

PROGETTO VISA 2

Venezia, 21 giugno 2010

AREA CARDIOLOGICA

Indicatori del progetto Visa - Versione 2, 21 aprile 2010

Cod.VISA V2_D2-a

Indicatore:

Tasso di ricoveri acuti in ospedale per patologie cardiache ogni 1000 pazienti ospitati in strutture residenziali sanitarie*
 -"di cui": ricoveri con data di ammissione non più di 5 gg dalla dimissione da struttura

Descrizione e Significato:

Descrive la capacità di garantire una offerta di strutture residenziali in grado di prendersi carico totalmente della persona ed evitare la complicità dello scompenso cardiaco.

Formola di calcolo:

$$\frac{\text{nr. di ricoveri ordinari con DRG 121, 122, 123, 124, 125 e 127 degli ospiti in centri servizi * per anziani autosufficienti e non autosufficienti}}{\text{nr. di ospiti in centri servizi* per anziani autosufficienti e non autosufficienti}} \times 1000$$

Considerare gli ospiti delle strutture residenziali indipendentemente dalla loro residenza e tutti i loro ricoveri presenti in struttura ospedaliera indipendentemente dal reparto, in ambito regionale ed extraregionale.

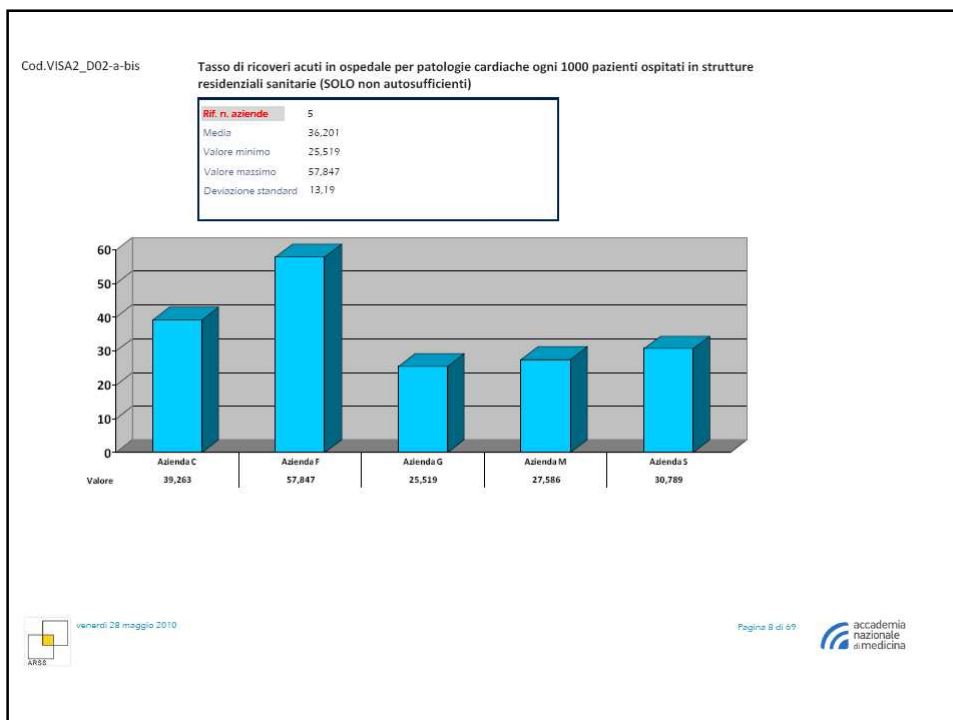
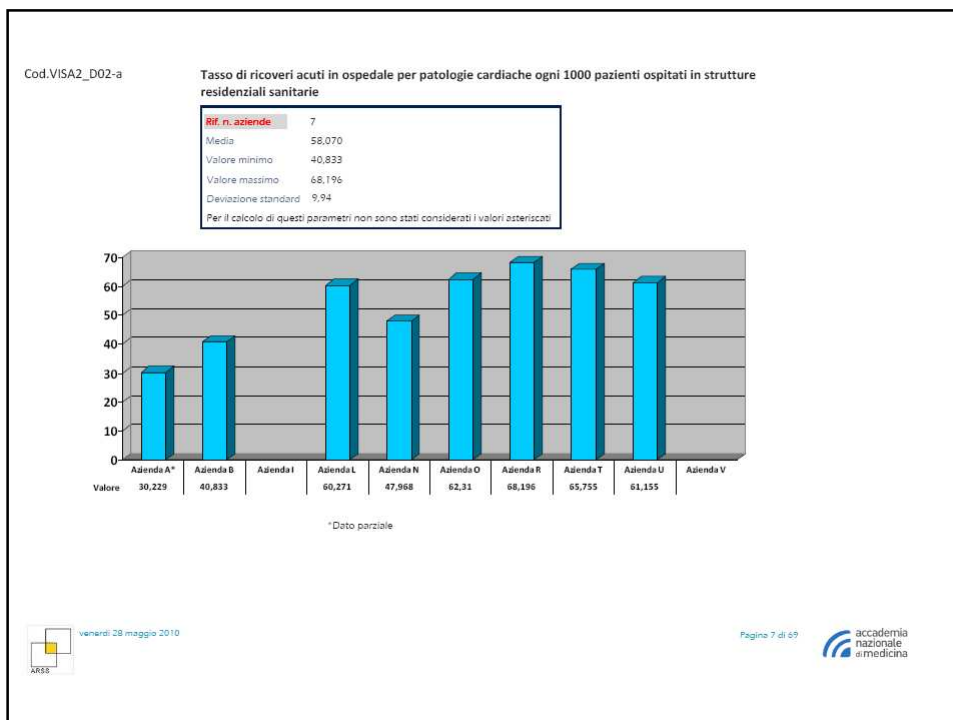
Fonte informativa e specifiche per la raccolta dei dati:

Numeratore: Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Elenco DRG

121: malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi

122: malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi



Cod.VISA V2_D6

Indicatore:

- a. Tasso di pazienti diabetici di tipo 2 che sono stati sottoposti a trattamento ipocolesterolemizzante
- b. Tasso di pazienti diabetici di tipo 2 che sono stati sottoposti a trattamento antiipertensivo
- c. Tasso di pazienti diabetici di tipo 2 che sono stati sottoposti a trattamento preventivo con aspirina
- d. Tasso di IMA ogni 1000 pazienti diabetici di tipo 2

Descrizione e Significato:

La cardiopatia ischemica è la più frequente complicanza del diabete. Può essere evitata o ritardata mediante il controllo dell'ipercolesterolemia, dell'ipertensione e l'assunzione di antiaggreganti (ASA) applicando le linee guida attualmente in uso che includono il trattamento.

Formula di calcolo:

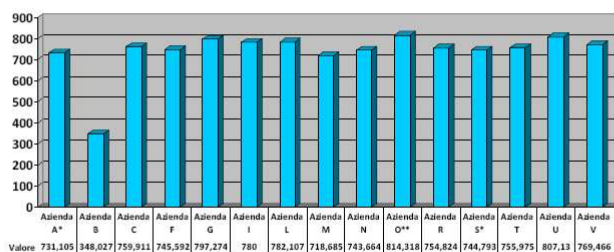
- a)
$$\frac{\text{nr. di diabetici tipo 2 in trattamento ipocolesterolemizzante}}{\text{diabetici tipo 2}}$$
- b)
$$\frac{\text{nr. di diabetici tipo 2 in trattamento antiipertensivo}}{\text{diabetici tipo 2}}$$

Cod.VISA2_D06-b

Tasso pazienti diabetici di tipo 2 che sono stati sottoposti a trattamento antiipertensivo ogni 1000 pazienti diabetici di tipo 2

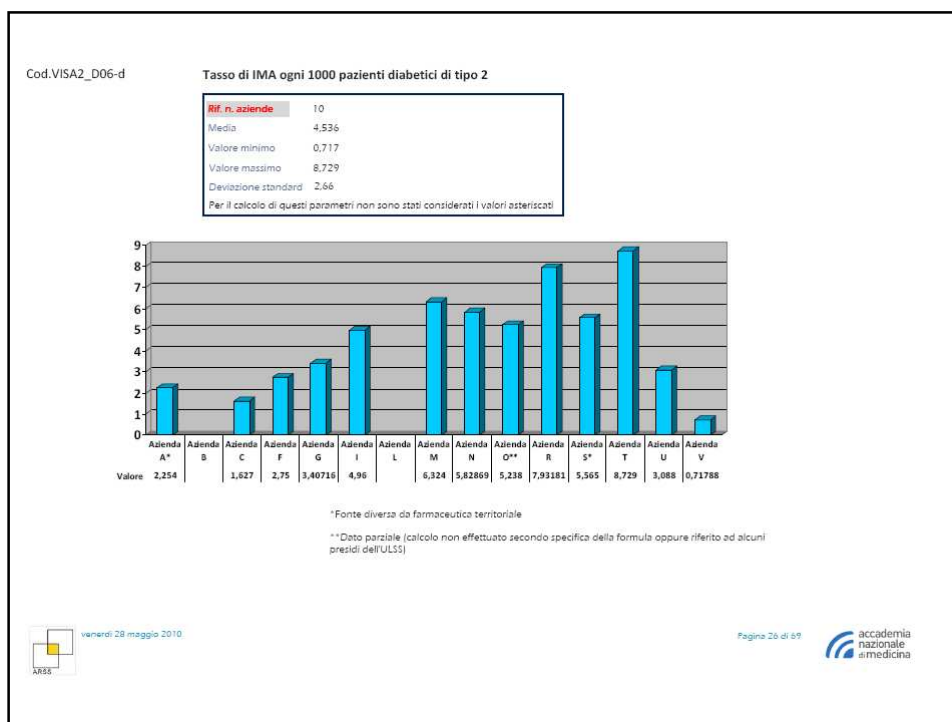
Rif. n. aziende	12
Media	730,221
Valore minimo	348,027
Valore massimo	807,130
Deviazione standard	122,81

Per il calcolo di questi parametri non sono stati considerati i valori asteriscati



*Fonte diversa da farmaceutica territoriale

**Dato parziale (calcolo non effettuato secondo specifica della formula oppure riferito ad alcuni presidi dell'ULSS)



Cod.VISA V2_D11

Indicatore:

Applicazione Carta del Rischio Vascolare: “Esiste una rilevazione per valutare l’applicazione della Carta del Rischio Cardiovascolare?”

Descrizione e Significato:

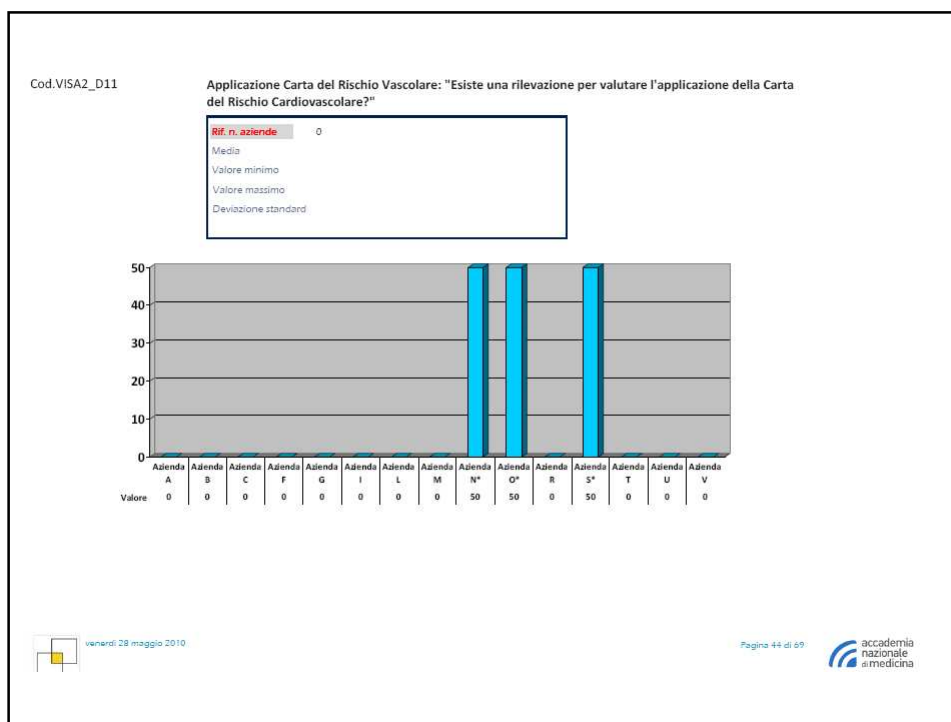
L’identificazione degli individui ad aumentato rischio cardiovascolare è un’operazione preliminare necessaria ad implementare una componente rilevante della strategia di prevenzione cardiovascolare, quella relativa all’intervento sugli individui ad alto rischio. L’applicazione di questa strategia è in grado di: a) aumentare il grado di attenzione sulla prevenzione cardiovascolare in generale da parte degli operatori del sistema sanitario, a partire dai medici di famiglia e dagli operatori dei dipartimenti di prevenzione; b) migliorare la conoscenza professionale sul tema prevenzione cardiovascolare.

La concomitante implementazione di progetti su scala nazionale per l’implementazione della Carta del Rischio Cardiovascolare e dei Piani di Prevenzione Attiva su scala regionale definisce il contesto “cogente” nel quale la strategia di utilizzo della Carta del Rischio Cardiovascolare si inserisce.

In pratica la diffusione dell’applicazione della Carta del Rischio Cardiovascolare diventa l’indicatore del successo della politica di attenzione al problema. Il risultato atteso conseguente è il miglioramento prognostico degli individui ad alto rischio cardiovascolare e la diffusione di un clima favorevole alle misure preventive dirette alla popolazione generale sugli stili di vita.

In questa direzione le decisioni delle Direzioni Generali sul piano dell’organizzazione della gestione degli individui ad alto rischio e più in generale di cittadini coinvolgibili in programmi informativo - educativi sono un punto di criticità.

La valutazione di questo indicatore va fatta ad hoc, ma può giovare dei dati che le Regioni si sono impegnate a fornire nel periodo 2006-2007 per ottenere la certificazione del Centro per il Controllo

**Cod.VISA V2_D4****Indicatore:**

Tasso di decessi non dovuti a morte improvvisa verificatisi prima dell'arrivo in pronto soccorso ogni 1000 pazienti con infarto miocardico acuto

Descrizione e Significato:

I dati di letteratura indicano che i pazienti con cardiopatia ischemica acuta, che sviluppano un infarto miocardico acuto, vanno incontro ad un elevato rischio di mortalità prima di essere trattati in unità coronarica. Vi sono evidenze per sostenere che tale mortalità è in funzione del livello di copertura e di efficacia dei sistemi di emergenza territoriali.

Vi sono invece molte perplessità sul fatto di poter usare tale indicatore correntemente. Infatti i dati non sono ricavabili dai sistemi usuali di rilevazione dei dati, la definizione di morte improvvisa è soggetta ad una certa variabilità e la diagnosi è attribuibile solo a posteriori.

Tutti questi aspetti rendono l'indicatore non utilizzato dai più accreditati sistemi di monitoraggio internazionale.

Note: l'indicatore può risultare difficile da calcolare ma data l'importanza della tematica richiede di porci almeno l'attenzione

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{nr. deceduti durante il trasporto in P.S. per IMA con età} \leq 75 \text{ aa}}{\text{nr. morti per IMA}} \times 1000$$

Vanno compresi tutti i pazienti trattati nella struttura, indipendentemente dalla loro residenza e che rispettino i criteri previsti al numeratore ed al denominatore.

Il taglio dell'indicatore a 75 aa è motivato dall'opportunità di escludere i decessi "naturali" prevalenti nelle età elevate.

- Non ci sono dati

Cod.VISA V2_O2

Indicatore:

Tasso di decessi verificatisi entro 60' dall'arrivo in Pronto Soccorso ogni 1000 pazienti con infarto miocardico acuto

Descrizione e Significato:

La prognosi immediata (60') dei pazienti con infarto miocardio acuto che arrivano al Pronto Soccorso dipende da: a) capacità del 118 di intervenire tempestivamente, e b) dalla buona pratica interna al Pronto Soccorso. Il numero di decessi nei primi 60' in relazione al numero di ricoveri è dunque un indicatore della qualità della Emergency Care oppure è dipendente dal tempo di arrivo del paziente (quindi è un indicatore indiretto di cattiva gestione dell'emergenza pre-ospedaliera).

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{nr. decessi per IMA a 60' dall'accesso in PS}}{\text{nr. di ricoveri per IMA (DRG: 121, 122, 123, 516)}} \times 100$$

Numeratore = pazienti ricoverati con codice ICD9CM in diagnosi principale: 410._1 (e tipo di dimissione deceduto) + decessi per IMA in PS rilevati da scheda di PS (escluso i casi "giunto cadavere").

In entrambi i casi l'ora del decesso se non presente sui sistemi informatizzati va verificata sulla cartella clinica/scheda di PS

Denominatore = DRG: 121, 122, 123, 516 con tipo ricovero "urgente" e con esclusione del tipo di dimissione "trasferito ad altro ospedale per acuti" e "missing" + decessi per IMA in PS rilevati da scheda di PS.

- Non ci sono dati

Cod.VISA V2_04

Indicatore:

Percentuale dei pazienti ricoverati per infarto STEMI sottoposti alla procedura di angioplastica

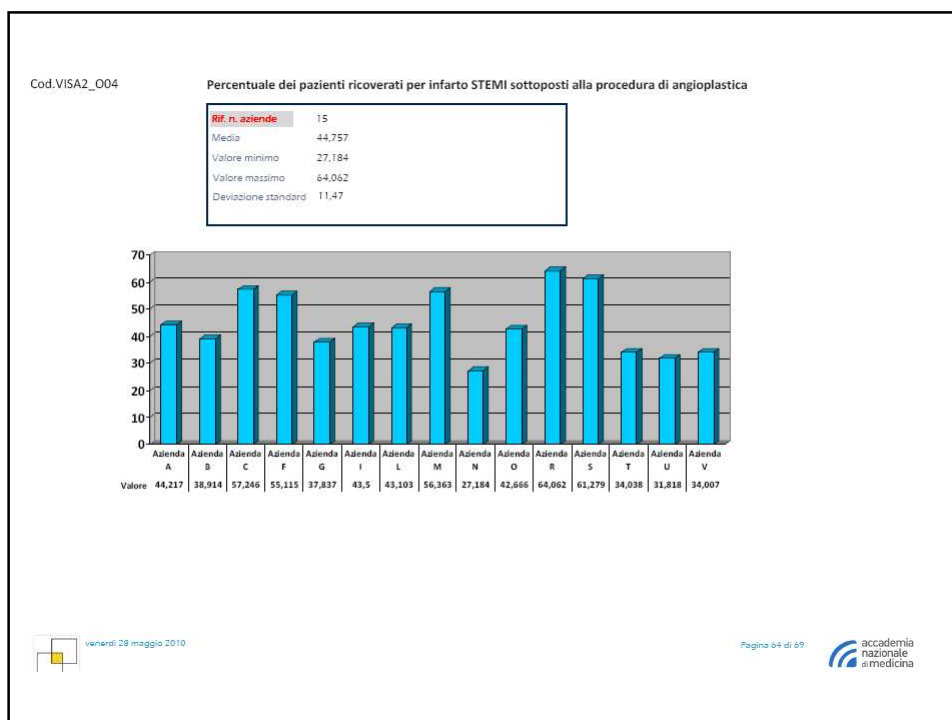
Descrizione e Significato:

L'esecuzione di angioplastica primaria entro 24 ore dal ricovero è indicata come la terapia ripercussiva più efficace nel trattamento dell'infarto miocardico acuto; in particolare il dato è molto evidente nell'infarto acuto del miocardio con elevazione del tratto ST dell'elettrocardiogramma, che rappresenta di fatto la manifestazione acuta a maggiore rischio di complicanze e di mortalità a breve, medio e lungo tempo.

L'identificazione della condizione necessitante l'angioplastica (soprattutto per l'infarto con ST elevato) può avvenire in un tempo misurabile in minuti e pertanto appare più che conservativo misurare la percentuale di pazienti sottoposti ad angioplastica entro 24 ore dal ricovero. Secondo le indicazioni EBM più recenti il risultato è migliore se l'angioplastica è primaria (e non elettiva) e viene eseguita entro le prime 12 ore. Operativamente e considerando le differenze regionali italiane di tipo organizzativo e logistico, si può pensare ad una rilevazione puntando sulla data del ricovero e sulla data della procedura, laddove non si riesce ad ottenere l'informazione sull'ora del ricovero e di quella dell'angioplastica. In tal caso la rilevazione può comprendere la possibilità di identificare le procedure eseguite nello stesso giorno del ricovero e quelle eseguite nel giorno immediatamente successivo.

Formula di calcolo:

$$\frac{\text{nr. angioplastiche effettuate su infartuati con STEMI}}{\text{nr. infartuati con STEMI}} * 100$$



Considerazioni

- Sistema informativo sanitario si basa solo o quasi sul flusso SDO
- Ci sono “sistemi” ad hoc in rarissimi casi
- Sistemi ICT tra ospedale e territorio/assistenza primaria per nulla integrati, in particolare con le RSA e i MMG e Pediatri
- Le aziende sanitarie ospedaliere sono svincolate totalmente con l’assistenza primaria sia nel territorio di afferenza che nel resto della regione

Considerazioni

- non forniscono in modo sistematico alcuna informazione strutturata
- Standard logici e semantici molto carenti
- E' chiaro che non c'è un sistema informativo basato HER/HPR