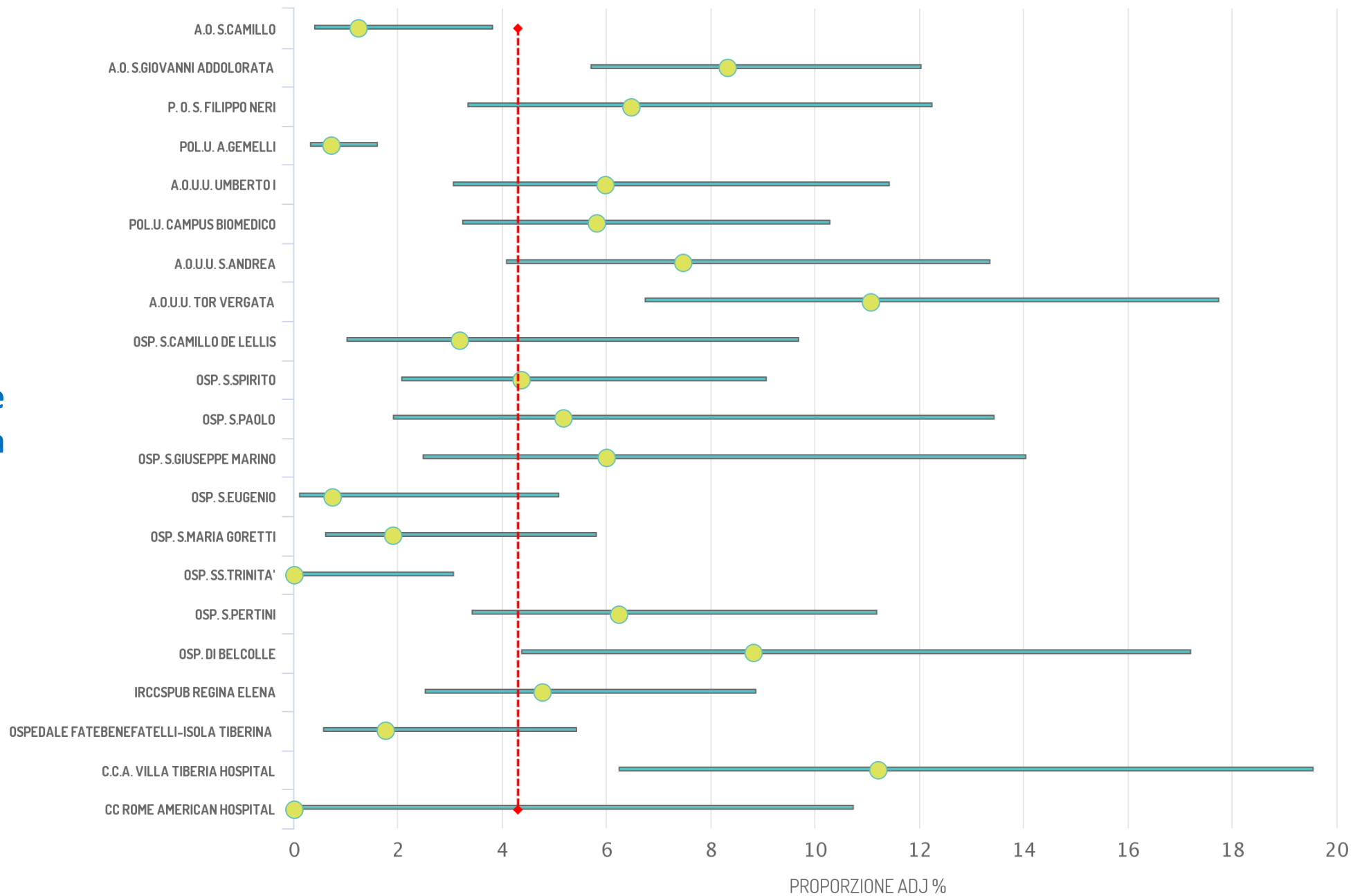
PROPORZIONE DI NUOVI INTERVENTI DI RESEZIONE ENTRO 90 GIORNI DA UN INTERVENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO PER TM MAMMELLA

Lazio 2013 – 2022



Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

Lazio 2022



Selezione della coorte

Criteria di eleggibilità

Tipo assistenza: qualsiasi

Modalità ricovero: ordinario o day hospital

Sede struttura di ricovero: regione Lazio

Codici ICD-9-CM nel ricovero indice: diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (tumore invasivo e carcinoma in situ 174, 233.0) ed intervento principale o secondario di procedura chirurgica conservativa (85.2X).

Criteria consecutivi 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 90 giorni successivi all'intervento;
- 9) Ricovero di pazienti sottoposte ad interventi maggiori nel ricovero indice e nei 5 anni precedenti (vedi definizioni operative).

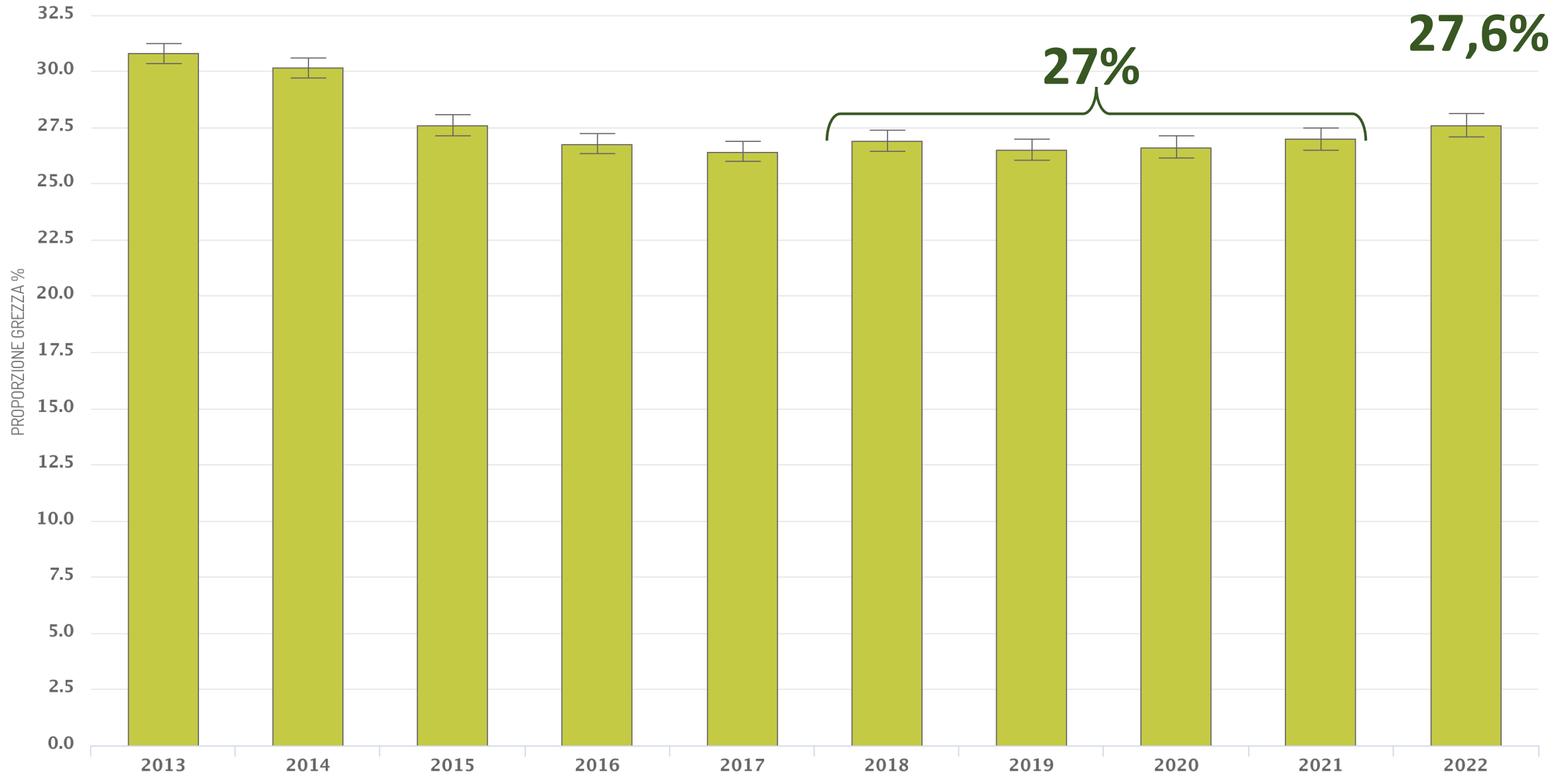
Proporzione di parti cesarei primari

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

	Selezione della coorte
- <i>Definizione</i> Per struttura di ricovero	<u>Criteria di eleggibilità</u> Sede struttura di ricovero: regione Lazio
- <i>Numeratore</i> Numero di parti cesarei	DRG o codici ICD-9-CM nel ricovero indice: donne che hanno partorito (DRG 370-375, <u>o</u> codici ICD-9-CM di diagnosi V27.xx <u>o</u> 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, <u>o</u> 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).
- <i>Denominatore</i> Numero totale di parti.	<u>Criteria di esclusione</u> <ul style="list-style-type: none">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 654.2 nel ricovero per parto o DRG di parto cesareo (codici DRG: 370-371) oppure con diagnosi principale o secondaria di parto con taglio cesareo (codice ICD-9-CM: 654.2, 669.7), oppure con intervento principale o secondario di taglio
L'indicatore è costruito su cesareo.	
La proporzione di part	cesareo (codici ICD-9-CM: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99, V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01) nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti]; <ul style="list-style-type: none">o Tutte le dimissioni di donne non residenti nel Lazio;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: 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].

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

Lazio 2013 - 2022



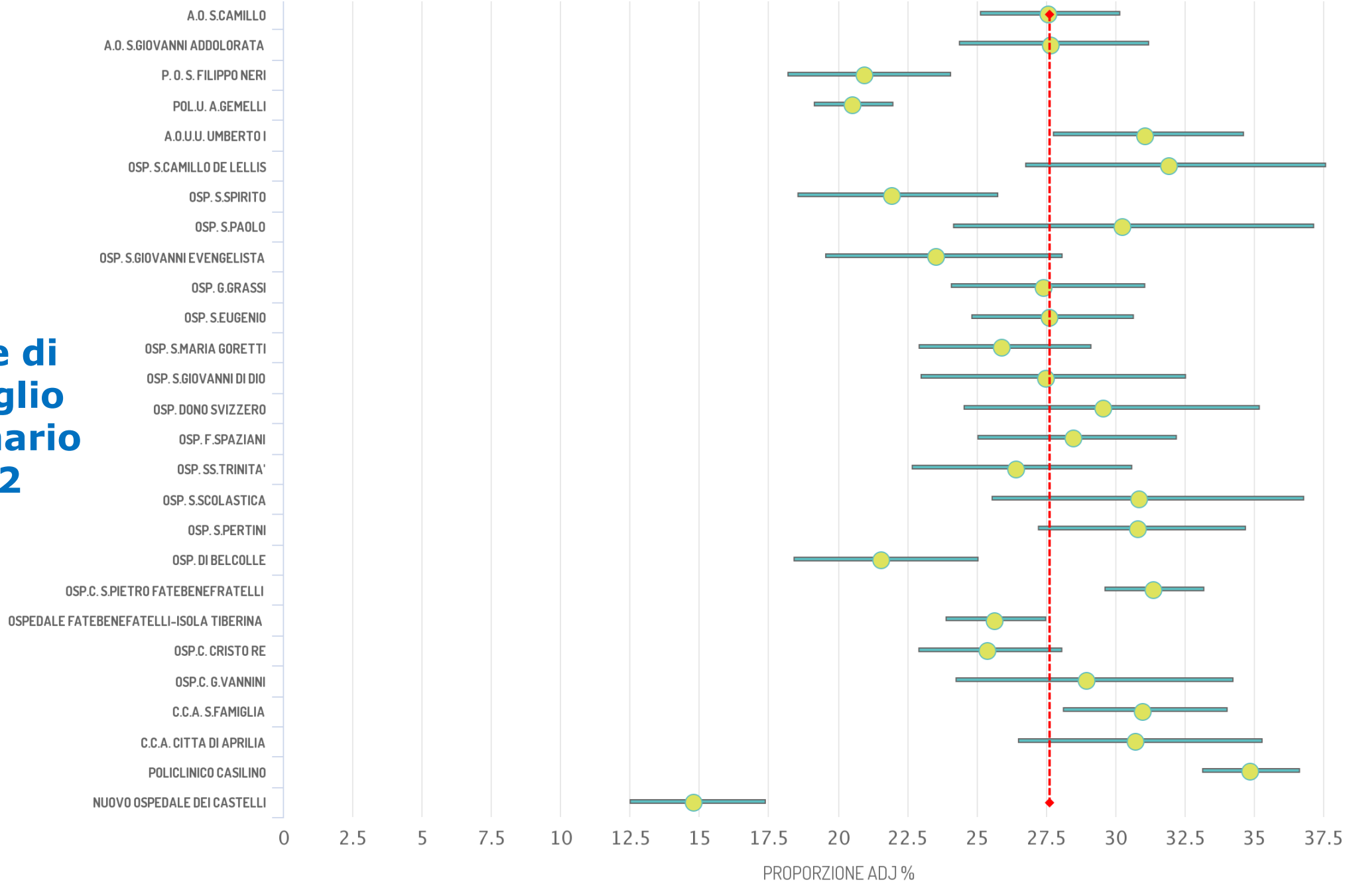
Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

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

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%

Proporzione di parti con taglio cesareo primario Lazio 2022



Volume di Parti Lazio 2022

STRUTTURA	COMUNE - tutti ▾	ASL - tutti ▾	N (n/N) ↓
Lazio			36308
Policlinico Casilino	Roma	ASL RM 2	4654
Pol.U. A.Gemelli	Roma	ASL RM 1	4283
Osp.C. S.Pietro Fatebenefratelli	Roma	ASL RM 1	3959
Ospedale Fatebenefratelli-Isola Tiberina	Roma	ASL RM 1	3120
A.O. S.Camillo	Roma	ASL RM 3	1804

Proporzione di Parti Cesarei Primari Lazio 2022

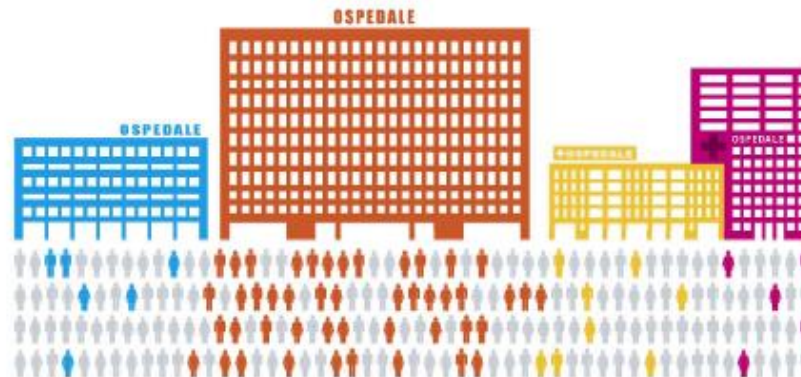
STRUTTURA	COMUNE - tutti ▾	ASL - tutti ▾	N (n/N) ↓	% GREZZA ↑	% ADJ ↑	R ADJ ↑	P
Lazio			29046	27.60		-	-
Policlinico Casilino	Roma	ASL RM 2	3776	33.21	34.84	1.26	0.000
Pol.U. A.Gemelli	Roma	ASL RM 1	3383	24.03	20.50	0.74	0.000
Osp.C. S.Pietro Fatebenefratelli	Roma	ASL RM 1	3135	30.71	31.35	1.14	0.000
Ospedale Fatebenefratelli-Isola Tiberina	Roma	ASL RM 1	2531	26.71	25.62	0.93	0.037
A.O. S.Camillo	Roma	ASL RM 3	1504	30.05	27.55	1.00	0.968

INDICATORI DI VOLUME

supplemento 2
numero **2/3**
anno 37
maggio
giugno
2013

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia



P.N.E.
Piano Nazionale Cure

agenas
AGENZIA NAZIONALE E PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

D/EP/Lazio
Dipartimento di Epidemiologia del IRI di Lazio
Centro Operativo P.N.E.

In collaborazione con
Network
Italiano
Cochrane

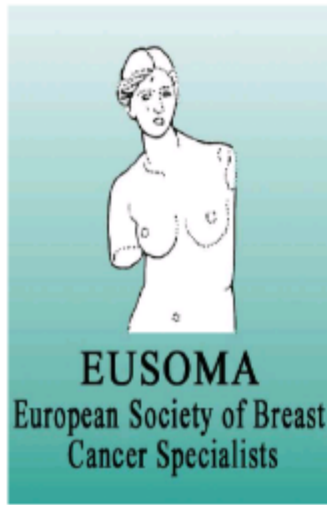
VOLUMI DI ATTIVITÀ ED ESITI DELLE CURE:
PROVE SCIENTIFICHE IN LETTERATURA ED EVIDENZE EMPIRICHE IN ITALIA

VOLUME AND HEALTH OUTCOMES:
EVIDENCE FROM SYSTEMATIC REVIEWS AND FROM EVALUATION OF ITALIAN HOSPITAL DATA

iinferenze

Associazione positiva volume ospedale ► mortalità intraospedaliera/30 giorni (N=25)

1	AIDS	14	Chirurgia CA prostata
2	Aneurisma aorta addominale non rotto	15	Chirurgia CA rene
3	Aneurisma aorta addominale rotto	16	Chirurgia CA stomaco
4	Angioplastica coronarica	17	Chirurgia CA vescica
5	Artroplastica ginocchio	18	Chirurgia cardiaca pediatrica
6	Bypass aorto-coronarico	19	Colecistectomia
7	Chirurgia CA colon retto	20	Emorragia sub aracnoidea
8	Chirurgia CA colon	21	Endoarterectomia carotidea
9	Chirurgia CA esofago	22	Frattura femore
10	Chirurgia CA fegato	23	<i>Infarto del miocardio</i>
11	Chirurgia CA mammella	24	Rivascolarizzazione arti inferiori
12	Chirurgia CA pancreas	25	Terapia intensiva neonatale
13	Chirurgia CA polmone		



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

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

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

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



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

MINISTERO DELLA SANITÀ
DIPARTIMENTO REGIONI
Qualificare i servizi sanitari e migliorare l'assistenza
assistenza, [666666]
[000000] [000000]

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

REGIONE LAZIO

Decreto del Commissario ad acta
del Comitato Organico del Ministero del 21 marzo 2015

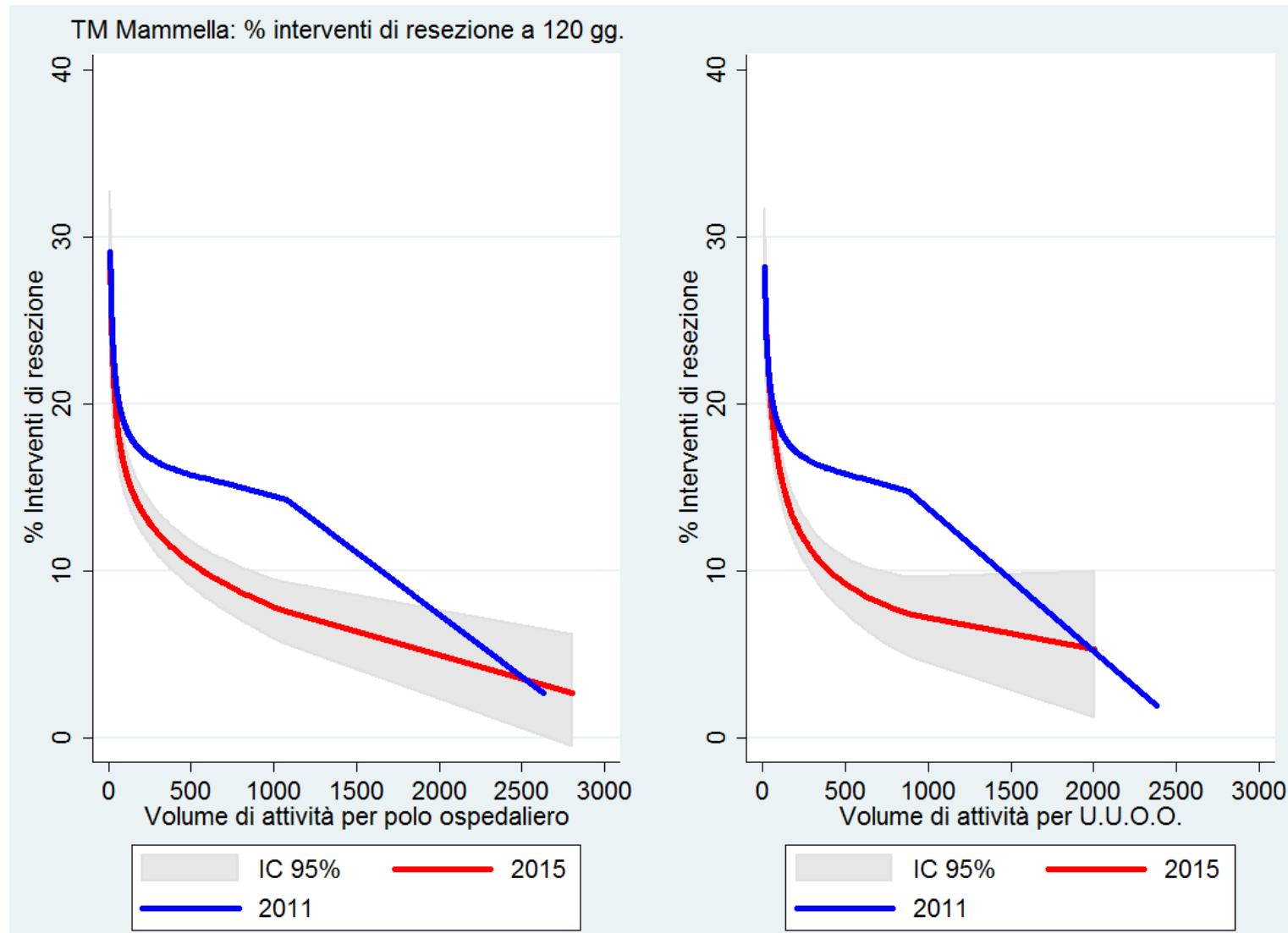
N. 20068 del 21/03/2015 Prot. n. 101 del 21/03/2015
Pagine: 1
Lavorare in Rete
Lazio
Lazio

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

Centro di Senologia

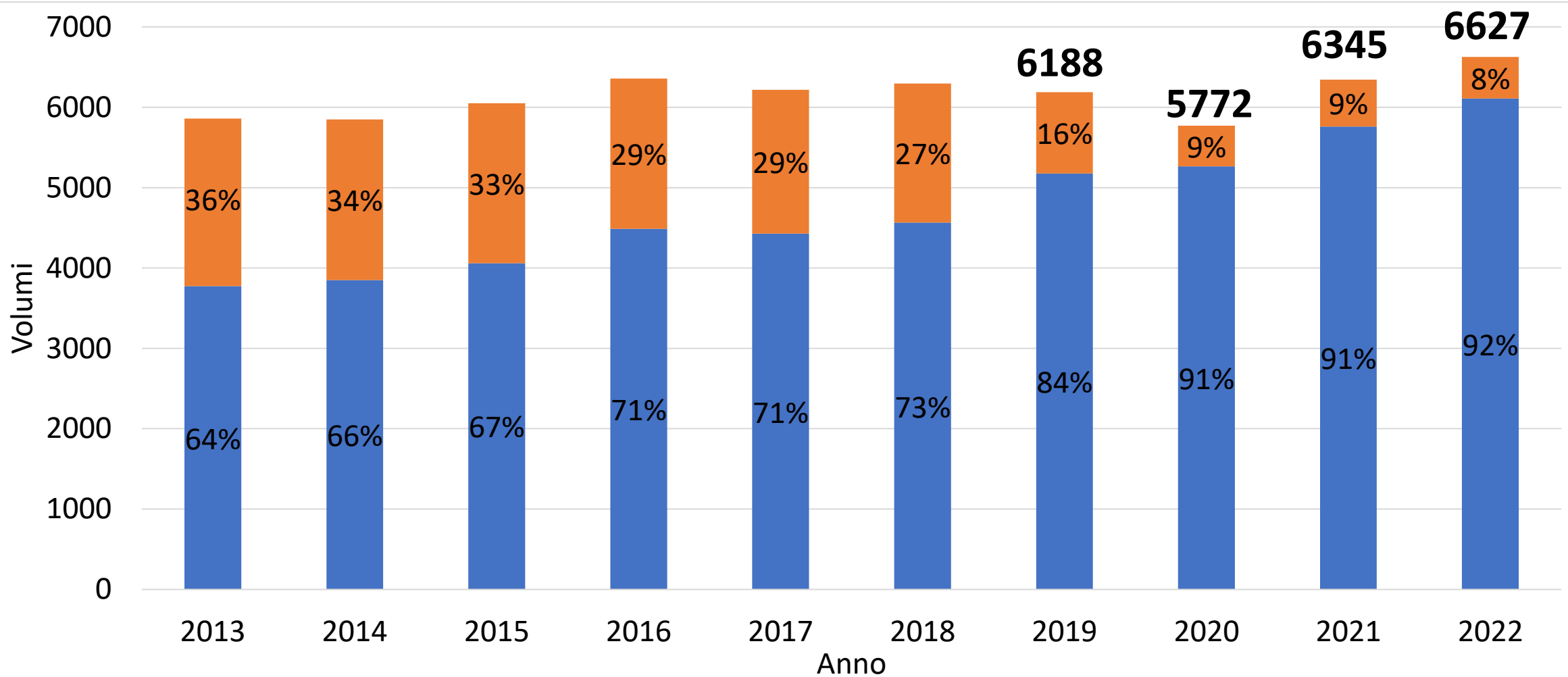
- Radiologia
- Anatomia patologica
- Oncologia medica
- Chirurgia senologica
 - **Almeno 150 interventi annui**
- Radioterapia
- Medicina nucleare
- Fisioterapia e riabilitazione
- Genetica medica oncologica
- Psico-oncologia

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 2013 - 2022



- Proporzione degli interventi non effettuati nei centri di senologia
- Proporzione degli interventi effettuati nei centri di senologia



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 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.

Novità 2023

Nella edizione 2023 del P.Re.Val.E. sono stati aggiornati tutti gli indicatori con i dati di attività fino al 31/12/2022 e sono stati introdotti cinque nuovi indicatori. Sono state apportate modifiche nei criteri di selezione e valutazione degli indicatori del treemap: di conseguenza, sono stati eliminati e introdotti nuovi indicatori e sono stati sostituiti indicatori già esistenti con le versioni che tengono conto delle informazioni cliniche aggiuntive introdotte con gli aggiornamenti del Sistema Informativo Ospedaliero (SDO XL). Sono stati introdotti anche vincoli di volume di struttura per tutte le procedure chirurgiche valutate nel treemap e per i parti: nel caso non si rispetti il vincolo di volume, l'indicatore è valutato come corrispondente a un livello di aderenza molto basso agli standard di qualità, a prescindere dal risultato ottenuto. Inoltre, nel treemap sono state segnalate le procedure per le quali non risultano presenti operatori con un volume di attività chirurgica ≥ 45 interventi annui.

Ospedalizzazioni

- Pazienti ricoverati in strutture ospedaliere (dati SIO)

NUMERATORE

- Popolazione residente e assistita
 - Totale
 - Diabetici
 - BPCO

DENOMINATORE

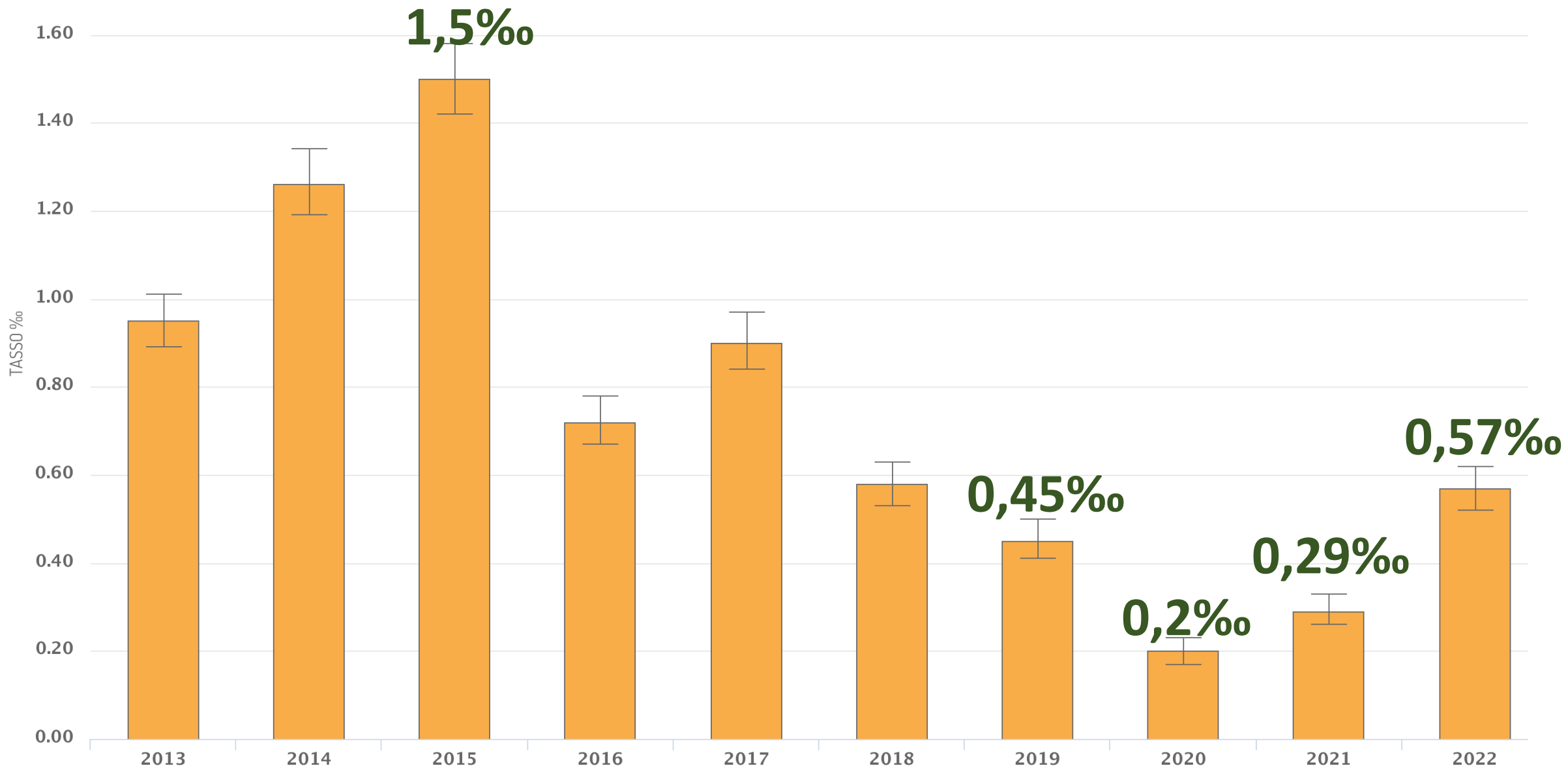
- Misura dell'assistenza territoriale
 - identificazione di eventuali problemi legati alla qualità dell'assistenza
 - ulteriori ed approfondite analisi.

Ospedalizzazioni

- “Ambulatory Care Sensitive Conditions” (ACSC)
 - Assistenza territoriale evita il ricorso ad ospedalizzazioni evitabili
 - Intervento precoce permette di prevenire complicazioni o patologie più gravi
 - PQI Guide AHRQ

OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE PEDIATRICA

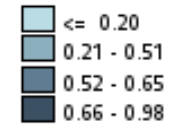
Lazio 2013 – 2022



OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE PEDIATRICA

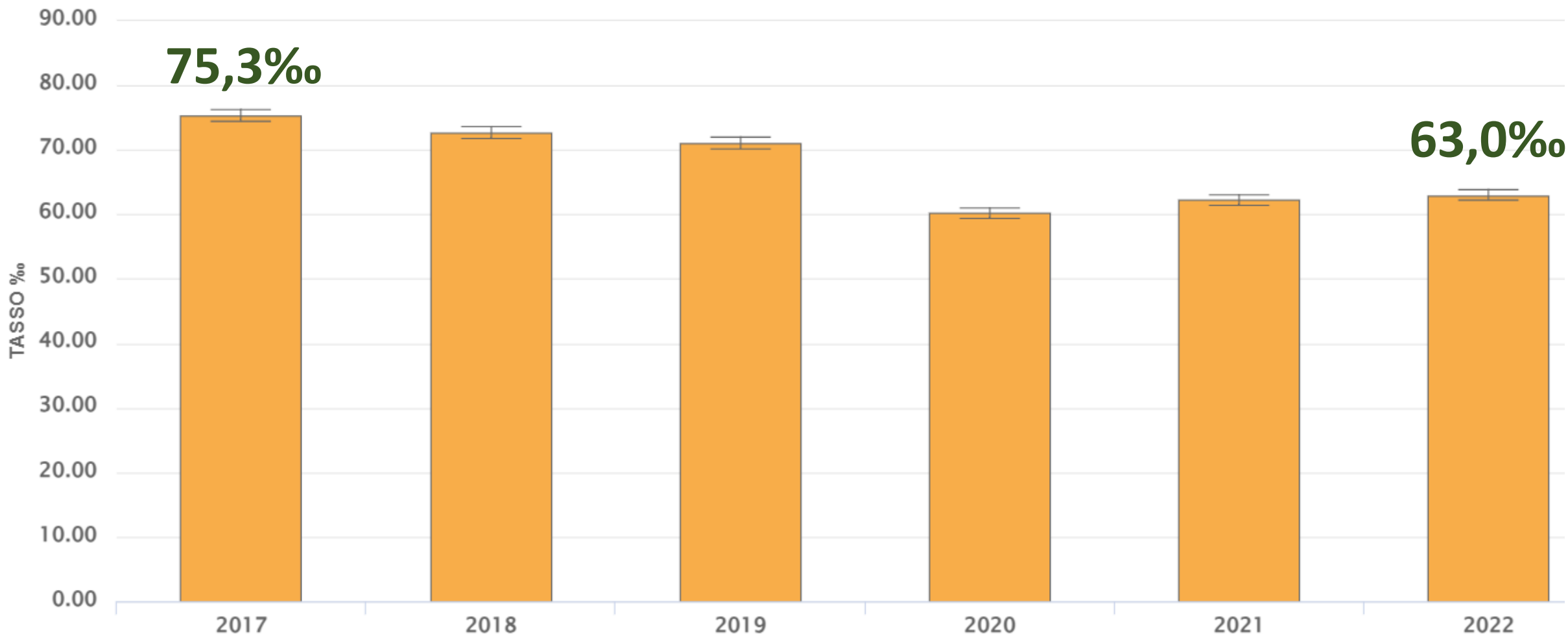
Lazio 2022

TASSO ADJ %



OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE A BREVE E LUNGO TERMINE DEL DIABETE

Lazio 2013 – 2022

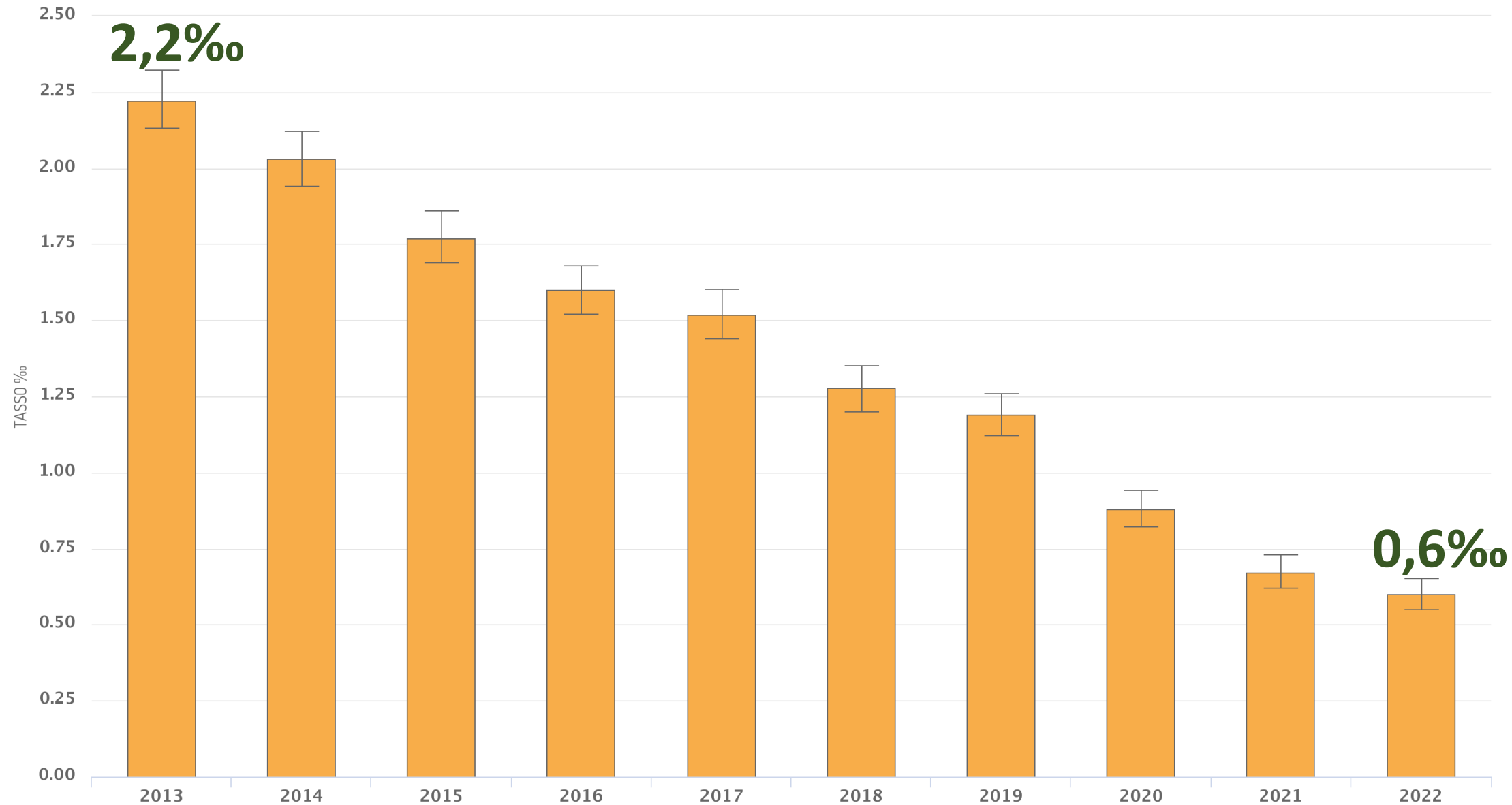


Ospedalizzazioni

- “Preference Sensitive Conditions” (PSC)
 - Trattamenti in elezione (particolarmente interventi chirurgici)
 - Preferenze del paziente
 - Indicazioni del medico
 - Variabilità geografica = Where you live is what you get
 - Dartmouth Atlas

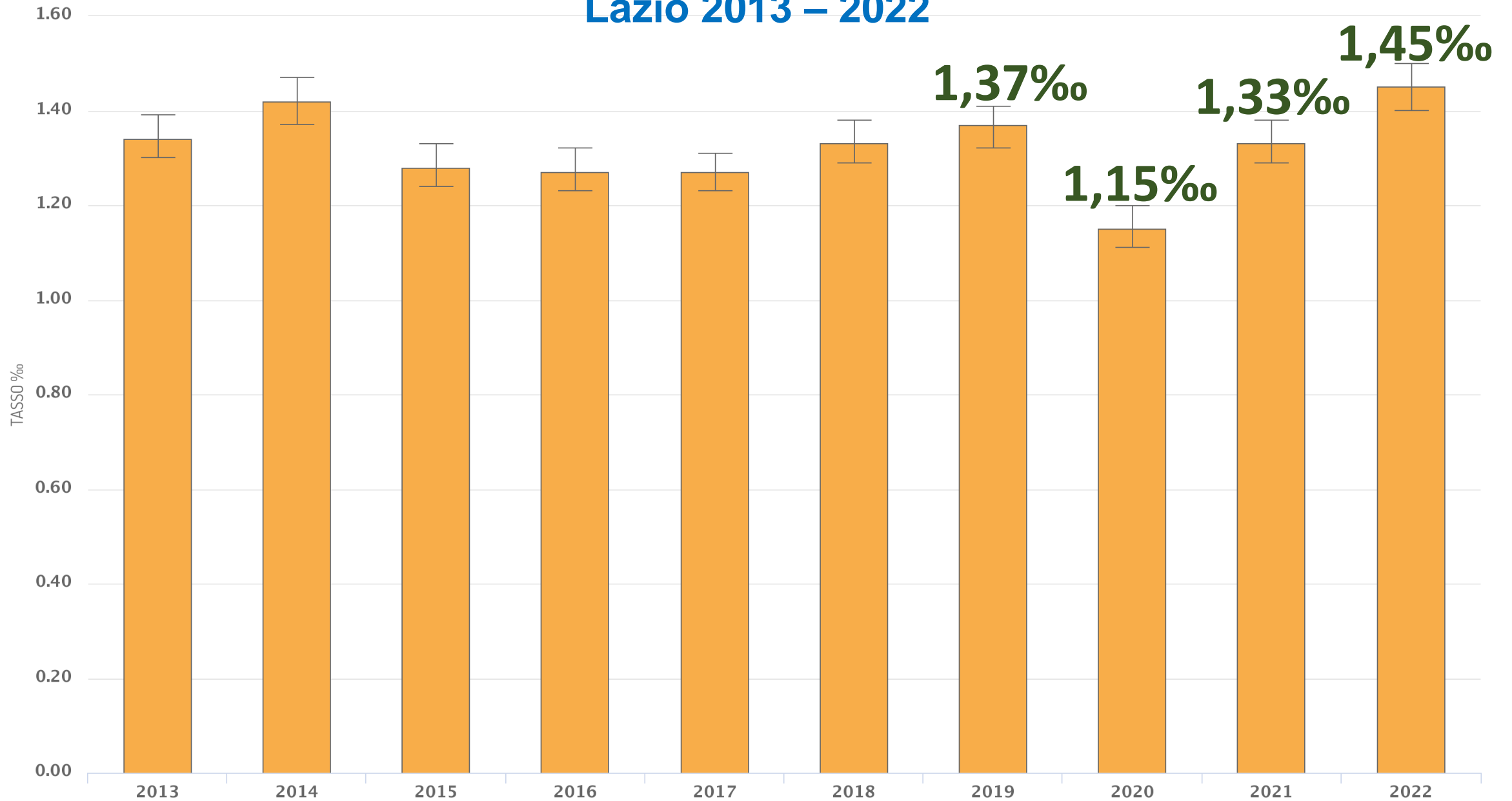
OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA

Lazio 2013 – 2022



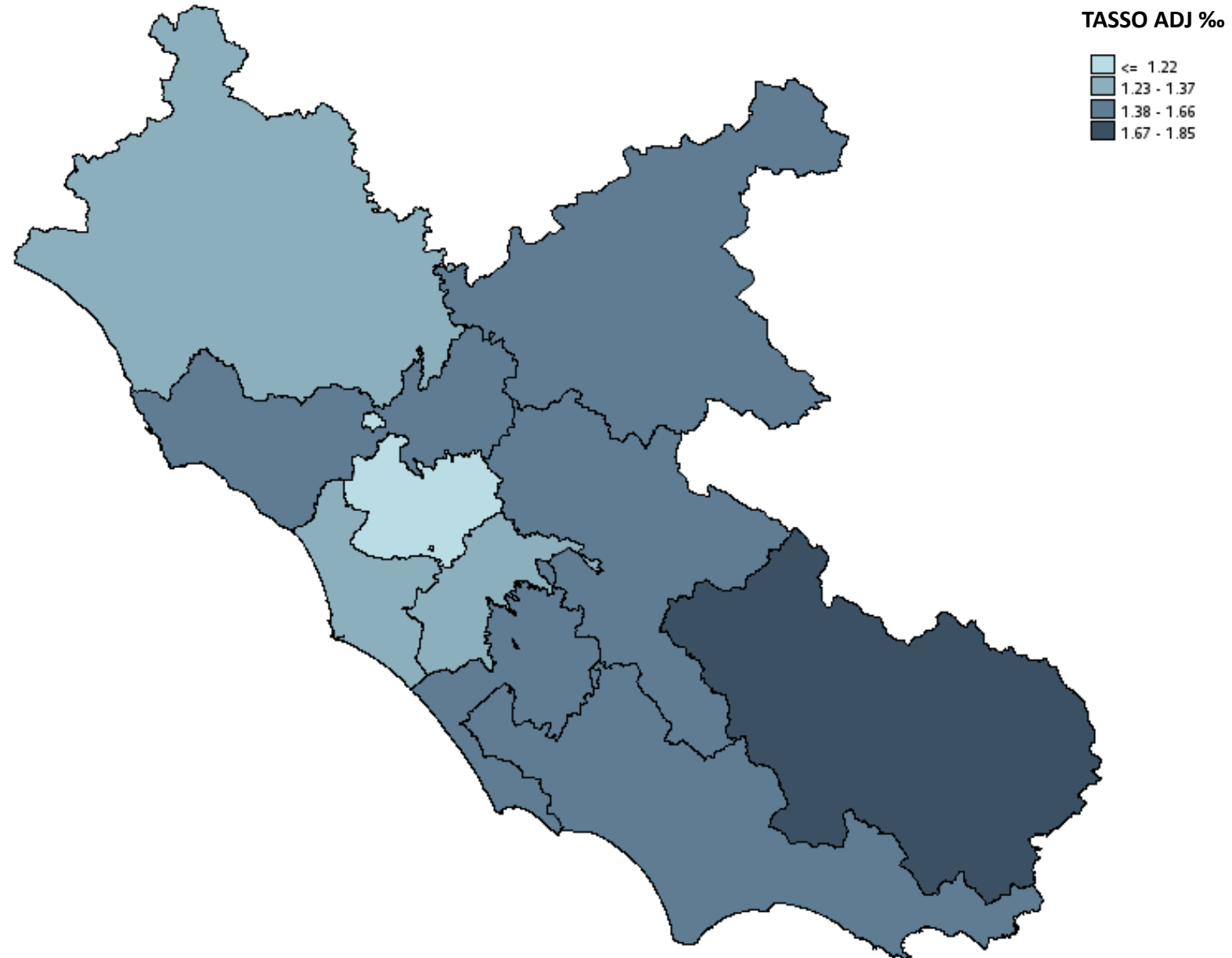
OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI ISTERECTOMIA

Lazio 2013 – 2022

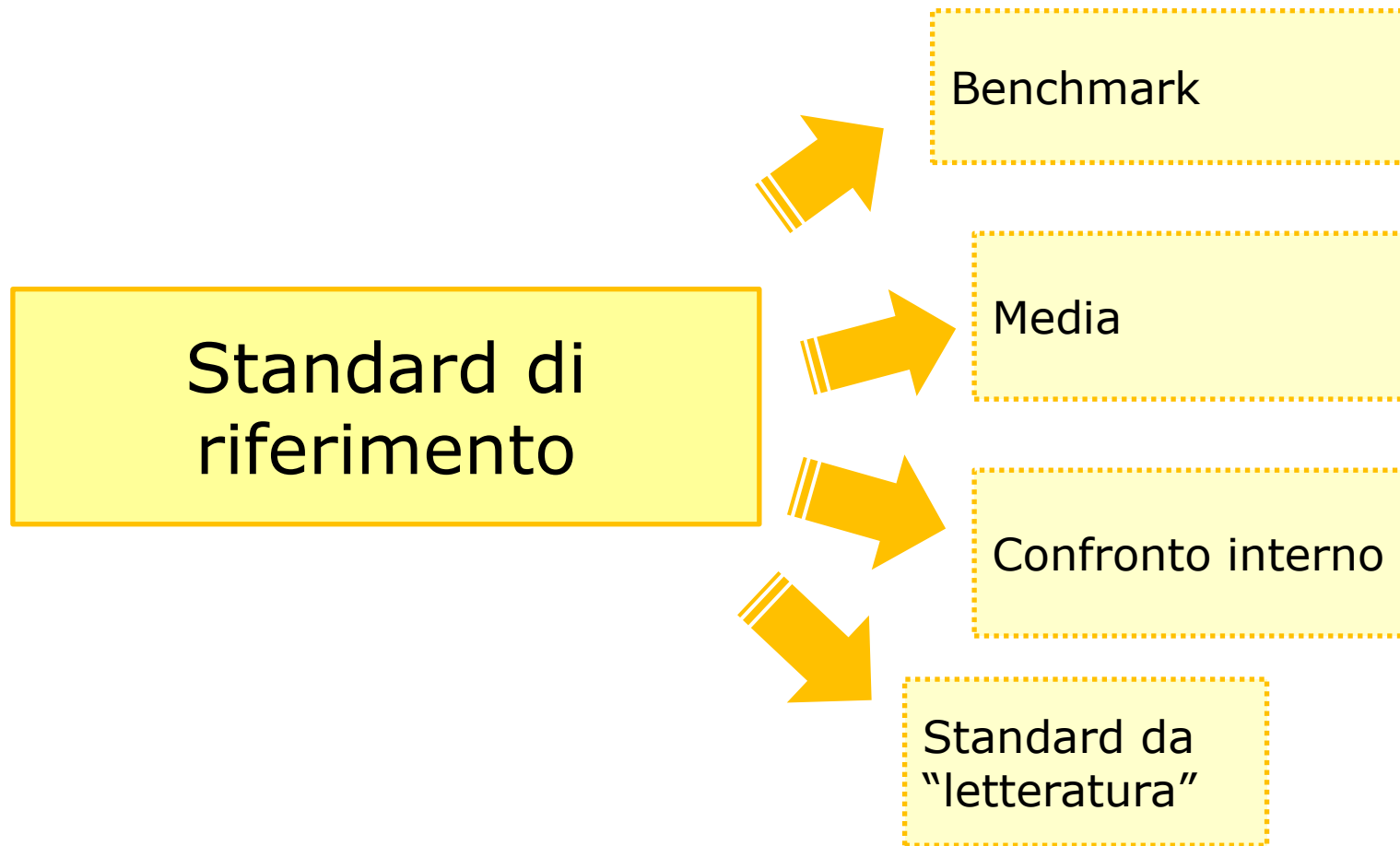


OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI ISTERECTOMIA

Lazio 2022



Scelta dello standard di riferimento





Lord William Thomson Kelvin

“Se non si può misurare qualcosa, non si può migliorarla.”