



Congresso Intermedio SISMEC

**L'evoluzione
della ricerca epidemiologica
basata sugli archivi sanitari:
uno sguardo al futuro**

Pavia, 24 - 25 novembre 2016
Collegio Fratelli Cairoli
Piazza Cairoli 1



immagine: www.laboratoriografico.it

La qualità dei dati: l'esperienza del Programma Nazionale Esiti

Marina Davoli





Obiettivi principali di PNE sono:

- Valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (*efficacy*) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT);
 - Valutare nuovi trattamenti/tecnologie per i quali non sono possibili studi sperimentali
- Valutazione osservazionale dell'efficacia "operativa" (*effectiveness*) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia;
 - Valutare la differenza tra l'efficacia dei trattamenti quando stimata in condizioni sperimentali rispetto a quella osservata nel "mondo reale" dei servizi ed il relativo impatto
- Valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti
 - con applicazioni possibili in termini di accreditamento, remunerazione, informazione dei cittadini/utenti, con pubblicazione dei risultati di esito di tutte le strutture per "empowerment" dei cittadini e delle loro associazioni nella scelta e nella valutazione dei servizi;
- Valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (ie per livello socioeconomico, residenza, etc)
 - soprattutto per programmi di valutazione e promozione dell'equità;
- Individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti
 - ad esempio: stimare quali volumi minimi di attività sono associati ad esiti migliori delle cure e usare i volumi minimi come criterio di accreditamento;
- Auditing interno ed esterno.



Problemi di metodologia

- *Scelta degli indicatori*
- *Definizione di popolazione allo studio (protocollo)*
- *Definizione dell'esposizione*
- *Accertamento (misclassificazione) dell'esito*
- ***Controllo del confondimento/ risk adjustment***
 - *Comorbidità da SDO indice e precedenti*
 - *Diagnosi all'ammissione (PAA)*
 - *Misclassificazione condizionale dei confondenti*
 - ***Confondimento residuo***
 - *Identificazione (a priori) dei modificatori delle misure di effetto*
 - *Metodi statistici (Bayesiani, multilevel, etc)*
- *Metodi di confronto*
 - *Diretto vs indiretto*
 - *Popolazione studio (media) vs riferimento (benchmark)*
- *Scelta del livello di errore casuale accettabile (precisione)*

IMA - Stato in vita a 30 gg da SDO (1)

Regione	% Vivi	% Deceduti	% Non noti
Piemonte	38.9	11.5	49.6
Valle d'Aosta	43.8	11.8	44.3
Lombardia	42.7	10.3	47.0
Trentino Alto Adige	45.5	14.1	40.4
Veneto	39.2	15.5	45.3
Friuli VG	41.4	14.6	44.1
Liguria	41.8	15.6	42.5
Emilia Romagna	41.1	13.8	45.1
Toscana	37.2	11.6	51.2
Umbria	43.1	11.5	45.4
Marche	42.9	11.9	45.2

Regione	% Vivi	% Deceduti	% Non noti
Lazio	42.0	12.3	45.7
Abruzzo	44.7	11.7	43.6
Molise	42.0	13.3	44.7
Campania	41.7	6.0	52.3
Puglia	43.2	7.3	49.5
Basilicata	39.7	9.2	51.1
Calabria	43.6	7.7	48.7
Sicilia	43.8	5.4	50.9
Sardegna	34.6	12.7	52.8
Totale	41.5	10.9	47.7

IMA, mortalità 30 gg da SDO più dimissioni volontarie

Regione	% Deceduti
Piemonte	12.6
Valle d'Aosta	13.3
Lombardia	11.5
Trentino Alto Adige	14.7
Veneto	15.8
Friuli VG	15.3
Liguria	16.4
Emilia Romagna	14.3
Toscana	12.3
Umbria	13.0
Marche	12.5

Regione	% Deceduti
Lazio	14.2
Abruzzo	12.7
Molise	16.4
Campania	12.5
Puglia	11.9
Basilicata	13.1
Calabria	11.7
Sicilia	11.7
Sardegna	14.4
Totale	13.1

A.O. UNIV. FEDERICO II - NAPOLI

Proporzione parti cesarei primari

Trend temporale!

Proporzioni aggiustate

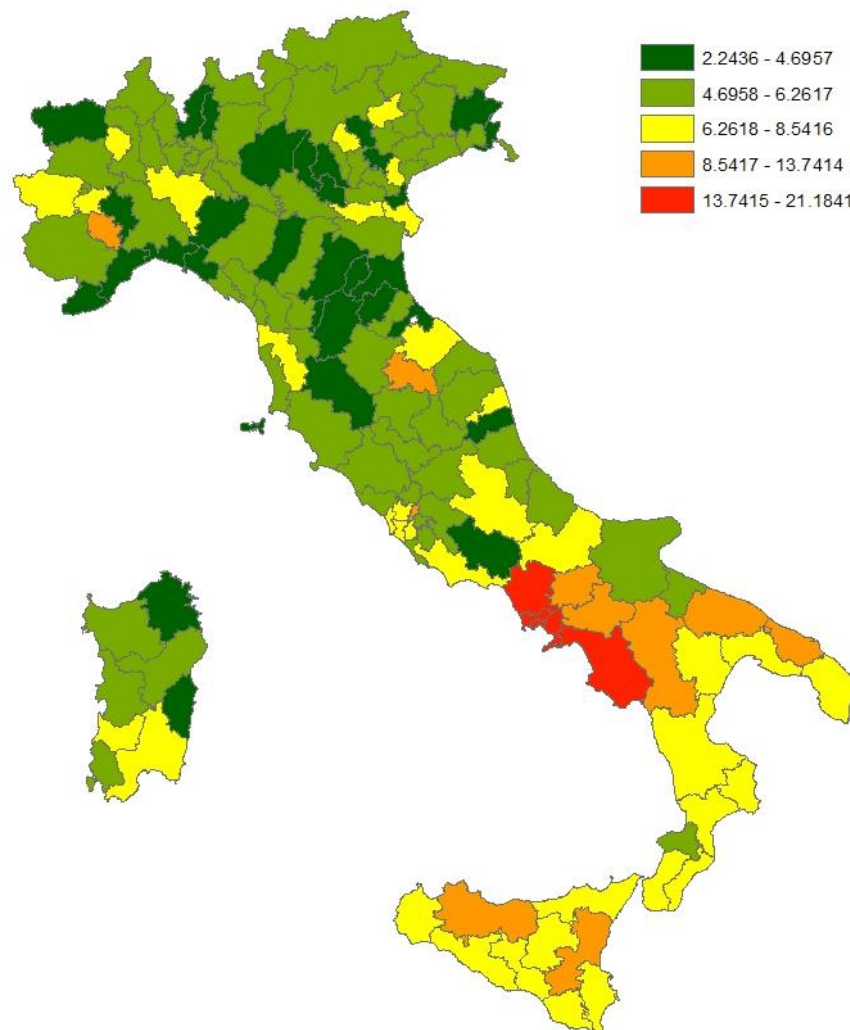


Maternal and neonatal clinical factors associated with caesarean section

	Prevalence (%)	Crude Risk Ratio	Adjusted Risk Ratio	95% CI for Adj. RR	Adjusted P-value
Maternal age class 29-33 years (reference)	33.53	1.00	1.00	-	-
≤ 17 years	0.60	1.16	1.10	1.05 - 1.16	< 0.001
18-24 years	12.07	0.96	0.97	0.96 - 0.98	< 0.001
25-28 years	17.83	1.00	0.99	0.98 - 1.01	0.361
34-38 years	27.43	1.05	1.04	1.03 - 1.05	< 0.001
39-55 years	8.54	1.34	1.22	1.20 - 1.24	< 0.001
Thyroid disease	0.35	1.45	1.16	1.08 - 1.24	< 0.001
Diabetes	0.09	2.21	1.70	1.49 - 1.93	< 0.001
Anemias	0.36	1.54	1.25	1.17 - 1.33	< 0.001
Coagulation defects	0.12	1.60	1.32	1.19 - 1.46	< 0.001
Hypertension	0.10	1.94	1.45	1.31 - 1.60	< 0.001
Heart disease	0.06	2.09	1.46	1.25 - 1.69	< 0.001
<i>[... other omitted characteristics ...]</i>					
Asthma	0.08	1.39	1.29	1.14 - 1.46	< 0.001
Liver disorders in pregnancy	0.51	1.67	1.60	1.51 - 1.70	< 0.001
Cardiovascular disease in pregnancy	0.12	2.41	2.36	2.16 - 2.59	< 0.001
Renal disease in pregnancy	0.09	1.93	1.71	1.52 - 1.92	< 0.001
High-risk pregnancy	0.43	1.64	1.20	1.13 - 1.28	< 0.001
Antepartum hemorrhage, placenta previa	1.22	3.41	3.61	3.51 - 3.71	< 0.001
Eclampsia/pre-eclampsia	1.45	2.78	2.43	2.36 - 2.52	< 0.001
Multiple pregnancy	1.72	3.17	2.32	2.27 - 2.38	< 0.001
Malposition and malpresentation of the fetus	8.07	4.34	4.46	4.42 - 4.50	< 0.001
Excessive development of the infant	1.61	2.96	3.33	3.26 - 3.41	< 0.001
Fetal abnormality	0.58	2.03	2.06	1.96 - 2.16	< 0.001
Fetal distress	2.32	3.24	3.51	3.44 - 3.59	< 0.001
Intrauterine growth retardation	1.84	2.62	1.86	1.81 - 1.91	< 0.001
Pathology of the amniotic fluid	3.86	2.09	1.94	1.91 - 1.98	< 0.001



Proporzione di anomalie di posizione (%) sul totale dei parti ASL di residenza - Italia, 2010



0 35 70 140 210 280
Kilometers



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Differential misclassification of confounders in comparative evaluation of hospital care quality: caesarean sections in Italy

Mirko Di Martino^{1*}, Danilo Fusco¹, Paola Colais¹, Luigi Pinnarelli¹, Marina Davoli¹ and Carlo Alberto Perucci²

Abstract

Background: Despite extensive studies on exposure and disease misclassification, few studies have investigated misclassification of confounders. This study aimed to identify differentially misclassified confounders in a comparative evaluation of hospital care quality and to quantify their impact on hospital-specific risk-adjusted estimates, focusing on the appropriateness of caesarean sections (CS).

Methods: We gathered data from the Hospital Information System in Italy for women admitted in 2005–2010. We estimated adjusted proportions of CS with logistic regression models. Among several confounders, we focused on high fetal head at term (HFH), which is seldom objectively documentable in medical records.

Results: A total of 540 maternity units were compared. The median HFH prevalence was 0.9%, ranging from 0 to

Ministry of Health: correspondence between NHIS and clinical charts

**Preliminary
results on 1117
clinical charts**

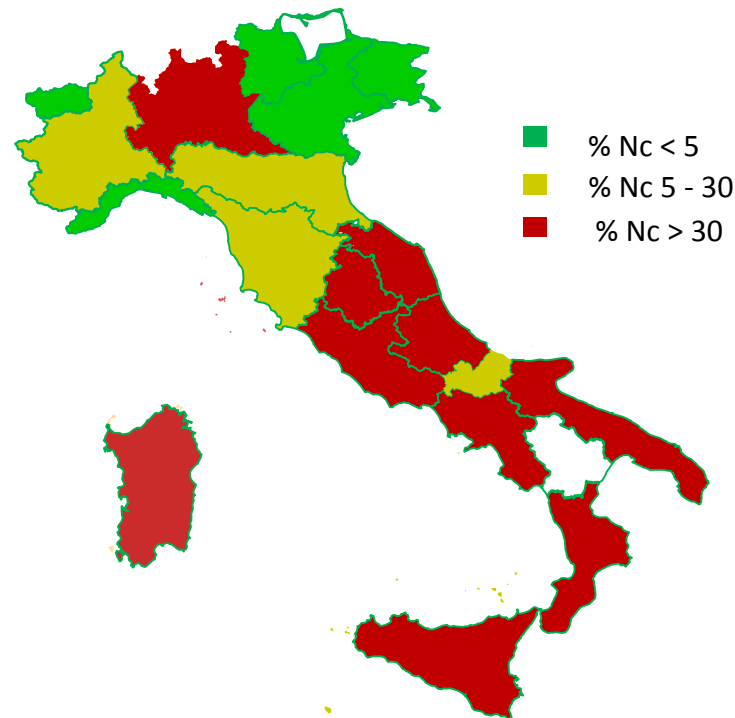


Figura 1. % of clinical charts with information non corresponding to the HIS as of 8 gennaio 2013



Partenza

Agenzia Nazionale per i
Servizi Sanitari Regionali

Prot.n. 0011857 del 27/09/2013
IST 14



Assessori Regionali alla Salute
Direttori Generali Assessorati Regionali alla Salute
E pc
Componenti comitato PNE
Direttore Generale della Programmazione Sanitaria Prof.ssa Flavia Carle

Roma, 27 settembre 2013

Oggetto: segnalazione qualità dei dati IMA

In base all'analisi dei dati PNE edizione 2013 emergono alcuni risultati che, per le caratteristiche degli indicatori valutati, richiedono interventi di verifica e di supporto alle attività di auditing clinico e organizzativo.

Si segnalano, quindi, queste strutture alle Regioni e PP.AA. affinché valutino la possibilità di disporre, nell'ambito delle procedure regionali, controlli analitici con l'obiettivo di verificare la validità delle diagnosi e procedure e delle relative codifiche registrate sulle SDO e che fanno parte integrante della cartella clinica, in relazione alla documentazione clinica contenuta nelle cartelle cliniche stesse.



Audit **2013** (su dati aggiornati al 2012)

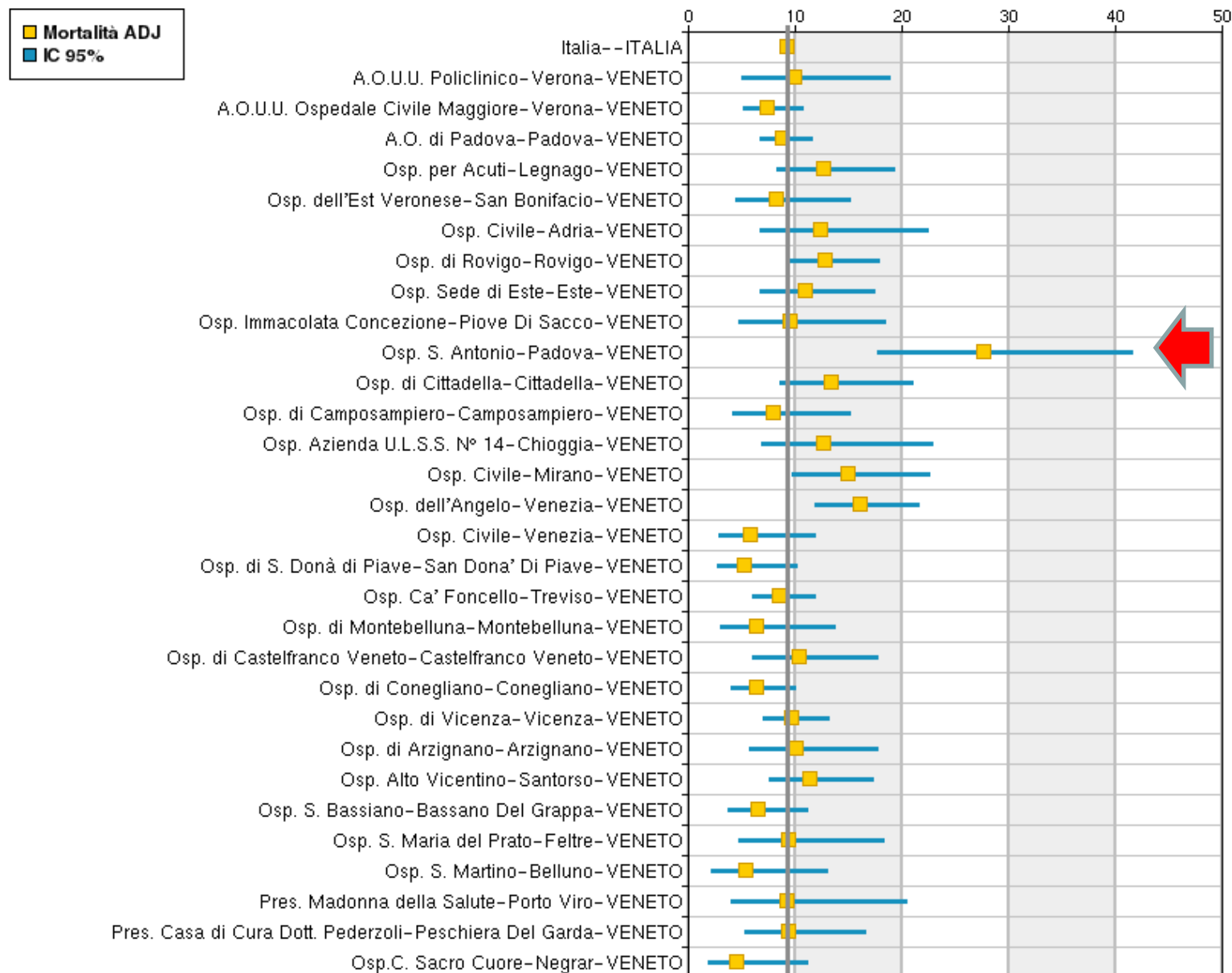
IMA: mortalità a 30 giorni

Strutture con bassa mortalità (<4%): 17

Strutture con alta mortalità (>17%): 16

Strutture rispondenti: **23 / 33** segnalate

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni. PNE 2014 (Sdo 2013).





Il primato del Sant'Antonio: è l'ospedale con più morti per infarto

Il nosocomio padovano in testa alla black list dell'agenzia **Agenas** con 75 decessi in un anno. Brazzale: "Equivoco sui dati"
di Silvia Quaranta

PADOVA. Il posto di vertice nella lista nera degli ospedali italiani per numero di morti di infarto spetta al Sant'Antonio di Padova. Un triste primato che però, secondo la direzione dell'Usl 16, si fonderebbe su un equivoco nei dati raccolti. La valutazione stilata dall'**Agenas** (Agenzia nazionale per i servizi





Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 16 – PADOVA
www.ulss16.padova.it – P.E.C.: ulss16.padova@legalmail.it
Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod.Fisc. / P.IVA 00349050286

Prot. n. 13160
Tit. I / Clas. 3 / Fasc. 2

Padova, 20 FEB. 2014



Al Dott. Mario Saia
Coordinamento Regionale
controlli sanitari appropriatezza, liste di attesa
e sicurezza del paziente
Palazzo Molin – S.Polo 2514
30125 VENEZIA





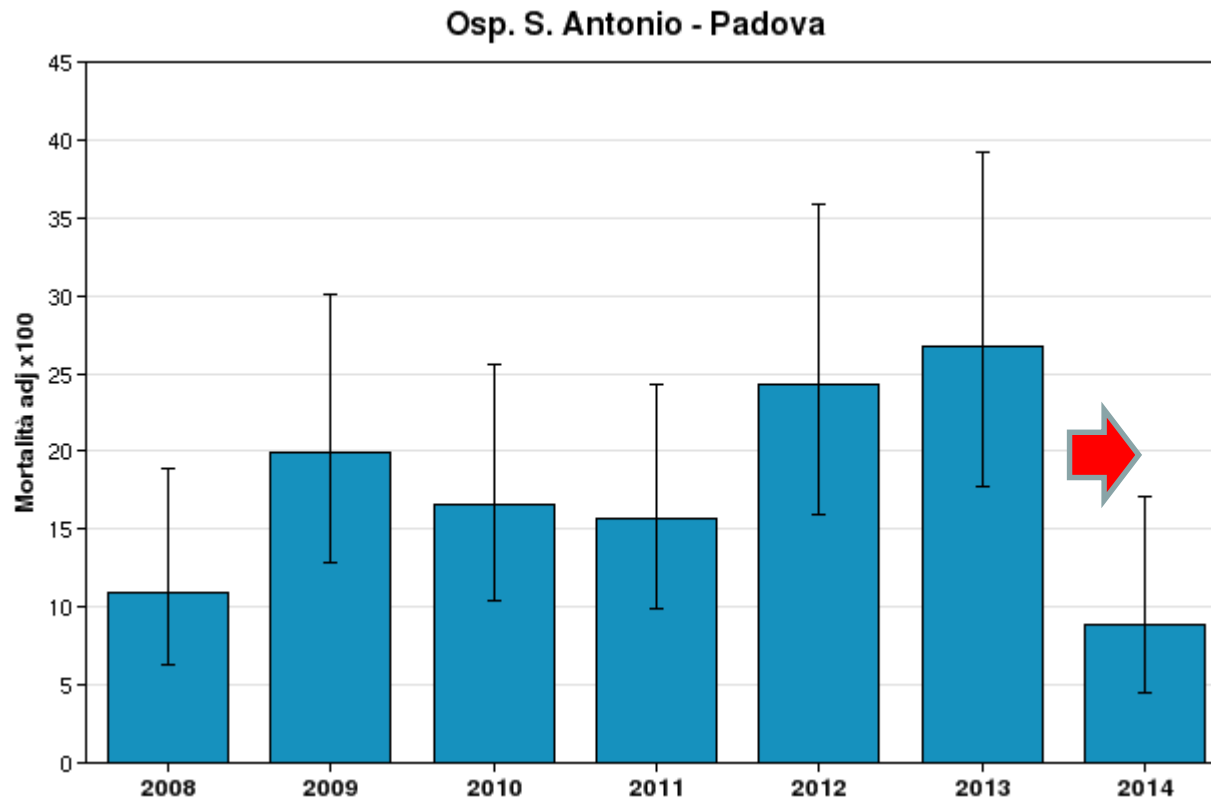
	Anno	2012	2012
Modalità Dim.	Unità budget dim.	Deceduti	Dimessi
Totale		24	49
1 - DECEDUTO	Totale	24	24
	020500-S.C. Medicina	2	2
	021610-S.S. Terapia Intensiva Polivalente	4	4
	027100-S.C. Pronto Soccorso - Degenza breve e semintensiva	2	2
	027300-S.C. Geriatria	13	13
	027800-S.C. Clinica Geriatrica	1	1
	027900-S.C. Lungodegenza	2	2

In conclusione, le verifiche analitiche effettuate sul volume della produzione delle cartelle cliniche dell'Ospedale S. Antonio relativamente all'anno 2012 hanno evidenziato, in prima istanza una ridotta validità delle diagnosi di IMA e delle relative codifiche in SDO rispetto ai dati ministeriali valutati dal PNE edizione 2013.

D'altra parte il controllo sulle cartelle cliniche ha permesso di escludere l'eventualità di codifiche opportunistiche associate alla effettuazione di procedure.

Si precisa che la maggior parte delle codifiche erranee riscontrate fanno riferimento a SDO appartenenti alla S.C. di Geriatria, che quindi ha reiterato un errore sistematico di codifica attribuendo all'evento morte frequentemente la causa "IMA" senza che l'ischemia trovasse riscontro clinico o autoptico. L'età media, infatti, dei pazienti deceduti con la codifica IMA in diagnosi principale o secondaria è di 85.125 anni.

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni. PNE 2015 (Sdo 2014).



Infarto Miocardico Acuto: mortalità 30 gg da ricovero	Strutture con mortalità estremamente bassa:						
STRUTTURA	REGIONE	PROV	N	RISCHIO GREZZO%	RISCHIO ADJ %	RR ADJ	P
ITALIA			87208	9,98	9,98	-	-
OSPEDALE DI MONDOVI' CN1	PIEMONTE	CN	103	2,91	2,83	0,28	0,032
OSPEDALE DI CIRCOLO "A. MANZONI" - LECCO	LOMBARDIA	LC	217	3,69	3,63	0,36	0,005
CASA DI CURA MATER DOMINI - CASTELLANZA	LOMBARDIA	VA	102	2,94	3,46	0,35	0,07
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN DONA` DI P.	VENETO	VE	157	3,18	2,68	0,27	0,004
Azienda Osp. S.M.A. sede di Sacile	FRIULI VENEZIA GIULIA	PN	268	1,87	1,68	0,17	0
OSPEDALE PADRE ANTERO MICONE SESTRI P.	LIGURIA	GE	140	2,86	2,27	0,23	0,004
STABILIMENTO SAN BARTOLOMEO DI SARZANA	LIGURIA	SP	116	5,17	3,04	0,3	0,005
OSPEDALE "B. RAMAZZINI" CARPI	EMILIA ROMAGNA	MO	130	3,85	3,79	0,38	0,033
OSPEDALE S.ANDREA MASSA MARITTIMA	TOSCANA	GR	67	8,96	3,92	0,39	0,032
MADRE GIUSEPPINA VANNINI	LAZIO	RM	201	2,65	2,57	0,36	0,001
CLINICA MEDITERRANEA S.p.A.	CAMPANIA	NA	109	1,83	2,48	0,25	0,05
Ospedale S.Camillo de Lellis Manfredonia	PUGLIA	FG	55	5,45	3,87	0,39	0,115
CASA DI CURA CITTA DI LECCE	PUGLIA	LE	141	2,13	3,39	0,34	0,062
PRESIDIO OSP. SACRO CUORE DI GESU`	PUGLIA	LE	103	0,97	0,82	0,08	0,013
P.O. S.CATERINA NOVELLA - GALATINA	PUGLIA	LE	65	0	-	-	-
PRESIDIO OSPEDALIERO SAN FRANCESCO PAOLA	CALABRIA	CS	60	3,33	3,08	0,31	0,102
P.O. V.EMANUELE II CASTELVETRANO	SICILIA	TP	66	3,03	2,86	0,29	0,083



CLINICA MEDITERRANEA S.p.A.

Indicatore	N	Rischio grezzo	Rischio ADJ	RR ADJ	p ADJ	RR Bench	p Bench
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero	109	1.83	2.48	0.25	0.050	0.56	0.422
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero	4	0.00	-	-	-	-	-
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero	98	0.00					
PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dall'intervento	91	5.49					
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore	109	89.91					
IMA: Mortalità a 1 anno	185	4.32					
IMA: MACCE a 1 anno	185	31.35					
IMA: proporzione di ricoveri successivi entro 2 giorni	109	0.00					
IMA: proporzione di PTCA eseguite nel ricovero indice o in un ricovero successivo entro 7 giorni	109	96.33					
STEMI: mortalità a 30 giorni(grezzi)	12	0.00					
NO STEMI: mortalità a 30 giorni(grezzi)	90	1.11					
STEMI: proporzione di PTCA (grezzi)	12	100.00	-	-	-	-	-
NO STEMI: proporzione di PTCA (grezzi)	90	90.00	-	-	-	-	-

98.7%
PTCA
entro 48
ore

Audit, Arsan Campania:

- 168 casi**
 - 4 (2.4%) no IMA**
 - 62(37%) “IMA” post-PTCA, da troponina;**



IMA: mortalità a 30 giorni _ Alta mortalità.

Struttura segnalata a settembre 2014. Audit completato a settembre 2015. Segnalata nuovamente a settembre 2015.

OSP. SAN BARTOLOMEO DI SARZANA _ IMA: MORTALITA' A 30 GIORNI					
Valutazione	N	RISCHIO GREZZO	RISCHIO ADJ	RR ADJ	P
PNE 2014 (Sdo 2013)	78	2,56	1,35	0,15	0,007
PNE 2015 (Sdo 2014)	113	4,42	1,82	0,2	0





Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Unità Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"
Presidio Ospedaliero S. Andrea
Via V. Veneto 197 - 19124 La Spezia

Struttura Complessa di Cardiologia
Direttore Dr. G. Mazzotta



La Spezia, 4 settembre 2015

Molte delle osservazioni espresse nel documento di ARS a commento dei dati PNE dipendono, per quanto riguarda l'infarto miocardico, dal modello organizzativo scelto per l'infarto ed implementato in ASL 5. Sinteticamente, la S.C. di Cardiologia del S. Andrea è l'unica S.C. in ASL5 al top della tecnologia per la cura delle malattie cardiologiche. Quindi, tutti i malati cardiopatici gravi, se hanno margini di trattamento vantaggioso, afferiscono selettivamente alla S.C. del S. Andrea. Abbastanza frequentemente, ed in modo preordinato, la S.C. di Cardiologia del S. Andrea trasferisce gli infartuati trascorsa la fase acuta in altre sedi ASL5, che poi dimettono: il trasferimento si propone per la

La S.C. di Cardiologia trasferisce alla Cardiologia di Sarzana infartuati più giovani in fase subacuta per continuazione di cura/riabilitazione, come per la S.C. di Geriatria, quando la prognosi è nettamente migliorata e la necessità di intensità di cura è nettamente ridotta, e purtuttavia non si può ancora dimettere (ad esempio quando la Cardiologia non ha più PL disponibili). Tutti i malati a più alto rischio o che necessitino più elevata

Anche l'organizzazione della SSD 118 e del Pronto Soccorso porta alla selezione dei malati più gravi al S. Andrea piuttosto che negli altri Presidi della ASL 5. L'infarto STEMI



Risultati: principali criticità emerse

Box 1 – Principali criticità emerse durante il processo di audit

- Attribuzione di casi a strutture ospedaliere errate a causa di codici struttura non aggiornati
- Misclassificazione delle diagnosi di IMA
 - o Diversa sensibilità dei criteri di diagnosi di IMA
 - o Impossibilità di distinguere diagnosi di accesso da diagnosi di dimissione (i.e. IMA periprocedurale)
 - o Diversi criteri di diagnosi di STEMI e nSTEMI
- Errori nella registrazione dei pazienti trasferiti da altra struttura
- Mancata codifica nelle SDO dei fattori di rischio (comorbidità e complicanze) dei pazienti





Raccomandazioni per la compilazione e la codifica ICD-9-CM delle Scheda di Dimissione Ospedaliera nei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta

Sindromi Coronariche Acute ed Infarto Acuto del Miocardio: definizioni ed inquadramento

Il termine di "Sindromi Coronariche Acute"(SCA) è stato introdotto nella pratica clinica per descrivere l'ampio spettro delle possibili manifestazioni cliniche acute della cardiopatia ischemica (1,2). Le SCA vengono attualmente distinte in due grandi gruppi (1,2):

1. Le SCA associate a sopraslivellamento del tratto ST ("*STE-ACS*" - *ST-Elevation Acute Coronary Syndromes*), caratterizzate all'esordio clinico da sintomi di sofferenza ischemica miocardica acuta (dolore toracico, dispnea, sincope, etc) e dalla presenza di sopraslivellamento persistente del tratto ST all'elettrocardiogramma (durata superiore ai 20 minuti). Tale alterazione elettrocardiografica esprime la presenza di una condizione di severa ischemia miocardica transmurale, usualmente secondaria ad una trombosi coronarica occlusiva. La maggior parte di questi pazienti va incontro ad un infarto miocardico (necrosi miocardica ischemica), confermato dall'incremento nei livelli plasmatici dei marcatori di danno miocardico (troponina); tale condizione viene definita "*STEMI*" (*ST-Elevation Acute Myocardial Infarction*). L'evoluzione successiva del quadro elettrocardiografico, in ore o giorni, prevede la formazione di onde Q nelle derivazioni elettrocardiografiche interessate, il progressivo rientro del tratto ST alla linea isoelettrica ed infine l'inversione dell'onda T. Le derivazioni in cui è inizialmente presente il sopraslivellamento del tratto ST consentono la generica



Il Programma Nazionale Esiti sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come: Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'accuratezza degli esiti di

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi.



Struttura
Ospedaliera/ASL



Sintesi per
struttura/ASL



Strumenti per
audit



S.I. Emergenza
Urgenza



Sperimentazioni
regionali

News

17/12/2014

Audit Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta-Risultati disponibili nella sezione Strumenti per audit

[...leggi tutto](#)

17/12/2014

Sezione Struttura ospedaliera/ASL: aggiunta di due indicatori dall'accesso

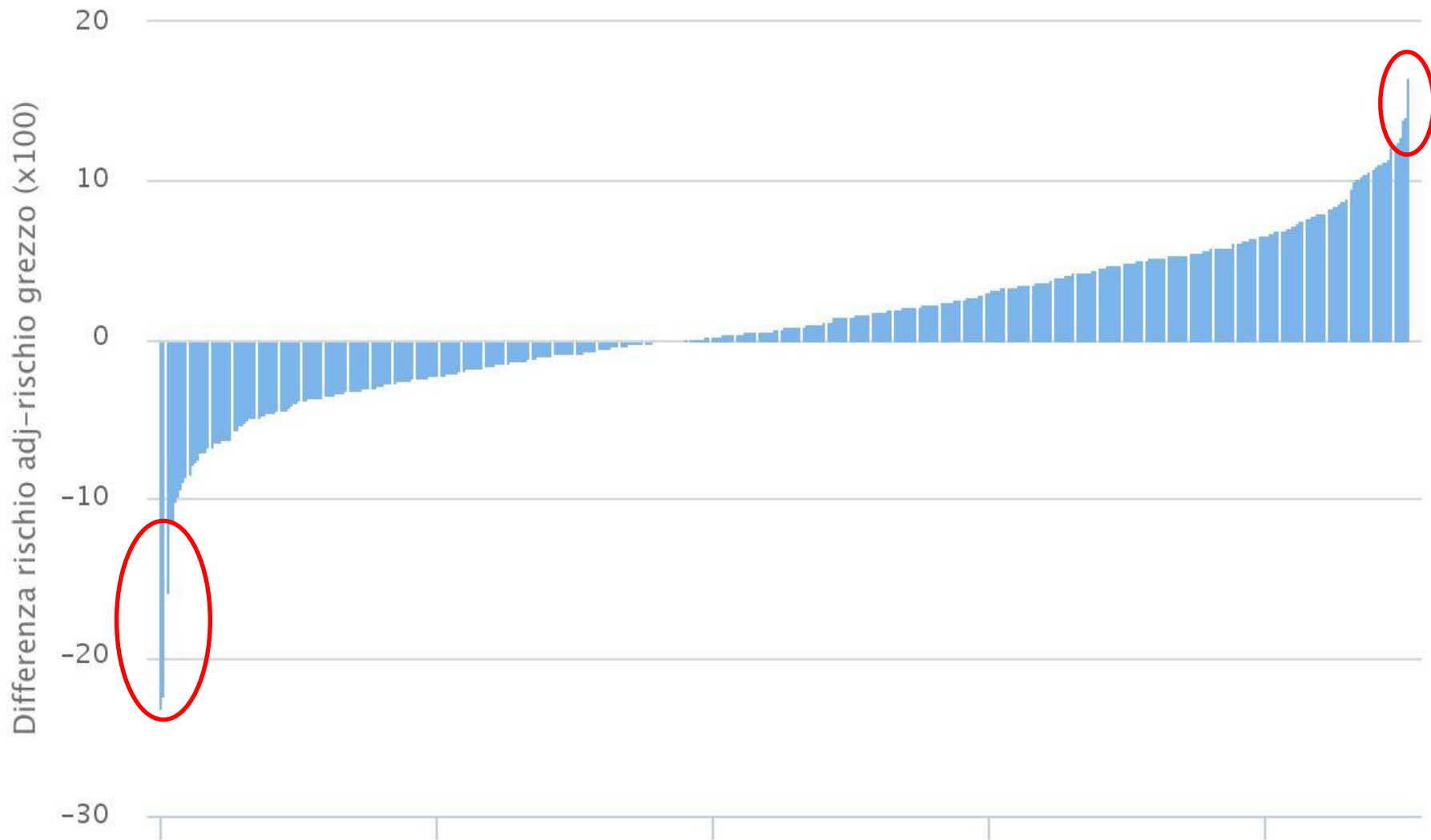
[...leggi tutto](#)



Audit 2014 (su dati aggiornati al 2013)

- **Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni**
Bassa mortalità < 4%, Alta mortalità > 15%
Strutture con differenze tra proporzioni grezze e aggiustate inferiori al 5° o superiori al 95° percentile
- **By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni**
Alta mortalità > 5%
Strutture con differenze tra proporzioni grezze e aggiustate inferiori al 5° o superiori al 95° percentile
- **Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni**
Bassa mortalità < 1.5%, Alta mortalità > 5%
- **Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni**
Bassa mortalità < 3%, Alta mortalità > 19%
- **Proporzione di parti con taglio cesareo primario**
Strutture con differenze tra proporzioni grezze e aggiustate inferiori al 5° o superiori al 95° percentile
- **Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni**
Basse proporzioni < 10%, Alte proporzioni > 90%
- **Intervento chirurgico per TM colon: proporzione di interventi in laparoscopia**
Basse proporzioni < 6%, Alte proporzioni > 80%
- **Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni**
Alta mortalità > 9%
Strutture con differenze tra proporzioni grezze e aggiustate inferiori al 5° o superiori al 95° percentile
- **Intervento chirurgico per TM retto: proporzione di interventi in laparoscopia**
Basse proporzioni < 15%
- **Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni**
Alta mortalità > 10%
Strutture con differenze tra proporzioni grezze e aggiustate inferiori al 5° o superiori al 95° percentile
- **BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni**
Bassa mortalità < 1% Alta mortalità > 20%

Proporzione di parti con taglio cesareo primario per struttura. Italia 2014



Struttura	Regione	prov	N	% grezza	% adj	Patologia liquido amniotico (ric. ind.)	Anomalie fetali (ric. ind.)	Posizione e presentazione anomale del feto (ric. ind.)	Gravidanza multipla (ric. ind.)
						%	%	%	%
ITALIA			379552	25,98		4,1	0,7	5,1	1,9
CASA DI CURA 'SALUS' - BRINDISI	Puglia	BR	544	35,66	7,60	5,9	0,4	27,9	1,8
CASA DI CURA VILLA DELLE QUERCE	Campania	NA	561	72,73	52,13	21,0	2,3	46,2	1,1
AZIENDA OU FERRARA	Emilia Romagna	FE	1161	24,03	4,41	6,4	0,9	22,2	2,6
AZIENDA OSP. UNIV. G. MARTINO	Sicilia	ME	723	25,59	13,40	5,8	0,7	7,2	3,5
A.O.U. 'FEDERICO II' DI NAPOLI	Campania	NA	1463	43,40	31,66	5,1	16,5	7,9	7,0
CLINICA SAN MICHELE	Campania	CE	397	56,17	44,50	17,9	0,3	23,9	1,3
PO AVEZZANO 'S. FILIPPO E NICOLA'	Abruzzo	AQ	782	28,90	41,98	0,9	0,0	2,3	1,4
P.O. LANCIANO Renzetti	Abruzzo	CH	579	27,63	41,06	0,2	0,0	1,6	0,3
OSPEDALE DI TARQUINIA	Lazio	VT	301	35,55	49,12	0,0	0,0	4,0	0,0
OSPEDALE GALLIPOLI-'SACRO CUORE DI GESU'	Puglia	LE	198	44,44	58,84	0,5	0,0	3,5	1,0
VILLA BIANCA S.p.A.	Campania	NA	1046	69,31	84,06	1,8	0,4	3,6	1,4

Audit qualità dei dati 2014 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Strutture con differenza tra % grezza e % aggiustata < -10% o > 10%

STRUTTURA	PROV	REGIONE	Confronto S.I. nazionale e		Verifica documentazione clinica	Diagnosi	Fattori confondenti	VERIFICA ESITO	ESITO Audit qualità dei dati	Osservazioni riportate*
			S.I. ospedaliero	S.I. regionale						
A.O.U.U. di Ferrara Ferrara	FE	EMILIA ROMAGNA	SI	NO	✓	SI	SI	SI	Sovracodifica fattore di rischio "malposizione del feto"	
Osp. Nuovo Cutroni Zodda Barcellona Pozzo Di Gotto	ME	SICILIA	SI	SI	✓	SI	SI	SI	14 casi di sottocodifica, 13 casi di miscodifica e 5 casi di sovracodifica dei fattori di rischio	
Osp. P. Borsellino ex S. Biagio Marsala	TP	SICILIA	NO	SI	✓	SI	SI	SI	43 casi di TC con errori di codifica dei fattori di rischio, 71 casi di parto naturale con sottocodifica fattori di rischio	
A.O.SSN G. Martino Messina	ME	SICILIA	NO	SI	✓	SI	SI	SI	Sovracodifica fattori di rischio (11,55% delle cartelle controllate)	
Osp. Ca' Foncello Treviso	TV	VENETO	NO	NO	✓	SI	SI	SI	Errore sistematico codifica codice 656.31 (distress fetale) al posto di 659.7	
Osp. di Tarquinia Tarquinia	VT	LAZIO	NO	SI	✗	NO	NO	SI	NON conferma potenziali problemi di sottocodifica da S.I. regionale	
Osp. S.S. Gonfalone Monterotondo	RM	LAZIO	NO	SI	✗	NO	NO	SI	NON conferma potenziali problemi di sottocodifica da S.I. regionale	
Osp. S. Benedetto Alatri	FR	LAZIO	NO	SI	✗	NO	NO	SI	NON conferma potenziali problemi di sottocodifica da S.I. regionale	
Osp. P. Dettori Tempio Pausania	OT	SARDEGNA	SI	NO	✗	NO	NO	SI	Corrispondenza coorte(TC primari) : 101 (S.I. ospedaliero), 99 (PNE). Corrispondenza esito (parti senza pregresso TC) : 253 (S.I. ospedaliero), 251 (PNE).	
Osp. Civile Maria Paternò Ragusa	RG	SICILIA	SI	SI	✗	NO	NO	NO	Non corrispondenza coorte: 1217 (S.I. ospedaliero), 1044 (S.I. regionale), 1009(pne). Non corrispondenza esito: 323 (S.I. ospedaliero), 257 (S.I. regionale), 255 (pne)	
CCA Lucina Catania	CT	SICILIA	NO	SI	✗	NO	NO	NO	/	

Proporzione di parti con TC primario _ Diff gr. – adj. A.O. di Ferrara

Struttura segnalata a settembre 2014. Audit completato a marzo 2014.

A.O.U. di FERRARA: PROPORZIONE DI TC PRIMARI					
Valutazione	N	RISCHIO GREZZO	RISCHIO ADJ	RR ADJ	P
PNE 2014 (Sdo 2013)	1161	24,03	4,41	0,17	0,000
PNE 2015 (Sdo 2014)	1296	25,15	20,72	0,81	0,001





Audit qualità dei dati PNE 2015

▶ Infarto Miocardico Acuto (IMA): mortalità a 30 giorni

▶ Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni.

▼ Proporzione di parti con taglio cesareo primario.



- Strutture con prporzioni superiori a valori soglia predefiniti
- Strutture con differenze tra proporzioni grezze e aggiustate inferiori al 5° o superiori al 95° percentile

▶ Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni.

▶ Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

▶ BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni.

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

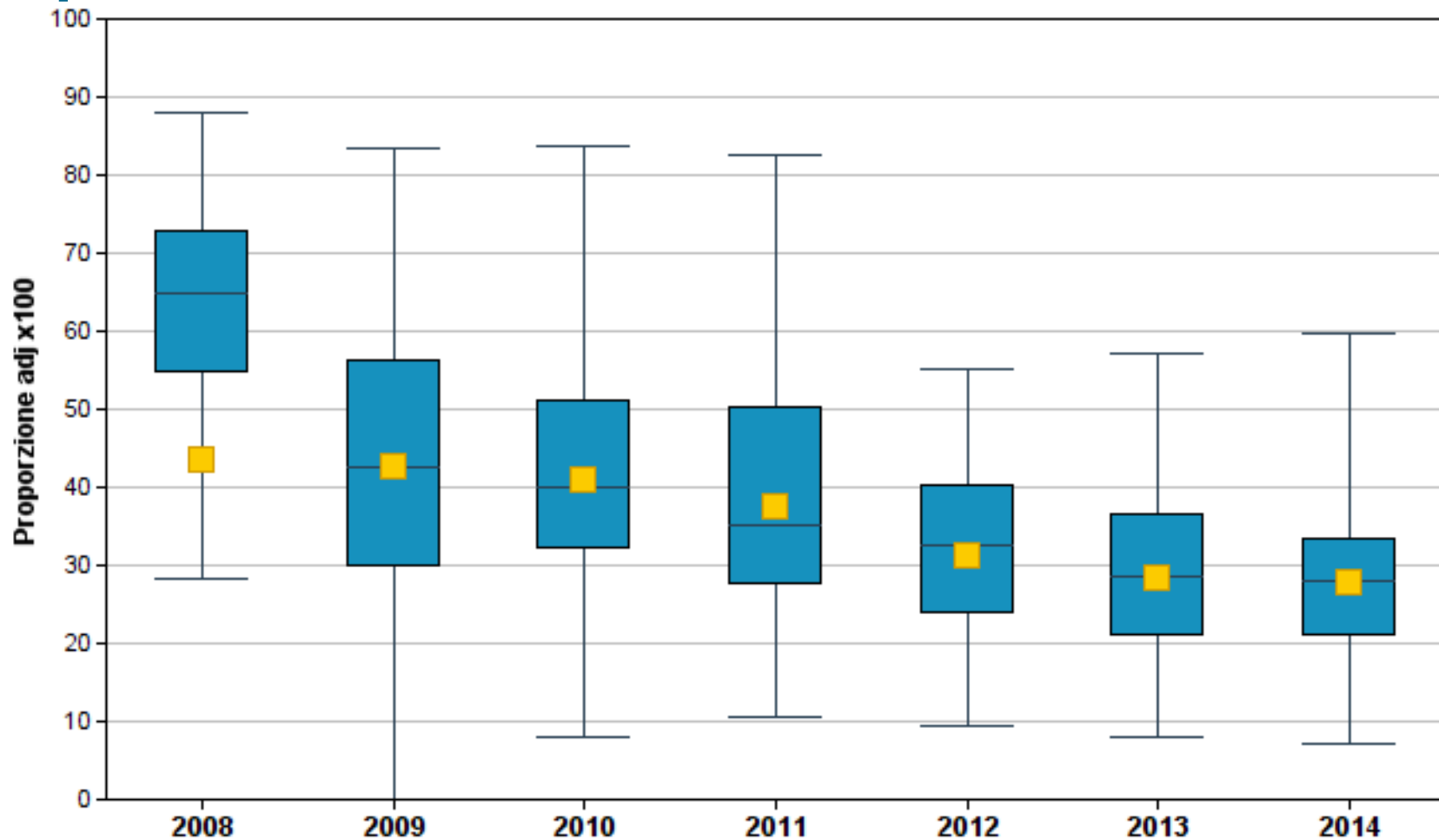
▶ Proporzione di intervento di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo.





Struttura	prov	Regione	N	% grezza	% adj	Patologia liquido amniotico	Posizione e presentazione anomale del feto (ric. ind.)	Distress fetale (ric. ind.)
						%	%	%
Italia			372717	25.69		4.1	5.0	1.9
CCA Salus - Brindisi	BR	PUGLIA	537	35.38	11.61	3.4	23.1	5.8
CCA Villa delle Querce - Napoli	NA	CAMPANIA	596	72.15	49.24	22.0	49.2	0.0
A.O.SSN G. Martino - Messina	ME	SICILIA	886	26.86	14.9	8.6	7.7	8.4
Osp. V. Buzzi - Milano	MI	LOMBARDIA	2834	20.47	8.56	1.0	3.2	14.7
Osp. Civile Maria Paternò - Ragusa	RG	SICILIA	1062	24.58	12.92	3.0	9.0	6.0
A.O. V. Cervello - Palermo	PA	SICILIA	1026	24.27	14.24	6.6	5.0	7.4
A.O.per l'Emergenza Cannizzaro - Catania	CT	SICILIA	760	37.5	27.56	3.2	7.0	5.7

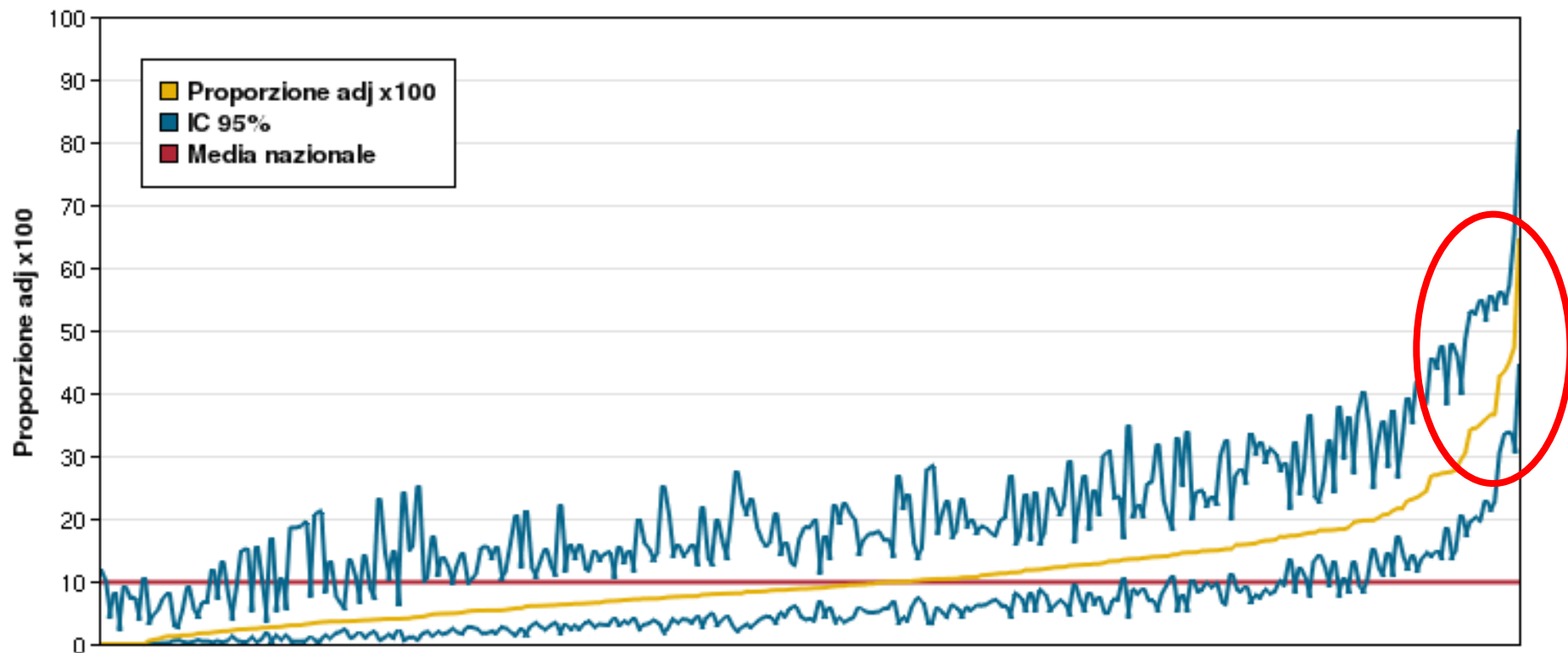
Proporzione di parti con taglio cesareo primario. Sicilia



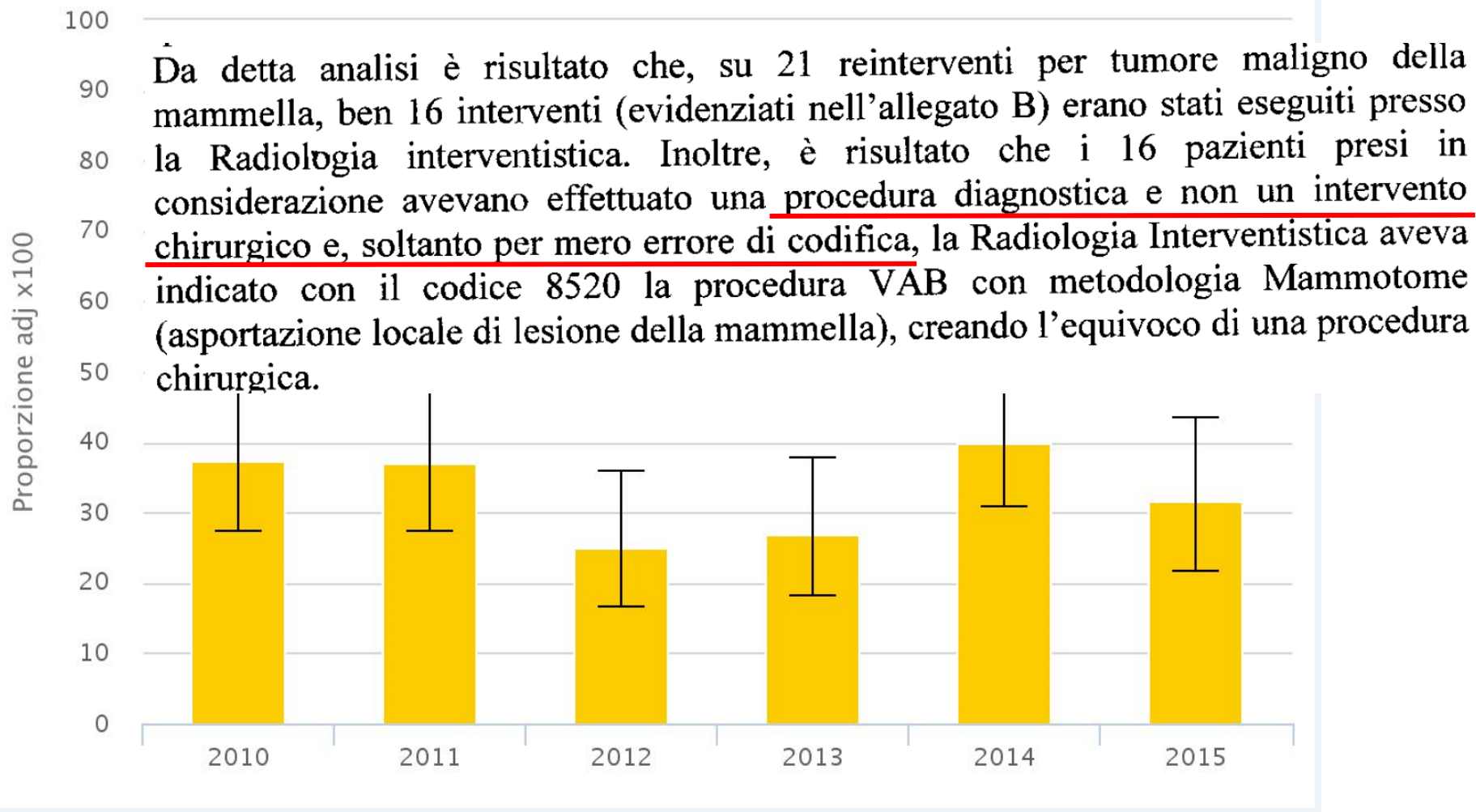
NB. Vengono considerate esclusivamente le strutture con volume di ricoveri superiore a



TM della mammella: proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento chirurgico conservativo. Italia 2014



TM MAMMELLA: reintervento a 120 giorni





TM COLON – MORTALITA' A 30 GIORNI (alta differenza %grezza e %adj)



Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unificato
Osimo Chiaravalle Loreto
Via Leopardi, 15 - 60027 OSIMO (AN)

Prot. 0139519/17/07/2015/ASURAV2/ANDM/P

Osimo, 17.07.2015

In termini di differenza tra percentuale di tasso grezzo e aggiustato si rileva che la verifica della presenza degli item individuati dall'Agenas per l'aggiustamento del tasso grezzo nel contenuto delle cartelle cliniche e conseguente confronto tra la percentuale indicata dall'Agenas con quella riscontrata, rileva una non coerenza dei dati registrati nelle SDO con il contenuto delle cartelle cliniche stesse.

	BPCO	Comp. Psico-fisica	Comp. Psico-fisic (ric.Ind.)	Disturbi circolat. encefalo e periferici	Tipologia intervento (emergen vs elezione)	Insuffi. cardiaca	Metastasi	Patologia cronica del rene	Patologia cronica del rene (ric. Ind.)	Tipologia di accesso (laparoscopica vs laparotomica)	Diagnosi tumore coloretale nei 6 mesi precedenti l'intervento
% CC	13,73	9,80	9,80	11,76	41,18	15,69	31,37	17,65	17,65	0,00	66,67
% PNE	13,7	0	0	7,8	52,9	5,9	17,6	3,9	0	0	11,8



Audit qualità dei dati

- ▶ Infarto Miocardico Acuto (IMA): mortalità a 30 giorni
- ▶ By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni.
- ▶ Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni.
- ▼ Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni.
 - Strutture con mortalità inferiore o superiore a valori soglia predefiniti
- ▶ Proporzione di parti con taglio cesareo primario.
- ▶ Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni.
- ▶ Intervento chirurgico per TM colon: proporzione di interventi in laparoscopia

**Scegli un
indicatore e
scarica il file excel**

Scompenso cardiaco congestizio _ Mortalità a 30 gg (alta). P.O. Madonna dell'Alto - Petralia

Struttura segnalata a settembre 2014. Audit completato ad aprile 2015

P.O. MADONNA DELL'ALTO - PETRALIA (PA): SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO					
Valutazione	N	RISCHIO GREZZO	RISCHIO ADJ	RR ADJ	P
PNE 2014 (Sdo 2013)	94	19,15	19,60	1,88	0,005
PNE 2015 (Sdo 2014)	95	9,38	9,44	0,92	0,793

AUDIT QUALITÀ DATI SU "MORTALITÀ ENTRO 30 GG SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO"

P.O. Madonna dell'Alto Petralia sottana - U.O. C. Medicina Interna

RIEPILOGO DATI ANALISI CARTELLE CLINICHE

Riportare nella tabella seguente le cartelle cliniche in cui si riscontrino difformità rispetto alla SDO segnando:

- nella prima colonna il n. di cartella clinica
- nella seconda colonna se una X se deceduto entro 30gg dal ricovero
- nella terza colonna i criteri di esclusione se non riportati nella SDO
- nella quarta colonna una X se non confermata la diagnosi di scompenso cardiaco congestizio
- nella quinta colonna l'elenco delle comorbidità non riportate nella SDO

N. CC	Deceduto entro 30GG	Criteri di esclusione	Scompenso cardiaco non confermato	<u>Comorbidità</u>
1371				491.20 - 585.3 - 402
323		518.4		
614				437.1 - 402 - 491.20 - 714.0
107				272 - 278 - 427 - 714.0
158			X 585.3	402 - V45.01

Risultati:

- ✓ Decessi entro 30 gg: 19/95
- ✓ Diagnosi non confermata: 3/95
- ✓ Criteri di esclusione non riportati in SDO: 25/95 di cui 14 dei 19 decessi confermati
- ✓ Fattori di rischio non codificati: 68/95 (di cui 5 dei 19 decessi confermati)

Conclusioni:

Importante sottocodifica dei criteri di esclusione e dei fattori di rischio

Solo 5 decessi per scompenso

Gli altri 14 rientrano nei criteri di esclusione PNE (518.4 e 584)

Per tutti i 5 decessi per scompenso confermati, non sono state riportate tre o più comorbidità in SDO

Scompenso cardiaco congestizio: bassa mortalità a 30 giorni

In collaborazione del Direttore dell'Igiene Pubblica con un'analisi sul ReNCaM (Registro Nominativo delle Cause di Morte), è stato confermato l'esito (morte) per i casi presenti nel campione; si è inoltre accertato tale esito anche per le seguenti SDO:

→ SDO 14 003020

→ SDO 14 009424

In seguito al controllo di congruità della codifica della SDO, analizzata la cartella clinica da parte dei clinici interessati, in 17 casi è stata modificata la diagnosi principale (vedi file excel allegato) non facendoli più rientrare nel protocollo operativo della selezione dei casi di SCC.

nosologico	dgn	pr	dsec1	dsec2	dsec3	dsec4	dsec5	esito	rev	dgn	pr	rev	dsec1	rev	dsec2	rev	dsec3	rev	dsec4	rev	dsec5
14 007196	40211		5854	99591	42731			0		99591	40211		5854		42731						
14 001420	40291		49121	2851	40310	5990	2449	0		2851	40291		49121		40310		5990		2449		
14 007410	4280							0		4254											
14 000130	4280		2859	4149	586	2411	4011	0		4280		4149		2411		2859					
14 007992	4280		49121					0		49121		4280									
14 000456	4280		49121	4011	5181			0		4169	42843		4280								
14 003569	4280		49121	4149	25000	4011	6393	0		49121	4280		4149		25000		4011		6393		
14 005155	4280		586	28529				0		28529	4280		586								
14 006807	4281							0		4293											
14 001382	4281		2769	4829	5609	57420	42731	0		2761	4281		4829		5609		42731		20300		
14 004589	4281		41401					0		4281	4254										
14 005288	4281		42731					0		42731	4281										
14 003092	4281		42731	42090	4011			0		42790	4281		42731		4011						
14 000311	4281		7802					0		4254	42731		4280								
14 004486	4289		2769	4149	25000	4011	60000	0		2769	4289		25000		4401		60000		42732		
14 007895	4289		42090	5111	51883	49121		0		42090	4289										
14 000450	4289		49121	42731	25002	4011		0		49121	4289		42731								
14 005431	4280		4271	412						4271	4280		412								
14 010835	4281									4148	42731										

Scompenso cardiaco congestizio: alta mortalità a 30 giorni

18 casi di errore di codifica DP erroneamente inclusi nella coorte PNE (di cui 17 esiti); numerosi casi di mancata codifica criteri di esclusione (518.4 e 584)

dgn	dse	dse	dse	dse	dse	es	rev_dgn	rev_dse	rev_dse	rev_dse	rev_dse	rev_dse
40291	34839	5712	2859	78551		1	78559					
4280	4148	51884	5771			1	51881		3079			
4280	4149	51884	6393	4371	60000	1	4850					
4280	515	4160				1	51881			797		
4281	4149	42761	42769			1	51881	5070				
4281	4240					1	5184					
4281	42732	4148	6393			0	5184					
4281	51884	500				1	51881	49121	500			
4289	1970	51884	49120	4019		1	1970	51881				
4289	40210	4240				1	27651	584				
4289	4149	20400	2859			1	584	585	2041		51881	
4289	4149	27651	25010			1	51881	584				
4289	42731	49120	78551	6393	27651	1	78559	27651	585			
4289	49120	51884				1	51881	49121				
4289	5119	51881	7994	586	25000	1	5119	51881	7994			
4289	51881	6393	4241			1	51881	584	585			
4289	5781	4389	586			1	78550			584	585	
4289	78551	30392				1	51881	584	42789	30392		
4289	42731	27651	5849	78791			5184					

Scompenso cardiaco congestizio: alta mortalità a 30 giorni

Dall'analisi delle 130 cartelle cliniche è stato possibile procedere alla correzione delle codifiche diagnosi di 30 SDO. Il campione risulta così ridotto a 100 cartelle con diagnosi principale di scompenso.

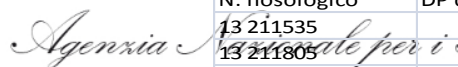
Nelle 30 cartelle riviste, la diagnosi principale (patologia che ha assorbito il maggior quantitativo di risorse) è stata ricondotta a:

- polmonite (10 casi, di cui 2 di polmonite ab ingestis e 1 con errore materiale di codifica)
- BPCO (6 casi documentati alla spirometria)
- bronchite acuta (3 casi)
- insufficienza respiratoria (3 casi)
- cuore polmonare cronico e flutter atriale (2 casi ricoverati in cardiologia)
- cirrosi, gastroenterite, neoplasia, versamento pleurico (4 casi)
- setticemia e shock settico (2 casi)

In ogni caso, in pressoché tutti i Pazienti, la patologia acuta di base aveva contribuito a far precipitare uno SCC da considerarsi in questi casi secondario e non causa principale del ricovero.

25 casi di inclusione nella coorte per errore di codifica DP, di cui **11 esiti**

Esito	DP da SDO	RICODIFICA
0	40291	49121
0	4280	4660
1	40291	51881
0	4289	5589
0	40291	49121
1	40291	5119
1	4280	485
1	4281	4660
1	4289	4660
0	4289	49121
0	40291	49121
1	40291	5715
0	40291	49121
1	4281	5070
0	4280	03811
0	40291	4660
	4280	4829
1	4289	4829
1	4289	2390
0	4289	4660
0	4289	4829
	4281	41883
0	4289	4660
1	4280	4289
0	4281	4169
1	4281	78550
0	4281	49121
	4280	5070
	4281	42732
	40291	49121



Importante
sottocodifica fattori
di rischio utilizzati
nell'aggiustamento

N. nosologico	DP da SDO	Ric DP	DS AGGIUNTE			
13 211535	41011		25000	4241	4019	42731
13 211805	41090	4111				
13 211863	41021		42741	4281	42731	4011
13 211943	41071				4111	43889
14 017697	41071		25040			
14 024394	41031		78551	42731		
14 026563	41001		25000	4019	2724	
14 200611	41071			4011	V1051	
14 200927	41071		2721	4019		
14 201113	41071			2724	V1079	
14 201158	41011		V1005	V1079	2724	
14 201318	41031		49120			
14 201348	41091	4281	41071			
14 201385	41090				41519	797
14 201395	41031		49120	4019		
14 201611	41031					78552
14 201875	41021		5853	4019		
14 201919	4260	41071	4260		4019	
14 202117	41071	78551	41071			
14 202186	41071		412	V4582		
14 202386	41071			2724		
14 202510	41051		412	4011	V4582	
14 202686	41031			V4582		
14 202733	41071		412	V4582	4019	
14 203603	41011		2724			
14 203693	41031		4019			
14 203870	41011					2724
14 203937	41041		27800			
14 204032	41071					V1007
14 204144	41071		412	4011	V4582	
14 204539	41041		4386	44021		
14 204805	41071			4230	78551	
14 204848	41071		4019	2724		
14 204976	41071		4019			
14 205070	41071			25000	4019	2724
14 205159	41071		20300	4940	4019	
14 205206	41001			25000	4019	
14 205230	41011					
14 205283	41071		25000	27800		
14 205420	41071					
14 205485	41081					5849
14 206201	41071		V1046	4409	2724	
14 206230	41071				43310	
14 206315	41071		412	V4581		
14 206366	41071					25090
14 206493	41071					27800
14 206557	41041		2724	4019		4911
14 206613	41031				43310	
14 207303	41071				25040	
14 207423	41041			4019	2724	
14 207974	41021			25000	4019	
14 208323	41031		4019			
14 208915	41051	41071				





% risposta AUDIT PNEed2014:

(audit concluso) **31.5%** (447)

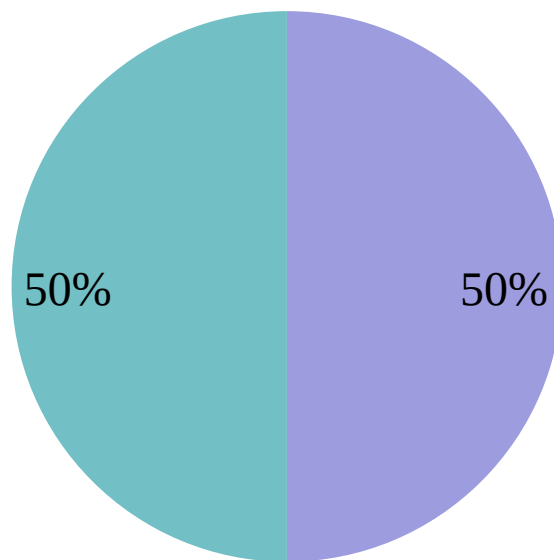
% risposta AUDIT PNEed2015:

(al 23/11/2016) **40.2%** (650)

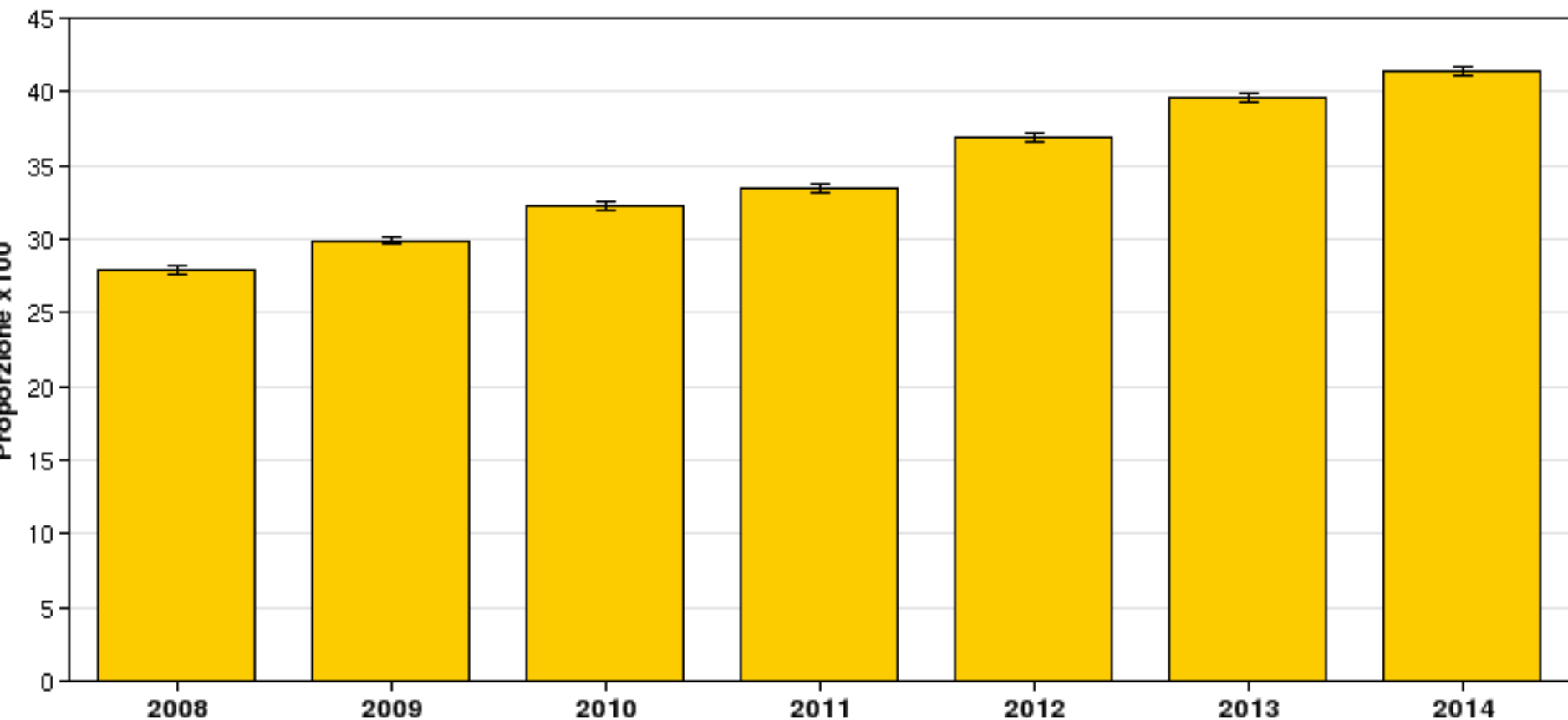
Risultati Audit ed 2014

132 risultati definitivi al 19 ottobre 2015

■ CONFERMA QUALITA' DEL DATO ■ NON CONFERMA QUALITA' DEL DATO



Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni.



ACC/AHA 2008 Performance Measures for Adults With ST-Elevation and NonST-Elevation Myocardial Infarction

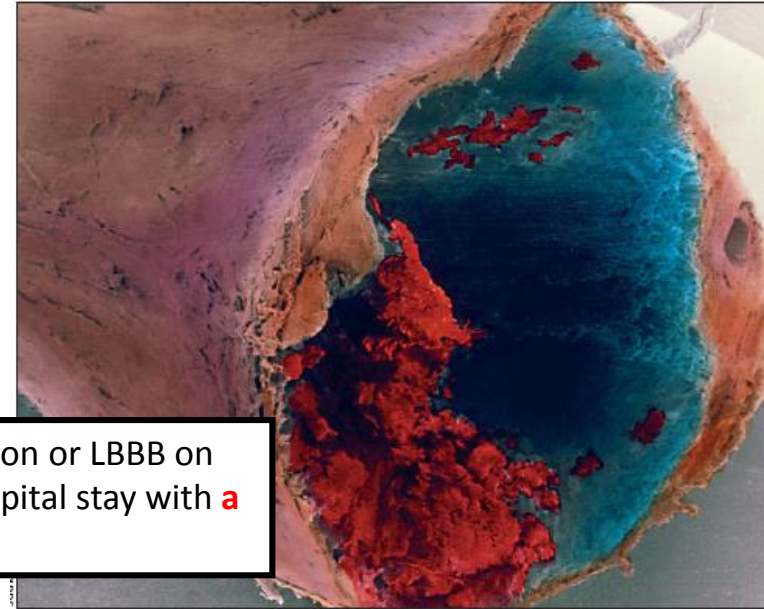
ACC/AHA Circulation 2008;118;2596-2648

8. Time to Primary PCI

Median time from hospital arrival to primary percutaneous coronary intervention (PCI) in acute myocardial infarction (AMI) patients with ST-segment elevation or left bundle-branch block (LBBB) on the electrocardiogram (ECG) performed closest to hospital arrival time

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: Discharges with: ■ An ICD-9-CM Principal Diagnosis Code for AMI as defined in Table 4 AND ■ PCI (ICD-9-CM Principal or Other Procedure Codes 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.



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**

Door-to-Door Time
ACC/AHA 2004 STEMI Guidelines (remains in effect)¹⁹
Class I
A 12-lead ECG should be performed and shown to an experienced emergency physician within 10 minutes of emergency department arrival for all patients with chest discomfort (or anginal equivalent) or other symptoms suggestive of STEMI. (Level of Evidence: C)

ACC/AHA 2007 UA/NSTEMI Guidelines²¹
Class I
A 12-lead ECG should be performed for all patients with chest discomfort.

Indications for Primary PCI
ACC/AHA 2004 STEMI Guidelines
Class I
If immediately available, primary PCI of the infarct artery with percutaneous coronary intervention (individuals who perform more than 75 PCI procedures per year) in a laboratory environment (performs more than 200 PCI procedures per year).

Data-to-Decision Time
ACC/AHA 2004 STEMI Guidelines
Class I
All STEMI patients should receive primary PCI as soon as possible. (Level of Evidence: A)

ACC/AHA 2007 UA/NSTEMI Guidelines
Class I
Patients with definite ACS and ST-segment depression or elevation should receive primary PCI as soon as possible. (Level of Evidence: A)

Indications for Primary PCI ACC/AHA 2004 STEMI Guidelines (remains in effect)
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)

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*

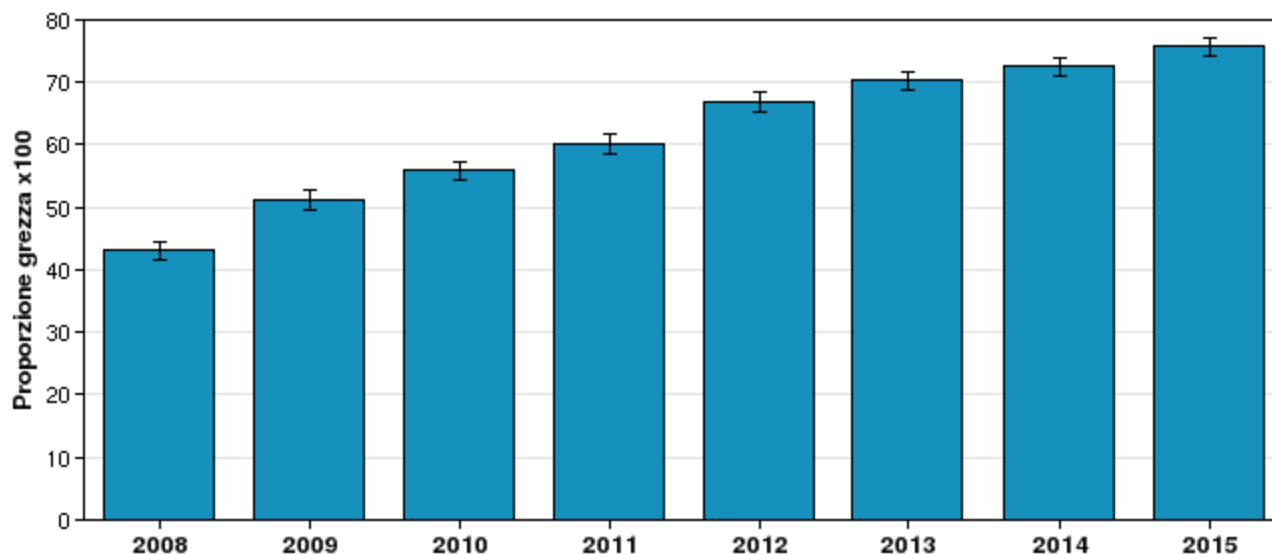
DIEP/Lazio

ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO



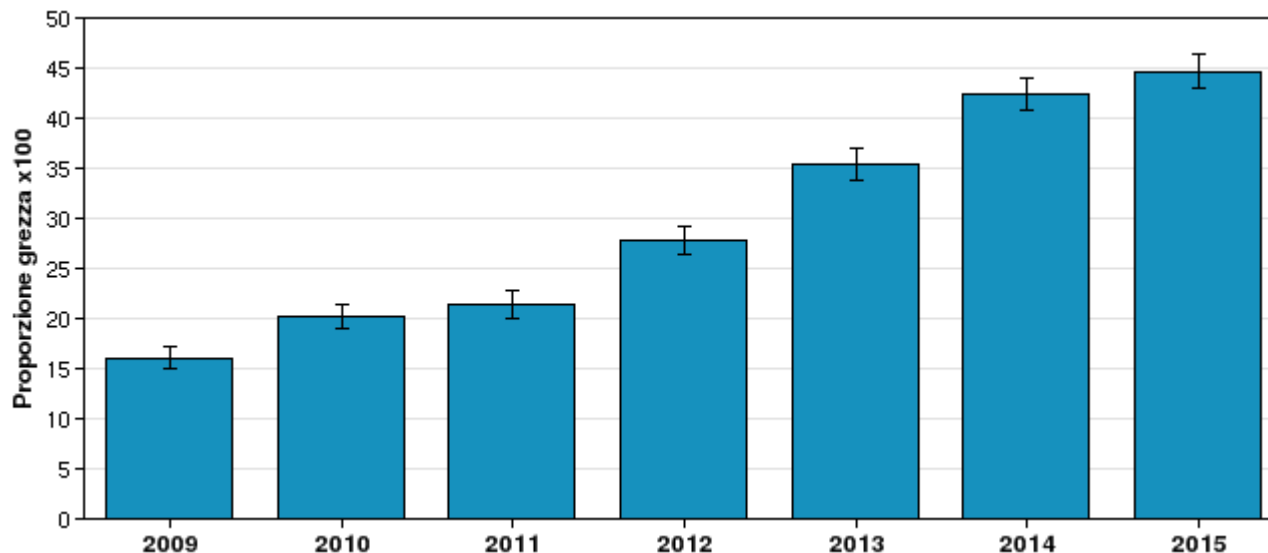
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (struttura di ricovero)



76%



STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti



45%



Principali problemi emersi nella qualità del dato

IMA: Impossibilità di indicare la gravità del paziente nella SDO attuale

ES. struttura segnalata per bassa mortalità: struttura con U.O. di Geriatria dove si ricoverano pazienti anziani trasferiti da presidio Hub superata la fase acuta e con problematica cardiologica lieve o trascurabile rispetto ad altre comorbidità

Scompenso: misclassificazione della diagnosi

ES. struttura segnalata per bassa mortalità: a seguito di controllo della documentazione clinica, riclassificazione del 30% dei ricoveri come tumore maligno.

Valvole: sottocodifica fattori di esclusione

ES. struttura segnalata per alta mortalità: a seguito di verifica della documentazione clinica, rilevazione di sottocodifica criteri di esclusione (interventi non isolati codificati come isolati)

Tumori maligni: sottocodifica dei fattori confondenti

ES. struttura segnalata per differenza grezzo-aggiustato nella mortalità a 30 giorni dopo intervento per carcinoma del colon: a seguito di controllo della documentazione clinica, rilevazione di mancata codifica in SDO della presenza di metastasi in 19 casi/ 50

TC: errori di codifica dei fattori di rischio

ES. struttura segnalata per differenza grezzo-aggiustato: dopo controllo sulla documentazione clinica, riscontro di un errore sistematico nella codifica del codice 656.31 (distress fetale) al posto di 659.7



Ministero della Salute

SDO – Scheda di
Dimissione Ospedaliera

Servizio di sviluppo in
outsourcing del SIS-N



Specifiche Funzionali

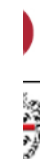


SPECIFICHE FUNZIONALI

agen.a



SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera



**B - Informazioni
Ricovero**

Informazioni Ricovero	Codice istituto di cura
	Numero progressivo della scheda SDO
	Regime di ricovero
	Data di prenotazione
	Classe di priorità
	Data di ricovero
	Ora di ricovero
	Unità operativa di ammissione
	Onere della degenza
	Provenienza del paziente
	Tipo di ricovero
	Traumatismi o intossicazioni
	Codice causa esterna
Trasferimenti	Data trasferimento
	Ora trasferimento
	Unità operativa trasferimento
Dimissione	Unità operativa di dimissione
	Data di dimissione o morte
	Ora di dimissione o morte
	Modalità di dimissione
Informazioni Ricovero	Riscontro autoptico
	Motivo del ricovero in regime diurno
	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno
	Peso alla nascita
Diagnosi principale	Diagnosi principale di dimissione
	Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero
	Stadiazione condensata
	Lateralità

ari Regionali





Specifiche Funzionali



Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
	Diagnosi secondarie	Diagnosi secondarie di dimissione
		Diagnosi secondarie presenti al ricovero
		<u>Stadiazione condensata</u>
		Lateralità
	Intervento principale	Intervento principale
		Intervento principale esterno
		Data intervento principale
		Ora inizio intervento principale
		Identificativo chirurgo intervento principale
		Identificativo anestesista intervento principale
		<u>Check list sala operatoria intervento principale</u>
		Lateralità
	Interventi secondario	Interventi secondari
		Interventi secondari esterni
		Data intervento secondario
		Ora inizio intervento secondario
		Identificativo chirurgo intervento secondario
		Identificativo anestesista intervento secondario
		<u>Check list sala operatoria intervento secondario</u>
		Lateralità
	Informazioni Ricovero	Rilevazione del dolore
		Pressione arteriosa sistolica
		Creatinina serica
		Frazione eiezione





Linee guida per la predisposizione dei Piani di cui all'articolo 1, comma 524, della legge 28 dicembre 2015, n. 208

Sommario

1.2 Il Piano di cui all'articolo 1, comma 524, lettera a) della legge 28 dicembre 2015, n. 208

1.3 Il Piano di cui all'articolo 1, comma 524, lettera b) della legge 28 dicembre 2015, n. 208

1.3.1 Contenuti del Piano

1.3.1.1 Verifica della qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari

1.3.1.2 Analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici e organizzativi

1.3.1.3 Programma di interventi

1.3.2 Monitoraggio del Piano

1.4 La Governance del PO

VERIFICA DELLA QUALITA' DEI DATI REGISTRATI NEI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI



Livelli di aderenza			
Molto Basso	Molto Alto	Tot	
35	73	108	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 giorni
136	74	210	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni
14	34	48	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni
58	100	158	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni
80	69	149	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni
85	96	181	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni
24	19	43	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni
112	74	193	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
120	127	247	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
23	48	71	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalita' a 30 giorni
8	22	30	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni
6		6	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
18	16	34	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni
40	25	65	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni
107	159	266	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
98	177	275	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni
97	104	201	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
622	36	658	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi
16	20	36	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia
46	90	136	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per TM
442	183	625	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita > 90 casi
2187	1546	3740	



PROGRAMMA PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' DELLA CODIFICA

- ATTENZIONE AGLI
OPPORTUNISMI DI
CODIFICA