

Nuclei delle Cure Primarie: Profili Assistenziali e Strumenti Organizzativi

Nucleo XXX

Anno 2009

Da una collaborazione fra:

Assessorato Politiche per la Salute
Agenzia Sanitaria e Sociale
Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA

Con il contributo delle
Aziende USL di Parma e Reggio Emilia

SOMMARIO

SOMMARIO	2
OBIETTIVO	3
MATERIALI E METODI	3
Dati	3
Popolazione	3
Analisi	3
PROFILO DEI NCP	4
I Medici di Medicina Generale	4
La popolazione di riferimento	4
Indicatori di trattamento di malattia	5
UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI	7
Assistenza ospedaliera	7
Assistenza farmaceutica	9
Assistenza specialistica	10
INDICATORI DI QUALITÀ	12
Malattie cardiovascolari	12
Diabete	14
Asma ¹⁵	15
ALLEGATO 1 – SPECIFICHE TECNICHE ACSC	16

OBIETTIVO

Lo scopo di questo documento è descrivere le caratteristiche demografiche, cliniche, di utilizzo dell'assistenza da parte degli assistiti dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) della ASL di XXX, e di confrontare i comportamenti dei NCP rispetto a diversi indicatori di qualità assistenziale. L'obiettivo finale di queste analisi è quello di fornire ai MMG le informazioni utili a comprendere e, se necessario, a migliorare le loro scelte assistenziali e gli esiti clinici.

MATERIALI E METODI

Dati

I dati sono costituiti dalla Banca dati regionale dell'assistenza sanitaria che contiene dati relativi alle caratteristiche demografiche e all'utilizzazione di prestazioni sanitarie (assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica territoriale - convenzionata esterna e distribuzione diretta - e assistenza specialistica) da parte della popolazione assistita.

Popolazione

Sono inclusi nell'analisi tutti i MMG rimasti attivi per tutto il 2009 ed attivi anche al 1 gennaio 2011; i MMG di nuova convenzione nel 2009 o che hanno cessato l'attività convenzionata durante il 2009, sono stati esclusi dall'analisi.

Per quanto riguarda gli assistiti, sono considerati solo coloro rimasti con lo stesso MMG per tutto il 2009. Dall'analisi sono esclusi quelli che hanno cambiato medico con la finalità di attribuire ad ogni medico i consumi dei propri pazienti ed evitare quindi che i dati relativi ad un medesimo paziente possano essere attribuiti a due o più medici¹; sono inoltre esclusi i deceduti ed i neonati nel 2009 per garantire una maggior affidabilità degli indicatori di qualità assistenziale.

La composizione dei NCP della ASL è quella al 1 gennaio 2011 come rilevata dal "Programma regionale gestione trattamento economico MMG e PLS".

Analisi

I dati descrittivi della popolazione e dei medici di medicina generale dei NCP sono in genere riportati in termini di numeri e percentuali. I dati di prevalenza del trattamento di malattia e quelli di utilizzo delle risorse assistenziali sono riportati come tassi standardizzati. La standardizzazione della popolazione del Nucleo è stata realizzata per età e sesso sulla base della composizione della popolazione assistita da tutti i Nuclei della Regione.

¹ Questa scelta comporta l'esclusione dell'analisi di circa l'8% della popolazione in carico ai MMG.

PROFILO DEI NCP

I Medici di Medicina Generale

La Tabella 1 riporta le principali caratteristiche demografiche ed organizzative dei MMG del NCP, confrontate con il Distretto di appartenenza, con l'Azienda USL e con la Regione.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche dei MMG del NCP

MMG (N)=	Nucleo	Distretto (intervallo)	Azienda USL (intervallo)	RER (intervallo)
Maschi (%)				
Età, media				
< 50 (%)				
50 – 60 (%)				
> 60 (%)				
Anni di convenzione, media				
Singolo (%)				
Associato (%)				
Forma associativa				
Gruppo (%)				
Rete (%)				
Associazione (%)				

La popolazione di riferimento

Lo Tabella 2 descrive le caratteristiche demografiche della popolazione assistita dai MMG del NCP, confrontata con il Distretto di appartenenza, con l'Azienda USL e con la Regione.

Tabella 2. Caratteristiche demografiche della popolazione

Assistiti N=	Nucleo	Distretto (intervallo)	Azienda USL (intervallo)	RER (intervallo)
Femmine (%)				
Maschi (%)				
Età, media				
0 - 5 (%)				
6 - 14 (%)				
15 - 34 (%)				
35 - 64 (%)				
65 + (%)				
65 - 74 (%)				
75 - 84 (%)				
85 + (%)				

Indicatori di trattamento di malattia

Un importante aspetto che deve essere valutato per ogni NCP riguarda la prevalenza di malattie croniche negli assistiti. In assenza di informazioni dettagliate circa la diffusione di malattie croniche nella popolazione di riferimento è stato utilizzato uno strumento applicato con successo in studi condotti nella Regione Emilia-Romagna², adattando la metodologia proposta da Clark³. Lo strumento permette di utilizzare i dati di prescrizione farmaceutica (convenzionata esterna ed erogazione diretta) per stimare la prevalenza di specifiche malattie croniche nella popolazione di riferimento. Sono state considerate le malattie croniche identificabili dal consumo di farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale (ad esempio, patologie mentali, diabete, iperlipidemia); all'opposto, condizioni croniche quali l'ansia sono state escluse in quanto i farmaci per il loro trattamento rientrano nella Classe C e non sono quindi rimborsati dal SSN.

I farmaci e le classi terapeutiche previsti dall'algoritmo originale di Clark sono stati rivisti sia da un punto di vista clinico, che rispetto alle specialità attualmente disponibili all'interno del Prontuario Farmaceutico Nazionale. Il lavoro è stato condotto con particolare attenzione a due aspetti: verificare che i farmaci permettessero di individuare esclusivamente i soggetti con patologie croniche e non anche i consumatori occasionali e garantire che esistesse una relazione univoca tra farmaco e condizione cronica. In alcuni casi l'associazione è relativamente immediata (esempio, trattamento di malattie della tiroide mediante agenti anti-tiroidei). In altri casi, invece, l'incrocio tra farmaco e condizione cronica ha richiesto alcune assunzioni. Per esempio, i farmaci per le malattie cardiovascolari, come i diuretici, possono essere utilizzati per il trattamento di diverse condizioni di salute quali lo scompenso cardiaco e l'ipertensione. È stata pertanto definita un'unica categoria che comprende ipertensione, malattie cardiache, sclerosi cardiovascolare e scompenso cardiaco. Per quanto infine riguarda il rischio di individuare come pazienti affetti da patologie croniche anche i consumatori occasionali, è stata costruita una metodologia mirata ad eliminare i "falsi positivi" che ha fissato come soglia un consumo inferiore o uguale a 2 confezioni.

² Maio V et al. Using pharmacy data to identify those with chronic conditions in Emilia Romagna, Italy. *J Health Serv Res Policy* 2005;10:232-8.

³ Clark DO, Von Korff M, Saunders K, et al. A chronic disease score with empirically derived weights. *Medical Care* 1995;33(8):783-95

Tabella 3. Prevalenza della malattie croniche sulla base dei consumi farmaceutici (Tasso standardizzato per 1.000 assistiti)

Condizioni croniche	Nucleo	Distretto	Azienda USL	RER
Patologie cardiovascolari				
Disordini gastrici				
Condizioni reumatologiche				
Malattie psichiatriche				
Iperlipidemia				
Iperplasia prostatica benigna				
Disordini della tiroide				
Diabete mellito				
Malattie respiratorie croniche				
Morbo di Paget/Osteoporosi				
Epilessia				
Parkinson's				

La Tabella 4 riporta infine una stima del tasso di prevalenza standardizzato per patologie oncologiche, oculistiche e dermatologiche. La diffusione di tali patologie non può essere ricavata accuratamente dalla sola lettura del dato di consumo farmaceutico e pertanto è stata utilizzata una combinazione dei dati di dimissione ospedaliera, di prescrizione farmaceutica e di prestazioni specialistiche.

Tabella 4. Prevalenza delle malattie croniche sulla base di consumi farmaceutici, delle diagnosi di ricovero e delle prestazioni specialistiche (Tasso standardizzato per 1.000 assistiti)

Condizioni croniche	Nucleo	Distretto	Azienda USL	RER
Malattie oncologiche				
Malattie dell'occhio				
Malattie dermatologiche				

UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI

Questa sezione è dedicata ai dati di consumo delle prestazioni relative ai principali livelli di assistenza: assistenza ospedaliera, specialistica e farmaceutica. Per ognuno sono indicati i dati della tipologia di consumi (ricoveri più frequenti, farmaci di particolare interesse, prestazioni di specialità più frequentemente prescritte).

Assistenza ospedaliera

La Tabella 5 riporta il tasso standardizzato di ospedalizzazione; la classificazione rispetto al regime di ricovero ed alla tipologia di trattamento è avvenuta in base al DRG di ricovero.

Tabella 5. Ricoveri medici e chirurgici (Tasso standardizzato per 1.000 assistiti)

Condizioni croniche	Nucleo	Distretto	Azienda USL	RER
Ricoveri ordinari				
Chirurgici				
Medici				
Day hospital				
Chirurgici				
Medici				

La Tabella 6 mostra, per i 10 ricoveri ordinari medici più frequenti, il numero di dimissioni ed il relativo tasso standardizzato di ospedalizzazione per 1.000 assistiti.⁴

Tabella 6. Ricoveri medici più frequenti

10 ricoveri medici ordinari più frequenti nel NCP		10 ricoveri medici ordinari più frequenti - Azienda	
N	T.O.		T.O.

La Tabella 7 riporta il numero di pazienti e relativo tasso di ospedalizzazione standardizzato per le principali condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (Ambulatory Care Sensitive Conditions –

⁴ La Tabella è stata costruita utilizzando le categorie diagnostiche previste dal sistema di classificazione "Disease Staging" che cercano di individuare la causa del ricovero in base all'insieme delle diagnosi ICD-IX-CM presenti nella SDO (Taroni F (1996), DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali, Il pensiero scientifico). Per tale motivo i valori presentati nella Tabella 6 non sono sovrapponibili a quelli della Tabella 7 che si basano solo sulla diagnosi principale.

ACSC). Le ACSC sono da tempo identificate dalla letteratura scientifica internazionale come suscettibili di un ricovero potenzialmente evitabile. Sono, infatti, considerate condizioni per le quali un'appropriate e tempestiva assistenza primaria può ridurre il rischio di ospedalizzazione mediante la prevenzione della condizione morbosa, il controllo degli episodi acuti e la gestione della malattia cronica. Le ACSC sono individuate mediante l'analisi della Scheda di Dimissione Ospedaliera (Allegato 1) e rappresentano, ad oggi, il miglior strumento di valutazione degli esiti assistenziali delle cure primarie mediante l'analisi delle SDO. Sebbene anche fattori socio-economici ed ambientali possano influenzare il tasso di ospedalizzazione per queste patologie, le ACSC rappresentano un ottimo punto di partenza per la valutazione dei servizi sanitari erogati a livello territoriale anche in integrazione con il livello di assistenza ospedaliero.

Il numero di pazienti ricoverati per ACSC è quindi proposto come indicatore di accesso e qualità dell'assistenza primaria. In aggiunta al tasso di ospedalizzazione viene anche riportata la percentuale di pazienti che per la medesima patologia hanno ricevuto due o più ricoveri durante l'anno (Allegato 1 per ulteriori informazioni)

Tabella 7. Condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (ACSC): Numero dei Pazienti, tasso standardizzato per 1.000, numero e proporzione di pazienti ospedalizzati 2 o più volte

Condizioni croniche	Nucleo				
	N	T.O.	T.O. Azienda USL	Num pzt osp >= 2 volte	Pt osp. >= 2 volte (%)
Complicanze del diabete					
BPCO					
Ipertensione					
Scompenso cardiaco congestizio					
Polmonite batterica					
Infezioni del tratto urinario					
Angina					
Asma					
Disidratazione					

La Tabella 8 riporta il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati rispetto al regime di ricovero e il relativo tasso di ospedalizzazione. I ricoveri oggetto di analisi rientrano nella lista prevista dall'Allegato 2C dei LEA (DPCM 22 novembre 2001) integrata con ulteriori tipologie di casistica individuate dalla Regione Emilia-Romagna. Vengono qui definiti come ricoveri "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.⁵ È quindi importante tenere presente che per questi ricoveri si fa riferimento all'appropriatezza organizzativa (scelta del regime di ricovero più appropriato) e non all'appropriatezza clinica (opportunità clinica di erogare il ricovero). L'analisi è stata realizzata usando una metodologia sviluppata dalla Thomas Jefferson University in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia-Romagna.⁶

⁵ L'analisi è limitata ai ricoveri dei soggetti in età compresa fra 18 e 74 anni.

⁶ Louis D et al. Increasing appropriateness of hospital admissions in the Emilia-Romagna region of Italy. *Journal of Health Services Research & Policy* 13(4);2008:202-208 ; Fiorini M, Vizioli M, Melotti R, Louis DZ, Grilli R. 2006. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Dossier 132/2006 disponibile al seguente: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss132.htm

Tabella 8. Ricoveri medici potenzialmente inappropriati

	NCP			Azienda USL
	N	N potenz. inapp.	% pot inapp.	% pot inapp.
Affezioni mediche del dorso				
Alterazioni dell'equilibrio				
Anomalie dei globuli rossi				
Calcolosi urinaria				
Diabete mellito				
Ipertensione				
Malattie nervi cranici e periferici				
Malattie delle vie biliari				
Malattie gastriche				
Malattie vascolari periferiche				

Assistenza farmaceutica

La Tabella 9 mostra, per alcune classi ATC, il numero di DDD per 1.000 assistiti/die standardizzato⁷; sono inoltre riportati i consumi per alcune categorie specifiche di farmaci.

Tabella 9. Consumo farmaceutico per categorie selezionate – DDD/1.000 assistiti/die standardizzato

Classi ATC	NCP	Distretto	Azienda USL	RER
A-Apparato gastrointestinale				
B-Sangue ed organi emopoietici				
C-Sistema cardiovascolare				
J-Antimicrobici per uso sistemico				
M-Sistema muscoloscheletrico				
N-Sistema nervoso				
R-Sistema respiratorio				
Statine				
PPI				
Betabloccanti				
FANS				

⁷ Le DDD indicate sono la sommatoria di quelle erogate dalle farmacie aperte al pubblico e di quelle erogate direttamente

Assistenza specialistica

Le Tabelle 10-11-12 riportano l'indice di consumo rispettivamente per le macro-aggregazioni regionali, per le visite e per le principali prestazioni di diagnostica strumentale.⁸

Tabella 10. Consumo di prestazioni per macro-aggregazioni (Indice di consumo standardizzato per 1.000 assistiti)

	NCP	Distretto	Azienda USL	RER
Diagnostica				
Laboratorio				
Riabilitazione				
Prestazioni Terapeutiche				
Visite				

Tabella 11. Consumo di prime visite e visite di controllo (Indice di consumo standardizzato per 1.000 assistiti)

	NCP	Distretto	Azienda USL	RER
Cardiologia				
Mal.endocrine/diabetolog.				
Neurologia				
Oculistica				
Ortopedia				
Ostetricia e ginecologia				
Otorinolaringoiatria				
Urologia				
Dermatologia				
Recupero e riabilitazione				
Pneumologia				

Tabella 12. Consumo di prestazioni di diagnostica strumentale (Indice di consumo standardizzato per 1.000 assistiti)⁹

	NCP	Distretto	Azienda USL	RER
D11-RX				
D12-TAC				
D14-Medicina nucleare				
D21-Ecografia				
D22-Ecocolordoppler				
D23-Elettromiografia				
D24-Endoscopia				
D25-RM				

⁸ Il sistema di aggregazione adottato dalla Regione Emilia-Romagna, attribuisce in maniera sistematica ed univoca ogni prestazione ad uno specifico raggruppamento individuando così cinque grandi tipologie di prestazioni (Visite, Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione). Ciascuna di queste categorie è stata diversificata in ulteriori più specifici sottogruppi, creando una struttura "ad albero".

http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle/aggrega_prestamb.htm

⁹ Sono escluse le prestazioni in regime di PS e OBI

La Tabella 13 riporta gli accessi al Pronto Soccorso non seguiti da ricovero erogato presso la medesima struttura o presso altra struttura/Regione classificati rispetto al codice assegnato dal medico in uscita. Viene inoltre indicato l'indice di consumo standardizzato per 1.000 assistiti.

Tabella 13 – Accessi al PS non seguiti da ricovero: numero e indice di consumo standardizzato

Codice	NCP		Azienda USL	
	N	Indice (per 1.000)	N	Indice (per 1.000)
Bianco				
Verde				
Giallo-Rosso				
Accessi Totali				

INDICATORI DI QUALITÀ

Gli indicatori di qualità analizzati comprendono tre aree di interesse clinico: le malattie cardiovascolari, il diabete e l'asma. La completa descrizione dei criteri di inclusione/esclusione dei pazienti e delle misure utilizzate per gli indicatori di qualità è disponibile al link <http://www.regione.emilia-romagna.it/prim/documentazione.htm>. I criteri usati sono descritti in breve in calce ad ogni indicatore analizzato.

Malattie cardiovascolari

Infarto Acuto del Miocardio (IMA)

Indicatore: Trattamento farmacologico dopo IMA¹⁰

a) Trattamento con betabloccanti

NCP			Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%	

In breve sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi per IMA fra 1 ottobre 2008 e 30 settembre 2009; esclusi pazienti a) con selezionati pregressi problemi cardiovascolari e/o b) con asma. Misura: almeno una prescrizione per betabloccanti entro 90gg dalla dimissione.

b) Trattamento con statine

NCP			Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%	

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi in vita per IMA fra 1 ottobre 2008 e 30 settembre 2009; esclusi pazienti nei quali le statine sono controindicate. Misura: almeno una prescrizione per statine entro 90gg dalla dimissione

c) Trattamento con antiaggreganti

NCP			Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%	

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi in vita per IMA fra 1 ottobre 2008 e 30 settembre 2009. Misura: almeno una prescrizione per antiaggreganti (aspirina, clopidogrel, o ticlopidina) entro 90gg dalla dimissione

Indicatore: Gestione dopo IMA

a) Visita cardiologica: almeno una visita nell'anno di misurazione

NCP			Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%	

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi in vita per IMA fra 1 gennaio e 31 dicembre 2008. Misura: visita cardiologica nell'anno di misurazione.

¹⁰ Per l'analisi, è stata utilizzata sia l'assistenza farmaceutica convenzionata esterna che l'erogazione diretta

b) Test creatinina: almeno un test nell'anno di misurazione

NCP			Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%	

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi in vita per IMA fra 1 gennaio e 31 dicembre 2008. Misura: test creatinina nell'anno di misurazione

c) Misura del colesterolo: almeno un test nell'anno di misurazione

NCP			Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%	

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi in vita per IMA fra 1 gennaio e 31 dicembre 2008. Misura: test del colesterolo nell'anno di misurazione

Problemi cardiovascolari: Management del colesterolo

Indicatore: Misura del colesterolo - almeno un test nell'anno di misurazione

NCP			Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%	

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi con IMA, bypass coronarico, angioplastica o ischemia vascolare fra 1 gennaio e 31 dicembre 2008; esclusi pazienti deceduti entro un anno dall'evento. Misura: Test del colesterolo nell'anno di misurazione.

Scompenso Cardiaco Congestizio

Indicatore: Trattamento farmacologico dopo uno scompenso cardiaco¹¹

a) Trattamento con ACE/ARB inibitori

NCP			Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%	

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi per scompenso cardiaco fra 1 ottobre 2008 e 30 settembre 2009; esclusi pazienti nei quali le ACE/ARB sono controindicati. Misura: almeno una prescrizione per ACE/ARB entro 90gg dalla dimissione

b) Trattamento con Betabloccanti

NCP			Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%	

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi per scompenso cardiaco fra 1 ottobre 2008 e 30 settembre 2009; esclusi pazienti a) con selezionati pregressi problemi cardiovascolari, e/o b) con asma. Misura: almeno una prescrizione per betabloccanti entro 90gg dalla dimissione

Indicatore: Gestione dopo scompenso

a) Test creatinina: almeno un test nell'anno di misurazione

NCP			Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%	

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi per scompenso fra 1 gennaio e 31 dicembre 2008. Misura: test creatinina nell'anno di misurazione

¹¹ Per l'analisi, è stata utilizzata sia l'assistenza farmaceutica convenzionata esterna che l'erogazione diretta

b) Test elettroliti: almeno un test nell'anno di misurazione

NCP		Azienda USL	
N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%

In breve, sono stati utilizzati i seguenti criteri: inclusi pazienti di età 18+ dimessi per scempenso fra 1 gennaio e 31 dicembre 2008. Misura: test elettroliti nell'anno di misurazione.

Diabete

Sono inclusi i pazienti di età • 18 anni identificati in base a (ad esclusione dei pazienti con diabete gestazionale e sindrome dell'ovaio policistico):

- a) almeno una prescrizione per un farmaco antidiabetico nell'anno di misurazione o nei due anni precedenti E/O
- b) un ricovero con diagnosi di diabete nell'anno di misurazione o nei due anni precedenti

Indicatore: Emoglobina glicata

	NCP		Azienda USL	
	N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
18 -- 35				
36 -- 75				
76 +				
TOTALE				

Misura: almeno un esame dell'emoglobina glicata nell'anno di misurazione.

Indicatore: Esame dell'occhio

	NCP		Azienda USL	
	N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
18 -- 35				
36 -- 75				
76 +				
TOTALE				

Misura: almeno un esame dell'occhio nell'anno di misurazione.

Indicatore: Profilo lipidico

	NCP		Azienda USL	
	N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
18 -- 35				
36 -- 75				
76 +				
TOTALE				

Misura: almeno un esame del profilo lipidico nell'anno di misurazione

Indicatore: Microalbuminuria

	NCP			Azienda USL
	N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
18 -- 35				
36 -- 75				
76 +				
TOTALE				

Misura: almeno un esame della microalbuminuria nell'anno di misurazione

Indicatore: ECG

	NCP			Azienda USL
	N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
18 -- 35				
36 -- 75				
76 +				
TOTALE				

Misura: almeno un ECG nell'anno di misurazione

Indicatore: Filtrato glomerulare o creatinina

	NCP			Azienda USL
	N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%
18 -- 35				
36 -- 75				
76 +				
TOTALE				

Misura: almeno un esame del filtrato glomerulare o creatinina nell'anno di misurazione.

Asma

Sono inclusi i pazienti di età compresa tra 14 e 50 anni identificati in base a:

- almeno quattro prescrizioni per un farmaco consigliato per il trattamento dell'asma persistente nell'anno precedente alla misurazione E/O
- un ricovero con diagnosi di asma nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2002 e l'anno di misurazione

Indicatore: Trattamento farmacologico dell'asma persistente

	NCP			Azienda USL
	N pzt elegibili	N trattati propriamente	%	%

Esclusi pazienti con diagnosi di enfisema e BPCO. Misura: almeno una prescrizione nell'anno di misurazione per uno dei farmaci consigliati per il controllo nel lungo termine dell'asma.

ALLEGATO 1 – SPECIFICHE TECNICHE ACSC

La selezione dei pazienti, relativi alla popolazione di età maggiore o uguale a 18 anni, avviene analizzando la sola diagnosi principale ed escludendo tutti le dimissioni classificate in MDC 14 (Gravidanza, Parto e Puerperio).

La tabella seguente riporta, per ogni condizione considerata, le eventuali ulteriori esclusioni ed una esemplificazione delle diagnosi principali da individuare. L'elenco completo delle diagnosi e delle procedure è scaricabile al link <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/TechnicalSpecs41.htm#PQI41>

ACSC	Diagnosi principali considerate	Criteri specifici di esclusione
Complicanze del diabete	<ul style="list-style-type: none"> • Diabete con cheto acidosi • Coma iperosmolare diabetico • Coma diabetico • Manifestazioni renali diabetiche • Manifestazioni neurologiche diabetiche • Disturbi circolatori diabetici 	
BPCO	<ul style="list-style-type: none"> • Bronchite cronica semplice • Bronchite cronica ostruttiva • Altre bronchiti croniche • Bolla enfisematosa • Altri enfisemi • Bronchiectasie 	
Ipertensione	<ul style="list-style-type: none"> • Ipertensione maligna • Malattia renale ipertensiva maligna • Malattia cardiaca/renale ipertensiva maligna • Malattia cardiaca/renale ipertensiva benigna 	<ul style="list-style-type: none"> • pazienti con codici di procedure cardio-chirurgiche in qualsiasi posizione • pazienti con diagnosi di insufficienza renale (Stadi I-IV) solo in compresenza di procedure di preparazione alla dialisi in qualsiasi posizione
Scompenso cardiaco congestizio	<ul style="list-style-type: none"> • Insufficienza cardiaca congestiva • Insufficienza cardiaca del cuore sinistro • Insufficienza cardiaca 	<ul style="list-style-type: none"> • pazienti con codici di procedure cardio-chirurgiche in qualsiasi posizione
Polmonite batterica	<ul style="list-style-type: none"> • Polmonite pneumococco • Polmonite H.Influenzae • Polmonite streptococco • Polmonite stafilococco • Polmonite da micoplasma • Polmonite batterica 	<ul style="list-style-type: none"> • pazienti con diagnosi di anemia falciforme in qualsiasi posizione • pazienti con diagnosi e/o procedure per stato di immunocompromissione in qualsiasi posizione
Infezioni del tratto urinario	<ul style="list-style-type: none"> • Pielonefrite acuta • Ascesso renale/perirenale • Pielouretrite cistica • Altra pielonefrite • Cistite acuta • Infezione delle vie urinarie senza altre indicazioni 	<ul style="list-style-type: none"> • pazienti con diagnosi di disordini renali/del tratto urinario in qualsiasi posizione • pazienti con diagnosi e/o procedure per stato di immunocompromissione in qualsiasi posizione
Angina	<ul style="list-style-type: none"> • Sindrome coronarica intermedia • Occlusione coronarica senza infarto • Angina da decubito • Angina di Prinzmetal • Angina pectoris non altrove specificata 	<ul style="list-style-type: none"> • pazienti con codice di procedura cardiocirurgia in qualsiasi posizione

ACSC	Diagnosi principali considerate	Criteri specifici di esclusione
Asma	<ul style="list-style-type: none"> • Asma estrinseca senza menzione di stato asmatico • Asma estrinseca con stato asmatico • Asma cronico-ostruttiva senza stato asmatico • Asma senza stato asmatico 	<ul style="list-style-type: none"> • pazienti con diagnosi di fibrosi cistica e anomalie del sistema respiratorio in qualsiasi posizione
Disidratazione	<ul style="list-style-type: none"> • Deplezione di volumi • Disidratazione 	

Si ringraziano per la partecipazione:

Maria Beatrice Bassi – AUSL Reggio Emilia

Antonio Brambilla - Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari

Francesca Bravi – AUSL Ravenna

Patrizia Cagossi – AUSL Parma

Gabriele Cavazza – AUSL Bologna

Emanuele Ciotti – AUSL Ravenna

Stefano Del Canale – AUSL Parma

Antonella Dappozzo – AUSL Rimini

Andrea Donatini - Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari

Corrado Fini – AUSI Forlì

Lucia La Rovere – AUSL Imola

Vittorio Maio – Thomas Jefferson University

Maria Luisa Marcaccio – AUSL Bologna

Bertilla Mazzanti – AUSL Ferrara

Mara Morini – AUSL Bologna

Giuseppina Rossi – AUSL Parma

Luigi Salines – AUSL Cesena

Marina Scarpa – AUSL Modena

Stefano Sforza – Servizio Informativo Sanità e Politiche Sociali

Maria Antonella Sidoli – Servizio Informativo Sanità e Politiche Sociali

Valentina Solfrini – AUSL Modena

Giovanni Tamarri – AUSL Piacenza

Eleonora Verdini – Servizio Informativo Sanità e Politiche Sociali