



UOC GOVERNO CLINICO/RISCHIO CLINICO

Direttore: Dr. Massimo Palazzo

rischioclinicoav3@sanita.marche.it

Rendicontazione obiettivi di
budget: Governo Clinico e
Rischio Clinico

ANNO 2019

Sommario

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA ART.2 COMMA 5 L.24/17	2
1. Introduzione	2
2. Eventi Segnalati	2
3. Altre Attività	6
CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE.....	8
1. Introduzione	8
IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE.....	10
PROMOZIONE DI PROTOCOLLI PER IMPLEMENTARE E SUPERVISIONARE LA CORRETTA APPLICAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ED ASSISTENZIALI.....	10
VALUTAZIONE SITUAZIONE AV3 RISPETTO AD ALCUNI INDICATORI PRESENTI NEL PNE.....	10
1. Scompenso cardiaco.....	10
2. IMA	12
3. Frattura di femore	14
4. Tumori del colon.....	16

RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA ART.2 COMMA 5 L.24/17

1. Introduzione

L'art. 2, comma 5, della L.n.24 del 08/03/2017, sancisce la *predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.*

Pertanto, nella presente relazione, in ottemperanza alla predetta norma, verranno esplicitati i risultati relativi al monitoraggio degli eventi segnalati dagli operatori alla Unità Operativa Governo Clinico/Rischio Clinico dell'Area Vasta 3 nell'anno 2019, secondo le modalità previste dalla specifica procedura di gestione degli eventi.

Saranno altresì sinteticamente affrontate le altre attività declinate nell'ambito del rischio clinico, prevalentemente incentrate sul versante della prevenzione, come la formazione e l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute.

2. Eventi Segnalati

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale, ASUR MARCHE, con Determina n°481 del 2016 e successive modifiche ha individuato l'UOC Governo clinico/Rischio clinico in staff alla Direzione di Area Vasta. L'Area Vasta 3 ha recepito tale indicazione il 02/03/2017 individuandone il Direttore.

Nell'Area Vasta 3 erano presenti realtà ben avviate di rischio clinico, per cui l'UOC Governo Clinico/Rischio Clinico per il 2019 ha uniformato il sistema di segnalazione e monitoraggio delle cadute accidentali con revisione, sperimentale per un anno, della relativa procedura ed ha avviato il confronto con i professionisti per l'individuazione, per l'anno 2020, della rete dei referenti.

Di seguito saranno descritti gli eventi avversi (eventi sentinella ed eventi significativi non sentinella e le cadute) emersi, da un punto di vista quantitativo e sinteticamente qualitativo.

Inoltre sarà data specifica evidenza agli eventi correlati alla vigilanza dei dispositivi medici.

a. Eventi Sentinella

Nella seguente tabella vengono riepilogati i dati relativi agli eventi sentinella in termini di: numerosità, cause e fattori contribuenti, livello di gravità, iniziative poste in essere (n° audit effettuati, n° azioni di miglioramento programmate a seguito di audit e quante azioni di miglioramento concluse/riprogettate/in corso di implementazione/revocate).

Tali eventi sentinella sono stati segnalati all'interno del flusso ministeriale SIMES.

		ESITO EVENTO		
		Richiesta di trattamenti psichiatrici o psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza nell'ambito della struttura	Traumi o fratture di qualsiasi entità	TOT
TIPO EVENTO	Morte o grave danno per caduta di paziente		1	1
	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	1		1

Nel dettaglio le azioni intraprese a seguito degli AUDIT effettuati per la gestione degli eventi "sentinella"

Morte o grave danno per caduta di paziente:

Revisione procedura sperimentale per il 2019 "PREVENZIONE GESTIONE E SEGNALAZIONE DELLE CADUTE DEL PAZIENTE"

Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

Redazione procedura condivisa con gruppo di lavoro multidisciplinare "GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO SUICIDIO"

b. Eventi significativi non sentinella

Nelle seguenti tabelle vengono riepilogati i dati relativi agli eventi significativi segnalati dagli operatori in termini di: numerosità, fattori contribuenti, livello di gravità.

TIPOLOGIA EVENTO	2019
EVENTO AVVERSO	29
EVENTO CHE NON HA CAUSATO DANNO	36
QUASI EVENTO	2

FATTORI CONTRIBUENTI		
AMBIENTE INADEGUATO	5	7%
DIFFICOLTA' NEL SEGUIRE ISTRUZIONI/PROCEDURE	6	9%
PAZIENTE NON COSCIENTE/SCARSAMENTE ORIENTATO	14	21%
SCARSA/ MANCATA COMUNICAZIONE	42	63%

TIPOLOGIA EVENTO	LIVELLO 1	LIVELLO 2	LIVELLO 3	LIVELLO 4	LIVELLO 5	TOT
EVENTO AVVERSO	3	5	5	11	5	29
EVENTO CHE NON HA CAUSATO DANNO	15	10	11			36
QUASI EVENTO	2					2

Legenda:

Evento	Esito	Livello
Potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute) .	1
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato).	2
Effettivo	NESSUN ESITO - Evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	3
	ESITO MINORE - Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento.	4
	ESITO MODERATO - Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine)/ trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici).	5
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altre UU.OO. che non richieda il prolungamento della degenza.	6
	ESITO SIGNIFICATIVO - Ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione.	7
	ESITO SEVERO - Disabilità permanente/contributo al decesso.	8

c. Eventi cadute

Nella seguente tabella vengono riepilogati i dati degli eventi relativi alle cadute in termini di numerosità complessiva, fattori causali ed esiti delle cadute.

Tab 1: Totale delle cadute segnalate, verificate all'interno di tutte le strutture dell'Area Vasta 3, considerando anche quelle territoriali

Si sono aggravate in seguito al trauma	Si	TOT CADUTE	%
CADUTE CON ESITI	7	171	4,09%

Tab 2: Totale delle cadute segnalate confrontate con il totale dei ricoveri ordinari dei 4 Ospedali dell'Area Vasta 3

PRESIDIO	CADUTE	Tot RICOVERI	%
CAMERINO	12	2945	0,41%
CIVITANOVA MARCHE	25	7501	0,33%
MACERATA	85	14427	0,59%
SAN SEVERINO MARCHE	11	1494	0,74%

Tab 3: Totale delle cadute segnalate confrontate con le giornate di degenza dei ricoveri ordinari dei 4 Ospedali dell'Area Vasta 3

PRESIDIO	CADUTE	GG DEGENZA	%
CAMERINO	12	23422	0,05%
CIVITANOVA MARCHE	25	49158	0,05%
MACERATA	85	101007	0,08%
SAN SEVERINO MARCHE	11	12311	0,09%

Tab 4: Totale delle cadute segnalate NON derivanti da ricoveri ordinari ospedalieri

STRUTTURA	TIPOLOGIA RICOVERO	OSPEDALE	TERRITORIO	TOT
SAN SEVERINO MARCHE	DH	1		1
CIVITANOVA MARCHE	PRONTO SOCCORSO	4		4
CORRIDONIA	RESIDENZIALE		3	3
MACERATA	RESIDENZIALE		5	5
RECANATI	RESIDENZIALE		4	4
TREIA	RESIDENZIALE		14	14
TREIA	RIABILITATIVO		7	7
		5	33	38

d. Segnalazioni su dispositivi medici

Nella seguente tabella vengono riepilogati i dati relativi alle segnalazioni inoltrate al Responsabile della vigilanza dispositivi medici dal personale utilizzatore degli stessi, relativi ai reclami e agli incidenti, in termini di: struttura segnalante, dispositivo interessato, oggetto della segnalazione, azioni intraprese.

E' stata inoltrata alla Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico una (1) segnalazione effettuata in data 17/04/2019 da un Dirigente Medico della UOS Emodinamica dell'Ospedale di Macerata e riguardante una confezione di GUANTI CHIRURGICI STERILI DEPOLVERATI codice del DM Min. Sal. 199654 con CND T01010102 scadenza 31/08/2023 ditta NACATUR INTERNATIONAL IMPORT & EXPORT SRL.

La descrizione della segnalazione e delle azioni intraprese sono le seguenti: "Al momento di indossare i guanti sterili è stato notato un corpo estraneo posizionato sulla manica che presumibilmente, ma non sicuramente, è possibile siano parti di insetto (moscerino?). I guanti non sono stati indossati".

3. Altre Attività

Di seguito vengono descritte sinteticamente altre attività che si focalizzano prevalentemente sul versante pro-attivo del rischio clinico.

Nel corso del 2019 si è proceduto ad effettuare una ricognizione delle attività e degli eventi formativi finalizzati alla prevenzione del rischio.

a. Formazione

L'attività formativa specifica per il rischio clinico effettuata nel 2019 è stata finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- AUDIT CLINICO, denominato "CONDIVISIONE DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DI AREA MEDICA TRA SPECIALISTI OSPEDALIERI E MMG" dedicato ai Direttori di UU.OO. di Area Medica, rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e Dirigenti del Territorio), finalizzato a formalizzare tramite procedure percorsi condivisi tra le diverse aree considerando il paziente al centro del sistema sanità, condividendo la presa in carico del paziente dal suo ingresso in reparto, considerando l'eventuale multidisciplinarietà dei clinici coinvolti nel ricovero Ospedaliero, e nell'eventuale proseguimento delle cure sia esso domiciliare o residenziale.

- Corso di formazione residenziale denominato "GIORNATA NAZIONALE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA" (DPCM 4 Aprile 2019 GU N 113 DEL 16/05/2019) dedicato a Medici Farmacisti, Infermieri, Fisioterapisti, Ostetriche, Ortottisti e aperto alla cittadinanza nella sessione pomeridiana, finalizzato a diffondere la cultura del rischio clinico e della sicurezza delle cure, cercando di aumentare le conoscenze in materia di sicurezza delle cure e empowerment del cittadino

- Corso di formazione residenziale denominato "LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI CHE OPERANO IN SANITÀ" dedicato a Medici, Infermieri, Psicologi, Ostetriche, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Assistenti Sociali finalizzato a definire in modo chiaro il fenomeno della violenza da parte di terzi e le forme in cui può manifestarsi; sensibilizzare e informare i professionisti ed i lavoratori potenzialmente esposti; individuare misure preventive, soprattutto sul tema della comunicazione, che consentano di gestire correttamente il rapporto con il paziente/familiari; fornire una formazione specifica ai lavoratori e dirigenti, per consentire loro di riconoscere il rischio e gestirlo al meglio; dotarsi di sistemi efficaci di segnalazione e monitoraggio, così da avere una percezione esatta dell'entità del fenomeno e dell'efficacia delle misure adottate; offrire forme di supporto a chi è vittima dell'aggressione.

- Corso di formazione residenziale denominato “GESTIONE RISCHIO CLINICO IN AV3” dedicato Medici, Infermieri, Ostetriche, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, finalizzato a aumentare le conoscenze e metodi specifici per la gestione del rischio degli operatori sanitari così da poter migliorare le pratiche di lavoro ed il rapporto con i pazienti.

Relativamente al corso 1 Sono state realizzati n° 9 incontri che hanno coinvolto 24 operatori.

Relativamente al corso 2 sono state realizzate n° 1 edizione di una giornata che ha coinvolto 38 operatori.

Relativamente al corso 3 sono state effettuate 2 edizioni del corso per un totale di 4 giornate che hanno visto coinvolti 46 operatori.

Relativamente al corso 4 sono state effettuate 4 edizioni del corso per un totale di 4 giornate che hanno visto coinvolti 100 operatori.

b. Implementazione Raccomandazioni Ministero della Salute

Il Ministero della Salute dal 2005 ha emanato negli anni una serie di Raccomandazioni (n.19) al fine di allertare gli operatori riguardo alcuni ambiti di attività potenzialmente pericolosi, di fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l’assunzione di responsabilità da parte degli operatori, allo scopo di favorire il cambiamento del sistema.

Per implementare nel concreto dei processi lavorativi i contenuti delle suddette Raccomandazioni, è necessario elaborare per ciascuna di esse una specifica procedura dedicata agli operatori monitorando l’efficacia della stessa.

Nel corso del 2019 sono stati attivati Gruppi di Lavoro per continuare l’opera di elaborazione delle Procedure per l’implementazione delle Raccomandazioni. Nell’anno 2019 sono state completate ed adottate n. 3 Procedure,

Nota

Come premessa alla lettura dei dati riportati nella relazione annuale si precisa che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono chiaramente documentare un aumento del numero di eventi avversi registrati: questo a dimostrazione di una migliore capacità di rilevazione degli eventi stessi volta non solo all’analisi dei dati con predisposizione di azioni di miglioramento ma anche ad una maggiore trasparenza del sistema, come la L. 24/17 prevede.

La relazione è stilata secondo modello condiviso in ambito di Coordinamento Regionale Centro per la Gestione del Rischio e della Sicurezza del paziente in data 28 giugno 2019

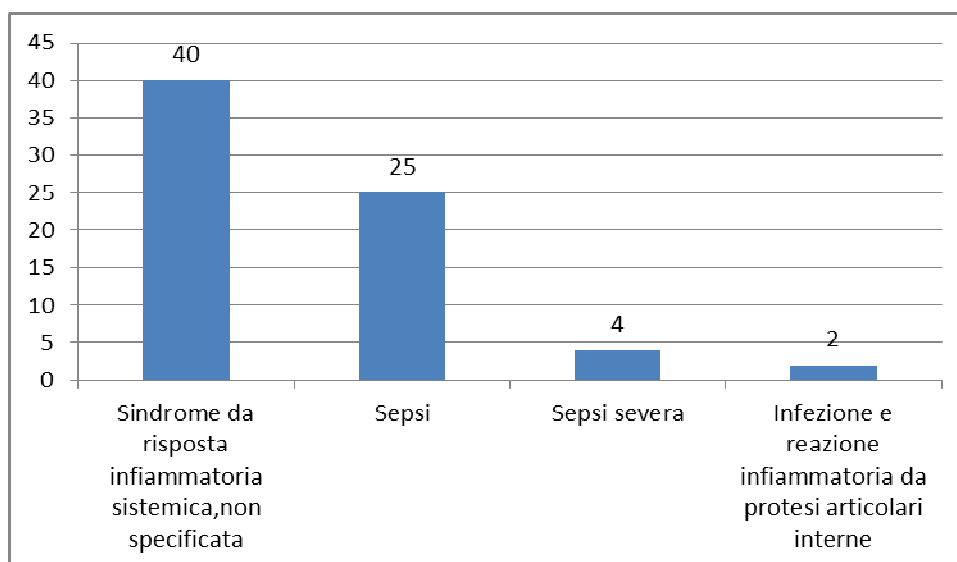
CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE

1. Introduzione

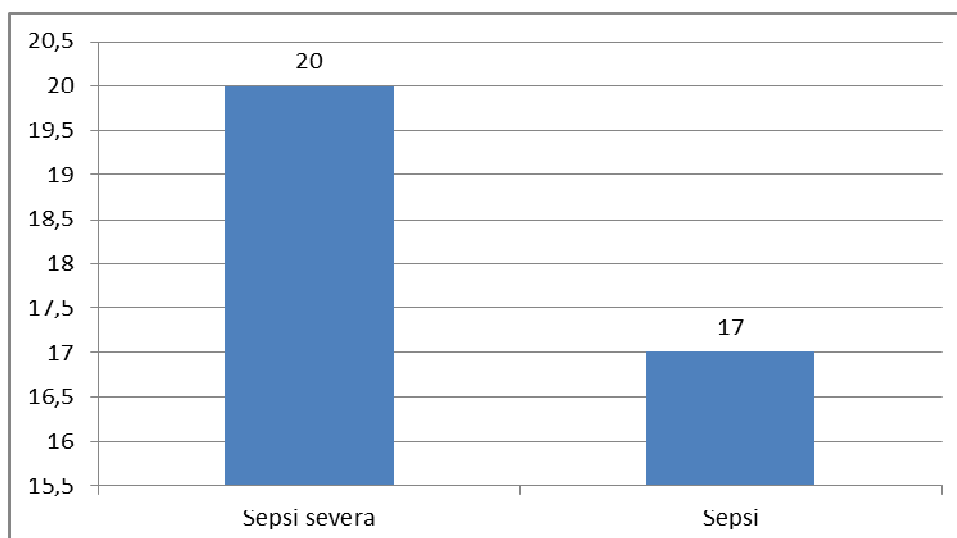
Nei grafici sotto riportati sono rappresentati i quattro ospedali dell'Area Vasta 3 e il totale delle infezioni riportate in tutti i "Campi Diagnosi" della Scheda Dimissione Ospedaliera

Nello specifico sono stati considerati solo i ricoveri ordinari con le seguenti diagnosi: 995.90; 995.91; 995.92; 996.6X; 998.5X; 9993

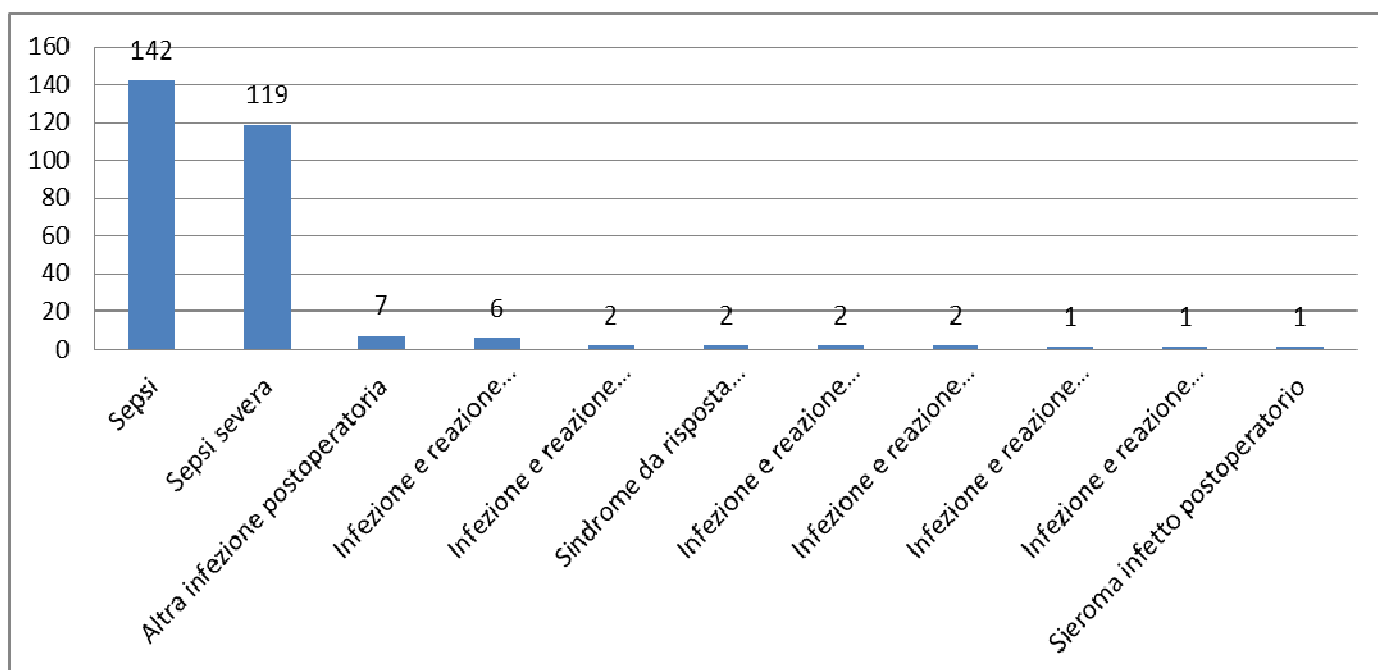
TAB 1 Camerino



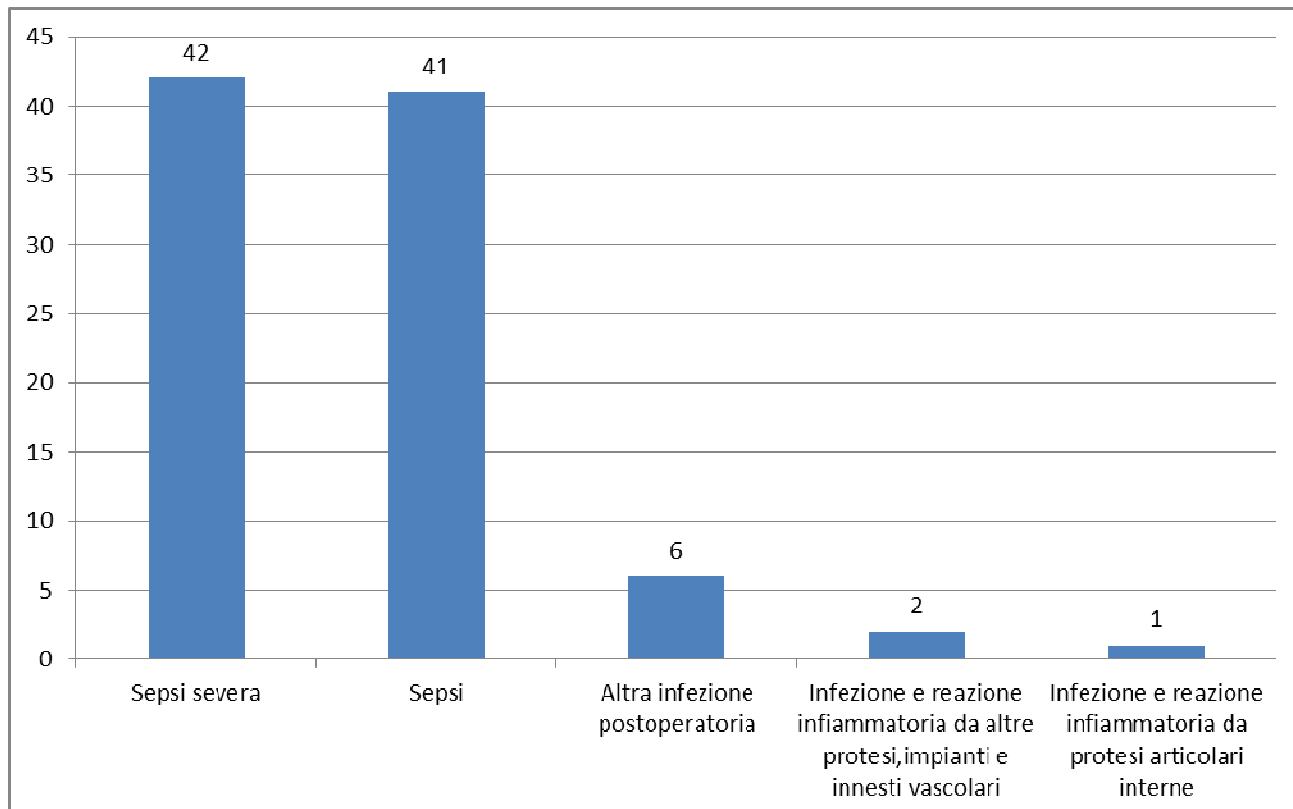
TAB 2 San Severino Marche



TAB 3 Macerata



TAB 4: Civitanova Marche



IMPLEMENTAZIONE RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE

Nel corso dell'anno 2019 è stata implementata, con il supporto di specialisti di diverse Aree, la Raccomandazione n 4 con produzione procedura : "GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO SUICIDIO" (All. 1)

PROMOZIONE DI PROTOCOLLI PER IMPLEMENTARE E SUPERVISIONARE LA CORRETTA APPLICAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ED ASSISTENZIALI

Nel corso dell'anno 2019 è stato effettuato un AUDIT CLINICO, denominato "CONDIVISIONE DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DI AREA MEDICA TRA SPECIALISTI OSPEDALIERI E MMG" dedicato ai Direttori di UU.OO. di Area Medica, rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e Dirigenti del Territorio), finalizzato a formalizzare tramite procedure percorsi condivisi tra le diverse aree considerando il paziente al centro del sistema sanità, condividendo la presa in carico del paziente dal suo ingresso in reparto, considerando l'eventuale multidisciplinarietà dei clinici coinvolti nel ricovero Ospedaliero, e nell'eventuale proseguimento delle cure sia esso domiciliare o residenziale. Durante tale attività formativa è stata predisposta procedura la presa in carico paziente con scompenso cardiaco tra medici di medicina generale e specialisti ospedalieri (All.2)

VALUTAZIONE SITUAZIONE AV3 RISPETTO AD ALCUNI INDICATORI PRESENTI NEL PNE

1. Scompenso cardiaco

prot_133

VOLUME DI RICOVERI PER SCOMPENSO CARDIACO

Definizione: Per struttura e area di residenza: volume di ricoveri per scompenso cardiaco

Fonti informative: La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Intervalli di osservazione: Intervallo di reclutamento: 1 gennaio - 31 dicembre;

Selezione ricoveri

Tutti i ricoveri, avvenuti in strutture italiane tra il 1 gennaio e il 31 dicembre, con diagnosi principale di scompenso cardiaco:

398.91 Insufficienza reumatica del cuore (congestizia)

402.01 Cardiopatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia

402.11 Cardiopatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia

402.91 Cardiopatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia

404.01 Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia

- 404.03 Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
- 404.11 Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia
- 404.13 Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
- 404.91 Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia
- 404.93 Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
- 428.0 Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)
- 428.1 Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)
- 428.2 Insufficienza cardiaca sistolica
- 428.3 Insufficienza cardiaca diastolica
- 428.4 Insufficienza cardiaca sistolica e diastolica
- 428.9 Insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato)

Il volume di ricoveri è calcolato su base annuale, riferito all'anno di dimissione del ricovero

CAMERINO	168
CIVITANOVA	191
MACERATA	732

prot_59

OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO

Definizione: Per area di residenza: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco

Numeratore: Ricoveri ordinari, con dimissione tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre. Età: 18+ anni

Diagnosi principale:

- 398.91 Insufficienza reumatica del cuore (congestizia)
- 402.01 Cardiopatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia
- 402.11 Cardiopatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia
- 402.91 Cardiopatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia
- 404.01 Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia
- 404.03 Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
- 404.11 Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia
- 404.13 Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
- 404.91 Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia
- 404.93 Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale
- 428.0 Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)
- 428.1 Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)
- 428.2X Insufficienza cardiaca sistolica
- 428.3X Insufficienza cardiaca diastolica
- 428.4X Insufficienza cardiaca sistolica e diastolica
- 428.9 Insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato)

Esclusi: trasferiti da altra struttura

MDC 14 non residenti in Italia pazienti sottoposti ad interventi cardiaci *

* Codici procedura (in qualunque campo):

00.5X Altre procedure cardiovascolari

00.66 Angioplastica Percutanea Coronarica Transluminale (PTCA) o Aterectomia Coronarica

35.XX Interventi sulle valvole e sui setti del cuore

36.XX Interventi sui vasi del cuore

37.3X Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore

37.4X Riparazione del cuore e pericardio

37.5X Trapianto di cuore

37.6X Impianto di sistemi di circolazione assistita

37.7X Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di elettrodo di pace-maker; inserzione di sistema di pace-maker temporaneo; revisione di tasca

37.8X Inserzione, sostituzione, revisione e rimozione di pace-maker cardiaco

37.94 Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD]

37.95 Impianto di soli elettrodi di defibrillatore automatico

37.96 Impianto di solo generatore di impulsi di defibrillatore automatico

37.97 Sostituzione del solo elettrodo del defibrillatore automatico

37.98 Sostituzione del solo generatore di impulsi del defibrillatore automatico

37.99 Altri interventi sul cuore e sul pericardio

CAMERINO	168
CIVITANOVA	187
MACERATA	732

2. IMA

prot_122

VOLUME DI RICOVERI PER INFARTO DEL MIOCARDIO ACUTO

Definizione: Per struttura o area di residenza: volume di ricoveri per infarto del miocardio acuto

Fonti informative: La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Intervalli di osservazione: Intervallo di reclutamento: 1 gennaio - 31 dicembre

Selezione ricoveri

Tutti i ricoveri in regime ordinario, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio e il 31 dicembre e con diagnosi principale o secondaria di infarto del miocardio acuto (410.xx).

Il volume di ricovero è calcolato su base annuale, riferito all'anno di dimissione del ricovero.

CAMERINO	33
CIVITANOVA	74
MACERATA	418

Ai sensi del DM 70/2015, così come confermato dal Decreto RAO n. 13 del 6 maggio 2019, le strutture di Camerino e Civitanova non raggiungono i volumi minimi

prot_6

PROPORZIONE DI INFARTI MIOCARDICI ACUTI (IMA) TRATTATI CON ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA)

PROTOCOLLO OPERATIVO

Definizione: Per struttura di ricovero o area di residenza: proporzione di episodi di IMA trattati con PTCA.

Numeratore: Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA.

Denominatore: Numero di episodi di IMA.

Fonti informative: La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO).

Intervalli di reclutamento: 1 gennaio – 31 dicembre

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre e con diagnosi principale di IMA (ICD-9-CM 410.xx)

Criteri consecutivi di esclusione

1. ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
2. ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;

	TOTALE DIAGNOSI	TOTALE PTCA	%
CAMERINO	33	5	15%
CIVITANOVA	74	27	36%
MACERATA	418	311	74%

3. Frattura di femore

prot_128

VOLUME DI RICOVERI PER FRATTURA DI FEMORE

Definizione : volume di ricoveri per intervento chirurgico per frattura del femore.

Fonti informative: La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Intervalli di osservazione : Intervallo di reclutamento: 1 gennaio - 31 dicembre

Selezione ricoveri

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio e il 31 dicembre. Si escludono i ricoveri dimessi da unità spinali, reparti di recupero e riabilitazione funzionale, di neuroriabilitazione o in reparti di lungodegenza (codice specialità: 28, 56, 75, 60).

Il volume di ricoveri è calcolato su base annuale, riferito all'anno di dimissione del ricovero.

CAMERINO	161
CIVITANOVA	186
MACERATA	220

prot_81

VOLUME DI RICOVERI PER INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA DEL FEMORE

Definizione: volume di ricoveri per intervento chirurgico per frattura del femore.

Fonti informative: La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Intervalli di osservazione: Intervallo di reclutamento: 1 gennaio - 31 dicembre

Selezione ricoveri

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) in qualsiasi posizione e intervento di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55) in qualunque campo di procedura, con dimissione tra il 1 gennaio e il 31 dicembre

Si escludono i ricoveri dimessi da unità spinali, reparti di recupero e riabilitazione funzionale, di neuroriabilitazione o in reparti di lungodegenza (codice specialità: 28, 56, 75, 60).

Il volume di ricoveri per interventi chirurgici è calcolato su base annuale, riferito all'anno di dimissione del ricovero.

CAMERINO	146
CIVITANOVA	177
MACERATA	196

Prot_42

INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI A SEGUITO DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE NELL'ANZIANO PROTOCOLLO OPERATIVO

Definizione: Per struttura di ricovero o area di residenza: proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.

Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni).

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

Fonti informative: La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO).

Intervalli di reclutamento: 1 gennaio ed il 31 dicembre;

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre

Criteri di esclusione

- ricoveri di pazienti di età inferiore a 65 anni e superiore a 100;
- ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9) nel ricovero in esame

	TOT RICOVERI	TOT INTERVENTI	%
CAMERINO	161	63	39,1%
CIVITANOVA	186	117	62,9%
MACERATA	220	99	45,0%

4. Tumori del colon

prot_104

VOLUME DI RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI ISOLATI PER TUMORE MALIGNO DEL COLON

Definizione: Per struttura e area di residenza: volume di ricoveri per interventi chirurgici per tumore maligno del colon.

Fonti informative: La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2010 - 31 dicembre

Selezione ricoveri

Tutti i ricoveri in regime ordinario, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno del colon (ICD-9-CM 153, 197.5) ed intervento principale o secondario di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM 45.7, 45.8, 45.9, 46.03, 46.04, 46.1).

Sono esclusi i ricoveri con intervento principale o secondario di resezione del retto (ICD-9-CM 48.49, 48.5, 48.6).

Il volume di ricoveri per interventi chirurgici è calcolato su base annuale, riferito all'anno di dimissione del ricovero.

CAMERINO	23
CIVITANOVA	46
MACERATA	56

prot_86

VOLUME DI RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI ISOLATI PER TUMORE MALIGNO DEL COLON IN LAPAROSCOPIA PROTOCOLLO OPERATIVO

Definizione : Per struttura di ricovero o area di residenza: *volume di interventi isolati per tumore maligno del colon eseguiti in laparoscopia.*

Fonti informative: La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Intervalli di osservazione: Intervallo di reclutamento: 1 gennaio - 31 dicembre;

Selezione ricoveri

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre, e con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno del colon (ICD-9-CM 153, 197.5) ed intervento di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM 45.7, 45.8, 45.9, 46.03, 46.04, 46.1) associati con il codice ICD-9-CM 54.21 in qualunque campo di procedura.

Sono esclusi i ricoveri con intervento principale o secondario di resezione del retto (ICD-9-CM 48.49, 48.5, 48.6).

	TOT
CAMERINO	1
CIVITANOVA	15
MACERATA	20

Prot 80

DURATA DELLA DEGENZA POST-OPERATORIA DOPO INTERVENTO CHIRURGICO ISOLATO PER TUMORE MALIGNO DEL COLON IN LAPAROSCOPIA PROTOCOLLO OPERATIVO

Definizione: Per struttura di ricovero o area di residenza: durata delle degenza post-operatoria dopo intervento isolato per tumore maligno del colon eseguito in laparoscopia.

Fonti informative: La fonte dei dati è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO).

Intervalli di osservazione: Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio - 31 dicembre;
- degenza post-operatoria, definita come differenza tra la data di dimissione e la data di intervento per tumore maligno del colon eseguito in laparoscopia;

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri in regime ordinario, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre, e con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno del colon (ICD-9-CM 153, 197.5) ed intervento di asportazione parziale dell'intestino crasso o colectomia totale (ICD-9-CM 45.7, 45.8, 45.9, 46.03, 46.04, 46.1) associati con il codice ICD-9-CM 54.21 in qualunque campo di procedura.

Criteri di esclusione

1. ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
2. ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;
3. ricoveri con degenza inferiore a 2 giorni e dimissione a domicilio;

Definizione di esito: L'esito in studio è la durata della degenza post-operatoria dopo intervento per tumore maligno del colon eseguito in laparoscopia. L'analisi è effettuata su base annuale.

Attribuzione dell'esito: L'evento viene attribuito alla struttura in cui è stato eseguito l'intervento.

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche" e di condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

	TOT	GG DEGENZA	MEDIA DEGENZA
CAMERINO	1	5	5
CIVITANOVA	15	132	8,8
MACERATA	20	107	5,35

Dr Massimo Palazzo

