

CancerStat Umbria

Registro Tumori
Umbro di Popolazione

Registro Nominativo
delle Cause di Morte

Registro Regionale
dei Mesoteliomi

Direttore:
Francesco La Rosa

Coordinatore:
Fabrizio Stracci

Dipartimento di
Medicina sperimentale.
Sezione di
Sanità Pubblica.
Università degli Studi
di Perugia.

Regione dell'Umbria.
Direzione regionale
Salute, coesione sociale
e società della
conoscenza



Anno IV No. 12
Dicembre 2013
ISSN 2039-814X

SEMINARIO

Valutazione dell'assistenza sanitaria Principi, metodi, applicazioni relative al SSR umbro.

Perugia 28 ottobre 2013

C. Romagnoli

pag. 519

CancerStat Umbria

Registro Tumori
Umbro di Popolazione

Registro Nominativo
delle Cause di Morte

Registro Regionale
dei Mesoteliomi

Direttore:

Francesco La Rosa

Coordinatore:

Fabrizio Stracci

Collaboratori:

Anna Maria Petrinelli

Daniela Costarelli

Fortunato Bianconi

Valerio Brunori

Daniela D'Alò

Alessio Gili

Silvia Leite

Chiara Lupi

Daniela Mogini

Rosaria Palano

Maria Saba Petrucci

Regione dell'Umbria.
Direzione regionale
Salute, coesione sociale
e società della
conoscenza

Emilio Duca

Paola Casucci

Marcello Catanelli

Mariadonata Giaimo



Anno IV No. 12, Dicembre 2013

ISSN 2039-814X

Codice CINECA-ANCE E205269

Publicato da:

Registro Tumori Umbro di Popolazione

Dipartimento di Medicina sperimentale.

Sezione di Sanità Pubblica.

Università degli Studi di Perugia.

Via del Giochetto

06100 Perugia

Tel.: +39.075.585.7329 - +39.075.585.7366

Fax: +39.075.585.7317

Email: registro.tumori@unipg.it

URL: www.rtop.unipg.it



USLUmbria1
Staff “Programmazione epidemiologica”
Dr Carlo Romagnoli

Valutazione dell'assistenza sanitaria. Principi, metodi e applicazioni relative al SSR umbro.

**Sintesi del seminario tenuto il 28/10/2013 per il corso di
Igiene generale e applicata
Facoltà di Medicina e Chirurgia di Perugia
Università di Perugia**

Sintesi: Questo articolo illustra, dopo una breve contestualizzazione sulla funzione valutativa in relazione alla natura sistemica del SSR, i principali elementi costitutivi della valutazione dell'assistenza socio-sanitaria, con riferimento ai principi che la guidano, ai suoi scopi legittimi e agli usi inappropriati, alle tipologie di esiti misurabili e alla metodologia generale per la messa a punto e lo svolgimento di corretti processi valutativi nel SSR.

A partire da questa base concettuale vengono passate in rassegna alcune delle principali applicazioni della funzione valutativa nel SSR umbro, a partire dal Piano Nazionale degli Esiti, ai bersagli del MES (che a loro volta compendiano altri sistemi di rilevazione utilizzabili a fini valutativi come il PASSI), alle misure di farmaco epidemiologia dell'Istituto

Superiore di sanità, per finire con le misure di sopravvivenza prodotte dal RTUP, evidenziando le numerose aree di approfondimento, valorizzazione e applicazione che le misure prodotte da questi dispositivi consentono già oggi. Vengono in particolare evidenziati gli sviluppi che tali dispositivi hanno prodotto negli ultimi dieci anni, culminati nella tempestività che garantisce le misure di esito del PNE, oggi in grado di fornire valutazioni di esito solide sul piano biostatistico e relative all'anno precedente quello di esercizio.

In tal modo si chiude la lunga fase in cui la programmazione aziendale si è basata sulle sole misure di attività e costi con il forte rischio di sovravalorizzazione delle stesse.

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

1) Il SSR come campo applicativo della valutazione dell'assistenza sanitaria.

Il Servizio sanitario regionale è costituito (figura 1) dall'insieme delle funzioni di promozione della salute, prevenzione dei rischi collettivi e individuali, assistenza primaria, specialistica, ospedaliera e riabilitativa, che garantiscono alla popolazione la risposta ai bisogni di salute, nel quadro dei livelli essenziali di assistenza che regolano la restituzione ai cittadini di una quota delle imposte che gli stessi versano allo stato proprio per ricevere risposte efficaci, globali e di qualità.

Su un altro piano, occorre ricordare la natura sistemica dei servizi sanitari, non solo perché siamo in sede didattica, ma soprattutto perché molti autori, a partire da Giulio Alberto Maccacaro (1), hanno insistito sulla opportunità di evitare accezioni meccanicistiche e fordiste dell'organizzazione sociale e di sue importanti ramificazioni come il SSR (figura 2), che presenta, una volta interpretato come sistema, forti analogie con la modellizzazione già fornita da Von Bertalanfy (2) a metà del secolo scorso, e poi alla base degli sviluppi forniti, tra gli altri, da Henry Mintzberg (3) con la sua teoria delle organizzazioni professionali.

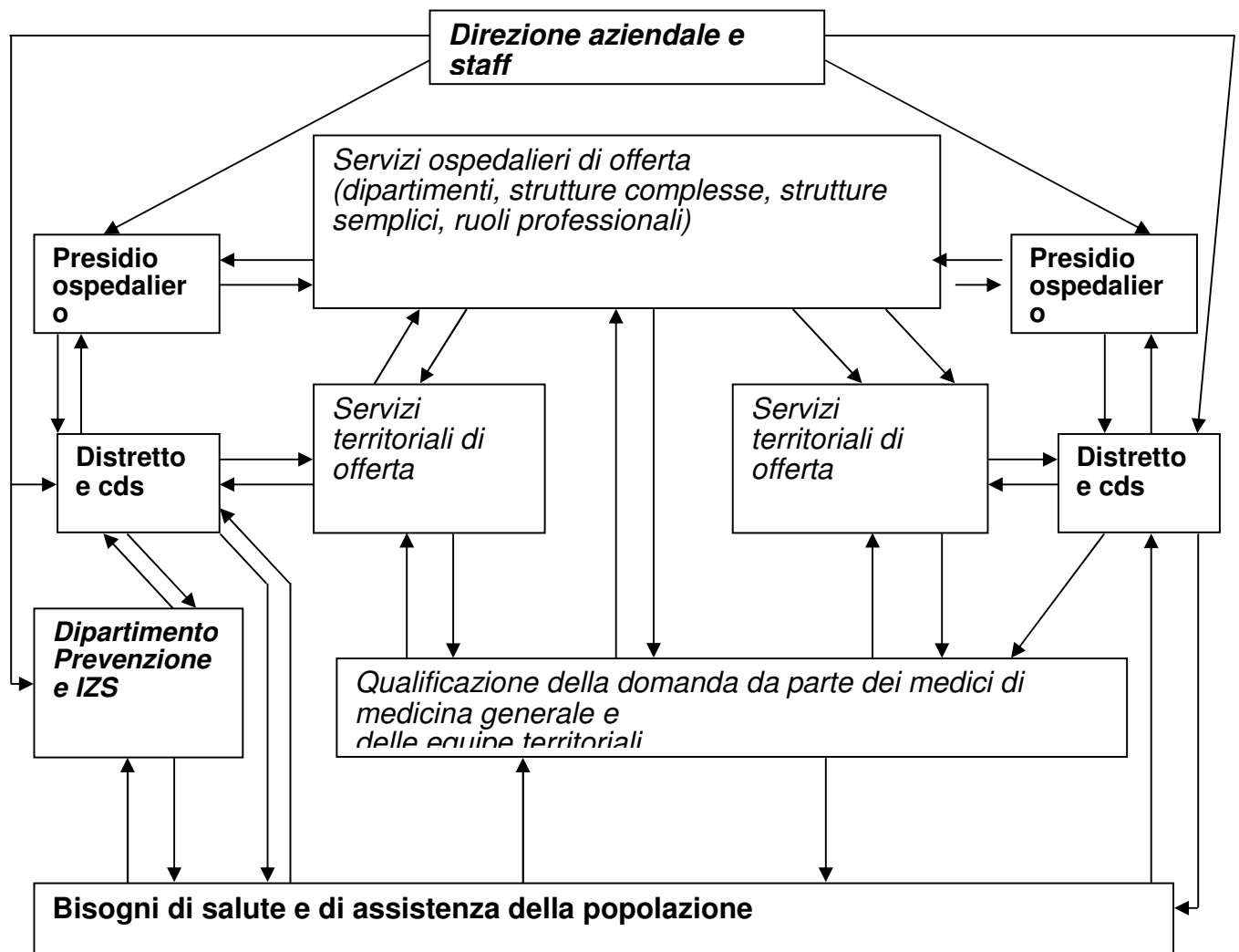


Figura 1. Il SSR come campo applicativo della valutazione dell'assistenza socio sanitaria.

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

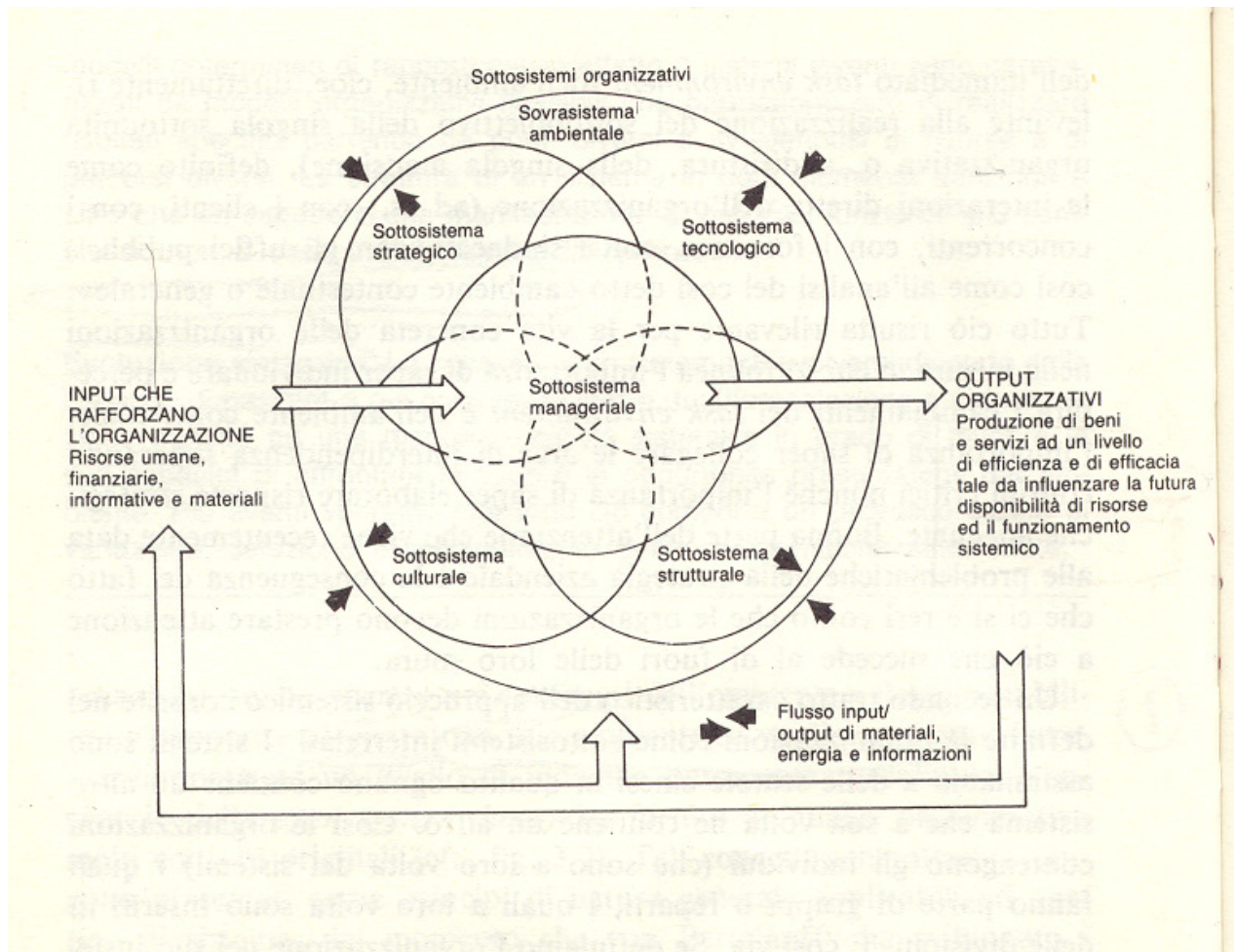


Figura 2. L'organizzazione come sistema.

L'approccio sistemico, infatti, permette di individuare alcune aree di importanti variabili che arricchiscono la comprensione del funzionamento di un servizio sanitario:

a) *input*, ovvero ciò che il sistema (e nel nostro caso il SSR) riceve dal mondo esterno (bisogni/domanda, mandato - leggi, risorse disponibili, conoscenze, contesto, ecc.) per raggiungere i fini legittimi per cui è stato istituito;

b) *inside*, ovvero le variabili interne relative alle modalità con cui il sistema si organizza per raggiungere i fini legittimi che la società gli ha assegnato (obiettivi specifici, relative risorse assegnate e sistemi operativi - professionali, gestionali e relazionali - che vengono ritenuti

coerenti con i fini)

c) *output* riguardano ciò che il sistema produce (prestazioni, costi) che va differenziato, dagli:

d) *outcome* cioè dagli *esiti* che il sistema garantisce alla società in generale e ai portatori di bisogni socio sanitari (esposti e assistiti) in particolare. Infatti, in sanità non si dà corrispondenza meccanica tra il ricevere una prestazione sanitaria e il beneficiare degli effetti positivi che tale prestazione in teoria dovrebbe comportare.

Sulla base di queste contestualizzazioni preliminari è possibile fornire alcune definizioni (4) relative ai principali temi discussi in questa sede:

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

- Valutazione: atto tendente ad attribuire valore a fatti, eventi, oggetti in relazione agli scopi perseguiti.
- Efficacia teorica¹ (efficacy): la capacità di produrre un determinato esito in condizioni sperimentali.
- Efficacia pratica² (effectiveness): la capacità di produrre un determinato esito nella pratica quotidiana.
- Esito (outcome): ciò che il fruitore della prestazione sanitaria ottiene per la sua salute (1, *op cit*).
- *Valutazione di efficacia delle strutture sanitarie:* azione organizzativa volta ad assegnare, attraverso metodi appropriati, valore a una struttura sanitaria in base alla sua capacità di produrre esiti positivi per la salute dei suoi fruitori.

2) Tipologie di indicatori di esito in sanità.

Data la centralità del concetto di esito nella valutazione dell'assistenza sanitaria, si tratta ora di approfondirne la conoscenza fornendo alcuni riferimenti alle principali tipologie che lo caratterizzano. E' infatti opportuno distinguere gli esiti (5) in:

- a) *Esiti finali di salute*, che comprendono:
- Riduzione: della mortalità, della sofferenza e della disabilità funzionale
 - Prolungamento della durata di vita e della durata di vita senza disabilità
 - Diminuzione dell'incidenza di malattie

1 La valutazione di efficacia teorica, in quanto prodotto di ricerche sperimentali (RCT, meta analisi, revisioni sistematiche) e dunque di procedimenti scientifici: è congruente con i valori su cui è avvenuta la socializzazione dei medici durante l'istruzione universitaria e da senso alle attività formative per la manutenzione delle conoscenze professionali.

2 La valutazione di efficacia pratica è difficile da realizzare in modo affidabile; può avere una forte latenza temporale rispetto ai tempi dell'assistenza; difficilmente può essere spinta fino al livello di valutazione individuale; induce risposte disfunzionali da parte dei professionisti ove non governata da essi.

- Diminuzione delle complicazioni e degli effetti collaterali delle terapie

b) *Esiti intermedi* (solo se sicuramente o molto probabilmente associati cogli esiti finali) che comprendono:

- *Modificazioni biologiche* (es.: riduzione ipertensione arteriosa o stabilizzazione livelli glicemici);
- *Modificazioni comportamentali:* riduzione abitudine al fumo, riduzione consumo di alcol, aumento esercizio fisico
- *Modificazioni ambientali* (es.: riduzione inquinamento atmosferico)

c) *Soddisfazione dei fruitori* (utenti, familiari, popolazione generale) verso la qualità complessiva o vari aspetti dell'assistenza, tra cui:

- accessibilità
- informazioni ricevute
- competenza e cortesia dei professionisti
- possibilità di coinvolgimento nelle scelte
- Aspetti alberghieri
- Esiti di salute raggiunti

d) *Surrogati degli esiti:* indicatori di processo e di prodotto/attività.

d.1) Indicatori di processo (Eventi relativi a definiti processi assistenziali talora di efficacia documentata) che possiamo esemplificare in eventi quali:

- tempo intercorso tra arrivo richiesta al 118 e partenza/arrivo luogo evento del mezzo.
- continuità ospedale territorio (es.: tasso riammissioni non programmate entro 28 gg da una dimissione per diabete mellito, scompenso cardiaco, IMA, asma, frattura di anca, ictus).
- appropriatezza prescrizione farmaceutica (es.: % di pz con IMA cui sono stati prescritti beta bloccanti).
- adesione a controlli con valore prevenzione secondaria (es: tasso di controllo del colesterolo negli ultimi 5 anni).

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

d.2) Indicatori di prodotto/attività erogata (Erogazione di definiti interventi talora di efficacia documentata) come:

- Copertura vaccinale
- Screening raccomandati
- Ricoveri in degenza ordinaria per asma, diabete, IVU, ipertensione

Rispetto ai vantaggi degli indicatori di esito su quelli di processo/prodotto, occorre considerare che: a) sono gli indicatori più importanti per i pazienti e i cittadini; b) si possono applicare anche quando non si raggiunge l'accordo sulle cose che sarebbe meglio fare o quando è dubbia la relazione tra processo e esiti; c) permettono di capire fino a che punto l'efficacia della pratica differisce dall'efficacia sperimentale; d) rispondono a una teorica esigenza deontologica nel voler sapere come stanno i pazienti trattati.

I principali svantaggi degli indicatori di esito nei confronti di quelli di processo sono relativi ai seguenti fatti: a) molti esiti si verificano tardi nel tempo, per cui i tempi di monitoraggio aumentano; b) gli esiti possono essere rappresentati da eventi rari la cui frequenza è difficile da stimare con precisione; c) è difficile capire negli studi osservazionali quali fattori hanno contribuito maggiormente agli esiti; d) se usati per valutare i professionisti potrebbero indurli a trattare solo i pz. a esito migliore; e) non tutti i pz trattati male hanno esiti cattivi e viceversa. I vantaggi degli indicatori di processo prodotto rispetto a quelli di esito consistono nel riferimento, solitamente un "nome".

fatto che: a) la misurazione di processi/ prodotti richiede di solito un periodo di osservazione più breve e campioni più piccoli; b) l'interpretazione è relativamente facile così come l'individuazione di interventi migliorativi; c) sono più accettabili per i professionisti; d) ve ne sono già molti basati sulle evidenze.

Infine, quanto agli svantaggi degli indicatori di processo-prodotto rispetto a quelli di esito, occorre ricordare che può mancare una soddisfacente dimostrazione del loro collegamento con gli esiti.

3) Metodologia generale della valutazione.

Se, per quanto abbiamo fin qui detto, la valutazione è un atto tendente ad attribuire valore a entità (fatti, eventi, oggetti) in relazione agli scopi perseguiti, la sequenza che lega l'atto valutativo all'entità valutata (6) è illustrata nella figura 3.

Rispetto alle singole fasi qui è necessario specificare che:

- la "nomenclatura" consiste nella parcellizzazione di un'entità complessa (es.: reparto chirurgico, presidio ospedaliero) in alcune sue dimensioni elementari (tipo d'intervento chirurgico, definizione di mortalità intraoperatoria, sistema di classificazione isogravità, ecc.), cui viene assegnato un codice di riferimento, solitamente un "nome".

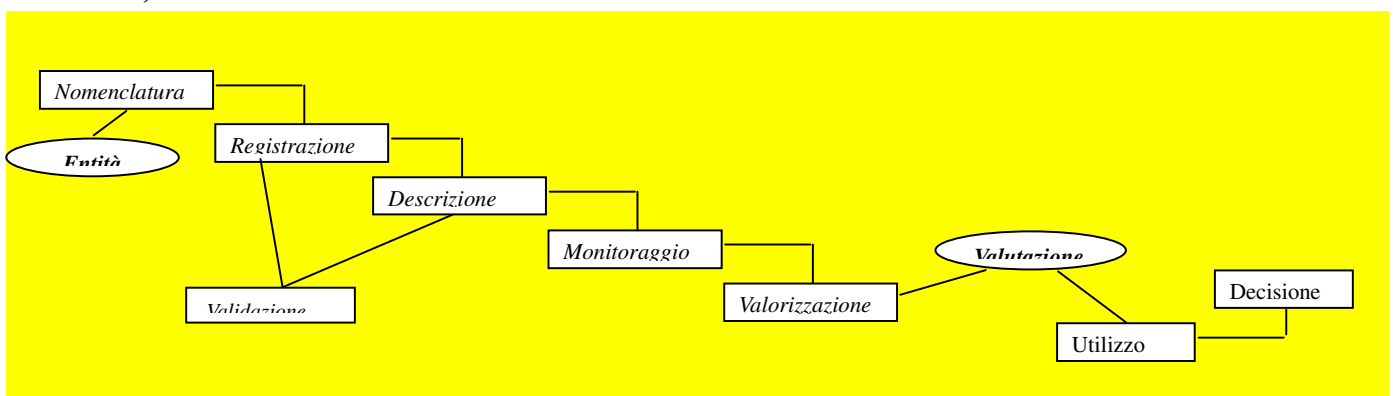


Figura 3. Principali fasi del processo valutativo.

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

- la “registrazione” che può consistere in una etichettatura, assegnando alla dimensione l’etichetta più omogenea tra un insieme di etichette associate a una specifica nomenclatura (Disease Staging, APR DRG) o in una misura, quando è possibile individuare una “unità di misura” e contare quante volte l’unità è compresa nella dimensione dell’entità (es.: giorni di degenza).

La registrazione è un processo articolato e comprende sia l’atto del classificare, dove l’elemento più importante è la ripetibilità dell’operazione, cioè l’elevata probabilità che chiunque ripeta la stessa operazione la compia nel medesimo modo, e l’atto della registrazione vera e propria.

- la “descrizione” consente di specificare il contesto di lettura e di interpretazione degli elementi rilevati, finalizzandoli così agli scopi della valutazione, cogliendo aspetti che non possono essere automaticamente dedotti dalla rilevazione: contare un certo numero di ricoveri descrive immediatamente l’ampiezza dell’ospedalizzazione, ma non dice: a) se sono un numero confacente alle potenzialità di offerta di una chirurgia (per il quale devono essere riferiti ad esempio ai posti letto); b) se sono un numero confacente all’appropriatezza della domanda sanitaria (per il quale devono essere riferiti alla popolazione opportunamente individuata e aggiustata per i fattori di rischio).

- il “monitoraggio” consiste nel confrontare la misura ottenuta tramite le fasi precedenti con un valore di riferimento che può essere dato dal valore della stessa descrizione a un determinato tempo, da alcuni valori assunti dalla descrizione in diversi ambiti geografici o popolazioni, o, infine da un insieme di valori convenzionali. L’insieme predefinito è sempre esterno all’entità stessa ed è del tutto convenzionale, per quanto basato su ragionamenti logici e scientifici.

- la “valorizzazione” che consiste nell’attribuire un valore (positivo o negativo) alla misura effettuata e confrontata con lo standard in un

Servizio sanitario nazionale tanto concettualmente che operativamente deve essere finalizzata³ a un processo di miglioramento della qualità, mentre non sono condivisibili finalità collegate con il mero controllo o l’orientamento rispetto a scelte individuali; Infatti i contesti in cui si attua la valorizzazione possono essere molto diversi se riferiti a un SSN, a un sistema assicurativo o a uno privatistico. E’ necessario che coloro che operano nella valorizzazione abbiano le conoscenze necessarie per interpretare le informazioni, siano a conoscenza dei limiti presenti in ognuna delle fasi che hanno portato a produrre le informazioni da valorizzare.

Sulla scorta di queste premesse la valorizzazione dovrebbe coinvolgere cittadini, amministratori e professionisti, seppur con ruoli e pesi differenziati.

- la “decisione” e la conseguente “utilizzo”. Le decisioni in sanità avvengono secondo il sistema delle gerarchie parallele (figura 4) come spiega bene Herny Mintzberg, con un ruolo estremamente importante dei professionisti e forti asimmetrie tra questi, gli amministratori e i cittadini⁴.

3 Diversa è la situazione selvaggia in cui non essendoci SSN si fanno classifiche di strutture ospedaliere lasciando al cittadino l’onere della scelta, una robinsonata direbbe Marx che sottende una fiducia non confermata dalle evidenze disponibili nei processi di “public reporting” (Ricciardi et al.) e che può nascondere solidi conflitti di interesse, come nel caso della classifica recentemente pubblicata su <http://www.doveecomemicuro.it/>

4 Secondo Mintzberg nella sanità in quanto organizzazione professionale, vi sono due sistemi decisionali paralleli: quello relativo ai professionisti che dal nucleo operativo, trasmettono ai livelli gerarchici intermedi e alla direzione le proprie decisioni sulle risorse da assegnare alla cura dei pazienti, mentre le decisioni dei livelli gerarchici, che non possono intervenire sui professionisti per effetto della autonomia professionale che la società assegna loro in quanto ritenuti capaci di garantire la transizione da malato a sano tramite due atti di estrema delicatezza quali la diagnosi e la terapia – si limitano a creare le condizioni in cui i professionisti lavorano bene, mettendo a loro disposizione tramite l’attività amministrativa risorse in termini di beni (farmaci e strumentazioni varie), personale, spazi e strutture in cui operare e opportuni processi gestionali e relazionali.

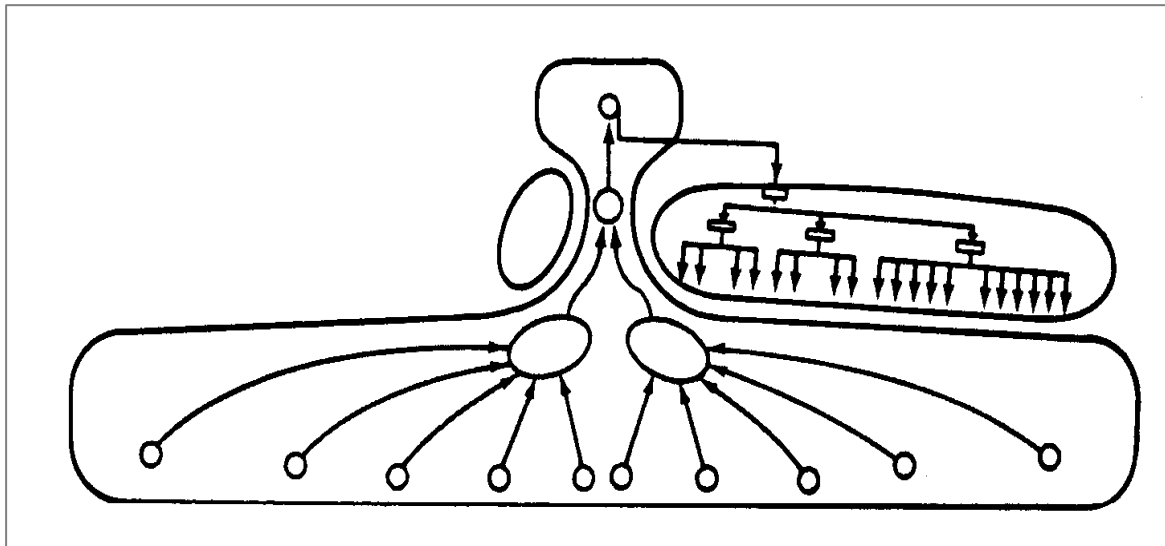


Figura 4. Il sistema delle gerarchie parallele in sanità.

4) Principali applicazioni della valutazione dell'assistenza sanitaria disponibili nel SSR Umbro.

Dopo l'esperienza umbra nel campo della valutazione dell'assistenza socio sanitaria che si è realizzata con la produzione nel 2003-2007 del Documento di Valutazione sulla Strategia del Servizio Sanitario ma che non ha trovato seguito applicativo negli anni successivi, sistemi di valutazione globali o di parti consistenti dell'assistenza sanitaria hanno continuato a svilupparsi a livello nazionale con l'esperienza del Piano Nazionale degli Esiti sviluppato dalla Agenzia nazionale per il servizio sanitario (Agenas) e del sistema della valutazione di performance legato ai “bersagli” elaborati dal MES di Pisa, mentre a livello regionale hanno continuato a operare strumenti valutativi legati a settori assistenziali come quello dell'assistenza farmaceutica – analizzata a fondo tramite il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità – o in grado di fornire, come il RTUP, anche misure di esito importanti come la sopravvivenza relativa dei pz affetti da tumore.

4.1) Il Programma Nazionale sugli Esiti.

4.1.1) Caratteristiche generali.

Il Programma Nazionale Esiti (7) 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'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

Obiettivi principali di PNE sono:

- 1) Valutazione osservazionale dell'efficacia “operativa” (effectiveness) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia.
- 2) 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 DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

3) Valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (ie per livello socioeconomico, residenza, etc.) soprattutto per programmi di valutazione e promozione dell'equità.

4) Individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti ad esempio: stimare quali volumi minimi di attività sono associati a esiti migliori delle cure e usare i volumi minimi come criterio di accreditamento;

5) Auditing interno ed esterno.

6) Valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (efficacy) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT).

L'analisi è finalizzata a stimare il rischio connesso attraverso indicatori specifici per due distinti fattori di esposizione:

a) Indicatori population-based :L'esposizione è rappresentata dall'area di residenza: ASL o provincia di residenza per gli indicatori di ospedalizzazione.

b) Indicatori workload-based: L'esposizione è rappresentata dalle strutture di ricovero.

Quanto alla tipologia di esito misurata, l'edizione 2013 è basata (tabella 1) su:

- 43 indicatori relativi a definiti rischi di avere nel 2012⁵ esiti per esposizioni population-based e workload-based, di cui 32 (74%) rientrano nella tipologia degli "esiti finali" (19 - 44% - mortalità e 13 - 30% - complicanze) mentre i restanti 11 (26%) rientrano nella tipologia dei surrogati di esito (indicatori di prodotto);
- 14 indicatori relativi a definite ospedalizzazioni/ volumi di attività per aree territoriali di ampiezza provinciale, dove quindi manca il dato di ASL e per i quali si rimanda al sito dell'Agenas.

5 È stato possibile calcolare la mortalità nel 2012, quindi nell'anno precedente quello ad esercizio, ricorrendo all'anagrafe tributaria, una soluzione che permette di guadagnare almeno un anno di tempo rispetto alle altre fonti informative sulla mortalità.

La misura di associazione utilizzata è il Rischio Relativo (RR).

Il RR è calcolato come rapporto tra due tassi/proporzioni ed esprime l'eccesso (o il difetto) di rischio del gruppo posto al numeratore rispetto al gruppo posto al denominatore.

Per esempio:

se per l'ASL di residenza A il RR di mortalità rispetto all'ASL B (area di riferimento) risulta pari a 2, si può concludere che i residenti nella ASL A hanno un rischio di morte due volte superiore a quello dei residenti nella ASL B.

Viceversa, se per la ASL di residenza C il RR di mortalità è pari a 0.25, i residenti di questa ASL hanno un rischio di morte quattro volte più piccolo di quello osservato nella ASL di riferimento.

Per ambedue gli anni (2011-2012) cui si riferiscono i dati Agenas di seguito presentati, di ciascun indicatore vengono riportati:

1. valori di **RRADJ**, ovvero *rischi relativi aggiustati*, dove sono riportati i valori dei rischi relativi di andare incontro all'esito misurato quando il confronto viene effettuato sull'insieme dei casi gestiti nel pool di aree territoriali/strutture oggetto del monitoraggio, opportunamente "aggiustati" per le principali variabili che possono influenzare l'esito (es. età, genere, gravità, presenza di complicanze, ecc.). L'assenza di misure (per la bassa numerosità della casistica o per altri motivi) viene sintetizzato con **nc** (*non calcolato*) mentre *scostamenti statisticamente non significativi* sono rappresentati con la sigla **ns**; valori superiori a 1 indicano una maggiore e statisticamente significativa probabilità di andare incontro all'esito indagato per i casi trattati nell'area territoriale/ struttura rispetto ai casi trattati nell'insieme dei casi gestiti dal pool di aree territoriali italiane, opportunamente "aggiustati"; valori minori di 1

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

<i>Tabella 1. Indicatori misurati dall'AGENAS nel 2012 per tipologia di esito</i>	<i>Tipologia di indicatore</i>
<i>IMA: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>IMA senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>IMA con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per IMA: mortalità a 30 giorni dall'intervento</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>IMA: proporzione di ricoveri successivi entro 2 giorni</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>IMA: proporzione di PTCA eseguite nel ricovero indice o in un ricovero successivo entro 7 giorni</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 12 mesi dal ricovero</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero per IMA</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>STEMI: mortalità a 30 giorni osservata</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>NO STEMI: mortalità a 30 giorni osservata</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>410.9: mortalità a 30 giorni osservata</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>STEMI: proporzione di PTCA osservata</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>NO STEMI: proporzione di PTCA osservata</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>410.9: proporzione di PTCA osservata</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>PTCA eseguita per condizione diverse dall'IMA: mortalità a 30 giorni</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30gg</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>Rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>Colecistectomia in regime ordinario: proporzione di colecistectomie laparoscopiche</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Colecistectomia in regime ordinario/ day surgery: proporzione di colecistectomie laparoscopiche</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Colecistectomia laparoscopica: proporzioni di ricoveri in day surgery</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro a 4 giorni</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Colecistectomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>Colecistectomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>Proporzione di parti con taglio cesareo primario</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Parti naturali: riammissioni ospedaliere durante il puerperio</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>Parti cesarei: riammissioni ospedaliere durante il puerperio</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>Parti naturali: complicanze della gravidanza osservate durante il parto ed il puerperio</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>Parti cesarei: complicanze della gravidanza osservate durante il parto ed il puerperio</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore gastrico maligno</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del retto</i>	<i>Esito finale: mortalità</i>
<i>Intervento chirurgico per TM della prostata: riammissioni a 30 gg</i>	<i>Esito finale: complicanze</i>
<i>Ospedalizzazione per influenza</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per asma pediatrico</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per asma negli adulti</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per asma senile</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per scompenso cardiaco</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per angina senza procedure</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>
<i>Ospedalizzazione per complicanze del diabete in pazienti diabetici</i>	<i>Surrogato di esito: prodotto</i>

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

indicano una inferiore e statisticamente significativa probabilità di andare incontro all'esito indagato per i casi trattati nell'area territoriale/ struttura rispetto ai casi trattati nell'insieme delle aree territoriali italiane;

2. valori di RR Bench dove sono riportati i valori dei rischi relativi di andare incontro all'esito misurato quando il confronto viene effettuato su un Benchmark nazionale, estratto dal pool di aree territoriali/ strutture ospedaliere italiane. In questo caso:

1. per i valori di RR in modo statisticamente

significativo >1 o <1 vale quanto sopra detto;

2. per i valori di RR che non sono statisticamente differenti dal Bench, indicando con ciò la collocazione in un'area di esiti che è di tutto rispetto, è stata posta la sigla NS;
3. per i valori non calcolati dall'AGENAS (bassa numerosità), è stata posta la sigla nc.

Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni

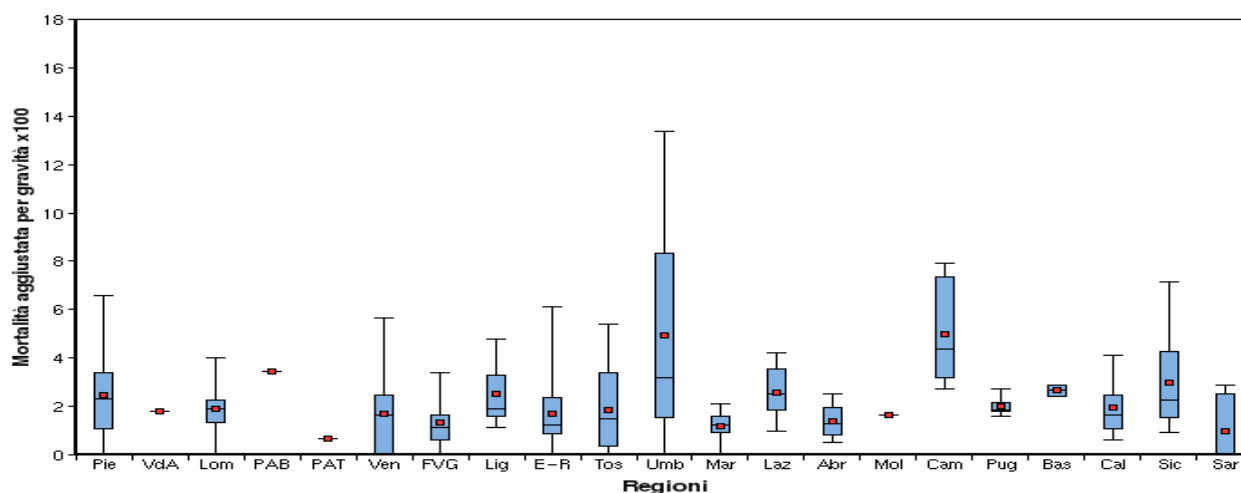


Figura 5. Esempi di misure offerte dal PNE.

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni

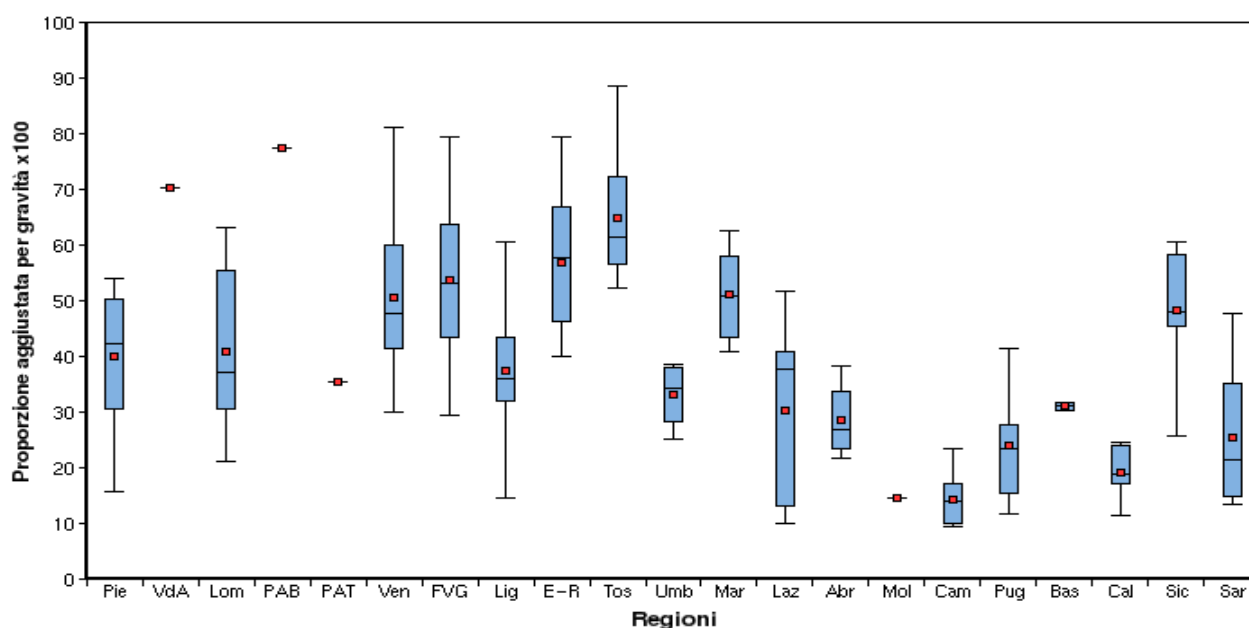


Figura 6. Esempi di misure offerte dal PNE.

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery

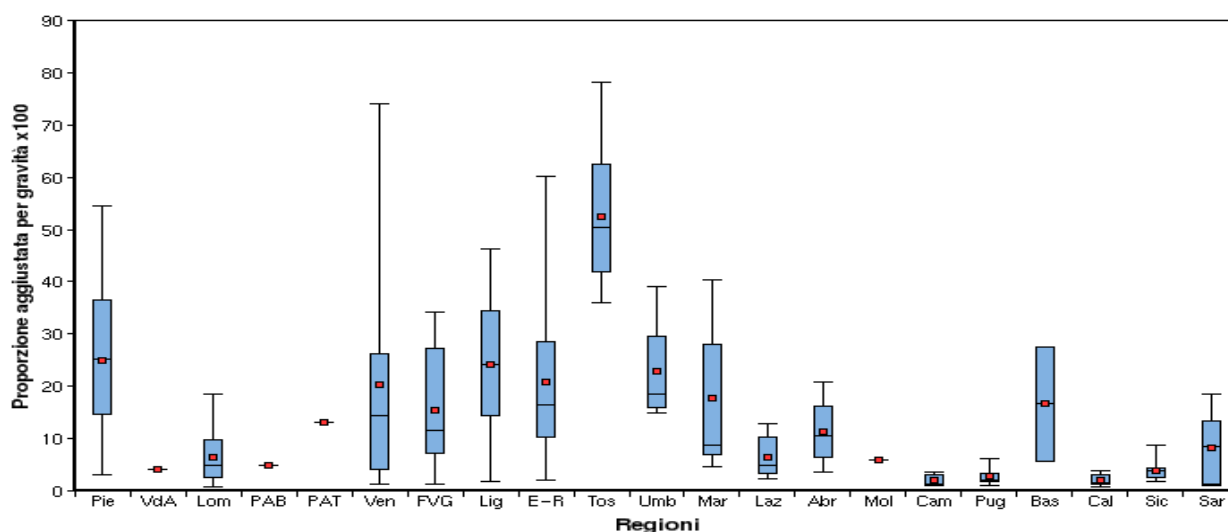


Figura 7. Esempi di misure prodotte dal PNE.

4.1.2 Le elaborazioni effettuate nella USLUmbria1 sui dati Agenas.

Le misurazioni AGENAS si riferiscono a indicatori di esito presentati in base a criteri nosologici. In questa sede per le due aree territoriali (ex ASL 1 di Città di Castello ed ex ASL 2 di Perugia) oggi confluite nella USLUmbria1 vengono presentati tutti gli indicatori di esito misurati dall'Agenas in tabelle in cui questi vengono raggruppati per macroarea funzionale (Territorio, Emergenza, Alta Specialità)⁶ o per livello di appropriatezza nel prendere in carico definite casistiche⁷ secondo le attribuzioni specificate nella tabella 2, che si riferisce agli indicatori di Agenas presenti nelle elaborazioni 2012 che riguardano il nostro territorio e che si differenziano dal 2011 in minima parte e cioè:

- per la funzione di ospedale di territorio: dello

scompenso cardiaco congestizio viene monitorata anche la riammissione a 30gg; per le colecistectomie laparoscopiche vengono eliminati due dei sette indicatori del 2011 (relativi a complicanze a 30 gg. e riammissioni in regime ordinario) misurando invece la proporzione di ricoveri in day surgery;

- per la funzione di ospedale di emergenza non vengono più misurati “410.9: proporzione di PTCA osservata” e “PTCA eseguita per condizioni diverse dall'IMA: mortalità a 30 giorni”;
- per la funzione di ospedale di alta specialità non vengono più fornite misure per “Rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni”;
- infine per gli interventi non riferibili a una specifica macrofunzione ospedaliera, l'evento parto si arricchisce di altri cinque indicatori su esiti sia dei cesarei che dei parti normali; è stata inserita anche la valutazione delle riammissioni a 30 gg negli interventi chirurgici per cr. della prostata.

6 In base alla programmazione sanitaria regionale (PSR 2003-2005 e PSR 2009- 2011) il livello “Assistenza ospedaliera” si articola nelle tre macrofunzioni di ospedale di territorio, di emergenza e di alta specialità.

7 Qui si è fatto riferimento alla effettuabilità in week surgery (PSR 2003-2007 e PSR 2009-2011), condizione operativa di riferimento per la realizzazione di interventi chirurgici negli ospedali di territorio.

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

<i>Tabella 2. Indicatori di esito misurati dall'AGENAS nel 2012 per macro funzione ospedaliera valutata</i>	Funzione ospedaliera indagata		
	Territorio	Emergenza	Alta specialità
<i>IMA: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>		X	
<i>IMA senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>		X	
<i>IMA con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>		X	
<i>PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per IMA: mortalità a 30 giorni dall'intervento</i>		X	
<i>IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore</i>		X	
<i>IMA: proporzione di ricoveri successivi entro 2 giorni</i>		X	
<i>IMA: proporzione di PTCA eseguite nel ricovero indice o in un ricovero successivo entro 7 giorni</i>		X	
<i>Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 12 mesi dal ricovero</i>		X	
<i>Eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero per IMA</i>		X	
<i>STEMI: mortalità a 30 giorni osservata</i>		X	
<i>NO STEMI: mortalità a 30 giorni osservata</i>		X	
<i>410.9: mortalità a 30 giorni osservata</i>		X	
<i>STEMI: proporzione di PTCA osservata</i>		X	
<i>NO STEMI: proporzione di PTCA osservata</i>		X	
<i>410.9: proporzione di PTCA osservata</i>		X	
<i>PTCA eseguita per condizione diverse dall'IMA: mortalità a 30 giorni</i>		X	
<i>Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni</i>			X
<i>Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni</i>			X
<i>Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni</i>			X
<i>Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>	X		
<i>Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30gg</i>	X		
<i>Rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni</i>			X
<i>Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>		X	
<i>Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni</i>		X	
<i>BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>	X		
<i>BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni</i>	X		
<i>Colecistectomia in regime ordinario: proporzione di colecistectomie laparoscopiche</i>	X		
<i>Colecistectomia in regime ordinario/ day surgery: proporzione di colecistectomie laparoscopiche</i>	X		
<i>Colecistectomia laparoscopica: proporzioni di ricoveri in day surgery</i>	X		
<i>Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro a 4 giorni</i>	X		
<i>Colecistectomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni</i>	X		
<i>Colecistectomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni</i>	X		
<i>Proporzione di parti con taglio cesareo primario</i>	X	X	
<i>Parti naturali: riammissioni ospedaliere durante il puerperio</i>	X	X	
<i>Parti cesarei: riammissioni ospedaliere durante il puerperio</i>	X	X	
<i>Parti naturali: complicanze della gravidanza osservate durante il parto ed il puerperio</i>	X	X	
<i>Parti cesarei: complicanze della gravidanza osservate durante il parto ed il puerperio</i>	X	X	
<i>Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero</i>		X	
<i>Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico</i>		X	
<i>Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore gastrico maligno</i>		X	X
<i>Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon</i>		X	X
<i>Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del retto</i>		X	X
<i>Intervento chirurgico per TM della prostata: riammissioni a 30 gg</i>		X	X

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

4.1.2.1) Esiti degli interventi assegnati alla funzione di ospedale di territorio.

Le misure relative agli esiti di interventi in Umbria funzionalmente assegnati agli ospedali di territorio e basate su pz appartenenti alla popolazione residente per il biennio 2011-12 (tabella 3 e tabella 4):

a) per le popolazioni che risiedono nei distretti di Città di Castello e Alto Chiascio (ex ASL 1), quando confrontate con i valori del pool di riferimento, non si discostano dall'atteso per le attività mediche esaminate, salvo un piccolo ma significativo margine di migliorabilità nell'appropriatezza del regime di degenza dei

ricoveri per gli interventi di colecistectomia laparoscopica; nel confronto con un benchmark nazionale emergono margini non trascurabili di miglioramento per la mortalità a 30 gg dal ricovero per scompenso cardiaco, mentre per le BPCO riacutizzate i dati 2012 ci dicono che si regge il confronto con il benchmark nazionale. Per le attività chirurgiche sarebbero da ridurre le degenze in regime ordinario per casi poi trattati in laparoscopia, così come miglioramenti emergerebbero come possibili per la riduzione della degenza post operatoria, delle complicanze a 30 gg e per i re-interventi entro 30 gg;

Tabella 3. Esiti 2011 della funzione di ospedale di territorio per area territoriale	Area geografica			
	Ex ASL 1		EX ASL 2	
	RR ADJ	RR Bench	RR ADJ	RR Bench
Indicatori di esito di patologie appropriate per la funzione di ospedale di territorio				
Scompenso cardiaco: mortalità a 30 giorni osservata	ns	1,89	ns	1,44
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero	ns	nc	ns	nc
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	ns	nc	1,24	nc
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche in regime ordinario/day surgery	1,04	1,04	0,97	nc
Proporzione di colecistectomia laparoscopiche: in regime ordinario	1,04	NS	0,97	0,92
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni	ns	0,62	0,84	0,56
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario/daysurgery: complicanze a 30 giorni	ns	NS	ns	NS
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	ns	5,82	ns	6,51
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario/day surgery altro intervento a 30 giorni	ns	nc	ns	nc
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario altro intervento a 30 giorni	ns	9,04	ns	6,41

Tabella 4. ESITI 2012 della funzione di ospedale di territorio per area territoriale	Area geografica			
	Ex ASL 1		EX ASL 2	
	RR ADJ	RR Bench	RR ADJ	RR Bench
Indicatori di esito di patologie appropriate per la funzione di ospedale di territorio				
Scompenso cardiaco: mortalità a 30 giorni osservata	ns	1,6	ns	1,31
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni	ns	1,44	ns	1,84
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero	ns	NS	ns	1,46
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	ns	NS	ns	1,32
Colecistectomia in regime ordinario: proporzione di colecistctomie laparoscopiche	1,04	NS	0,97	0,92
Colecistectomia in regime ordinario/ day surgery: proporzione di colecistctomie laparoscopiche	1,04	NS	0,96	0,92
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	2,72	0,51	ns	0,2
Colecistectomia laparoscopica: proporzione ricoveri reg. ord. con degenza post op. <3g	ns	0,73	0,89	0,59
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	ns	4,86	ns	4,05
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario altro intervento a 30 giorni	ns	6,86	ns	3,75

b) per la ex ASL 2, quando confrontate con i valori della popolazione di tutte le ASL, gli esiti delle attività mediche non si discostano dall'atteso per la mortalità a 30 gg per scompenso e BPCO riacutizzata mentre i pazienti portatori di quest'ultima patologia andrebbero incontro a una maggiore probabilità di riammissione ospedaliera; nel 2012 i rischi verso il benchmark indicano aree di miglioramento per scompenso e BPCO riacutizzata.

Per le attività chirurgiche emergerebbe una minore probabilità di effettuare colecistectomie in laparoscopia, sia in regime ordinario che soprattutto in day surgery, con una minore probabilità di avere una degenza postoperatoria <3 gg sia rispetto ai dati del pool che rispetto al benchmark; sia le complicanze che i re-interventi delle colecistectomie laparoscopiche effettuate in regime ordinario avrebbero margini di miglioramento se confrontate con il bench nazionale.

4.1.2.2) Esiti degli interventi assegnati alla funzione di ospedale di emergenza.

La funzione di ospedale di emergenza è volta a garantire alla popolazione la riduzione del ritardo evitabile nell'accesso a interventi efficaci per condizioni cliniche talmente critiche da mettere in immediato pericolo la vita (es.: Infarto Miocardico Acuto – IMA- Ictus e traumi da traffico o altra condizione). IMA e Ictus sono oggetto di misure di esito nel monitoraggio Agenas, mentre per i traumatismi vengono qui considerati, in assenza di altri dati, gli esiti della frattura del collo del femore. Le misure relative agli esiti di interventi in Umbria funzionalmente assegnati agli ospedali di emergenza e basate su pz appartenenti alla popolazione residente (tabella 5 e tabella 6):

a) per l'ex ASL 1, quando confrontate con i valori del pool di riferimento, indicano per l'IMA una minore probabilità di accesso alla PTCA entro 48 h e una maggiore probabilità di andare

incontro a ricoveri successivi entro 2 gg; la mortalità a 30gg dal ricovero per IMA non è maggiore dell'atteso quando confrontata con il pool delle aree territoriali, mentre lo diviene se confrontata con il bench sia per tutti gli IMA che per quelli in cui non si è eseguita PTCA. Per l'ictus⁸ la probabilità di andare incontro a morte a 30 gg dal ricovero è più bassa (quasi la metà) rispetto al pool di riferimento; inoltre nel 2012 gli esiti non sono differenti da quelli del bench e quindi buoni. Infine in caso di *frattura del collo del femore* questa popolazione ha la stessa probabilità di quelle che vivono in altre aree territoriali di essere sottoposta a intervento chirurgico entro 48 ore e una minore probabilità quando il confronto avviene con il bench, con una mortalità a 30 gg che nel caso di specie migliora nel passaggio tra il 2011 al 2012.

b) per l'ex ASL 2, quando confrontate con i valori del pool di riferimento, indicano per l'IMA una maggiore probabilità di accesso alla PTCA entro 48 h o comunque entro tempi definiti dal ricovero indice, con una minore probabilità di ricoveri ripetuti e una mortalità a 12 mesi dal ricovero più bassa; il confronto con il Bench nazionale indica la possibilità di migliorare ulteriormente l'accesso alla PTCA entro 48 h, dati i rischi maggiori di andare incontro a morte negli IMA senza esecuzione di PTCA o quando questa procedura venga eseguita dopo due giorni dal ricovero; fatti salvi questi miglioramenti la

8 La Cochrane library ha pubblicato recentemente (9 settembre) una nuova revisione che conferma i benefici che i pazienti trattati in stroke unit (particolare modalità di assistenza sanitaria fornita in ospedale da infermieri, medici e terapisti che si specializzano nella cura dei pazienti con ictus e lavorano come un team coordinato). Questa revisione di 28 studi clinici, che coinvolgono 5855 partecipanti, ha mostrato che i pazienti che sono curati con questo approccio hanno più probabilità di sopravvivere al loro ictus, tornare a casa e diventare indipendenti nella cura di se stessi. È stata sviluppata una varietà di tipi differenti di unità per gli ictus. I migliori risultati sembrano provenire da quelle che si basano su un reparto dedicato. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000197.pub3/abstract>

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

mortalità a 30 gg dal ricovero per tutti gli IMA e per quelli sottoposti a PTCA non differisce da quella del bench il che sembra rappresentare un buon risultato.

Per l'*ictus* la probabilità di andare incontro a morte a 30 gg dal ricovero è più bassa (quasi la metà) rispetto al pool delle altre aree territoriali, mentre vi è una maggiore probabilità di una nuova riammissione ospedaliera, che però potrebbe anche dipendere dall'attivazione dei percorsi riabilitativi⁹.

In caso di *frattura del collo del femore* questa popolazione ha una minore probabilità rispetto a chi vive altrove di essere sottoposta a intervento chirurgico entro 48 ore: la probabilità è ancora

minore quando il confronto avviene con il bench, con una mortalità a 30 gg nel 2011 superiore a quella del bench, ma che migliora nel 2012, deponendo nel complesso per la presenza ulteriori margini di miglioramento.

Tabella 5. Esiti 2011 della funzione di ospedale di emergenza per area territoriale	Area geografica			
	Ex ASL 1		EX ASL 2	
	RR ADJ	RR Bench	RR ADJ	RR Bench
Indicatori di esito di patologie appropriate per la funzione di ospedale di emergenza				
IMA: mortalità a 30 giorni dal ricovero	ns	1,71	ns	NS
IMA senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero	ns	1,5	ns	1,71
IMA con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero	ns	NS	ns	NS
PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per IMA: mortalità a 30 giorni dall'intervento	nc	nc	ns	23,98
IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore	0,7	0,37	1,52	0,79
IMA: proporzione di ricoveri successivi entro 2 giorni	1,67	nc	0,37	nc
IMA: proporzione di PTCA eseguite nel ricovero indice o in un ricovero successivo entro 7 giorni	0,84	nc	1,47	nc
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 12 mesi dal ricovero	ns	nc	0,56	nc
Eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero per IMA	ns	nc	ns	nc
STEMI: mortalità a 30 giorni osservata	nc	nc	nc	nc
NO STEMI: mortalità a 30 giorni osservata	nc	nc	nc	nc
410.9: mortalità a 30 giorni osservata	nc	nc	nc	nc
STEMI: proporzione di PTCA osservata	nc	nc	nc	nc
NO STEMI: proporzione di PTCA osservata	nc	nc	nc	nc
410.9: proporzione di PTCA osservata	nc	nc	nc	nc
PTCA eseguita per condizione diverse dall'IMA: mortalità a 30 giorni	nc	nc	ns	25,09
Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	0,57	nc	0,46	nc
Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	ns	nc	1,26	nc
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero	ns	NS	ns	1,6
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	ns	0,46	0,75	0,3

⁹ Qui va segnalato il contributo dato a questo risultato dallo Stroke Service dell'ospedale di territorio di Città della Pieve (vedi tabella relativa nell'allegato) che, seppur con una casistica limitata ha prodotto una forte riduzione della mortalità a 30 gg dal ricovero per ictus quando messo a confronto con il pool di ospedali, collocandosi altresì nei risultati del benchmark.

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

Tabella 6. Esiti 2012 della funzione di ospedale di emergenza per area territoriale	Area geografica			
	Ex ASL 1		EX ASL 2	
	RR ADJ	RR Bench	RR ADJ	RR Bench
Indicatori di esito di patologie appropriate per la funzione di ospedale di emergenza				
IMA: mortalità a 30 giorni dal ricovero	ns	1,98	ns	NS
IMA senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero	ns	2,16	ns	1,5
IMA con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero	ns	NS	0,41	NS
PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per IMA: mortalità a 30 giorni dall'intervento	ns	50,78	ns	31,56
IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore	0,69	0,44	1,17	0,76
IMA: proporzione di ricoveri successivi entro 2 giorni	2,09	77,87	0,27	NS
IMA: proporzione di PTCA eseguite nel ricovero indice o in un ricovero successivo entro 7 giorni	ns	0,66	1,37	NS
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 12 mesi dal ricovero	ns	NS	0,68	NS
Eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero per IMA	1,28	1,46	ns	NS
STEMI: mortalità a 30 giorni osservata	nc	nc	nc	nc
NO STEMI: mortalità a 30 giorni osservata	nc	nc	nc	nc
410.9: mortalità a 30 giorni osservata	nc	nc	nc	nc
STEMI: proporzione di PTCA osservata	nc	nc	nc	nc
NO STEMI: proporzione di PTCA osservata	nc	nc	nc	nc
Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	0,59	NS	0,5	NS
Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	ns	1,7	ns	1,56
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero	ns	0,82	ns	NS
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	ns	0,42	0,78	0,35

4.1.2.3) Esiti degli interventi assegnati alla funzione di ospedale di alta specialità.

Poche misure di esito sono presenti tra gli indicatori Agenas per questa macro area funzionale (tabella 7 e tabella 8): in caso di *bypass aortocoronarico* si ha un rischio piuttosto elevato di morte entro 30 gg dall'intervento nel 2012 (nel 2011 il dato non era calcolato) per chi risiede nella ex ASL 1 quando il confronto viene fatto con le altre aree territoriali italiane, cosa che non avviene per chi risiede nella ex ASL 2; vi sono consistenti margini di miglioramento della efficacia pratica quando il confronto viene fatto con il bench nazionale per il rischio di mortalità a 30 gg cui vanno incontro le popolazioni residenti nelle due aree territoriali.

La probabilità di andare incontro:

- a morte entro 30 gg da un intervento di riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta

addominale per la popolazione della ex ASL 1 è pari a quella del pool di riferimento, mentre è molte volte superiore rispetto al benchmarck; per la ASL 2 non vengono fornite misure;

- per gli interventi di valvuloplastica, i dati disponibili per il 2012 indicano una disgiunzione tra gli esiti subiti nella ex ASL 1, che non sono diversi da quelli del bench e quelli subiti dalla popolazione della ex ASL 2, che invece sono negativi rispetto al bench;
- a una riammissione in ospedale per ictus entro sei mesi da un intervento di rivascolarizzazione carotidea, per la popolazione della ex ASL 1 è pari a quella del pool di riferimento, mentre è molte volte superiore rispetto al benchmarck; per la ASL 2 non sono disponibili misure sia nel 2011 che nel 2012.

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

Tabella 7. Esiti 2011 della funzione di alta specialità per area territoriale	Area geografica			
	Ex ASL 1		EX ASL 2	
	RR ADJ	RR Bench	RR ADJ	RR Bench
Indicatori di esito di interventi chirurgici appropriati x la funzione di alta specialità				
Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	nc	nc	ns	32,98
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni	nc	nc	ns	32,57
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	ns	90,31	nc	nc
Rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni	ns	264,21	nc	nc

Tabella 8. Esiti 2012 della funzione di alta specialità per area territoriale	Area geografica			
	Ex ASL 1		EX ASL 2	
	RR ADJ	RR Bench	RR ADJ	RR Bench
Indicatori di esito di interventi chirurgici appropriati x la funzione di alta specialità				
Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	5,36	170,9	ns	39,89
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni	ns	NS	ns	3,72
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	ns	56,91	nc	nc

4.1.2.4) Esiti di interventi chirurgici non appropriati per la funzione di ospedale di territorio.

Vengono collocati in questa chiave di lettura (tabella 9 e tabella 10) la mortalità a 30gg dall'intervento per neoplasie del polmone, dello stomaco e, distintamente, del colon e del retto, in quanto considerati non appropriati per la gestione in week surgery. E' bene precisare subito che questi esiti non si riferiscono all'efficacia dell'assistenza oncologica in Umbria, descritta molto bene nelle sue varie sfaccettature dai dati di sopravvivenza relativa negli ultimi 15 anni pubblicati dal RTUP, come vedremo più avanti.

Per la popolazione della ex ASL 1 quando il confronto avviene con il pool nazionale, la mortalità non si discosta dall'atteso, fatta eccezione per gli interventi isolati per tumore maligno del retto; i rischi di morte a 30gg dall'intervento sono non dissimili al bench per il colon, ma molto superiori all'atteso per polmone, stomaco e retto; nella ex ASL 2 le misure evidenziano rischi maggiori per polmone e stomaco, con la positiva variante che per i tumori del retto e del colon, la mortalità a 30gg non mostra differenze significative.

4.1.2.5) Esiti di interventi non riferibili a una specifica funzione ospedaliera.

Restano da ultimo alcune misure di esito (tabella 11 e tabella 12) non chiaramente riconducibili a una specifica funzione ospedaliera e pertanto eterogenee tra di loro, al cui proposito si può affermare che la probabilità di andare incontro:

- a un intervento di *parto cesareo primario* per la popolazione della ex ASL 1 è pari a quella del pool di riferimento, mentre è quasi tre volte maggiore rispetto al benchmark; per la ex ASL 2 la probabilità di andare incontro a parto cesareo primario è inferiore a quella della popolazione generale nel 2011, ma il vantaggio viene perso nel 2012, mentre è sempre maggiore rispetto al benchmark. Ancora: nei parti cesarei, le riammissioni ospedaliere durante il puerperio nelle due aree territoriali mostrano risultati analoghi e da apprezzare, mentre gli esiti relativi alle complicanze osservate durante il parto e il puerperio sono buoni nella ex ASL 1 e migliorabili in confronto al bench nella ex ASL 2;
- nel caso di parto naturale le riammissioni ospedaliere durante il puerperio mo-

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

strano margini di migliorabilità rispetto al bench, mentre per le complicanze emergono considerazioni analoghe e quelle fatte per il parto cesareo;

- a un *re-intervento entro 6 mesi per artroscopia di ginocchio*, nel 2011 in entrambe le ex ASL è pari a quella del pool di riferimento ma molto maggiore rispetto a quella della popolazione che viene servita dagli ospedali che fanno da benchmark, mentre nel 2012 emergono miglioramenti negli esiti sperimentati dalla popolazione della ex ASL 2; per le case di cura convenzionate, che trovano in questa prestazione una delle poche misure di esito valide nel 2012, c'è molto da recuperare rispetto al bench;
- a un intervento in laparoscopia (quindi meno invasivo) per tumore maligno del colon e del retto per la popolazione dell'ex ASL 1 è superiore al pool di

riferimento, mentre, rispetto al bench, nel 2011 per il ca del colon la probabilità è la stessa e per il ca del retto sarebbe addirittura superiore, restando nel 2012 su buoni livelli in quanto i risultati si mantengono non diversi rispetto al bench; anche nel caso della popolazione dell'ex ASL 2 nel 2011 la probabilità di essere trattati in laparoscopia è per entrambi i tumori maggiore rispetto al pool e minore rispetto al bench, mentre nel 2012 si registra un miglioramento per gli interventi in laparoscopia per tm del retto, anche in relazione al bench; le riammissioni per TM prostata, misurate solo per il 2012 indicano una disgiunzione tra i risultati, apprezzabili nell'ex ASL 1 e quelli, da migliorare, nell'ex ASL 2.

Tabella 9. Esiti 2011 di interventi chirurgici non appropriati x ospedale di territorio	Area geografica			
	Ex ASL 1		EX ASL 2	
	RR ADJ	RR Bench	RR ADJ	RR Bench
Indicatori di esito di interventi chirurgici non appropriati x ospedali di territorio				
Tumore maligno del polmone: mortalità a trenta giorni dall'intervento	ns	108,01	ns	40,73
Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore gastrico maligno	ns	21,18	ns	10,45
Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon	ns	NS	ns	NS
Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del retto	ns	80,88	ns	NS

Tabella 10. Esiti 2012 di interventi chirurgici non appropriati x ospedale di territorio	Area geografica			
	Ex ASL 1		EX ASL 2	
	RR ADJ	RR Bench	RR ADJ	RR Bench
Indicatori di esito di interventi chirurgici non appropriati x ospedali di territorio				
Tumore maligno del polmone: mortalità a trenta giorni dall'intervento	ns	28,6	ns	12,94
Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore gastrico maligno	ns	32,6	ns	27,49
Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon	ns	NS	ns	NS
Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del retto	3,24	137,56	ns	NS

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

Tabella 11. Esiti 2011 di interventi non riferibili ad una specifica funzione ospedaliera	Area geografica			
	Ex ASL 1		EX ASL 2	
	RR ADJ	RR Bench	RR ADJ	RR Bench
Indicatori di esito per i quali la funzione ospedaliera di riferimento è meno definita				
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	ns	2,89	0,87	2,54
Intervento di artroscopia di ginocchio: reintervento entro 6 mesi	ns	12,85	ns	6
Intervento isolato per tumore maligno del colon: proporzione di interventi in laparoscopia	2,75	NS	1,62	0,58
Intervento isolato per tumore maligno del retto: proporzione di interventi in laparoscopia	3,03	1,31	1,42	0,62

Tabella 12. Esiti 2012 di interventi non riferibili ad una specifica funzione ospedaliera	Area geografica			
	Ex ASL 1		EX ASL 2	
	RR ADJ	RR Bench	RR ADJ	RR Bench
Indicatori di esito per i quali la funzione ospedaliera di riferimento è meno definita				
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	ns	2,49	ns	2,77
Parti naturali: riammissioni ospedaliere durante il puerperio	ns	6,96	ns	2,79
Parti cesarei: riammissioni ospedaliere durante il puerperio	ns	NS	ns	NS
Parti naturali: complicanze della gravidanza osservate durante il parto ed il puerperio	ns	NS	ns	3,39
Parti cesarei: complicanze della gravidanza osservate durante il parto ed il puerperio	ns	NS	ns	3,55
Intervento di artroscopia di ginocchio: reintervento entro 6 mesi	ns	2,8	0,48	NS
Intervento isolato per tumore maligno del colon: proporzione di interventi in laparoscopia	2,45	NS	ns	0,54
Intervento isolato per tumore maligno del retto: proporzione di interventi in laparoscopia	2,52	NS	1,59	NS
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	ns	NS	ns	10,3

4.1.2.6) Misure relative al rischio prodotto da singole strutture ospedaliere.

Per quanto riguarda gli esiti di trattamenti per macrofunzione ospedaliera svolta nei singoli nosocomi, rientrano sotto questa specie tutte le avvertenze concernenti, l'opportunità di lasciare a dirigenti e professionisti attivi nelle strutture il compito di "valorizzare" le misure presentate nelle tabelle, supportando parallelamente le attività di valorizzazione e i successivi processi di miglioramento condiviso della qualità.

4.2) Il sistema di valutazione della performance del MES di Pisa.

Il sistema di valutazione della performance del MES di Pisa (8), noto anche come progetto "Bersagli" per via dell'immagine usata per sintetizzarne misure e andamenti, nasce nel 2002 per fornire alla regione Toscana un sistema multidimensionale di valutazione appunto della "performance" del sistema sanitario. Dal 2008

comprende un network di regioni tra cui Umbria, Toscana, Basilicata, Liguria, Marche, Province autonome di Trento e Bolzano.

Elementi che confluiscono nella misurazione della performance con relativi indicatori e sotto indicatori:

- Valutazione salute popolazione: 6 indicatori e 16 sotto indicatori.
- Capacità di aggiungere gli orientamenti regionali: 5 indicatori e 17 sotto indicatori
- Valutazione assistenza sanitaria: 17 indicatori e 84 sotto indicatori.
- Valutazione esterna: 3 indicatori.
- Valutazione interna: 4 indicatori e 2 sotto indicatori.
- Valutazione economico-finanziaria e di efficienza: 6 indicatori e 26 indicatori

A causa delle protezioni e della brevettazione (molto discutibile in quanto rappresenta un tentativo di "recintare" conoscenze che sono il frutto di pratiche di condivisione cui hanno

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

partecipato in tempi e luoghi diversi moltissimi operatori di svariate nazioni) non è possibile riprodurre qui la tabella che illustra i dati sopra riferiti, che sono consultabili accedendo al sito MES e scaricando il rapporto annuale, le cui singole parti sono protette dalla copiatura.

Il sistema di indicatori del MES contiene misure di esito che però nel quadro del concetto di performance (molto piegato alla capacità di comprensione delle componenti amministrativa e politica attive nella sanità) trovano uno spazio relativo, venendo misurate molte altre variabili relative al funzionamento di un SSR.

Attualmente la Regione Umbria pur partecipando

al sistema MES ne fa una utilizzazione differente da quella messa in atto dalla Toscana (che lo ha incardinato nel sistema di valutazione dei direttori generali); pertanto nella USLUmbria1 gli indicatori vengono ora utilizzati per monitorare lo svolgimento delle attività assistenziali (macro livelli LEA). Le tabelle (da 13 a 18) indicano la riattribuzione operata e collocano ogni indicatore e sotto indicatore nel quadro delle tipologie di esito descritte nel paragrafo 2 di questo contributo; in funzione del livello operativo alcuni indicatori si ripetono; emerge in ogni caso una forte prevalenza dei surrogati di esito.

The screenshot shows the website for the Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP). The header includes the logo 'RT.U.P.' and navigation links: Home, Presentazione R.T.U.P., Gruppo di lavoro, Re.N.Ca.M., Pubblicazioni, and News. A search bar is also present. The main banner features the title 'Registro Tumori Umbro di Popolazione' with a map of Umbria and the regional coat of arms. Below the banner, there is a menu on the left with categories like 'MENU', 'ARCHIVIO DATI RTUP', 'ARCHIVIO DATI ISTAT', and 'APPROFONDIMENTI MONOGRAFICI'. The central content area displays the RTUP logo and a text block describing the registry's coverage of the Umbrian population. On the right, there are sections for 'NEWSLETTER' (with an 'Iscriviti' button), 'NEWS' (with a link to the 35th annual meeting of the International Association of Cancer Registries), and 'CANCERSTAT UMBRIA' (with an ISSN number and a 'Pubblicato' button).

Web Site RT.U.P.

R.T.U.P.

Il Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP) copre la popolazione dell'intera Umbria. L'Umbria è una piccola regione situata nell'Italia centrale, divisa in due province: Perugia e Terni. L'area totale è di 8456 km² e la densità demografica è di circa 99 abitanti per km². La popolazione (825.826 al Censimento del 21/10/2001) è più anziana della media italiana: la popolazione che supera i 65 anni comprende il 22.3% del totale. La popolazione è stabile, con un lento aumento causato dall'immigrazione, mentre il tasso di natalità è basso. In generale gli stranieri rappresentano circa il 2% della popolazione residente; la maggior parte

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

Tabella 13. Indicatori MES: Outcome generali, dipartimento prevenzione e funzioni preventive territorio				<i>Tipologia di esito</i>
Tipologie	Codici	Indicatore		
Outcome generali				
	A.7.1.1	Speranza di vita alla nascita maschi		Esito finale
	A.7.1.2	Speranza di vita alla nascita femmine		Esito finale
	A.7.2.1	Speranza di vita a 75 anni maschi		Esito finale
	A.7.2.2	Speranza di vita a 75 anni femmine		Esito finale
Dipartimento di prevenzione e funzioni preventive nel territorio				
Outcome	A.2	Mortalità per tumori		Esito finale
	A.3	Mortalità per malattie circolatorie		Esito finale
Stili di vita	A.6.1.1	% di sedentari		Esito intermedio
	A.6.2.1	% di persone obese		Esito intermedio
	A.6.3.1	% di bevitori a rischio		Esito intermedio
	A.6.4.1	% di fumatori		Esito intermedio
Screening	B.5.1.1.	Estensione grezza dello screening mammografico		Esito intermedio
	B.5.1.2.	Adesione grezza allo screening mammografico		Esito intermedio
	B.5.2.1	Estensione grezza dello screening della cervice uterina		Esito intermedio
	B.5.2.2.	Adesione grezza allo screening della cervice		Esito intermedio
	B.5.3.1	Estensione grezza dello screening colonrettale		Esito intermedio
	B.5.3.2	Adesione grezza allo screening colonrettale		Esito intermedio
Vaccinazioni	B.7.1	Copertura per vaccino MPR		Esito intermedio
	B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale >= 65 anni		Esito intermedio
	B7.3	Copertura per vaccino papilloma virus		Esito intermedio
	B.7.4	Copertura per vaccino antinfluenza operatori sanitari		Esito intermedio
	B7.5	Copertura per vaccino antimeningococco		Esito intermedio
	B7.6	Copertura per vaccino antipneumococco		Esito intermedio
Mal. infettive	B8.1	Proporzione malattie invasive (!) batteriche tipizzate		Surrogato di esito
	B8.2	Tasso incidenza tbc nella popolazione residente		Esito finale
	B8.3	% esami colturali per la diagnosi di tbc		Surrogato di esito
	B8.4	Conferma colturale diagnosi tbc		Surrogato di esito
Ed sessuale	C8.3	Tasso concepimenti minorenni per 1000 donne residenti (12-17 anni)		Esito finale
PSAL	F15.1.1.	N inchieste infortuni concluse con violazioni /numero inchieste infortuni		Surrogato di esito
	F15.1.2	N inchieste malattie professionali con violazioni /numero inchieste malattie professionali		Surrogato di esito
	F15.2.1	N aziende ispezionate /N. aziende con dipendenti		Surrogato di esito
	F15.2.2.	N. aziende delle costruzioni ispezionate / N. aziende delle costruzioni		Surrogato di esito
	F15.2.3.	N cantieri ispezionati / numero cantieri notificati		Surrogato di esito
	F.15.3.1	N. aziende ispezionate / N. personale UPG SPSAL		Surrogato di esito
	F15.3.2	N. sopralluoghi /N. personale UPG SPSAL		Surrogato di esito
Costi	F17.2	Costo pro capite per assistenza sanitaria collettiva in ambiente di lavoro		Surrogato di esito

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

Tabella 14. Indicatori MES: Funzioni territoriali di cure primarie (parte a)

Tipologie	Codici	Indicatore	Tipologia di esito
<i>Pediatria libera scelta equipe territoriali e distretto</i>			
Prevenzione			
Diagnostica			
Prescrizione farmaceutica			
Ospedalizzazione			
	C7.7	Tasso di ospedalizzazione in pediatria per 100 residenti 0-14 anni	Surrogato di esito
	C8^o.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	Surrogato di esito
	C8^o.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	Surrogato di esito
<i>Medicina generale, equipe territoriali e distretto</i>			
Prevenzione			
	A.6.1.2	% di persone consigliate dal medico di fare attività fisica (PASSI)	Surrogato di esito
	A.6.2.2	% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	Surrogato di esito
	A.6.3.2	% di bevitori a rischio consigliati dal medico di bere meno	Surrogato di esito
	A.6.4.2	% di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare	Surrogato di esito
Diagnostica			
Appropriatezz.	C.13.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali per mille residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C13.2.1	Tasso di prestazioni TAC per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C13.2.2	Tasso di prestazioni RMN per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RMN muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	Surrogato di esito
	C13.2.3	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C13.2.4	Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1000 residenti	Surrogato di esito
	C13.2.5	Tasso di prestazioni Rx tradizionale grezzo per 1000 residenti	Surrogato di esito
	C13^o.2.2.1	Tasso di RM muscolo scheletriche	Surrogato di esito
Prescr. farmaceutica			
	B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	Surrogato di esito
	C9.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi):riduzione numero unità podologiche	Surrogato di esito
	C9.2	% di abbandono delle statine (ipolipemizzanti)	Surrogato di esito
	C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (antiipertensivi)	Surrogato di esito
	C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)	Surrogato di esito
	C.9.9.1.1	%di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	Surrogato di esito
	C9.8.1.1.	Consumo di antibiotici	Surrogato di esito
	F10	Spesa farmaceutica territoriale pro capite	Surrogato di esito
	F12^o.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiacidi)	Surrogato di esito
	F12^o.2	% di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	Surrogato di esito
	F12^o.3	% di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasp. (Antiipertensivi)	Surrogato di esito
	F12^o.5	% di inibitori sel. ricaptazione serotonina a brevetto scaduto o presenti nelle liste trasp.(Antidepressivi)	Surrogato di esito
	F12.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)	Surrogato di esito
	F12.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)	Surrogato di esito
	F12^o.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici)	Surrogato di esito
	F12.11^a	Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)	Surrogato di esito
	F12^o.14	% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	Surrogato di esito

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

Tabella 15. Indicatori MES: Funzioni territoriali di cure primarie (parte b)			
Tipologie	Codici	Indicatore	Tipologia di esito
<i>Medicina generale, equipe territoriali e distretto (continua)</i>			
	<i>Ospedalizzazione</i>		
Governo	C1.1.1.	Tasso ospedalizzazione per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
domanda	C1.1.2	Tasso ospedalizzazione Dh acuti per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C1.1.2.1.	Tasso ospedalizzazione Dh medico acuti per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C1.1.2.2.	Tasso ospedalizzazione Dh chirurgico acuti per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C1.1.3	Tasso ospedalizzazione post acuti per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
Efficacia pat.	C11^o.1.1.	Tasso ospedalizzazione scompenso per 1000 residenti (50-74 anni)	Surrogato di esito
	C11^o.2.1.	Tasso ospedalizzazione diabete per 1000 residenti (50-74 anni)	Surrogato di esito
	C11^o.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti (50-74 anni)	Surrogato di esito
	C11^o.2.4	Tasso ospedalizzazione BPCO per 1000 residenti (50-74 anni)	Surrogato di esito
	C11^o.4.1	Tasso di ospedalizzazione polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)	Surrogato di esito
Costi	F17.1	Costo sanitario procapite	Surrogato di esito
	F17.3	Costo pro capite assistenza distrettuale	Surrogato di esito
	F17.3.1	Costo pro capite assistenza specialistica	Surrogato di esito
	F17.3.1.1	Costo pro capite diagnostica strumentale e per immagini	Surrogato di esito
	F17.3.2	Costo pro capite assistenza sanitaria di base	Surrogato di esito
	F19	Costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini	Surrogato di esito
<i>Altri Dipartimenti territoriali</i>			
DSM	<i>Outcome</i>	A.4	Mortalità per suicidi
	<i>Ospedalizzazi</i>	C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 gg di pz psichiatrici maggiorenni
		C8^o.13.1	% ricoveri ripetuti entro 1 anno di pz. pschi. >=18a. Corretta per lo scostamento dal tasso ospedaliz. reg.
		C8^o.13.2	% di ricoveri ripetuti entro 7 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni, per azienda di erogazione
		C8^o.5	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni
		C8^o.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni
DD			
<i>Dipartimenti trasnmurali</i>			
DMI	<i>Outcome</i>	A1.1	Mortalità nel primo anno di vita
		A1.2	Mortalità neonatale precoce (primi 6 gg di vita)
		A.1.3	Mortalità neonatale totale (primi 28 gg di vita)
	<i>Altri indicatori</i>	C7.1	% di cesarei depurati (NTSV)
		C7.2	% parti indotti
		C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)
		C7.4	tasso neonati con Apgar < 7 al 5 minuto
		C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)
		C7.7	Tasso di ospedalizzazione in pediatria per 100 residenti 0-14 anni
		C8^o.3	Tasso concepimenti minorenni per 1000 donne residenti (12-17 anni)
		C7.13	% di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (>= 12 settimana)
		C7.14	% di donne straniere che effettuano un numero di viste in gravidanza >= 4
		C8^o.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)
		C8^o.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni
		C14.2.2.	% di ricoveri in dh medico con finalità diagnostica (pediatrici)
		C14.3.2.	% di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici
		C17.4	Parti
<i>Dip diagnostica e servizi</i>			
	<i>Appropriatezz</i>	C.13.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali per mille residenti std età e sesso
		C13.2.1	Tasso di prestazioni TAC per 1000 residenti std età e sesso
		C13.2.2	Tasso di prestazioni RMN per 1000 residenti std età e sesso
		C13.2.2.1	Tasso di prestazioni RMN muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)
		C13.2.3	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1000 residenti std età e sesso
		C13.2.4	Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1000 residenti
		C13.2.5	Tasso di prestazioni Rx tradizionale grezzo per 1000 residenti
		C13^o.2.2.1	Tasso di RM muscolo scheletriche

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

Tabella 16. Indicatori MES: Funzioni ospedaliere (parte a)

Ospedale				
Tipologie	Codici	Indicatore		Tipologia di esito
<i>Ospedale di territorio</i>				
	Qualità	C5.1	% di ricoveri ripetuti entro 30 gg	Surrogato di esito
	Integrazione	C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	Surrogato di esito
		C8.2	% ricoveri ripetuti a 31-180 giorni	Surrogato di esito
<i>Dip medicina</i>				
	Efficacia pat.	C11^a.4.1	Tasso di ospedalizzazione polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)	Surrogato di esito
	Appropriatezz	C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >=65anni (patto per la salute 2010)	Surrogato di esito
		C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (patto per la salute 2010)	Surrogato di esito
		C14.2	% ricoveri in dh medico con finalità diagnostica (patto per la salute 2010)	Surrogato di esito
<i>Dip Chirurgia</i>				
	Attività	C3	Degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	Surrogato di esito
	Appropriatezz	C4.1	% DRG medici (da) reparti chirurgici (Patto per la salute 2010)	Surrogato di esito
		C4.1.1	% DRG medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	Surrogato di esito
		C4.1.2	% DRG medici da reparti chirurgici: day hospital	Surrogato di esito
		C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in day surgery e RO 0-1gg	Surrogato di esito
		C4.7	DRG LEA Chirurgici: % di ricoveri in day surgery (patto per la salute 2010)	Surrogato di esito
	Qualità clinica	C5.3	% di prostatectomie transuretrali	Surrogato di esito
		C5.10	% di resezioni programmate al colon in laparoscopia	Surrogato di esito
		C5.12	% fratture di femore operate sulle fratture diagnosticate	Surrogato di esito
		C6.4.1	Sepsi post operatoria per chirurgia di elezione	Esito finale
		C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità	Esito finale
		C6.4.3	Embolia polmonare e trombosi venosa post chirurgica	Esito finale
		C17.3	Interventi chirurgici per colecistectomia laparoscopica	Surrogato di esito
		C18.1	Tasso ospedalizzazione tonsillectomie	Surrogato di esito
		C18.2	Tasso osp. Colecistectomie std per età	Surrogato di esito
		C18.3	Tasso osp. Colecistectomie laparoscopiche std per età	Surrogato di esito
		C18.4	Tasso osp. Sostituzione del ginocchio std per età	Surrogato di esito
		C18.5	Tasso osp. sostituzione anca std per età	Surrogato di esito
		C18.6	Tasso osp. Stripping vene std per età	Surrogato di esito
		C18.8	Tasso di osp. prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata std per età	Surrogato di esito
		C18.9	Tasso di osp. isterectomia std per età	Surrogato di esito
<i>Ospedale di emergenza</i>				
		C1.1.1.	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
		C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entri 30 minuti	Surrogato di esito
		C16.2	% di pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Surrogato di esito
		C16.3	% di pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	Surrogato di esito
		C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h***	Surrogato di esito
		C5.2	% fratture femore operate entro due giorni (Patto per la salute 2010)	Surrogato di esito
		C5.8	% di ventilazioni meccaniche non invasive	Surrogato di esito
		C5.11	% di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	Surrogato di esito
		C.17.1	Interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	Surrogato di esito
		C.17.2	Interventi chirurgici per tumore maligno al retto	Surrogato di esito
		C18.7	Tasso di osp. angioplastica coronarica percutanea (PTCA) std per età	Surrogato di esito
		D9	% di abbandoni da PS	Surrogato di esito

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

Tabella 17. Indicatori MES: Funzioni ospedaliere (parte b)			
Ospedale			
Tipologie	Codici	Indicatore	Tipologia di esito
<i>Funzioni organizzative (Direzioni mediche di presidio)</i>			
	C1.1.1.	Tasso ospedalizzazione per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C1.1.2	Tasso ospedalizzazione Dh acuti per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C1.1.2.1.	Tasso ospedalizzazione Dh medico acuti per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C1.1.2.2.	Tasso ospedalizzazione Dh chirurgico acuti per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C1.1.3	Tasso ospedalizzazione post acuti per 1000 residenti std età e sesso	Surrogato di esito
	C2 ^a	Indice di performance degenza media per acuti	Surrogato di esito
	C4.8	DRG LEA medici: tasso di ospedalizzazione std per 10000 residenti (patto per la salute)	Surrogato di esito
	C1.3	Posti letto pro capite	Surrogato di esito
	C2 ^a	Indice di performance degenza media per acuti	Surrogato di esito
	C4.8	DRG LEA medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti	Surrogato di esito
	C4.1	% DRG medici (da) reparti chirurgici (Patto per la salute 2010)	Surrogato di esito
	C4.1.1	% DRG medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	Surrogato di esito
	C4.1.2	% DRG medici da reparti chirurgici: day hospital	Surrogato di esito
	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in day surgery e RO 0-1gg	Surrogato di esito
	C4.7	DRG LEA Chirurgici: % di ricoveri in day surgery (patto per la salute 2010)	Surrogato di esito
	C6.4.1	Sepsi post operatoria per chirurgia di elezione	Esito finale
	C6.4.2	Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità	Esito finale
	C6.4.3	Embolia polmonare e trombosi venosa post chirurgica	Esito finale
	D18	Dimissioni ospedaliere volontarie	Soddisfazione pz
	F18	Costo medio dell'assistenza ospedaliera	Surrogato di esito
	F17.1	Costo pro-capite assistenza ospedaliera	Surrogato di esito
	F17.1.1.	Costo pro-capite dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria /Dh/DS	Surrogato di esito
	F18.1	Costo medio per punto DRG Min. Dei ricoveri acuti	Surrogato di esito
Tabella 18. Indicatori MES: Riabilitazione e struttura aziendale			
Tipologie	Codici	Indicatore	Tipologia di esito
Riabilitazione			
	F17.1.1.	Costo pro-capite dei ricoveri in riabilitazione (ordinari + diurni)	Surrogato di esito
	F18.1	Costo medio dei ricoveri in riabilitazione	Surrogato di esito
Struttura aziendale			
	E.1	% di partecipazione all'indagine di clima interno	Surrogato di esito
	E.9	La formazione per i dipendenti	Surrogato di esito
	E.10	Il management per i dipendenti	Surrogato di esito
	E.12	Il management per i responsabili di struttura	Surrogato di esito
	E.11	La comunicazione e l'informazione per i dipendenti	Surrogato di esito
	E.13	La comunicazione e l'informazione per i responsabili di struttura	Surrogato di esito

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

Le figure 8 e 9 illustrano alcuni esempi di applicazioni delle misure con il sistema dei bersagli.

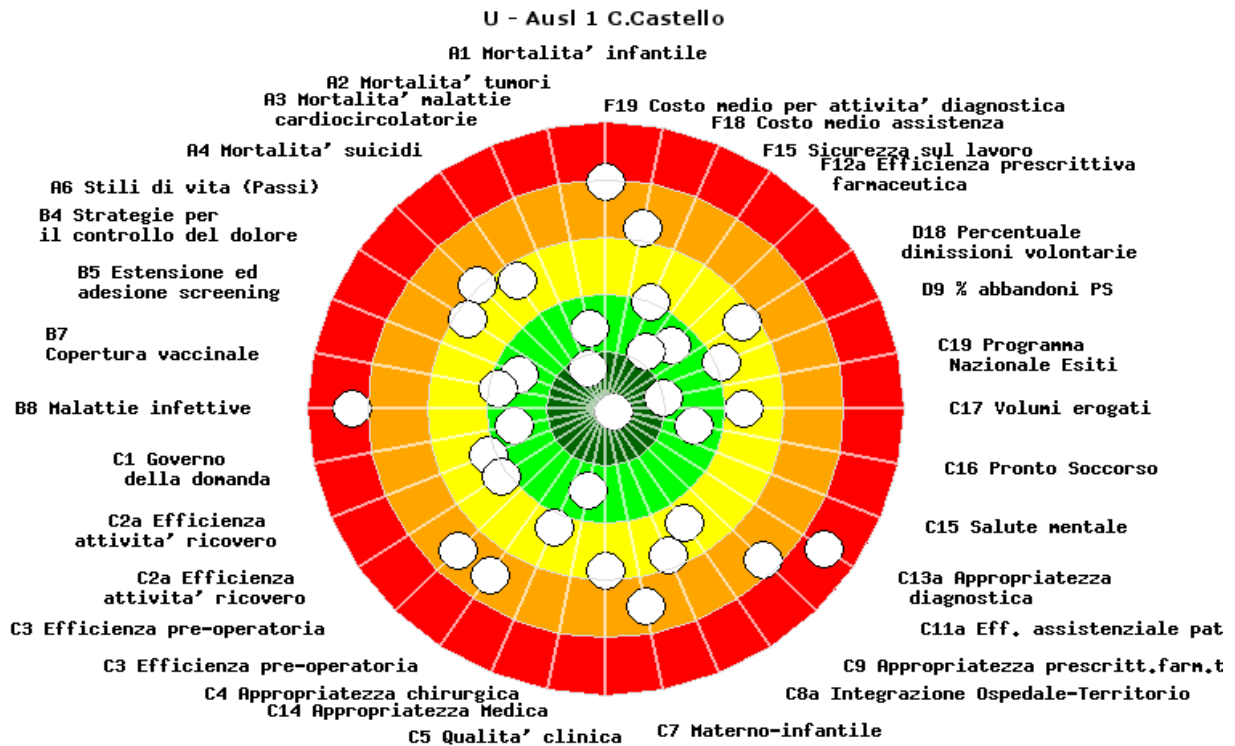


Figura 8. Bersaglio relativo alla performance della ex ASL 1 (Report 2012).

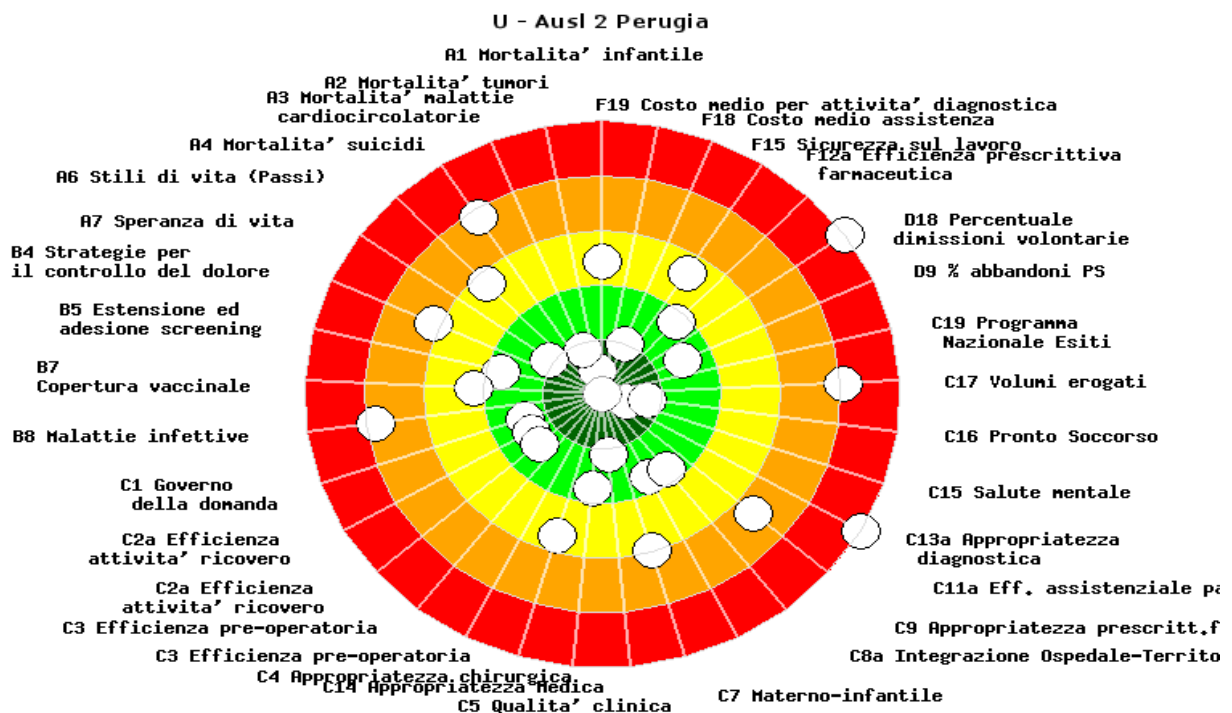


Figura 9. Bersaglio relativo alla performance della ex ASL 2 (Report 2012).

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

Di seguito vengono forniti alcuni esempi di misure di performance.

A1 Mortalità infantile dati Umbria 2012

A1.1 Mortalità nel primo anno di vita 2,91 x 1000

A1.2 Mortalità neonatale precoce 1,33 x 1000

A1.3 Mortalità neonatale totale 1,62 x 1000

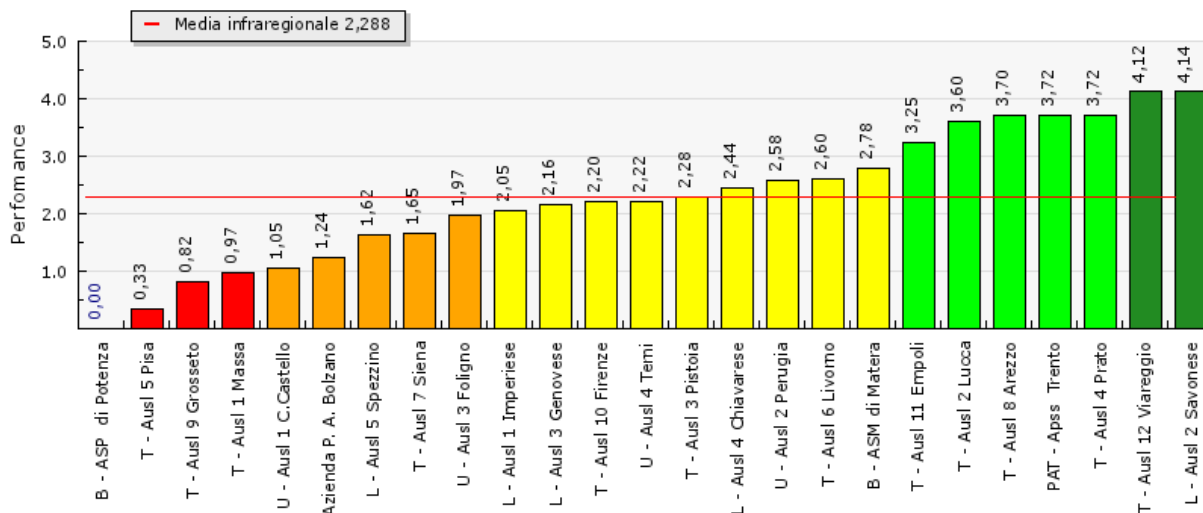


Figura 10. Performance10 2012 rispetto alla mortalità infantile nelle ASL valutate dal MES.

B4 Strategie per il controllo del dolore 2012

- B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori (convenzionata e diretta) 1,31 DDD per 1000 ab /die

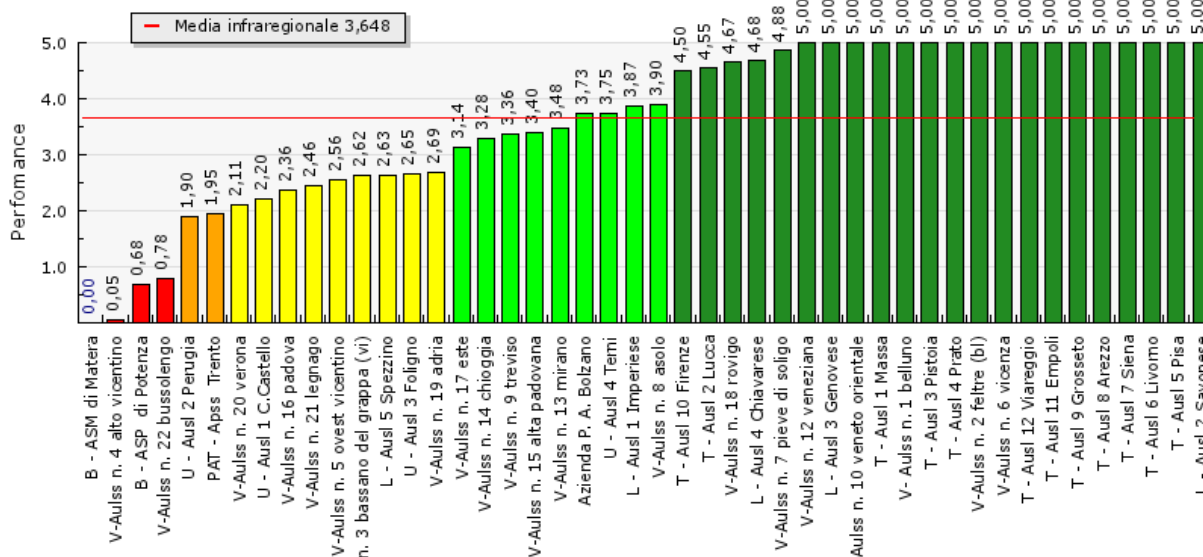


Figura 11. Performance 2012 nel consumo territoriale di farmaci oppioidi nelle ASL valutate dal MES.

10 La performance risulta dagli andamenti nei tre indicatori relativi alla mortalità infantile nel 2012 rispetto al 2011, pesati in modo da collocarsi su una scala che va da 0 (performance molto scarsa= colore rosso) a 5 (performance ottima = colore verde)

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

4.3) I rapporti periodici sulla prescrizione farmaceutica in Umbria prodotti dall'Istituto Superiore di Sanità.

Nel Rapporto ISTISAN 13/11 (9) è fornito, come nei dieci anni precedenti, il quadro della prescrizione farmaceutica territoriale e dell'erogazione di farmaci da parte delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dell'Umbria nel corso dell'anno 2011.

Il Rapporto è suddiviso in tre sezioni principali:

a) presentazione di qualità e completezza dei dati

di prescrizione, metodologie utilizzate nelle analisi e principali provvedimenti regolatori regionali.

b) principali caratteristiche della prescrizione in Umbria, in termini di spesa, quantità prescritte e caratteristiche degli utilizzatori, sia a livello aggregato, che per categoria terapeutica e per principio attivo.

c) approfondimenti per le 15 principali categorie terapeutiche a maggior prescrizione nella popolazione, analisi mirate innanzitutto a descrivere l'appropriatezza.

Esempi di misure di farmaco-epidemiologia concernente l'Umbria in confronto con l'andamento delle altre regioni e dell'Italia

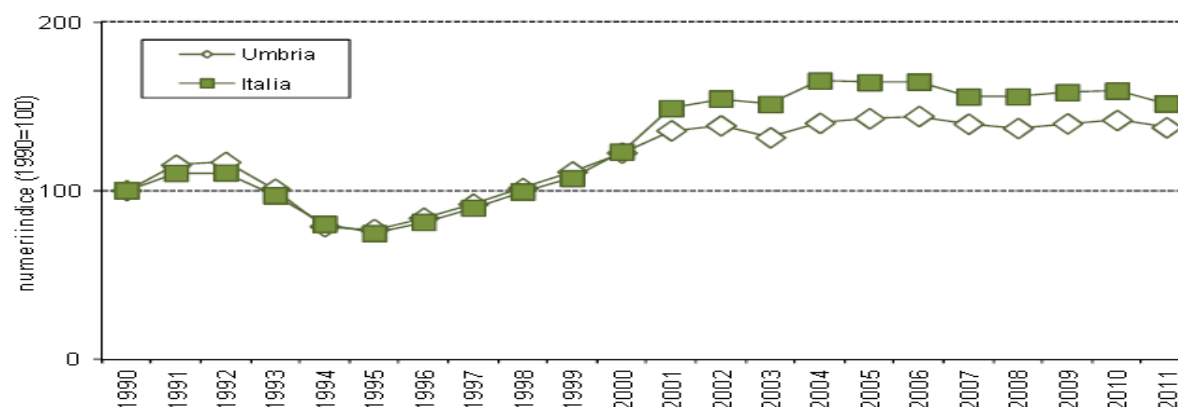
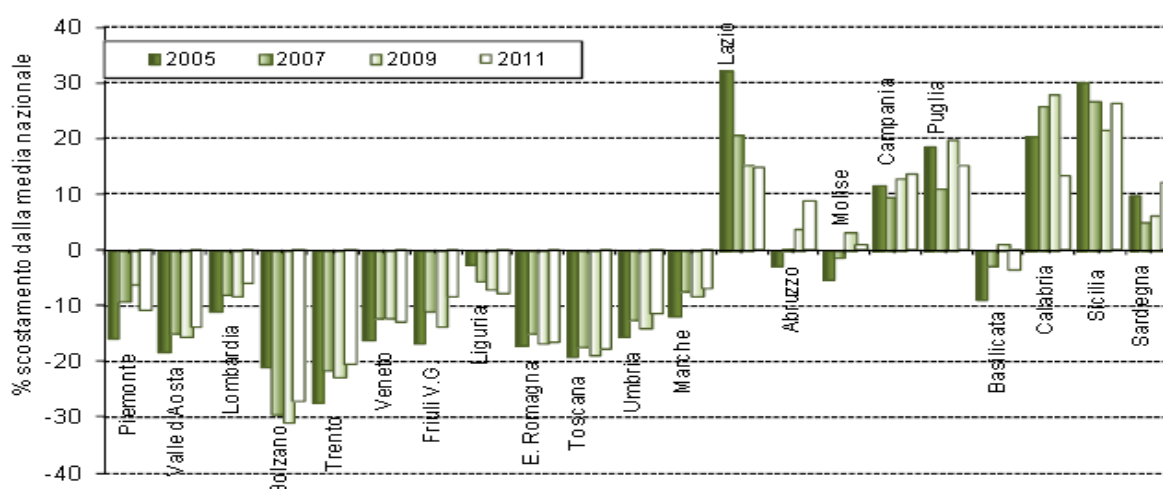


Figura 12. Andamento della spesa farmaceutica lorda SSN in Italia e Umbria nel periodo 1990-2011.



Fonte: Gruppo di lavoro OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2011. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2012.

Figura 13. Scostamento della spesa lorda pro capite pesata dal valore medio nazionale: confronto 2005-2011.

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

Tabella 19. Distribuzione per età e sesso della prescrizione farmaceutica SSN (Umbria 2011).

Fascia d'età	Spesa lorda <i>pro capite</i>			DDD/1000 ab <i>die</i> *			Prevalenza d'uso		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
0-4	28	24	26	75,0	63,5	69,4	77,3	73,4	75,4
5-14	25	21	23	65,3	55,1	60,4	55,5	54,0	54,8
15-24	24	27	26	77,7	106,6	91,8	46,3	55,4	50,7
25-34	32	41	37	115,8	197,0	156,3	47,3	63,8	55,5
35-44	58	65	62	257,0	322,9	290,3	56,3	70,1	63,3
45-54	121	123	122	676,8	647,4	661,8	66,4	76,7	71,7
55-64	271	240	255	1.621,6	1.323,5	1.467,5	81,9	86,4	84,2
65-74	462	401	429	2.769,2	2.282,6	2.510,5	94,2	95,2	94,7
≥75	604	495	537	3.656,5	3.051,9	3.285,2	100	100	100
Totale	180	184	182	1.029,3	1.043,0	1.036,4	68,4	77,3	73,0

* la differenza rispetto al dato presentato nella Tabella 4 è determinata dall'incompletezza dei dati anagrafici e dall'utilizzo della popolazione residente anziché pesata

Tabella 20. Spesa lorda pro-capite, DDD/mille abitanti die, prevalenza per categoria terapeutica (Umbria 2011).

	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Spesa <i>pro capite</i> (€)	28,6	5,4	68,6	0,9	7,0	2,9	15,6	2,8	6,9	22,6	0,2	15,7	3,9	0,3	182
DDD/1000 abitanti <i>die</i>	129,0	93,7	529,5	3,9	43,4	38,6	25,6	2,9	37,6	65,2	0,9	43,2	22,9	0,0	1036
Prevalenza (%)	28,1	15,9	30,2	1,3	6,5	15,4	48,6	0,9	21,1	13,7	1,1	16,3	2,4	0,1	73,0

A Gastrointestinale e metabolismo	L Antineoplastici e immunomodulatori
B Sangue e organi emopoietici	M Muscolo-scheletrico
C Cardiovascolare	N Nervoso centrale
D Dermatologico	P Antiparassitari
G Genito-urinario e ormoni sessuali	R Respiratorio
H Ormoni (esclusi quelli sessuali)	S Organi di senso
J Antimicrobici per uso sistemico	V Vari

Esempi di misure di farmaepidemiologia volte a definire l'appropriatezza prescrittiva nei distretti e per equipe territoriale: farmaci ipolipemizzanti.

Tabella 21. Prescrizione di ipolipemizzanti per distretto (2011).

Distretto	Spesa lorda <i>pro capite</i>	Δ % 11-10	DDD/1000 ab. <i>die</i>	Δ % 11-10	Prevalenza (x 1000 ab.)	Età mediana	Rapporto MF
Città di Castello	16,87	-3	59,4	8	87,1	71	1,13
Gubbio-Gualdo	17,62	-1	58,0	10	87,2	70	1,26
Perugia	18,88	-5	57,6	6	78,9	70	1,13
Assisi	17,06	0	56,2	12	80,8	69	1,14
Todi	17,90	0	56,7	13	87,6	70	1,16
Trasimeno	20,41	-2	65,6	9	100,9	70	1,02
Norcia	15,08	4	48,1	16	74,0	70	1,06
Foligno	14,06	-4	44,7	6	68,5	70	1,22
Spoletto	15,35	2	54,6	13	85,3	70	1,11
Terni	20,20	-8	64,0	8	103,0	69	1,06
Amelia	20,96	-5	68,1	11	110,7	69	1,06
Orvieto	18,18	-10	64,0	6	108,8	70	0,98
Umbria	18,05	-4	58,4	9	88,3	70	1,11

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

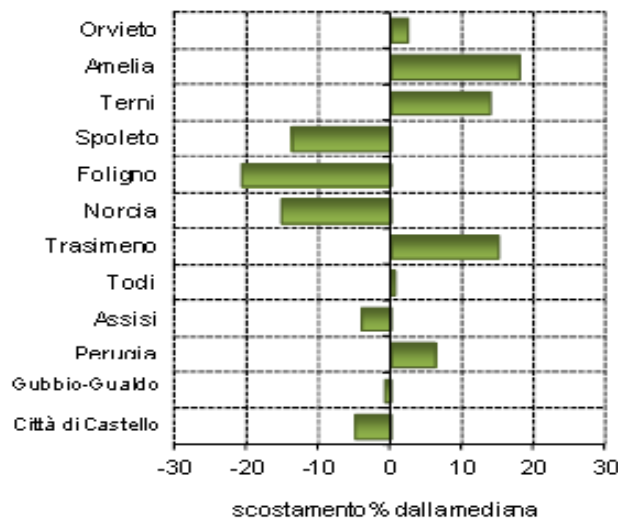


Figura 14. Variabilità della spesa pro-capite di ipolipemizzanti per distretto (2011).

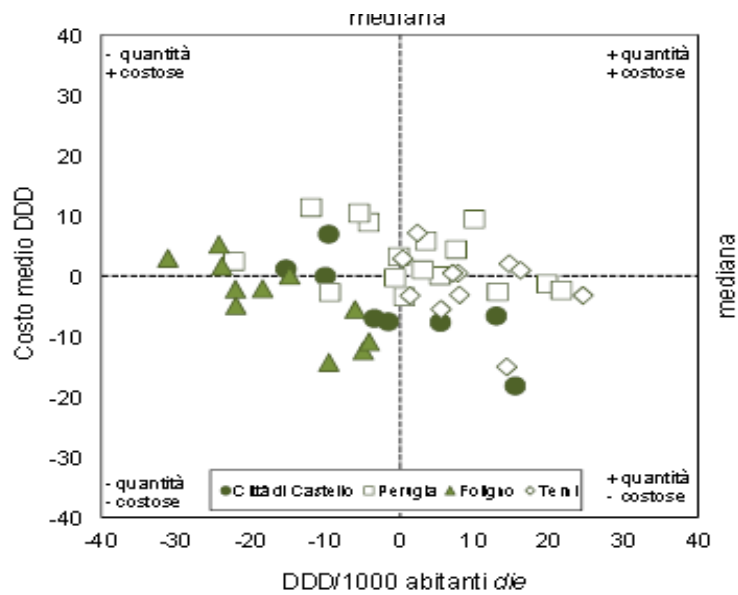


Figura 15. Variabilità (scostamento % dalla mediana) della prescrizione di ipolipemizzanti per equipe (2011).

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

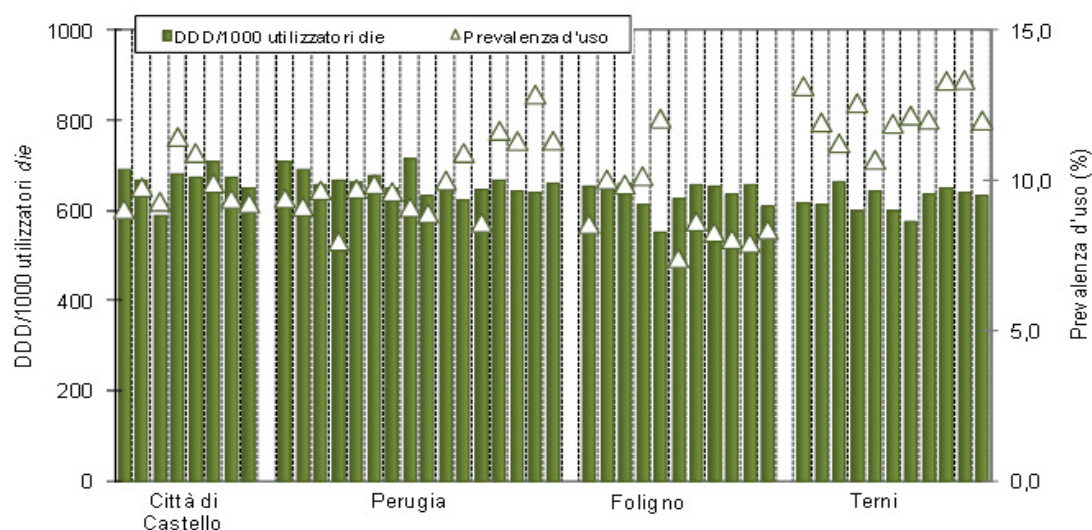


Figura 16. Prevalenza d'uso e DDD di ipolipemizzanti per equipe (2011).

Gli *indicatori misurati sono tutti surrogati di esiti* e si riferiscono a processi, prodotti e costi della prescrizione farmaceutica.

La *disaggregazione per distretto ed equipe mette in questo caso a disposizione del territorio* un'importante mole di informazioni utili a migliorare la qualità dell'assistenza farmaceutica.

4.4.) Le misure sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici fornite dal Registro tumori umbro di popolazione.

Il RTUP oltre a produrre dati su incidenza, prevalenza e mortalità per i tumori su tutto il territorio regionale dal 1994 a oggi mette anche a disposizione misure della sopravvivenza relativa dei pz per singola sede (10), coprendo un arco temporale di

ben 15 anni di tempo e permettendo confronti sugli esiti finali dell'assistenza oncologica con altri registri nazionali e di altri paesi, permettendo così un confronto praticamente “globale”, un elemento che abbiamo visto mancare nelle altre fonti di misure di esito passate in rassegna.

Rinviando al numero 1 del 2013 di CancerStat per le considerazioni sugli aspetti di metodo e di merito (11), qui si riportano alcune evidenze ottenute organizzando i risultati per ordine crescente di sopravvivenza relativa nel 2004–2008 e per guadagni di salute che emergono dai confronti temporali nella nostra regione e con il pool di registri tumori italiani (tabella 22).

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO**

Tabella 22. Sopravvivenza relativa nel 2004-2008 nelle singole sedi di tumore.

Sede	Sesso	Sopravvivenza relativa nel 2004-2008		Guadagni di salute	
		a cinque anni dalla diagnosi	a sette anni dalla diagnosi	In Umbria nel 2004-2008 rispetto al 1994-98(11)	Differenza Umbria Italia nelle % della sopravvivenza relativa a 5 anni nel 2000-04(12)
Pancreas (C25)	M	4%	2%	Assente	0
	F	4%	4%	Assente	1
Esofago (C15)	M	8%	4%	Assente	-2
Polmone (C33-C34)	M	13%	11%	Assente	2
	F	17%	16%	Assente	4 (p < 0.05)
Fegato (C22)	M	15%	11%	Assente (?)	-1
	F	11%	11%	Assente	1
Vie biliari (C24)	M	15%	16% (?)	Assente (?)	1
	F	10%	10%	Assente	5
Encefalo (C71)	M	17%	15%	Assente	6
	F	14%	15%	Assente	0
Leucemia mieloide acuta (C92.0)	M	14%	10%	Assente	-3
	F	12%	12%	Assente	0
segue					
Stomaco (C16)	M	30%	27%	Assente	+1
	F	34%	31%	Assente	+6
Ovaio (C56)	F	42%	34%	Assente	-5
Mieloma multiplo (C88-C90)	M	46%	42%	Assente (?+)	0
	F	46%	36%	Assente (?+)	-3
Testa e collo (C01- C06;C10- C14;C30- C32)	M	52%	42%	Assente (?-)	0
	F	51%	53%	Negativo	0
Colon- retto (C18-C20)	M	64%	64%	Positivo	-1
	F	62%	59%	Positivo	+1
Laringe (C32)	M	65%	51%	Assente (?-)	-2

11 **Assente:** tra il 1994-94 e il 2004-2008 non vi sono variazioni statisticamente significative nella sopravvivenza relativa; **Negativo:** tra il 1994-94 e il 2004-2008 si assiste a una diminuzione della sopravvivenza relativa statisticamente significativa; **Positivo:** tra il 1994-94 e il 2004-2008 si assiste a un incremento della sopravvivenza relativa statisticamente significativa.

12 Sono espressamente segnalati i casi in cui la differenza risulta significativa.

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

segue tabella 22					
Cervice uterina (C53)	F	67%	66%	Assente (?+) con flessione ultimo periodo	6
Vescica (C67)	M	69%	66%	Assente (?-)	-2
	F	60%	55%	Assente (?-)	+4
Linfoma non- Hodgkin (C82-C85)	M	64%	55%	Positivo	-2
	F	66%	58%	Assente (?+)	1
Leucemia mieloide cronica (C92.1)	M	64%	65%	Assente (?+)	-2
	F	72%	55%	Assente (?+)	
Rene (C64)	M	74%	72%	Positivo	0
	F	70%	74%	Assente (?+)	0
Corpo dell'utero (C54)	F	75%	73%	Assente	-2
Linfoma di Hodgkin (C81)	M	79%	71%	Assente (?-)	-7
	F	85%	85%	Assente	-5
Melanoma (C43)	M	83%	85%	Positivo	-9
	F	83%	84%	Assente (?+)	-3
Mammella (C50)	F	87%	83%	Positivo	1
Prostata (C61)	M	94%	91%	Positivo	-1
Testicoli (C62)	M	99%	100%	Assente (?+)	+2
Tutte le sedi (C00- C99) escluso carcinomi della pelle (C44)	M	56%	53%	Positiva	0
	F	60%	57%	Assente	0
Tutte le sedi (C00- C99) escluso cr. pelle e vescica (C44,C67)	M	55%	52%	Positiva	-1
	F	60%	57%	Assente	1

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

Rispetto al gruppo di tumori ad alta letalità (pancreas, esofago, polmone, fegato, vie biliari, encefalo e leucemia mieloide acuta) emerge che:

- a) la sopravvivenza relativa a sette e cinque anni, nel 2004 -2008, oltre ad essere inferiore al 20%, evidenzia differenze tra i due periodi di follow-up in genere basse, ad indicare un ruolo contenuto della anticipazione diagnostica; b) i guadagni di salute ottenuti nella nostra regione nel quindicennio osservato sono -seppur in alcuni casi rilevanti (quali il cr. del fegato nei maschi dove la sopravvivenza a sette anni dalla diagnosi sale dal 7% del 1994-1998 al 14% del 2004-2008 e per le vie biliari nei maschi dove si registrano andamenti analoghi)- assenti se valutati sulla base della significatività statistica dei sopravvissuti al settimo anno; c) nel confronto con il pool dei registri tumori italiani le differenze tra valori percentuali sono in genere di ampiezza limitata e statisticamente non significative se non nel cr del polmone per le donne, deponendo per una generalizzata difficoltà ad ottenere risultati migliori;
- d) anche i confronti internazionali, con le cautele metodologiche del caso, non indicherebbero, per le sedi sulle quali sono disponibili dati (polmone, pancreas e fegato) migliori outcome nè negli USA, nè nel resto dell'Europa."

Nel complesso, la sopravvivenza relativa per tutte le sedi, ancorché sia necessaria molta prudenza nel generalizzare giudizi su un aggregato così eterogeneo, evidenzia guadagni di salute positivi nel quindicennio per l'Umbria nei maschi, che vedono ridursi il gap con il sesso femminile, dove si registrerebbe una migliore sopravvivenza.

I tumori maligni oggetto di screening oncologico di qualunque genere, organizzato e non, hanno in comune sopravvivenze elevate anche se non sovrapponibili. Per i tumori del colon retto e cervice la sopravvivenza è sensibilmente inferiore rispetto alle altre sedi anche in relazione al fatto che esse condividono la diagnosi di lesioni premaligne allo screening e l'assenza di un pool

di lesioni non progressive in grado di dar luogo al fenomeno della sovra diagnosi (4). Oltre alla messa a fuoco dei dati di sopravvivenza relativa che si avrebbe con la disponibilità dello stadio alla diagnosi, va segnalato che i sistemi informativi cui attinge il RTUP e gli altri registri tumori italiani non dispongono di dati relativi a variabili che nella letteratura scientifica sono associate con importanti variazioni nella sopravvivenza, quali la classe sociale di appartenenza, il livello di istruzione e il luogo di trattamento.

5) Conclusioni

Abbiamo visto, senza aver esaurito - basti pensare ai numerosi sistemi di sorveglianza attivati dal CCM (Passi, Passi d'argento, HBSC, ecc.) - il quadro complessivo delle misure riguardanti l'assistenza sanitaria, che sono oggi disponibili un numero consistente di misure di esito che attendono di essere messe pienamente a valore sia nella programmazione dei vari livelli istituzionali del SSR, sia per attività di miglioramento di qualità, in quest'ultimo caso a partire da un'appropriata gestione della delicata fase di "valorizzazione" all'interno del processo valutativo.

Soprattutto per effetto del PNE la valutazione dell'assistenza sanitaria in Italia diviene una effettiva linea di lavoro del SSN, dopo 30 anni dalla sua istituzione. Infatti l'edizione 2013 del PNE equipara, con la possibilità di misurare esiti relativi all'anno precedente quello di esercizio, le misure di esito ai dati di attività e di costo che da soli fino a oggi hanno guidato la gestione.

Il gap tra dati disponibili e loro utilizzazione da parte di chi dirige i servizi potrebbe colmarsi, soprattutto se i dati sono portati alla conoscenza della popolazione in modo da evitare valutazioni auto celebrative da parte di professionisti e amministratori, un elemento che sarebbe mancato (12) nell'esperienza di valorizzazione seguita in Umbria alla pubblicazione (13, 14) del

VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
PRINCIPI, METODI E APPLICAZIONI RELATIVE AL SSR UMBRO

Documento di valutazione dei determinanti di salute e delle strategie del SSR (DVSS).

Più interlocutorio è invece il giudizio su operazioni di "Public Reporting" che pubblicano classifiche di ospedali sulla base dei dati Agenas, come avviene oltre che da parte di testate giornalistiche, anche da parte di chi gestisce il sito

"Come e dove mi curo" (15) anche alla luce di quanto affermato da alcuni autori che pure collaborano all'iniziativa (16) circa la limitata evidenza che emerge da valutazioni sull'effettivo impatto di pubblicazioni di classifiche sugli esiti di singoli nosocomi, nel migliorare la capacità di scelta dei cittadini.

Bibliografia

- 1) Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev* 1980;37:653-698.
- 2) Morgan G. *Images. Le metafore dell'organizzazione.* Franco Angeli, 1996.
- 3) Mintzberg H. *La progettazione dell'organizzazione aziendale.* Il Mulino, Bologna, 1986.
- 4) http://en.wikipedia.org/wiki/Health_Impact_Assessment<http://en.wikipedia.org/wiki/Efficacy>
- 5) Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale. Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 04/29 Rev., 112 p., 2004
- 6) Cislighi C, Brega R. Criticità metodologiche dei processi di valutazione. *Quaderni di Monitor*, VII, 20; pp 147-157, 2009.
- 7) <http://95.110.213.190/PNEed13/>
- 8) Nuti S, Bonini A. (a cura di) *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, PA Bolzano, PA Trento, Toscana, Umbria, Veneto. Report 2012* Scuola Superiore S. Anna di Pisa, Laboratorio di Management e Sanità; pp 648,2013.
- 9) Da Cas R, Ruggeri P, Rossi M, Bucaneve G, Duca E, Trotta F, Traversa G. Prescrizione farmaceutica in Umbria. *Analisi dei dati relativi al 2011*". Istituto Superiore di Sanità vii, 133 p. Rapporti ISTISAN 13/11, 2013.
- 10) Bianconi F, Stracci F, Brunori V, D'Alo D, La Rosa F. *La sopravvivenza per cancro in Umbria 1994-2008*" *CancerStat* 2013;4:3-30.
- 11) Romagnoli C. *Commento ai dati di sopravvivenza per cancro in Umbria 1994-2008*" *CancerStat* 2013;4:32-41.
- 12) Carinci F, Romagnoli C and the DVSS Collaborators. A case of stewardship and systematic evaluation in decentralised governance: the Umbria Documents for the evaluation of Health Determinants and System Strategies (DVSS). Chapter 3, pp 49-88.. In: Greco D, Palumbo F, Arcangeli L, Di martino FP, La Falce M, Carinci F , Romagnoli C and the DVSS Collaborators: "Stewardship and governance in decentralised systems: an italian case study". Italian Ministry of labour, Health and social policy; Baltic Graphics, Tallinn 2008.
- 13) http://sanita.regione.umbria.it/Resources/Risorse/Volume_B.pdf
- 14) http://www.sanita.regione.umbria.it/resources/Risorse/Volume_D_Book.pdf
www.doveecomemicro.it
- 15) Mannarelli I, Pelone F, Lilli S, Silenzi A, Lazzari A, Ricciardi W. *Cosa sappiamo? Cosa dovremmo sapere?* *Medicimanager*, n.1: pp 55 -58, 2013.

CancerStat Umbria

CancerStat Umbria

ISSN 2039-814X Anno IV, 2013

Numero 1

- Editoriale: tre anni di CancerStat Umbria.
- La sopravvivenza per cancro in Umbria. 1994-2008.
- Rapporto sull'adesione allo screening mammografico nella AUSL2 dell'Umbria. Periodo 2000-2011.

supplemento 1

PSA: to screen or not to screen. Parte A.
Convegno – Città di Castello 24 novembre 2012.

Numero 2

Incidenza del cancro in Umbria. 2007-2009.

supplemento 2

PSA: to screen or not to screen. Parte B.
Convegno – Città di Castello 24 novembre 2012.

Numero 3

Seminari della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva (10/12/2012 e 10-11/01/2013).

Numero 4-5

- Attività oncologica della Clinica Dermatologica del Policlinico Universitario di Terni.
- I dati 2008-2011 del Sistema di sorveglianza PASSI sugli screening in Umbria.
- La prevenzione ambientale e gli esposti.

Numero 6

In cancro dell'endometrio.

Numero 7-8

- PSA e screening per il carcinoma prostatico: le criticità viste dall'anatomopatologo.
- EAU guidelines. Prostate cancer 2013.

Numero 9

Il cancro del retto

Numero 10

- Il ruolo dell'igienista nel Servizio Sanitario Nazionale.
- Epidemiologia del cancro del colon-retto.

Numero 11

Approccio diagnostico terapeutico al paziente con carcinoma del retto.

ISSN 2039-814X Anno III, 2012

Numero 1

I tumori della vescica.

Numero 2

Trend di mortalità per cause in Umbria. 1994-2010.

Numero 3-4

I tumori delle alte vie aereo-digestive.

supplemento 1

VIDEO. Tavola rotonda: La sanità pubblica in Umbria. Opinioni e prospettive.

Numero 5

Ambiente e salute. Qualità dell'aria e prevenzione.
Convegno – Perugia 25 febbraio 2012.

Numero 6

- Screening mammografico. Gestire la complessità per guadagnare in salute.
Convegno – Perugia 8-9 marzo 2012.
- La georeferenziazione nella registrazione dei tumori: approccio metodologico e prospettive di studio.
XVI Riunione scientifica annuale AIRTUM. Como 29-31 marzo 2012.

supplemento 2

VIDEO. Tavola rotonda: Medicina predittiva e sanità pubblica.

Numero 7

I tumori dell'ovaio.

Numero 8-9

La geografia del cancro in Umbria: incidenza 1978-2008

Numero 10-11

I tumori multipli in Umbria. 1994-2008.

Numero 12

- La Rete Regionale Oncologica dell'Umbria.
- Comunicazioni del RTUP al 45° Congresso Nazionale SItI, S. Margherita di Pula, 3-6 ottobre 2012.
- Il potenziale di salute del comune.

CancerStat Umbria

ISSN 2039-814X

Anno II, 2011

Numero 1

Mortalità per cause nelle ASL dell'Umbria. 2005-2009.

Numero 2

Anni di vita potenziale persi (YPLL) in Umbria. 1995-1999 e 2005-2009.

Numero 3-4

Il cancro della prostata.

Numero 5

- Ciò che bisogna sapere per decidere se sottoporsi allo screening per il cancro della prostata.
- Partecipazione al IV round dello screening citologico della AUSL 2 dell'Umbria.

Numero 6

Il cancro del rene.

Numero 7

Fumo o salute. I sessione.

Numero 8

I tumori della tiroide.

Numero 9

Fumo o salute. II e III sessione.

Numero 10

GISCoR. I sessione.

Numero 11

GISCoR. II sessione.

Numero 12

Il cancro del pene e del testicolo.

CancerStat Umbria

Anno I, 2010

Numero 0

Le statistiche del cancro e della mortalità in Umbria.

Numero 1

- Ultime pubblicazioni dei collaboratori del RTUP.
- Technology assessment della metodica di prelievo e di preparazione della citologia in fase liquida (LBC – Liquid Based Citology)

Numero 2

L'incidenza del cancro in Umbria, 2006-2008.

Numero 3

- Il Registro Rumori Infantili Umbro-Marchigiano.
- La ricerca dei tumori professionali nell'ambito del progetto OCCAM.

Numero 4

Il quadro epidemiologico per la programmazione della prevenzione oncologica regionale in Umbria.

Numero 5

Incontro con il Gruppo multidisciplinare regionale per le neoplasie tiroidee in Umbria. Perugia 28/29 ottobre 2010.

Numero 6

- Incontro con il Gruppo multidisciplinare regionale per le neoplasie tiroidee in Umbria. Perugia 28/29 ottobre 2010.
- Convegno: Nuove acquisizioni nella gestione clinica del carcinoma della tiroide di origine follicolare: cosa dicono le linee guida?

Numero 7

Neoformazioni della cute e del cavo orale. Melanoma. Terni 13.11.2010

