

La valutazione della performance del Servizio Sanitario Regionale Ligure

Report 2011

11

Indice

<i>Prefazione</i>	9
<i>Introduzione</i>	11
<i>La valutazione delle performance del sistema sanitario ligure</i>	13

Capitolo Primo

Stili di vita - Sistema di sorveglianza Passi

<i>Sintesi dei risultati “Guadagnare Salute”</i>	29
<i>Introduzione</i>	31
Attività fisica	33
- Percentuale di sedentari	37
- Percentuale di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica	39
Bibliografia	40
Situazione nutrizionale	42
- Percentuale di persone obese	45
- Percentuale di persone sovrappeso	45
- Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	47
- Percentuale di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura	51
Bibliografia	55
Consumo di alcol	56
- Percentuale di bevitori a rischio	59
- Percentuale di bevitori a rischio consigliati di bere meno	64
- Percentuale di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcool	68
Bibliografia	73
Abitudine al fumo	74
- Percentuale di fumatori	77
- Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare	81
Bibliografia	83
Note metodologiche	84

Capitolo Secondo

Screening e vaccinazioni

Estensione e adesione agli screening oncologici	88
- Estensione grezza screening mammografico	90
- Adesione grezza screening mammografico	91
- Estensione grezza screening cervice uterina	92

La valutazione della performance del Servizio Sanitario Regionale Ligure

Report 2011

- Adesione grezza screening cervice uterina	93
- Estensione grezza screening coloretale	94
- Adesione grezza screening coloretale	95
Copertura vaccinale	96
- Copertura vaccino MPR	98
- Copertura vaccino antinfluenzale maggiore 65 anni	99

Capitolo Terzo

Governo della domanda

Capacità di governo della domanda	102
- Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	104
- Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	105
- Tasso di ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	106
- Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	108
- Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	110
- Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	111
- Posti letto pro-capite	112

Capitolo Quarto

Efficienza ed appropriatezza

Efficienza delle attività di ricovero, appropriatezza chirurgica medica	116
- Efficienza delle attività di ricovero	118
- Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010-2012) - RO maggiore 1 gg	120
- Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici	122
- Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	124
- Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: Day Hospital	126
- Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	128
- DRG LEA Chirurgici: Percentuale ricoveri in Day Surgery (Patto per la Salute 2010-2012)	130
- DRG LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010-2012)	132
- Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012)	134
- Percentuale ricoveri pediatrici in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012)	136

La valutazione della performance del Servizio Sanitario Regionale Ligure

Report 2011

- Percentuale ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010-2012)	138
- Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici (Patto per la Salute 2010)	140
- Percentuale ricoveri medici oltre soglia per pazienti maggiore uguale 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	142

Capitolo Quinto

Qualità clinica

Qualità clinica	146
- Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	148
- Percentuale fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la Salute 2010-2012)	150
- Percentuale prostatectomie transuretrali	152
- Mortalità intraospedaliera per infarto	154
- Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare	156
- Percentuale utilizzo di almeno 1 mammaria nel by-pass (AO-AOU-IRCCS)	158
- Percentuale interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)	159
- Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva	160
- Percentuale resezioni programmate al colon in laparoscopia	162
- Percentuale appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	164
- Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate	166

Capitolo Sesto

Rischio clinico

Rischio clinico	170
- Sepsis post-operatoria per chirurgia d'elezione	172
- Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità	174
- Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica	176

Capitolo Settimo

Materno infantile

Materno infantile	180
- Percentuale cesarei depurati (NTSV)	182
- Percentuale parti indotti	184
- Percentuale episiotomia depurata (NTSV)	186
- Tasso neonati con Apgar minore 7 al quinto minuto	188
- Percentuale parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	190
- Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica	192
- Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (maggiore uguale 12ª settimana gestazionale)	194
- Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza minore uguale 4	196

Capitolo Ottavo

Integrazione ospedale - territorio

Integrazione ospedale - territorio	200
- Percentuale di ricoveri maggiore 30 gg per residenti	202
- Percentuale ricoveri ripetuti a 31-180 giorni	204
- Tasso concepimento per minorenni	206
- Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)	208
- Pediatria di base	210
- Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni)	211
- Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)	212

Capitolo Nono

Efficacia assistenziale per le patologie croniche

Efficacia assistenziale per le patologie croniche	216
- Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	218
- Tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)	220
- Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	222
- Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	224

Capitolo Decimo

Appropriatezza prescrittiva diagnostica

Appropriatezza prescrittiva diagnostica	228
- Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	230
- Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	231
- Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	232
- Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (maggiore uguale 65 anni)	233
- Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	234
- Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti	235
- Tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti	236

Capitolo Undicesimo

Salute mentale

Salute mentale	240
- Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni	242
- Percentuale ricoveri ripetuti entro 1 anno maggiore 18 anni patologie psichiatriche, corretto per scostamento da tasso ospedalizzazione regionali	244
- Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	246
- Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti minorenni	247

Capitolo Dodicesimo

Pronto Soccorso

Pronto Soccorso, abbandono delle strutture e dimissioni volontarie	250
- Percentuale pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	252
- Percentuale pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	253
- Percentuale pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	254
- Percentuale pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	255
- Percentuale dimissioni volontarie	256
- Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	258

Capitolo Tredicesimo

Efficienza prescrittiva farmaceutica e spesa farmaceutica

Efficienza prescrittiva farmaceutica e spesa farmaceutica	262
- Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	265
- Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)	266
- Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema reninaangiotensina (Anti-ipertensivi)	267
- Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)	268
- Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	269
- Consumo di antibiotici	270
- Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	271
- Percentuale di Inibitori di pompa protonica (IPP - Antiacidi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	272
- Percentuale di statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	273
- Percentuale di ACE inibitori (Antiipertensivi) non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	274
- Percentuale di SSRI (Antidepressivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	275
- Percentuale di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	276
- Percentuale di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	277
- Percentuale di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	278
- Percentuale di Losartan non associato sui sartani non associati (Antiipertensivi)	279
- Percentuale di Losartan associato sui sartani associati (Antiipertensivi)	280
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	281

Bibliografia

Bibliografia	282
--------------	-----

Prefazione

Il Piano Socio Sanitario della Regione Liguria 2009-2011 (PSRR) ha introdotto nella nostra regione l'elemento determinante delle reti. Si era trattata di un'innovazione quasi obbligatoria, in quanto la migliore sanità mondiale aveva da tempo iniziato a evolvere i propri modelli organizzativi verso sistemi di collaborazione e di diversificazione delle prestazioni sanitarie. Del resto tutti abbiamo potuto osservare come negli ultimi anni siano state introdotte tecniche diagnostiche e chirurgiche che hanno prodotto radicali cambiamenti nel modo di pensare la salute. Degenze più brevi, tecniche operatorie meno invasive, prevenzione e diagnosi precoci, affiancate da una crescente attenzione alle fasi di riabilitazione, sono elementi di novità che hanno richiesto lo sforzo di intervenire su un sistema sanitario ligure basato su infrastrutture ospedaliere che erano caratteristiche del modello sanitario di decenni addietro.

L'introduzione del modello a rete è quasi una svolta copernicana rispetto alla fiducia tradizionale nel reparto ospedaliero, ma affrontare le molte patologie croniche che affliggono le popolazioni che presentano un'alta aspettativa di vita richiede necessariamente la creazione di un sistema sanitario basato su una serie di reti in cui vengono scambiate informazioni sui pazienti attraverso i diversi livelli di complessità, dal medico di medicina generale fino all'ospedale, attraversando i livelli intermedi del distretto. Una sanità basata su questo modello assistenziale, civile ed equa, non può che basarsi su un monitoraggio capillare e frequente delle proprie attività e, soprattutto, deve accettare di mostrarsi e di confrontarsi con la realtà delle altre regioni.

Questo studio è un atto di coraggio perché intende mettere a nudo i risultati della sanità ligure, enfatizzandone le diversità che emergono dal territorio e tra le aziende e, in particolare, sottolineandone le criticità. Studi di questo genere provocano differenti conseguenze, da un lato possono prestarsi a strumentalizzazioni, a sostenere verità parziali, a contestazioni, ma dall'altro sono strumenti indispensabili per conoscere il nostro sistema e valutarlo, e dalle valutazioni sostenere e avviare politiche di miglioramento. Forse, come Assessore alla Salute e alla Sicurezza della Regione Liguria, sono quasi più interessato a quelle performance negative che si trasformeranno in provvedimenti, azioni organizzative, formazione, comunicazione agli operatori e ai cittadini, e che saranno poi ricalcolate e ci mostreranno l'efficacia dell'azione politica, la capacità manageriale dei direttori delle aziende sanitarie e degli enti ospedalieri e l'assunzione di responsabilità degli operatori del governo clinico. Tuttavia, già oggi e in queste pagine, possiamo trovare una tendenza al miglioramento nella quasi totalità degli indicatori pubblicati.

Questa pubblicazione nasce dalla preziosa collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore di Pisa. L'Agenzia Regionale della Sanità aveva già condiviso i propri dati e contribuito a realizzare un report relativo ai dati del 2010, e

contenete gli andamenti di altre importanti regioni italiane, ma con questa pubblicazione a carattere regionale, e che riporta l'estratto degli indicatori del 2011, non si è limitata a interpretare un ruolo accademico, ma, in stretta collaborazione con il Dipartimento Salute, ha scelto di costruire uno strumento di lavoro condiviso con le Aziende per supportare e valutare la trasformazione del sistema sanitario ligure.



Claudio Montaldo
Assessore alla Salute, Politiche della Sicurezza dei Cittadini
Regione Liguria

Introduzione

L'Agenzia Regionale Sanitaria ha tra le sue competenze quella di "elaborazione dei dati e delle informazioni". Tuttavia, nella sua natura tecnico-scientifica, l'ARS non raggiungerebbe i suoi obiettivi se non riuscisse a trasferire le conoscenze ottenute attraverso l'approccio scientifico in immediate indicazioni tecniche alle Aziende sanitarie per migliorare la qualità dei propri servizi. L'interesse per il monitoraggio sulle attività del Servizio Sanitario regionale, dei livelli di assistenza erogati dalle Aziende sanitarie locali ed ospedaliere della Regione e degli effetti dell'attuazione dei piani e delle scelte sanitarie regionali rappresenta una componente strategica. Lo sforzo di misurare le performance della sanità ligure parte da un'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) che aveva portato a una pubblicazione da parte dell'Agenzia Sanitaria di analisi relative alla mobilità degli anni 2006 e 2007. Questi due supplementi alla collana I Quaderni dell'Agenzia affrontavano approfonditamente il fenomeno delle prestazioni ospedaliere che i cittadini liguri hanno ottenuto in strutture di altre regioni. Si trattava di un tema chiave della sanità della nostra regione, sia relativamente al problema dell'equilibrio economico delle risorse sia per affrontare, dati alla mano, un fenomeno che comporta disagi, talvolta pesanti, alla nostra popolazione. Già in quella pubblicazione si osservava un fattore estremamente importante, come la presenza di elementi inappropriati in una parte rilevante di ricoveri, e la stretta relazione tra ricoveri non appropriati e la mancanza di forme di assistenza relative al ricovero ospedaliero per quei cittadini affetti da patologie croniche. Il modello assistenziale che aggrede questa concezione ospedaliera, dispendiosa e tecnicamente inappropriata è quello delle reti. Il Piano Sanitario 2009-2011 ha raccolto in pieno le criticità riguardanti la transizione tra il modello di assistenza basato sull'ospedale e il modello basato sulle reti assistenziali, ma ha anche preso atto che i sistemi informativi svolgono una funzione indispensabile per progettare e gestire una "sanità in rete". Anzi è diventato evidente a tutti che senza la costruzione di un sistema informativo regionale della sanità capace di connettere le conoscenze di tutti i punti di erogazione delle prestazioni, nessuna riorganizzazione sarà possibile, nessun modello a rete potrà funzionare. Quando si parla di "modello a rete" per la gestione delle patologie croniche, per esempio lo scompenso cardiaco o il diabete, intendiamo che medico di medicina generale, specialisti del distretto, reparti ospedalieri, pronto soccorso condividano le informazioni rilevanti alla patologia (referti, terapie farmacologiche, allergie, presenza di altre patologie) e siano clinicamente in grado di partecipare attivamente e in tempo reale alle problematiche assistenziali. Tali reti, oltre a ridurre gli sprechi, sono destinate a ridurre gli spostamenti dei cittadini, accorciare i tempi di diagnosi, ridurre eventi avversi e accessi al sistema dell'emergenza, ma, sui grandi numeri, consentono di liberare risorse ospedaliere inopportuna allocate per dedicarle alle funzioni di media e alta complessità ospedaliera. Questa trasformazione, che si sta attuando nei paesi a sviluppo avanzato da qualche anno,

e che vede le tecnologie dell'informazione assumere il ruolo fondamentale di change management, pone nella conoscenza delle performance del sistema sanitario un elemento fondamentale. L'attività di misura consente di valutare e condividere con le Aziende i risultati numerici delle attività, permette di conoscere quante persone sono affette da una determinata patologia, la fascia d'età a cui appartengono, le ulteriori patologie di cui soffrono, il loro livello di gravità. Molti problemi possono essere previsti e, soprattutto, è in grado di stabilire il livello di adeguamento ai protocolli clinici della nostra assistenza. Regione Liguria è presente in due grandi progetti di valutazione delle attività sanitarie: quello che è alla base di questa pubblicazione, diretto dal Laboratorio management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, e il Progetto Nazionale Esiti, diretto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), dedicato alle funzioni ospedaliere. L'obiettivo è di fornire alle aziende sanitarie la possibilità di una lettura integrata di questi indicatori, collaborare per stabilire i nessi causali tra organizzazione e risultati, intervenire sui ritardi segnalati dagli indicatori, percepire anomalie in tempi brevi e intraprendere azioni correttive. Con maturità abbiamo inteso concepire una pubblicazione che raccolga le principali informazioni sulla sanità e garantirne la massima diffusione, soprattutto per leggere, all'interno dei confronti tra annualità, la storia del nostro servizio regionale, l'efficacia dei provvedimenti politici, il livello di qualità di cui usufruiscono i cittadini, ma, soprattutto, cerchiamo di sfuggire alla logica autoreferenziale. Il consiglio è quello di leggere questo libro dedicato alla Liguria anche nel contesto del Report 2011 del Mes (con cui condivide gli indicatori) per comprendere il valore della nostra sanità proiettato nella realtà di regioni italiane come Basilicata, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana e Umbria (nel 2012 ha aderito anche il Veneto) che hanno consentito di condividere e discutere informazioni di vitale importanza.



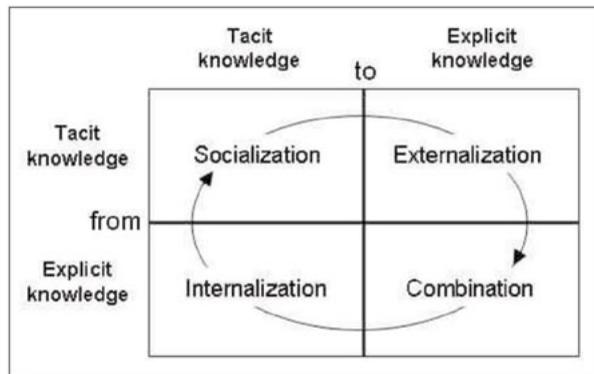
Franco Bonanni
Commissario Straordinario
ARS Liguria

LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO LIGURE

DOMENICO GALLO

Sono certo che molti condividono l'espressione attribuita al grande matematico Pierre Simon Laplace che recita "la teoria delle probabilità, in fondo, non è altro che buon senso ridotto a calcolo, essa fa apprezzare con precisione ciò che gli spiriti giusti sentono per una sorta di istinto, senza che essi possano, sovente, rendersene conto". Questa frase è stata diversamente interpretata, alcuni hanno ritenuto che intendesse sminuire la potenzialità dell'approccio probabilistico, come dire che l'approccio intuitivo all'universo delle possibilità potesse in qualche modo sostituire le difficoltà della componente matematica, altri ritengono che l'autore del - Saggio filosofico sulle probabilità -, invece, stesse sottolineando l'estremo realismo dei risultati che una materia ancora giovane come lo studio della probabilità e della statistica potevano offrire. Pari, almeno, a quelli dell'intuizione umana. Era il 1812. Oggi nessuno discute più sul valore della statistica e della probabilità, tuttavia si segnalano ancora molti esempi di scarsa pianificazione o di organizzazione poco efficace che sembrano proprio peccare di insufficiente conoscenza dei numeri che sono alla base del funzionamento di molte organizzazioni.

All'interno dell'Agenzia Sanitaria Regionale è attivo fin dalla sua nascita un filone dedicato al controllo, valutazione della produzione sanitaria e sistemi informativi che colloca alcuni dei suoi interventi nell'area del *knowledge management*. Negli ultimi anni si è cercato di approfondire i modelli attraverso i quali la conoscenza si trasforma, a partire dalla conoscenza personale fino a diventare una conoscenza organizzativa condivisa. In altre parole si è studiato a quali trasformazioni è soggetta una conoscenza nel suo viaggio (talvolta controverso) fino a consolidarsi in una conoscenza diffusa. Come si crei la conoscenza nelle comunità umane, come questa venga accettata, utilizzata e, infine, superata è sicuramente un tema classico che ha visto uno studioso come Karl Popper scontrarsi con i suoi stessi allievi (Thomas Kuhn, Paul Feyerabend) in un dibattito, talvolta violento, che si è protratto per decenni. Qualcuno ritiene che sia stato un dibattito caratteristico di un'epoca come il Novecento, in cui il modello della conoscenza collettiva era ancora basato su paradigmi che, oggi, nell'epoca della rivoluzione informatica, sono sicuramente cambiati. Del resto è sufficiente soffermarsi sull'evoluzione che ha caratterizzato elementi fondanti della nostra cultura come l'enciclopedia, il quotidiano e la stessa lettura del libro. Senza addentrarci nel problema, possiamo però osservare che le attuali teorie che tentano di strutturare modelli per la gestione e condivisione della conoscenza sono diventate particolarmente utili nel processo di formalizzazione dei passaggi che conducono alle conoscenze sociali. Uno dei modelli più semplici è stato sviluppato da Nonaka e Takeuchi in *The Knowledge Creating Company*, il loro saggio del 1995, che utilizza la metafora della spirale per rappresentare i risultati dei processi sociali che provocano le transizioni da conoscenze tacite a conoscenze esplicite. Il modello individua quattro modalità di trasformazione della conoscenza.



All'interno di questo modello è evidente l'enfasi sui processi che consentono di rielaborare e trasferire la conoscenza per applicarla a problemi concreti, ma si tratta di un sapere che è destinato a morire e a regredire se non diventa rapidamente un patrimonio collettivo, un sapere organizzativo capace di mantenersi e svilupparsi anche quando gli stessi promotori delle conoscenze specifiche abbandonano l'organizzazione. Oggi un sapere limitato a pochi o in ritardo perde le sue stesse caratteristiche di sapere.

Nell'ambito specifico della salute, Regione Liguria ha avuto a disposizione due fonti di conoscenza sulle performance del sistema sanitario regionale relative al 2011. Si tratta dell'elaborazione degli esiti ospedalieri, pubblicata a Ottobre 2012 da Agenas, e del Report 2011 prodotto da una serie di regioni, tra cui la Liguria, nell'ambito delle ricerche del MeS della Scuola Superiore Sant'Anna. Entrambe le esperienze condividono l'idea che a partire da informazioni memorizzate all'interno di database amministrativi, ovvero creati e alimentati per assolvere a flussi istituzionali, interessati a determinare livelli e tipologie di produzione, possano essere ricavate informazioni di fondamentale importanza per l'analisi clinica e gestionale. In particolare è diventato di basilare importanza per ASL e Regione riuscire a connettere i database dell'anagrafe degli assistiti, dei medici, delle esenzioni, delle SDO, della specialistica, della farmaceutica, della residenzialità e delle altre forme di prevenzione e di assistenza (invalidità, cure domiciliari, protesica, etc.). L'integrazione di questi database in macrostrutture di dati consentono di evidenziare informazioni altrimenti invisibili nei database di origine, implicitamente presenti ma non autonomamente rilevabili, e rese significative proprio dal processo di integrazione con altre basi di dati. Si tratta ancora di integrazioni molto semplici, come nel caso del PNE, in cui sono state integrati due database come l'anagrafe tributaria e le SDO, ma il livello di integrazione è destinato ad aumentare l'ambito delle connessioni potenziali con una prospettiva fattoriale.

L'esperienza del network di regioni che ha condiviso dati di natura eterogenea (screening, vaccinazioni, produzione ospedaliera, fino a dati relativi alle gravidanze, alla specialistica, alla farmaceutica) nell'ambito dell'esperienza del MeS ha condotto all'elaborazione di indi-

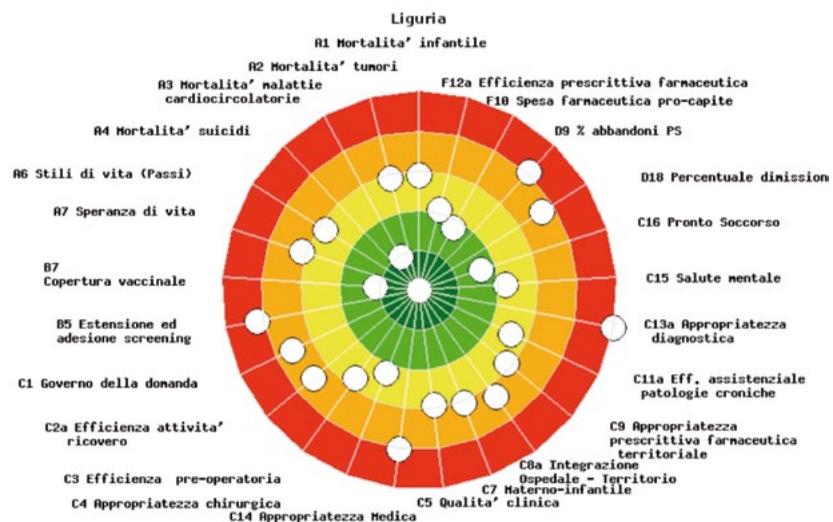
catori sintetici: i bersagli. Sicuramente uno dei risultati più importanti di questa valutazione è il confronto delle performance liguri rispetto alle mediane calcolate tra le regioni, informazione di estrema importanza per concepire l'adozione di interventi strutturali che possono rendersi evidenti proprio attraverso lo studio dei grafici. Ma, proprio nell'ottica della spirale di Nonaka, è importante che il risultato prodotto dalla comunità che ha costituito il network MeS (un gruppo di specialisti in statistica ed elaborazione dati) possa essere trasferito al livello delle aziende sanitarie a cui si riferiscono i dati di base. Questa pubblicazione, infatti, ha lo scopo di divulgare i risultati della valutazione per costruire una rete di conoscenze allargata, contestualizzata alla normativa e alle infrastrutture liguri, alla ricerca di una riflessione immediata sui risultati ottenuti. Come si era anticipato, uno degli obiettivi fondamentali è quello di tradurre la conoscenza specialistica e ristretta in un sapere collettivo, un sapere condiviso e destinato a caratterizzare il comportamento dell'organizzazione. Più semplicemente si può sintetizzare che, una volta ottenute informazioni sulle performance sanitarie, le informazioni si diffondono nelle organizzazioni, provocano modifiche organizzative, che producono delle nuove performance che vengono misurate nuovamente. Ci troviamo davanti a un ciclo (qualcuno commenterebbe, "retroazionato") che ricorda chiaramente le logiche del vivente e i meccanismi di evoluzione che familiarmente associamo alle specie vegetali e animali. È vero, le organizzazioni trattano le informazioni, le trasmettono e le modificano in analogia ai viventi, con mutazioni e selezioni che ne garantiscono cambiamenti che sono in relazione all'ambiente. Questo non ci deve stupire se pensiamo che la cibernetica, una scienza che ha meno di cento anni, regola tanto i comportamenti umani quanto quelli delle comunità. Ricordiamo la metafora del timoniere (o del nocchiero) utilizzata da Norbert Wiener per spiegare di cosa si occupasse la cibernetica facendola risalire al termine greco *kybernetes* (pilota).

Quando si parla di governo clinico, per esempio, non possiamo pensare a un qualche sistema unidirezionale e pavloviano in cui Regione suona la campanella e le aziende sanitarie sbavano. Questa sarebbe una risposta allo stimolo patologica, violentemente semplificatoria e sostanzialmente inutile perché priverebbe proprio il sistema di governo di una molteplicità di reazioni, sfumature e casi particolari che, dal punto di vista della teoria dell'informazione, non possono essere classificati che come una grave privazione di informazione. Il timoniere di Norbert Wiener, invece, è molto attento a tutti i segnali che il vento, le correnti e la stessa barca in ogni momento gli stanno trasmettendo, arricchendolo progressivamente di informazioni che gli saranno utili a rettificare costantemente la rotta. Così deve essere il sistema di governo ligure della sanità, pensare gli obiettivi (anche attingendoli da ricerche come questa del MeS o del PNE) e concepire itinerari capaci di interpretare e valorizzare le variabili locali, accettare leggeri errori di rotta (leggeri se il timoniere è attento, altrimenti...) e correggere l'angolo del timone. Beh, peccando di orgoglio si potrebbe affermare che i dati presenti in questo report segnalano una serie di rotte per ognuna delle organizzazioni sanitarie liguri.

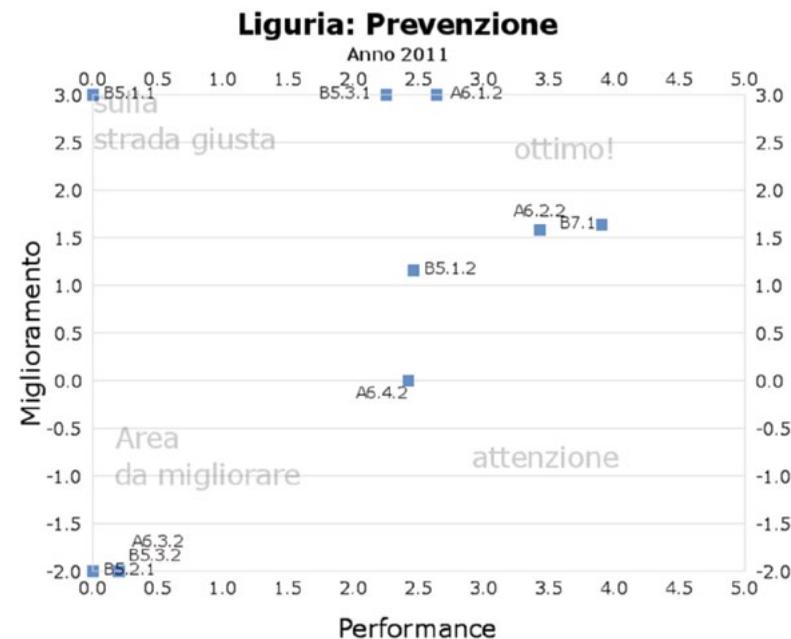
Sembra interessante pubblicare i "bersagli" tratti da Report 2011 del MeS, ricordando che colori e valutazioni sono riferiti a valori medi calcolati per il network regionale. Questo per ricordarci che c'è qualcosa là fuori, ma i singoli grafici riportano invece il valore medio ligure.

Questo per cercare di individuare all'interno della regione Liguria le buone pratiche che possono facilitare il recupero delle situazioni critiche. Dei valori, positivi o negativi che siano, sarà opportuno comprendere quali variabili li hanno determinati, cercando di comprendere se sono influenzabili in tempi brevi, medi o lunghi, se sono legati a caratteristiche strutturali del territorio, composizione della popolazione o invece sono sensibili da variabili organizzative e tecniche insite nelle aziende. Un'indagine che serve a selezionare le leve capaci di invertire o consolidare le linee di tendenza.

Dal punto di vista regionale la Liguria viene rappresentata attraverso questo "bersaglio". Come nel tiro a segno le migliori performance sono quelle vicino al centro.

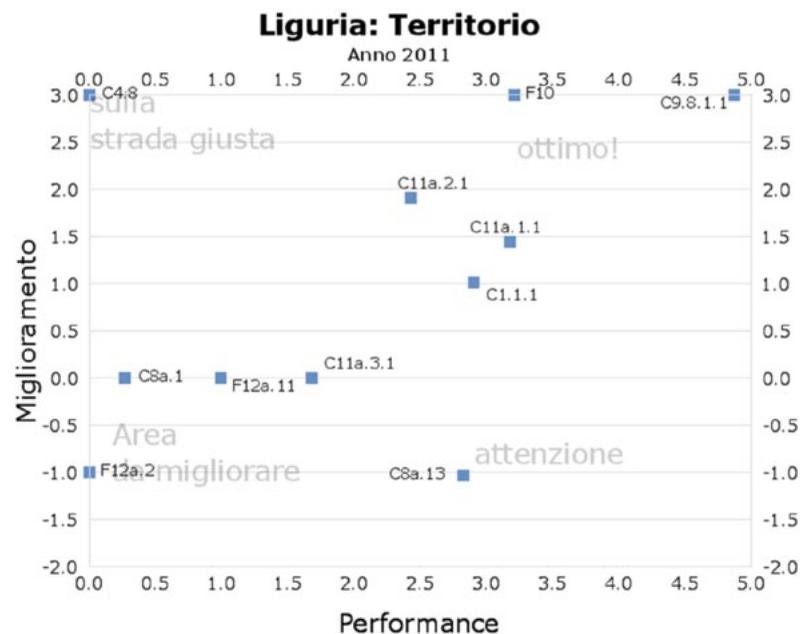


Dal punto di vista clinico gli indicatori che hanno portato a questo posizionamento saranno illustrati nel testo che segue. Sempre dal Report 2011 coordinato dal Mes (pag. 34 - 37) sono ripresi tre quadranti che illustrano più chiaramente la distribuzione degli indicatori che riguardano la Liguria per gli aspetti della prevenzione, delle prestazioni ospedaliere e del territorio. Sono interessanti di per sé, ma la sfida è quella di comprendere come risultati di prevenzione non buoni possano influire negativamente sul valore degli indicatori più legati alle prestazioni classiche (territorio e ospedale) e, soprattutto, come alcune performance ospedaliere, e in particolare l'appropriatazza diagnostica e medica, siano conseguenza diretta di un parziale funzionamento delle strutture territoriali. Inoltre è di fondamentale importanza interpretare alcuni risultati di performance territoriale anche attraverso il ricorso di alcune aziende a prestazioni extra-regione. Per la lettura dei quadranti si è usata la convenzione per cui il quadrante in basso a sinistra segnala valori di performance da migliorare, mentre il quadrante il alto a destra raccoglie indicatori che hanno assunto valori ottimali.



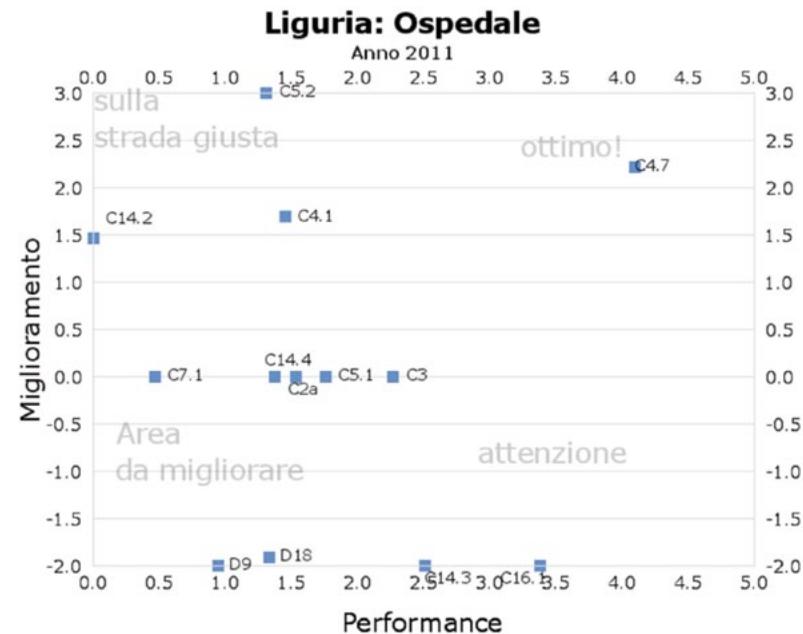
Mappa Prevenzione	
A6.1.2	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico di fare attività fisica
A6.2.2	% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso
A6.3.2	Percentuale di bevitori a rischio consigliati dal medico di bere meno
A6.4.2	Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare
B5.1.1	Estensione grezza dello screening mammografico
B5.1.2	Adesione grezza dello screening mammografico
B5.2.1	Estensione grezza dello screening della cervice uterina
B5.3.1	Estensione grezza dello screening colorettales
B5.3.2	Adesione grezza dello screening colorettales
B7.1	Copertura per vaccino MPR

Report 2011



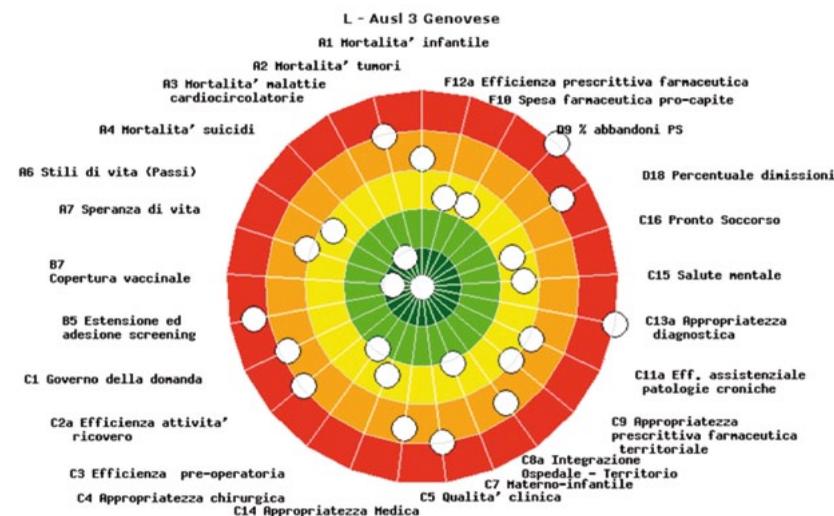
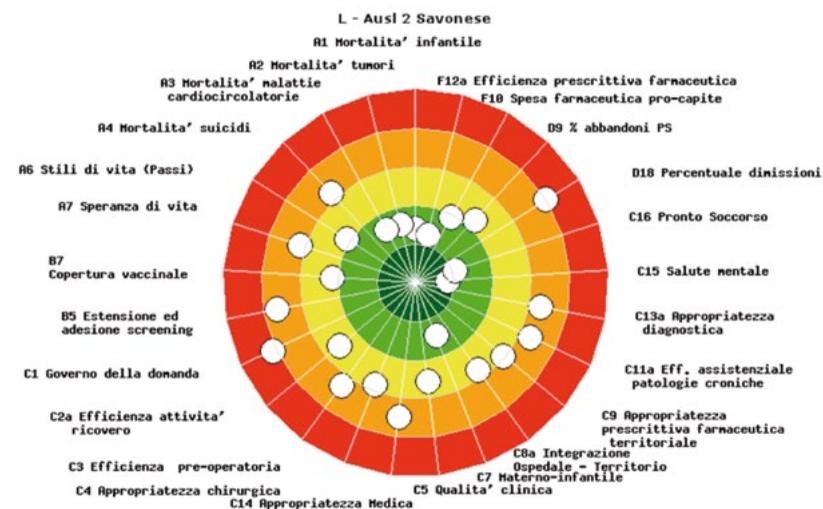
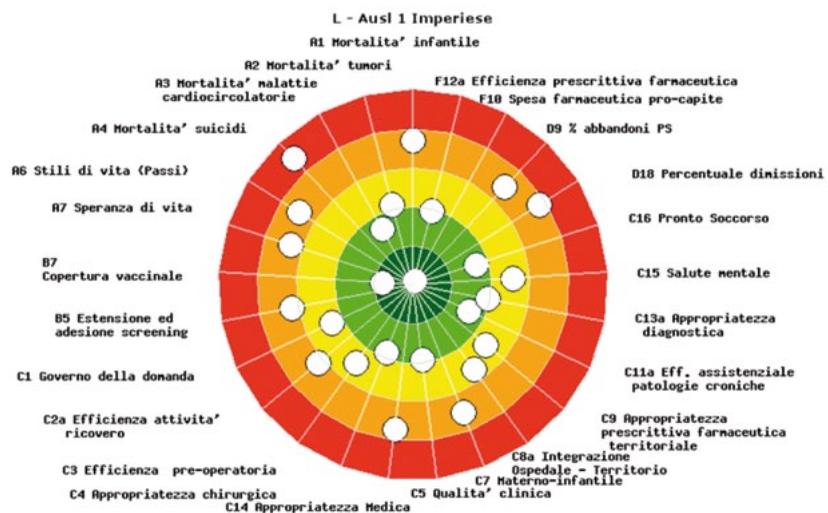
Mappa Territorio	
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso
C4.8	DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
C8a.1	% ricoveri con degenza >30 gg per residenza
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
F10	Spesa farmaceutica terr. pro-capite
F12a.2	% di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizzanti)
F12a.11	% di Losartan non associato sui sartani non associati (Antiipertensivi)

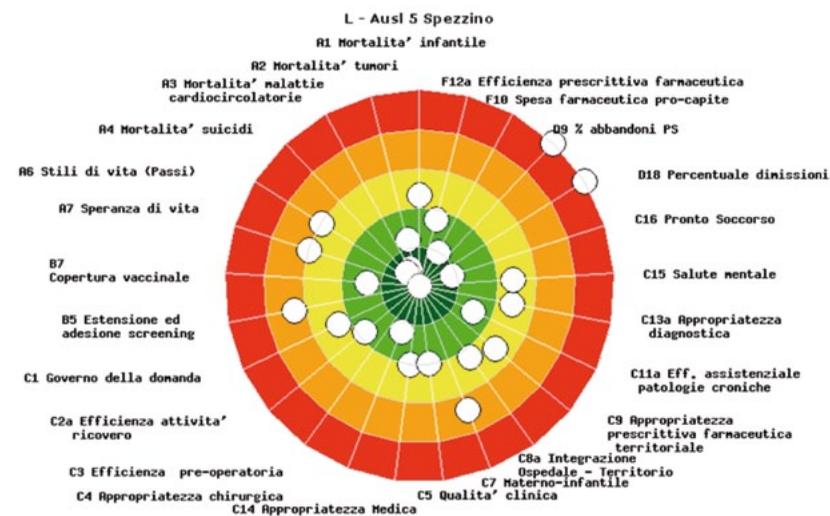
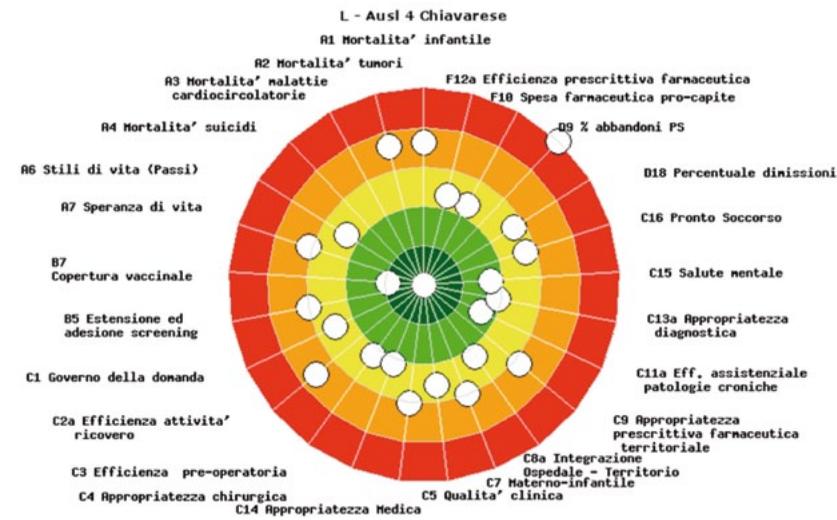
Report 2011



Mappa Ospedale	
C2a	Indice di performance degenza media per acuti
C3	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010)
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010)
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010)
C14.4	% ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010)
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)
C5.1	% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
D9	% abbandoni da PS
D18	% dimissioni ospedaliere volontarie

Seguono i “bersagli” tratti da Report 2011 del MeS relativi alle ASL liguri. Come noto la rete ospedaliera ligure è stata caratterizzata da importanti integrazioni organizzative che hanno profondamente modificato la distribuzione dei ricoveri. Nel 2011, l’ospedale di Genova - Voltri è transitato dall’ASL 3 all’Ospedale Evangelico Internazionale, mentre l’Istituto Scientifico Tumori (IST) e l’Azienda Ospedaliera San Martino sono state accorpate in un nuovo I.R.C.S.S. denominato San Martino - IST. Per rendere possibili i confronti tra le attività 2010 e 2011, in questo studio sono state attribuite al nuovo assetto organizzativo di OEI e San Martino - IST le attività svolte dal Gennaio 2010. Si raccomanda, pertanto, di tenere sempre conto di queste premesse quando si effettueranno considerazioni sull’attività di questi due enti.





BIBLIOGRAFIA

- Barabàsi A.L. (2002), *Link. La scienza delle reti*, Einaudi, Torino, 2004.
- Capitani P. (2006), *Il knowledge management*, Milano, Franco Angeli.
- Laplace P. S. (1820), *Saggio filosofico sulle probabilità*, Theoria, Milano, 1987.
- Nonaka I., Takeuchi H., 1995, *The Knowledge Creating Company*, Guerini e Associati, Milano, 1997.
- Pasini P. (2004), *I sistemi informativi direzionali*, Egea, Milano.
- Pasini P., Marzotto M., Perego A. (2005), *La misurazione delle prestazioni dei sistemi informativi aziendali*, Egea, Milano.
- Pasini P., Perego A., Erba M. (2004), *L'evoluzione dei sistemi di business intelligence*, Egea, Milano.
- Polanyi M. (1966), *La conoscenza inespresa*, Armando, Roma, 1979.
- Popper K. (1972), *Conoscenza oggettiva. Un punto di vista evolucionistico*, Armando, Roma, 1975.
- Popper K. (1994), *Verso una teoria evolucionistica della conoscenza*, Armando, Roma.
- Popper K. (2000), *Le fonti della conoscenza e dell'ignoranza*, Il Mulino, Bologna.
- Profili S. (2004), *Il knowledge management. Approcci teorici e strumenti gestionali*, Milano, Franco Angeli.
- Tonchia S., Tramontano A., Turchini F. (2003), *Gestione dei processi e knowledge management. Reti organizzative e nuove tecnologie: l'azienda estesa della conoscenza*, Milano, Sole 24 ore.
- Wenger E. (1998), *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- Wiener N. (1948), *La cibernetica*, Bompiani, Milano, 1953.

CAPITOLO PRIMO

**STILI DI VITA
SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI**



SINTESI DEI RISULTATI “GUADAGNARE SALUTE”

Attività fisica
Situazione Nutrizionale
Consumo di alcol
Abitudine al fumo
Note metodologiche



SINTESI DEI RISULTATI “GUADAGNARE SALUTE”

Redazione a cura di:

Roberto Carloni¹, Rosamaria Cecconi², Raffaella Castiglia², Alice Caielli²

¹ Agenzia Regionale Sanitaria Liguria - Area Epidemiologia e Prevenzione

² ASL 3 Genovese - Dipartimento di Prevenzione, Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica, Epidemiologia

Con la collaborazione di:

Claudio Culotta	<i>ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia</i>
Marco Picasso	<i>ASL 1 Imperiese, Direzione Sanitaria</i>
Maura Ferrari Bravo	<i>ASL 4 Chiavarese Dipartimento di Prevenzione</i>
Roberta Baldi	<i>ASL 5 Spezzino Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia</i>
Patrizia Crisci	<i>ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia</i>

gli intervistatori di tutte le cinque ASL

il Gruppo Tecnico Nazionale del Sistema di sorveglianza PASSI

	Liguria Passi 2008-11 (%)
ATTIVITÀ FISICA	
Livello di attività fisica	
• attivo	40
• non sufficientemente attivo	60
- parzialmente attivo	38
- sedentario	22
Compresenza di altre condizioni di rischio	
• sedentari tra i soggetti in eccesso ponderale	23
• sedentari tra i soggetti fumatori	23
• sedentari tra i soggetti ipertesi	24
• sedentari tra i soggetti con sintomi di depressione	30
• Persone non sufficientemente attive che percepiscono come sufficiente il proprio livello di attività fisica	35
• Domande rivolte dai sanitari alla popolazione generale sull'attività fisica svolta	32
• Consiglio di fare attività fisica alla popolazione generale	31
SITUAZIONE NUTRIZIONALE	
Stato nutrizionale	
• sottopeso	4
• normopeso	59
• sovrappeso	28
• obeso	9
Consumo di frutta e verdura	
• Almeno 5 porzioni al giorno	18
Consiglio sanitario di fare attività fisica	
• tra i normopeso	25
• tra i sovrappeso	36
• tra gli obesi	54
Consiglio sanitario di perdere peso	
• tra i sovrappeso	49
• tra gli obesi	78
Percezione del peso	
• Persone in sovrappeso che considerano “più o meno giusto” il loro peso	41
Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi	
• Persone in sovrappeso che sono diminuite di più di 2 Kg	18
• Persone in sovrappeso che sono aumentate di più di 2 Kg	29
• Persone obese che sono diminuite di più di 2 Kg	23
• Persone obese che sono aumentate più di 2 Kg	29

SINTESI DEI RISULTATI “GUADAGNARE SALUTE”

Liguria Passi 2008-11 (%)	
ABITUDINE AL FUMO	
Fumatori	28
• Tra i 18-24enni	33
• Tra i 25-34enni	38
• Tra i 35-49enni	30
• Tra i 50-69enni	22
Ex fumatori	21
Media sigarette fumate al giorno	13
Promozione della cessazione	
• Chiesto se fuma, ai fumatori	61
• Consiglio di smettere	53
Smettere di fumare	
• Tentativo di smettere nell'ultimo anno	40
• Tra chi ha tentato, è riuscito	9
Fumo consentito in casa con minori di 14 anni	17
Liguria Passi 2010-11 (%)	
CONSUMO DI ALCOL	
Consumo a maggior rischio §	20,3
• prevalentemente fuori pasto (2008-11)	8,9
• binge	8,5
• consumo abituale elevato (2008-11)	6,3
Consiglio di ridurre il consumo nel caso di consumo a maggior rischio	4,8
Guida sotto l'effetto dell'alcol (2008-11)	10,5
Intervistati fermati dalle forze dell'ordine	37,3
Guidatori fermati e sottoposti anche ad etiltest	12,5

§ Viene considerato bevitore a rischio:

- Il “binge drinker” definizione 2010: chi ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 5 o più (per uomini) e 4 o più (per donne) unità di bevanda alcolica in un'unica occasione

- e/o chi beve prevalentemente o solo fuori pasto

- e/ o il forte bevitore: chi eccede nel bere superando le soglie del consumo moderato, anche una sola volta nell'ultimo mese: due unità al giorno se maschi e una unità al giorno, se femmina.

Una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Introduzione

L'attuale contesto economico è tale da non consentire errori o incertezze e impone la ricerca della massima appropriatezza nella programmazione e messa in atto delle azioni del Sistema Sanitario. Le scelte di policy e la conseguente valutazione di efficacia degli interventi realizzati debbono quindi basarsi sull'uso di informazioni precise, tempestive e territorializzate relative alle caratteristiche e alle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica.

Il sistema di sorveglianza di popolazione PASSI (acronimo di Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) fornisce le informazioni per l'azione, che il sistema salute deve utilizzare per svolgere la funzione di advocacy e per pianificare, implementare, monitorare e valutare programmi e interventi di salute. Profilo di salute di popolazione e al tempo stesso strumento di monitoraggio e verifica dei programmi di contrasto e prevenzione nei confronti delle patologie croniche messi in atto dalle Aziende. Essendo un programma nazionale al quale aderiscono 148 ASL, pari ad oltre l'80% delle ASL italiane, è inoltre possibile utilizzare i dati per eseguire confronti fra singole ASL, a livello sia intra che extra regionale.

L'attenzione agli stili di vita rappresenta un salto di qualità importante nell'attività di valutazione e programmazione delle Aziende Sanitarie. I quattro principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro Paese, sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. L'esigenza di informazione e monitoraggio continui sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea Guadagnare Salute, alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni. Tale strategia prevede, attraverso una intensa e mirata attività di comunicazione, azioni per ridurre l'abitudine al fumo, aumentare il consumo di frutta e verdura, ridurre l'abuso di alcol, ridurre il consumo di bevande e alimenti troppo calorici, promuovere lo svolgimento dell'attività fisica.

Il Sistema di sorveglianza Passi ha tra i suoi obiettivi quello di monitorare lo stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni) delle ASL, attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi che le ASL stanno realizzando per modificare i comportamenti a rischio.

- **Attività fisica**
- **Percentuale di sedentari**
- **Percentuale di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica**
- **Situazione nutrizionale**
- **Percentuale di persone obese**
- **Percentuale di persone sovrappeso**

- **Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso**
- **Percentuale di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura**
- **Consumo di alcol**
- **Percentuale di bevitori a rischio**
- **Percentuale di bevitori a rischio consigliati di bere meno**
- **Percentuale di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcool**
- **Abitudine al fumo**
- **Percentuale di fumatori**
- **Percentuale di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare**

Attività fisica

Secondo la definizione adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'attività fisica è: **"... qualsiasi forma di lavoro prodotta dalla muscolatura scheletrica che determini un dispendio energetico superiore a quello a riposo"**.

Si tratta di un'accezione volutamente molto ampia che comprende, oltre allo sport e all'esercizio fisico praticati per migliorare le condizioni di salute, tutte le attività della vita quotidiana. Il termine active living (traducibile come "vita attiva") descrive appunto uno stile di vita raccomandabile che include la pratica dell'attività fisica, almeno mezz'ora al giorno. A questo concetto si aggiunge quello di *health-enhancing physical activity* che descrive "qualsiasi forma di attività fisica che favorisca la salute e la capacità funzionale senza danni o rischi" e che, riconducendosi ai livelli di intensità, corrisponde ad "almeno un'attività fisica moderata", cioè che raggiunge la soglia dei 3-6 MET. Il MET è l'unità di misura utilizzata per esprimere il lavoro muscolare: 1 MET corrisponde al metabolismo energetico in condizioni di riposo.

Intensità dell'esercizio fisico in MET (Metabolic Equivalent)
Intensità bassa: ≤ 3 MET (cioè 3 volte il consumo di O_2 a riposo)
Intensità moderata: 3-6 MET
Intensità elevata: ≥ 6 MET

Le varie definizioni di attività fisica, adottate in diversi contesti e nella letteratura scientifica, sono a volte fonte di equivoco e rendono ragione della difficoltà non solo di misurare i livelli di attività fisica praticati, ma anche di valutare gli esiti di programmi di popolazione e individui.

L'importanza dell'attività fisica per la salute

L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di:

- ipertensione;
- malattie cardiovascolari: malattie coronariche e ictus cerebrale;
- diabete tipo 2;
- osteoporosi;
- depressione;
- traumi da caduta degli anziani;
- alcuni tipi di cancro, come quello del colon retto, del seno e dell'endometrio (ma esistono prove, seppure ancora incomplete e non del tutto coerenti, di una riduzione del rischio anche di cancro del polmone e della prostata).

Inoltre il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione. Per essere fisicamente attivi è sufficiente incrementare la cosiddetta "mobilità attiva": cercare di abbandonare il più possibile uno stile di vita caratterizzato dallo spostamento passivo da uno spazio chiuso all'altro (abitazione, garage, automobile, ascensore, posto di lavoro, centro commerciale, scale mobili, telecomando ecc) e attivarsi, prendere possesso dell'ambiente, camminare o usare la bicicletta per muoversi.

Quantità raccomandabili di attività fisica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con le recenti linee guida "Global recommendations on physical activity for health", ha sviluppato raccomandazioni e indicazioni alla pratica dell'attività fisica in funzione di 3 fasce di età.

Nell'infanzia e nell'adolescenza (5-17 anni) è indicato praticare non meno di un'ora di esercizio fisico moderato al giorno e come minimo 3 sedute la settimana di attività aerobica che sollecitino l'apparato muscolo-scheletrico, in modo da stimolare l'accrescimento e migliorare forza muscolare ed elasticità. Qualsiasi ulteriore incremento comporta un beneficio aggiuntivo.

Per ottenere vantaggi per la salute nell'adulto (18-64 anni), l'attività fisica deve essere praticata per almeno 150 minuti complessivamente nell'arco della settimana con intensità moderata ovvero per almeno 75 minuti complessivamente con intensità più elevata o ancora con una combinazione equivalente di attività di intensità moderata ed elevata. L'attività aerobica deve essere effettuata in frazioni di almeno 10 minuti continuativi. Raddoppiando il tempo settimanale raccomandato (300 minuti di attività moderata ovvero 150 minuti di attività intensa o ancora una combinazione equivalente) si raggiungono benefici aggiuntivi. È, inoltre, indicata almeno 2 giorni alla settimana un'attività di rafforzamento dei gruppi muscolari maggiori.

Nell'anziano dopo i 65 anni valgono le medesime indicazioni dell'adulto. Ad esse si aggiunge quella della pratica di esercizio per l'equilibrio almeno 3 volte la settimana, in modo da prevenire le cadute. Se le condizioni di salute generali non consentono di raggiungere i livelli consigliati di attività fisica, il programma va impostato su base individuale. È importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in combinazione con altri interventi, possono essere molto utili nell'incrementare l'attività fisica dei loro assistiti.

Ma non è ancora sufficiente: per favorire uno stile di vita attivo occorre coinvolgere diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento; questo l'obiettivo del programma Guadagnare Salute: realizzare un ambiente che non ostacoli, anzi favorisca il movimento riducendo le disuguaglianze sociali.

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

In Liguria, nel periodo 2008-11 il 40% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 38% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 22% è completamente sedentario.

Attività fisica - Regione Liguria - PASSI 2008-11 (n uguale 5.597)

Livello di attività fisica	% (IC95%)
attivo ¹	40,2 (38,8-41,7)
parzialmente attivo ²	37,7 (36,3-39,2)
sedentario ³	22,1 (20,9-23,2)

¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

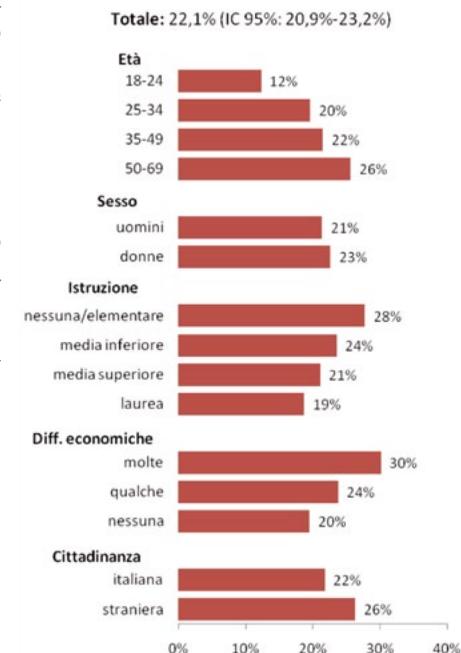
³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione, in quelle con maggiori difficoltà economiche e tra i cittadini stranieri; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne ma la sedentarietà prevale nelle donne in tutte e quattro le fasce di età.

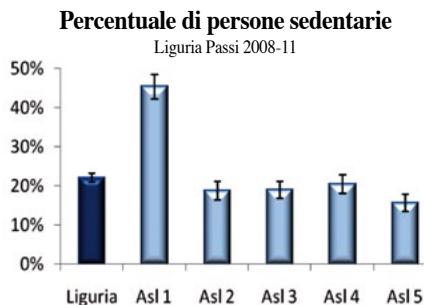
Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla sedentarietà sono:

- per gli uomini: età adulta, istruzione media inferiore (vs nessuna) e molte difficoltà economiche;
- per le donne: età adulta (50-69 anni), istruzione bassa e molte difficoltà economiche.

Sedentari
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Liguria 2008-11(n. uguale 5.597)



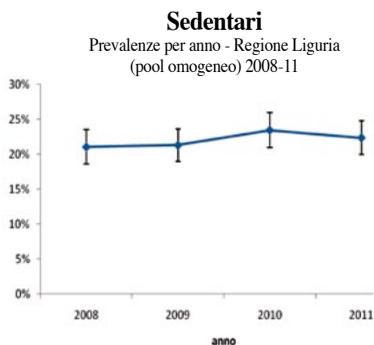
Nelle ASL regionali sono emerse differenze statisticamente significative tra la ASL 1 e la media regionale (45% vs 22%).



Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di sedentari è risultata del 30%.

Nel periodo 2008-2011 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (9,4%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (47,2%).

Sedentari
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11
Totale: 30,1% (IC95%: 29,8-30,4%)

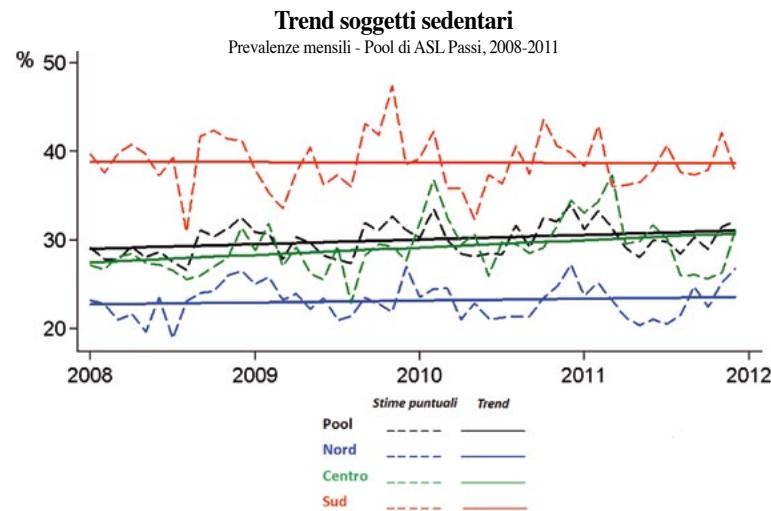


Confronto negli anni

Si può osservare come nel periodo 2008-11 l'andamento sia stato pressoché costante, con differenze che non raggiungono la significatività.

Analisi di trend sul pool di ASL

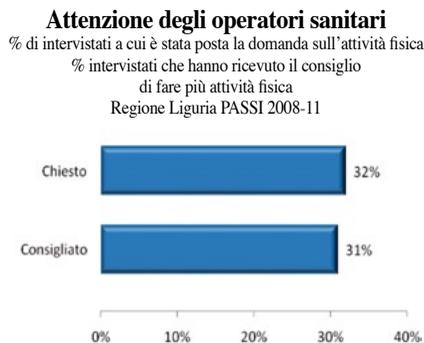
Osservando il fenomeno per mese, e considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente nel periodo 2008-2011 (pool omogeneo delle ASL italiane), non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.



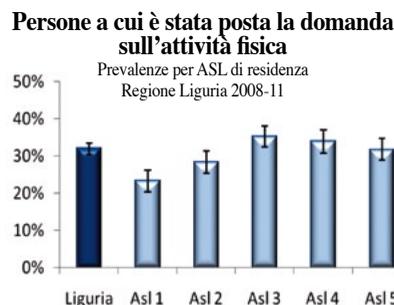
PERCENTUALE DI SEDENTARI	
DEFINIZIONE	Percentuale di sedentari
NUMERATORE	N. di persone di età 18 - 69 anni che riferiscono di svolgere un lavoro che non richiede uno sforzo fisico pesante e di aver fatto meno di 10 minuti di attività fisica intensa o moderata, nei 30 giorni precedenti l'intervista x 100
DENOMINATORE	Intervistati che hanno risposto alle domande sull'attività fisica svolta durante il proprio lavoro o su quella intensa o moderata nei 30 giorni precedenti l'intervista. Sono esclusi dal denominatore i valori mancanti e gli intervistati che hanno risposto "non so/non ricordo".
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Attivo: è un individuo che: - svolge un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad es. manovale, muratore, agricoltore) - aderisce alle linee guida sulla attività fisica: - 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure - attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali Parzialmente attivo: è un individuo che: - non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati Sedentario: è un individuo che: - non svolge un lavoro pesante e che, nel tempo libero, fa meno di 10 minuti di attività moderata o intensa al giorno. L'indicatore è costruito sulla base di: - comportamento abituale nell'ambito del lavoro svolto attualmente - attività fisica, svolta nel tempo libero, nei 30 giorni precedenti l'intervista
RIFERIMENTO	Media Pool PASSI - ASL italiane partecipanti al sistema PASSI
FONTE	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

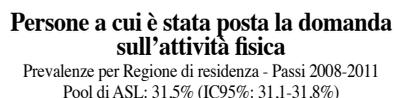
In Liguria solo il 32% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 31% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.



Nelle ASL regionali la percentuale di persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica da parte del medico varia dal 23% di ASL 1 (valore statisticamente inferiore alla media regionale) al 35% di ASL 3.



Nel pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31%.



Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (23%), mentre quella significativamente più alta nelle ASL della Sardegna (39%).



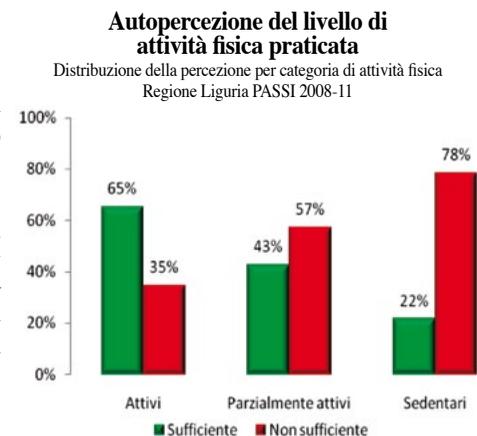
Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Tra le persone attive, il 35% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.

Il 43% delle persone parzialmente attive ed il 22% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

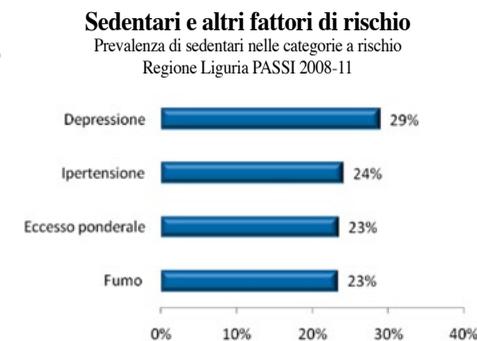
I dati regionali sono simili a quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale dove la percezione positiva del proprio livello di attività fisica è: 70% tra gli attivi, 49% tra i parzialmente attivi e 20% tra i sedentari.



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

- il 29% delle persone depresse;
- il 24% degli ipertesi;
- il 23% delle persone in eccesso ponderale;
- il 23% dei fumatori.



PERCENTUALE DI PERSONE SEDENTARE CONSIGLIATE DAL MEDICO DI FARE ATTIVITÀ FISICA	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica, tra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno
NUMERATORE	N. persone sedentarie consigliate dal medico di fare attività fisica x 100
DENOMINATORE	Totale persone sedentarie consigliate e non consigliate dal medico di fare attività fisica
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano le persone che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi
RIFERIMENTO	Media Pool PASSI - ASL italiane partecipanti al sistema PASSI
FONTI	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

BIBLIOGRAFIA

- CDC “*Guide to Community Preventive Services Physical activity*”.
- *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice.* In: Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007;14(suppl.2).
- *Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases.*
- I progetti Ccm in capo alle Regioni: Emilia-Romagna con Azioni; il Veneto con *Progetto nazionale di promozione dell'attività motoria.*
- La relazione tra attività fisica e cancro: <http://www.epicentro.iss.it/passi/AttivitaFisicaTumori.asp#1>
- National Cancer Institute, Physical Activity and Cancer; <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/prevention/physicalactivity>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion and Centers for Disease Control and Prevention (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General.* Retrieved June 26, 2009.
- Physical Activity and Public Health: *Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association.* Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2010 Vol. 1 Understanding and Improving Health; Objectives for Improving Health (Part A: Focus Areas 1-14).* Washington, DC Government Printing Office 2000.
- U.S. Department of health and human service. *Physical activity guideline for Americans*, 2008.
- World Health Organization. Regional Office for Europe, *Physical Activity and health in Europe: evidence for action.* 2006. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf
Versione italiana: *Organizzazione mondiale della sanità. Ufficio Regionale per l'Europa, Attività fisica e salute in Europa: conoscere per agire.* Armando editore, 2007.
- <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physicalactivity/publications/2006/physical-activity-and-health-in-europe-evidence-for-action/italian>
- World Health Organization, *Interventions on diet and physical activity: what works.* Summary report. 2009.

- <http://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks/en/index.html>
- <http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf>
- World Health Organization, *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, 2004.
- http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- World Health Organization, *Global recommendations on physical activity for health.* 2010.
- <http://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>
- WHO “*Collaboration between health and transport sectors in promoting physical activities*”, 2006.
- World Health Organization; Regional Office for Europe. *Steps to health. A European Framework to promote physical activity for health.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.

Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità. In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito). Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età. Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (IMC), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25,0-29,9), obeso (IMC ≥ 30). Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associate all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*five-a-day*). Per porzione di frutta o verdura si intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto nel palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta.

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura - Regione Liguria - PASSI 2008-11 (n. uguale 5.642)

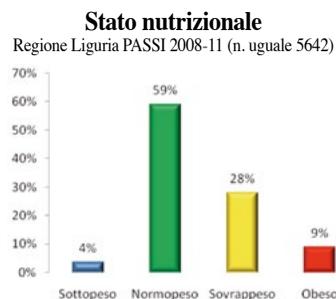
	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
sovrappeso ¹	28,3 (27,0-29,6)
obesi ²	8,8 (8,0-9,6)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario³	
sovrappeso	49,0 (46,1-51,9)
obesi	77,7 (73,6-81,7)
adesione al <i>five-a-day</i>	17,9 (16,7-19,0)

¹ sovrappeso uguale indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9 - ²obeso uguale indice di massa corporea (Imc) ≥30
³ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

In Liguria il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 59% normopeso, il 28% sovrappeso e il 9% obeso.

Complessivamente si stima che il 37% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:

- col crescere dell'età
- negli uomini (46% vs 28%)
- nelle persone con basso livello di istruzione
- nelle persone che riferiscono molte difficoltà economiche.

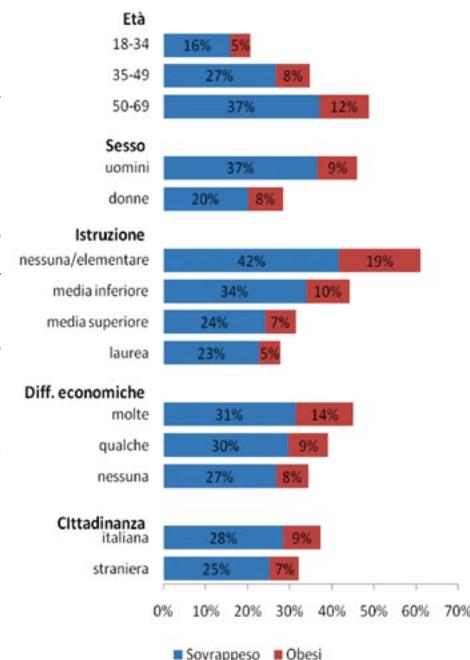
Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa all'eccesso ponderale sono:

- per gli uomini, l'età oltre i 35 anni e il livello di istruzione basso;
- per le donne rimangono significative l'età oltre i 35 anni, l'istruzione nessuna/elementare e le molte difficoltà economiche.

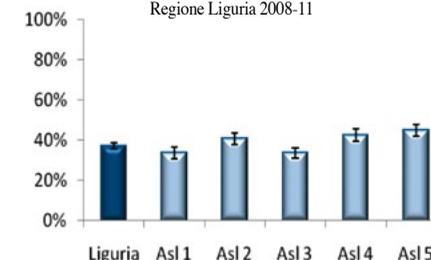
Nelle ASL della Regione sono emerse alcune differenze statisticamente significative: in particolare, rispetto alla media regionale, l'eccesso ponderale è più elevato nella ASL 5 (range dal 34% di ASL 1 e 3 al 45% di ASL 5).

Eccesso ponderale Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Liguria 2008-11 (n. uguale 5627)

Totale: 37,1% (IC 95%: 35,7%-38,4%)



Eccesso ponderale Prevalenze per ASL di residenza Regione Liguria 2008-11



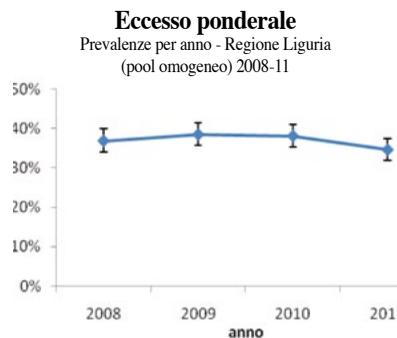
Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Le ASL partecipanti della Lombardia presentano la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (34,5%), mentre in Molise si registra quella significativamente più alta (49,3%).

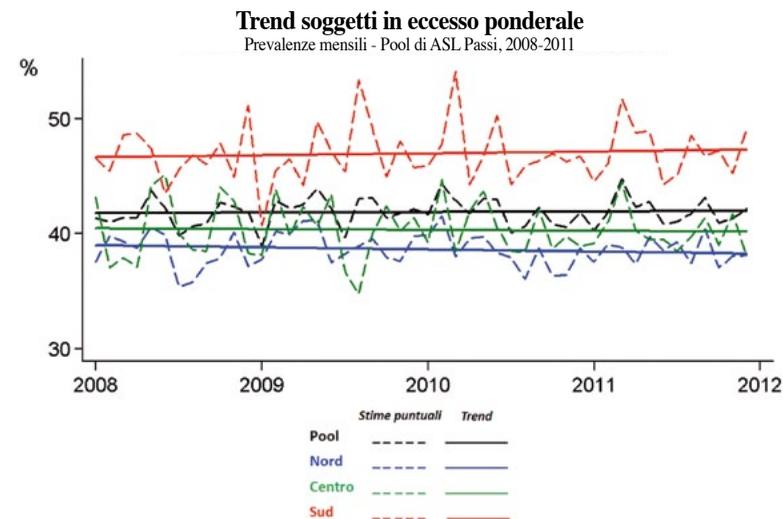


Confronto negli anni

Nel periodo 2008-2011 in Liguria si è osservata una sostanziale stabilità dell'indicatore nonostante appaia, nel 2011 una leggera diminuzione.



Analisi di trend sul pool di ASL



Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di ASL omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

PERCENTUALE DI PERSONE OBESE	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone obese
NUMERATORE	N. di persone di età 18 - 69 anni che hanno un Indice di massa corporea (Imc) maggiore uguale 30.0 kg/m ² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza x 100
DENOMINATORE	Intervistati per i quali può essere calcolato l'Indice di massa corporea dai valori autoriferiti di peso e altezza
NOTA PER L'ELABORAZIONE	La prevalenza dell'obesità basata su dati riferiti è sottostimata rispetto a quella calcolata su dati misurati, ma può essere considerata valida per valutare i trend temporali e le differenze territoriali
RIFERIMENTO	Media Pool PASSI - ASL italiane partecipanti al sistema PASSI
FONTE	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

PERCENTUALE DI PERSONE SOVRAPPESO	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone sovrappeso
NUMERATORE	N. di persone di età 18 - 69 anni che hanno un Indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25.0 kg/m ² e 29.9 kg/m ² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza x 100
DENOMINATORE	Intervistati per i quali può essere calcolato l'Indice di massa corporea dai valori autoriferiti di peso e altezza
NOTA PER L'ELABORAZIONE	La prevalenza del sovrappeso basata su dati riferiti è sottostimata rispetto a quella calcolata su dati misurati, ma può essere considerata valida per valutare i trend temporali e le differenze territoriali
RIFERIMENTO	Media Pool PASSI - ASL italiane partecipanti al sistema PASSI
FONTE	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.

La percezione del proprio peso non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in Liguria si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (86%) e nei normopeso (84%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 41% ritiene il proprio peso giusto.

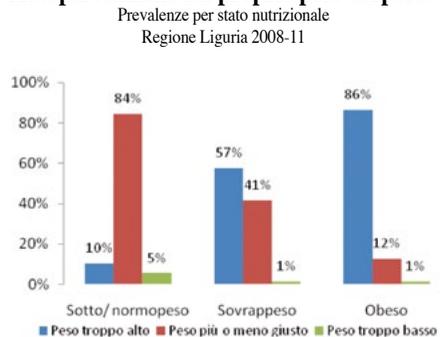
Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: oltre la metà (51%) degli uomini in sovrappeso considera il proprio peso più o meno giusto, rispetto al 25% delle donne.

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

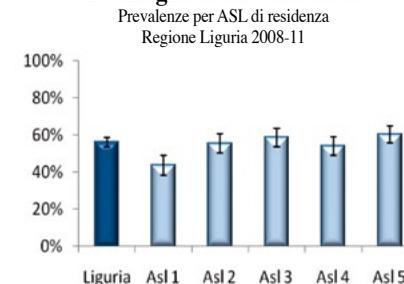
In Liguria il 56% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 49% delle persone in sovrappeso e 78% delle persone obese.

Nelle ASL della Regione la percentuale di persone intervistate in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 44% di ASL 1 al 60% di ASL 5.

Autopercezione del proprio peso corporeo



Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta

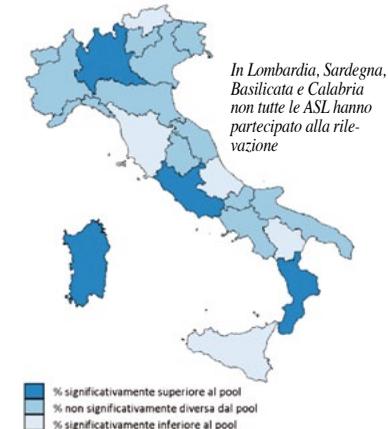


Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 54%.

La mappa riporta la frequenza, per Regione di residenza, di intervistati in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (33%) mentre quello significativamente più alto nelle ASL della Sardegna (63%).

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 54% (IC95%: 53.8-54.8%)



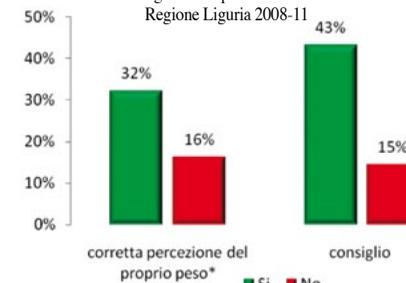
Il 29% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (26% nei sovrappeso e 40% negli obesi).

La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne (35% vs 25% negli uomini);
- negli obesi (40% vs 26% nei sovrappeso);
- nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (32%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (16%);
- in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (43% vs 15%).

Attuazione di una dieta

% di "sovrappeso" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso
% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per consiglio dell'operatore sanitario Regione Liguria 2008-11



Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n. uguale 1.628)

PERCENTUALE DI PERSONE SOVRAPPESO E OBESE CONSIGLIATE DAL MEDICO DI PERDERE O MANTENERE PESO

DEFINIZIONE	Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso, tra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno
NUMERATORE	N. di persone sovrappeso e/o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso x 100
DENOMINATORE	N. di persone sovrappeso e/o obese consigliate e non consigliate dal medico di perdere o mantenere peso
NOTA PER L'ELABORAZIONE	È considerato "sovrappeso" chi ha un Indice di Massa Corporea (IMC) 25.0-29.9
RIFERIMENTO	Media Pool PASSI - ASL italiane partecipanti al sistema PASSI
FONTE	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

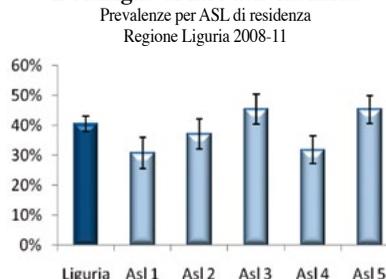
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

In Liguria il 23% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (21% nei sovrappeso e 32% negli obesi). Il 41% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 36% delle persone in sovrappeso e il 54% di quelle obese.

Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 81% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 73% di chi non l'ha ricevuto.

Nelle ASL regionali, la percentuale di intervistati in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica varia dal 31% di ASL 1 (valore significativamente più basso rispetto la media regionale) al 45% delle ASL 3 e 5.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica



Nel pool di ASL 2008-11 il 39% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

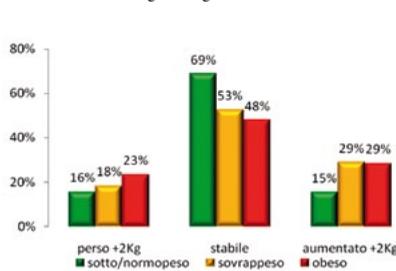
In Liguria il 20% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.

La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:

- nella fascia 18-34 anni (23% vs 20% 35-49 anni e 19% 50-69 anni);
- nelle persone già in eccesso ponderale (29% obesi e il 29% sovrappeso vs 15% normopeso).

Sono emerse differenze tra donne (23%) e uomini (18%).

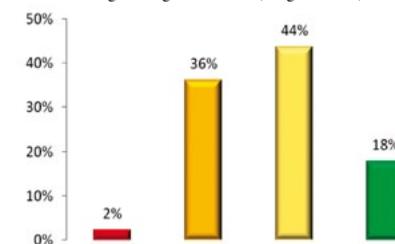
Cambiamenti di peso
% di persone che hanno cambiato peso negli ultimi 12 mesi per stato nutrizionale Regione Liguria 2008-11



Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno "five-a-day"?

In Liguria il 98% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 44% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 18% le 5 porzioni raccomandate.

Consumo di frutta e verdura
Prevalenze per porzioni consumate Regione Liguria 2008-11 (n. uguale 5642)



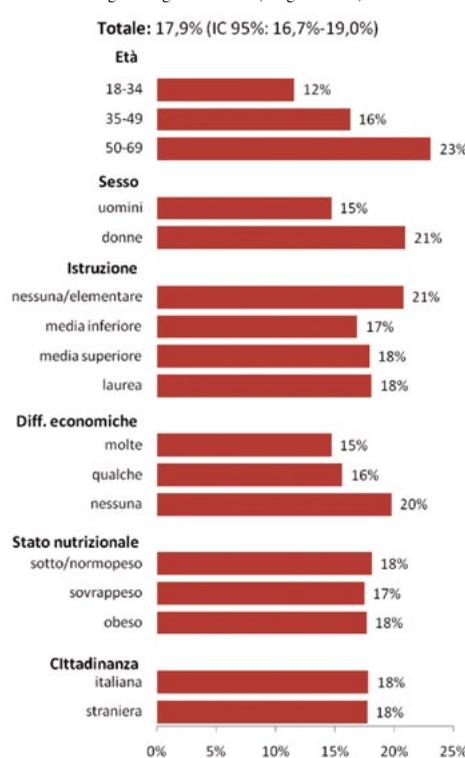
L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:

- nelle persone sopra ai 50 anni;
 - nelle donne (21%)
 - nelle persone con basso livello d'istruzione (38%).
- Non emergono differenze legate alla condizione economica.

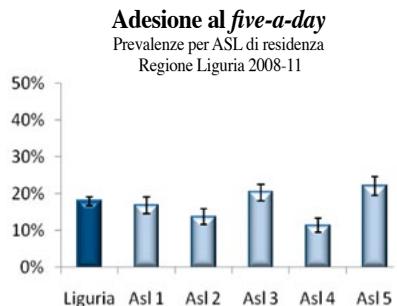
Analizzando separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa all'adesione al five-a-day sono:

- per gli uomini, l'età sopra i 50 anni e avere poche o nessuna difficoltà economica;
- per le donne risulta significativa l'età oltre i 35 anni.

Adesione al five-a-day
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Liguria 2008-11 (n. uguale 5642)



Nelle ASL della Regione la percentuale di persone intervistate che aderisce al *five-a-day* varia dal 22% di ASL 5 all'11% di ASL 4, valore significativamente più alto rispetto alla media regionale.



Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di intervistati che aderisce al *five-a-day* è del 10%.

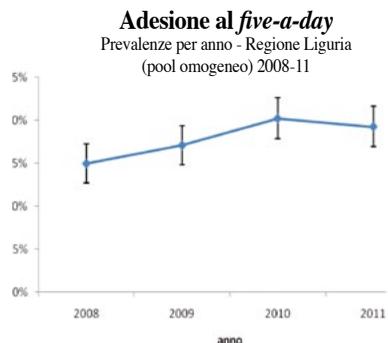
Adesione al *five-a-day*
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 9,8% (IC95%: 9,6-10,0%)

La mappa riporta le prevalenze, per Regione di residenza, dell'adesione al *five-a-day* nel periodo 2008-2011. Si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti nelle Regioni settentrionali: il dato significativamente più alto è quello della Liguria (18%).

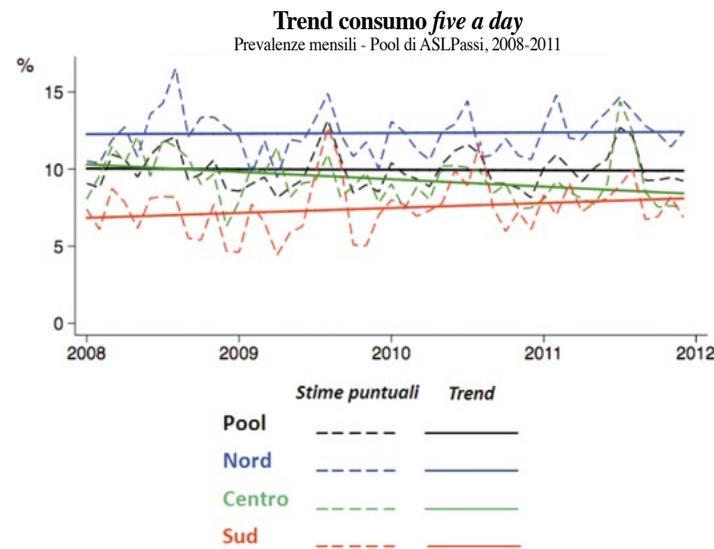


Confronto negli anni

Dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un aumento costante dell'indicatore dal 2008 al 2010 con una leggera diminuzione nel 2011 (19%).



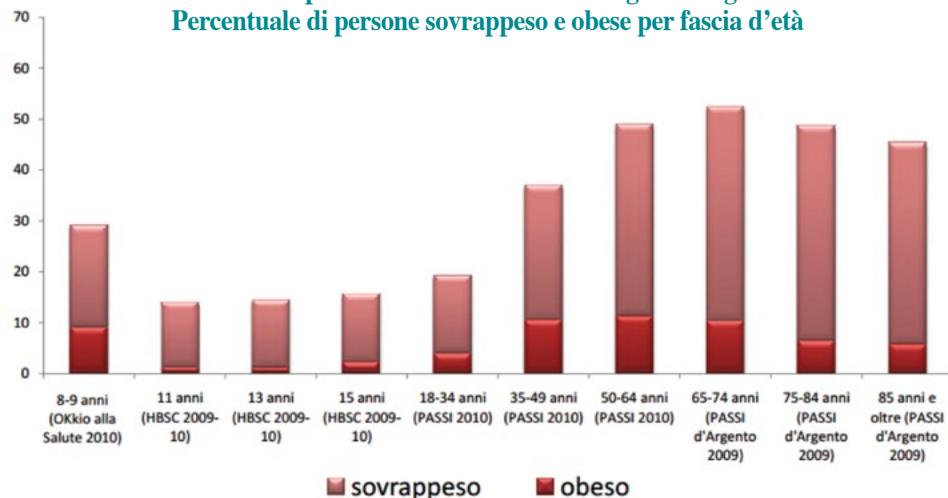
Analisi di trend sul pool di ASL



L'analisi dei trend conferma l'assenza di variazioni significative nell'adesione al *five-a-day*, in tutte le tre ripartizioni geografiche.

PERCENTUALE DI PERSONE CHE CONSUMANO ALMENO 5 PORZIONI DI FRUTTA E VERDURA	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone che consumano almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura (<i>five-a-day</i>)
NUMERATORE	N. di persone di età 18 - 69 anni che riportano un consumo giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e verdura x 100
DENOMINATORE	N. di persone che hanno risposto alla domanda su quante porzioni di frutta e verdura consumano al giorno
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Per porzione di frutta o verdura si intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta
RIFERIMENTO	Media Pool PASSI - ASL italiane partecipanti al sistema PASSI
FONTE	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

L'eccesso ponderale nei sistemi di sorveglianza liguri: Percentuale di persone sovrappeso e obese per fascia d'età



Nota descrittiva dei Sistemi

“**OKkio alla salute**” è un sistema di sorveglianza collegato al programma europeo “Guadagnare Salute” e ai Piani di Prevenzione nazionali e regionali, promosso dal Ministero della Salute/CCM in collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione e coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità. Consiste nella misurazione diretta di peso e altezza dei bambini campionati delle classi terze della scuola primaria e nella sorveglianza dei loro comportamenti a rischio; prevede una periodicità di raccolta dati biennale e permette di descrivere la variabilità geografica e l’evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell’abitudine all’esercizio fisico dei bambini e delle attività scolastiche favorevoli a una sana nutrizione e l’attività fisica.

“**HBSC**” (*Health Behaviour in School-aged Children*) è un Progetto internazionale, patrocinato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha lo scopo di descrivere e comprendere fenomeni e comportamenti correlati con la salute nella popolazione pre-adolescente. La ricerca HBSC è quadriennale e raccoglie informazioni autoriferite sui comportamenti collegati alla salute, al benessere e alla rete di sostegno socio-affettivo tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Ai 15enni viene somministrato anche un questionario contenente domande relative all’uso di sostanze stupefacenti e al comportamento sessuale.

“**PASSI**” (Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il Sistema di sorveglianza continuo su abitudini e stili di vita della popolazione di 18 - 69 anni. Basato sull’ascolto costante e diretto dei bisogni di salute, attraverso interviste a soggetti campionati, PASSI rappresenta allo stato attuale uno strumento scientifico validato per la valutazione puntuale degli stili di vita nella popolazione, nonché per la sorveglianza continua dei determinanti di salute e degli effetti che le attività di promozione della salute esercitano sui determinanti stessi. Inoltre la lettura e l’utilizzo

dei dati del sistema di sorveglianza, integrata con quelli derivanti dai flussi regionali e dal sistema di valutazione delle performances, concorre alla realizzazione della costruzione di un sistema sanitario basato sulla conoscenza, l’analisi dei dati e le evidenze. È collegato al programma europeo “Guadagnare Salute” e ai Piani di Prevenzione nazionali e regionali, promosso dal Ministero della Salute/CCM in collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione e coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità.

“**PASSI d’Argento**” è il Sistema di sorveglianza sullo stato di Salute e la qualità della vita della popolazione ultra 64enne, basato su indagini trasversali ripetute, con cadenza ancora da definire. Permette di avere un quadro completo sui bisogni della popolazione ultra 64enne e sulla qualità degli interventi dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Alcune novità fanno di PASSI d’Argento un sistema di sorveglianza innovativo: la sua realizzazione poggia sulla collaborazione fra operatori sociali e sanitari. Questa collaborazione è valida non solo per la raccolta dei dati ma anche per l’interpretazione dei risultati e per la messa in opera di azioni congiunte.

È collegato al programma europeo “Guadagnare Salute” e ai Piani di Prevenzione nazionali e regionali, promosso dal Ministero della Salute/CCM in collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione e coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità.

Eccesso ponderale e diabete

Nel Pool di ASL partecipanti al Sistema di sorveglianza PASSI, la percentuale delle persone di 18-69 anni che riferiscono di aver ricevuto la diagnosi di diabete è del 5%. In Liguria il 3,9% degli intervistati ha riferito diagnosi di diabete; i dati sono sovrapponibili a quelli rilevati dal Progetto Nocchiero.

Il Progetto Nocchiero è stato sviluppato dal Settore Sistemi Informativi dell' Agenzia Regionale Sanitaria della Liguria.

Si tratta di un sistema di integrazione di flussi di dati che si avvale dei flussi regionali dell'assistenza ospedaliera (SDO), della specialistica ambulatoriale e della farmaceutica.

Le complicanze croniche del diabete possono essere prevenute o se ne può rallentare la progressione attraverso uno stretto controllo di tutti i fattori di rischio correlati.

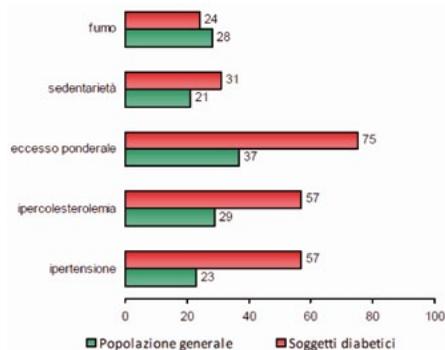
- In questa sezione è stata valutata la compresenza dei principali fattori di rischio con il diabete, rilevando ampi margini di possibile miglioramento: tre diabetici su quattro sono in eccesso ponderale, più della metà sono ipercolesterolemici e ipertesi e quasi un terzo conduce uno stile di vita sedentario.

- Consigli di medici e operatori sanitari ai diabetici con eccesso ponderale: su 10 diabetici in eccesso ponderale 9 hanno dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio da un medico di perdere peso; e 7 hanno riferito il consiglio di fare regolare attività fisica

- In media solo il 63% segue una dieta e solo il 39% pratica attività fisica, ma con valori molto più elevati in chi ha ricevuto il consiglio sanitario.

Diabete. Popolazione di riferimento: residenti liguri di 18-69 anni nel 2010: 1.064.747 persone (ISTAT)	
	Diabete tipo II
	38.876 persone
	3,9% (IC 95%: 3,4% - 4,5%)
	41.525 persone

Presenza dei fattori di rischio nei diabetici e nella popolazione generale (%)
Liguria - Passi 2007-2010



Diabetici con eccesso ponderale

seguono una dieta per il controllo del peso	63%
praticano attività fisica (moderata o intensa)	39%
riferiscono il consiglio di un sanitario di perdere peso	89%
riferiscono il consiglio di un sanitario di fare attività fisica	67%

BIBLIOGRAFIA

- Action Plan Oms 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf
- CDC *Fruit and vegetable benefits* <http://www.fruitsandveggiesmatter.gov/benefits/index.html>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 Maggio 2007. *Documento programmatico "Guadagnare Salute"*. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
- Gaining health. *The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases* http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf
- Task Force on Community Preventive Services. *Strategie per ridurre la morbilità e mortalità da diabete attraverso interventi del sistema sanitario e l'educazione all'autogestione della malattia in contesti comunitari.* (traduzione italiana). *Epidemiologia & Prevenzione* 2002; 26 (suppl 4): 70-78.
- WHO *European Ministerial Conference on Counteracting Obesity - Conference report* <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/who-european-ministerial-conference-on-counteracting-obesity.-conference-report>
- WHO *European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2010* <http://www.euro.who.int/document/E91153>

Consumo di Alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, e può creare dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo. I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, la quantità di alcol assunta in una singola occasione, le modalità ed il contesto di assunzione dell'alcol. Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili. Il consumo di alcol è definito a maggior rischio, se vengono superati tali limiti.

Gli indicatori Passi

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in un boccale/lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande. Passi monitora diversi aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici: consumo abituale elevato: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni¹; consumo binge: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione²; consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

Unità alcolica standardizzata



¹Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da Passi permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.
²Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti

Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol - Regione Liguria - PASSI 2008-11 (n. uguale 5.537)

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	61,2 (59,9-62,6)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	8,9 (8,0-9,7)
Consumo abituale elevato ¹	6,3 (5,6-7,0)
Consumo binge (2010-2011) ²	8,5 (7,3-9,7)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) ³	20,3 (18,6-22,0)

¹ più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini); più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

² 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)

³ consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

Nel periodo 2008-11, la percentuale di consumatori di alcol nella regione Liguria è risultata pari al 61,2%, mentre il consumo fuori pasto era del 8,9% e il consumo abituale elevato del 6,3%.

Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati del biennio 2008-2009 con quelli del biennio 2010-11, relativamente agli indicatori "binge" e "consumo a maggior rischio", di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (8,5%) e del consumo a maggior rischio (20,3%), relative al periodo 2010-11.

Quante persone consumano alcol?

Nel periodo 2010-11 nella regione Liguria, il 20,3% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, e tra i cittadini italiani rispetto agli stranieri. Non si evidenziano sostanziali differenze per livello di istruzione e difficoltà economiche.

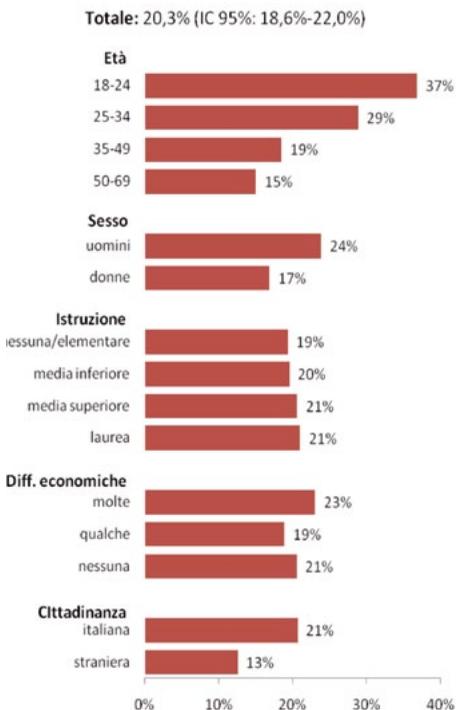
Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa al consumo a maggior rischio sono:

- per gli uomini, l'età fino ai 34 anni e la cittadinanza italiana;
- anche per le donne rimane significativa la giovane età.

Il consumo a maggior rischio non è uniformemente distribuito tra le ASL della regione: nelle ASL 4 e 1 la sua prevalenza rispetto alla media regionale è significativamente meno elevata (range dal 14,3% di ASL 4 al 24,4% di ASL 5).

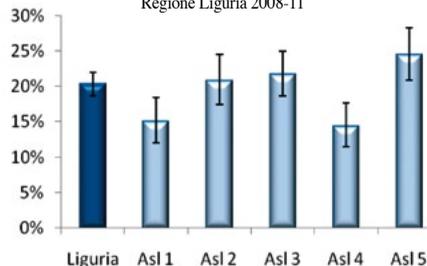
Consumo a maggior rischio

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Liguria 2010-11 (n. uguale 2.783)



Consumo a maggior rischio

Prevalenze per ASL di residenza Regione Liguria 2008-11



Nel Pool di ASL PASSI 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Campania al 39% della P.A. di Bolzano.

Consumo a maggior rischio

Prevalenze per regione di residenza Pool di ASL 2010-11 Totale: 17,0% (IC95%: 16,7%-17,3%)



Confronto negli anni

Consumo a maggior rischio - Regione Liguria - PASSI 2010-11

	2010	2011
Consumo a maggior rischio (% con IC95%)	18,9 (16,6-21,3)	21,6 (19,2-24,1)

Considerando la rilevazione continua solo dal 2010 al 2011 (perché nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo *binge*) si può osservare come l'indicatore sia in crescita nei due anni.

CONSUMO A MAGGIOR RISCHIO	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone con consumo di alcol a maggior rischio
NUMERATORE	N. di persone con consumo di alcol a maggior rischio x 100
DENOMINATORE	N. di persone che dichiarano di consumare alcol
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Una Unità Alcolica (UA) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione, o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di 1 grammo di alcol è pari a 7 Kcal. (definizione Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN). Percentuale di persone che dichiarano un consumo abituale elevato (1) oppure almeno un episodio di <i>binge drinking</i> (2) oppure di assumere alcol prevalentemente o esclusivamente fuori pasto (3). La percentuale è inferiore alla somma di (1) + (2) + (3), perché una parte degli intervistati presenta più fattori di rischio. 1. % di persone che dichiara di consumare: - maggiore 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a maggiore 60 UA negli ultimi 30 giorni (uomini) - maggiore 1 UA medie giornaliere, corrispondenti a maggiore 30 UA negli ultimi 30 giorni (donne) 2. % di persone che dichiara di aver avuto almeno un episodio di <i>binge drinking</i> (maggiore 4 UA per gli uomini; maggiore 3 UA per le donne) negli ultimi 30 giorni. 3. % di persone che dichiara di assumere alcol prevalentemente o esclusivamente fuori pasto
RIFERIMENTO	Media Pool PASSI - ASL italiane partecipanti al sistema PASSI
FONTE	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

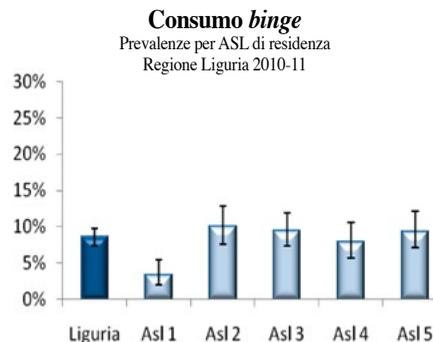
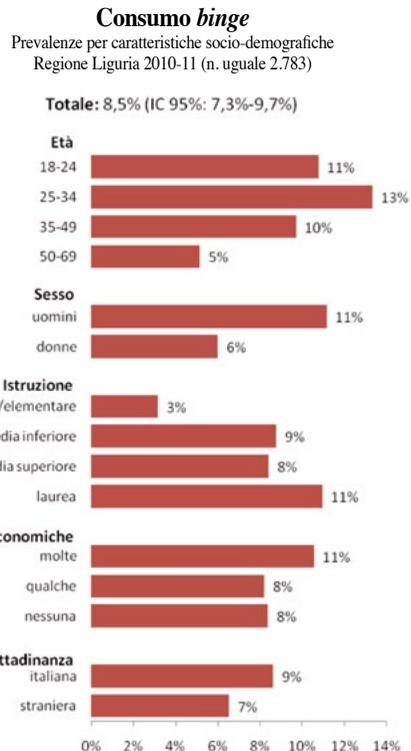
Nel periodo 2010-11 nella regione Liguria, l'8,5% degli intervistati è classificabile come consumatore *binge*.

Il consumo *binge* è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 25-34enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio e alto, quelle con molte difficoltà economiche e tra i cittadini italiani rispetto agli stranieri.

L'analisi multivariata condotta considerando separatamente i due sessi, conferma l'esistenza di associazione significativa:

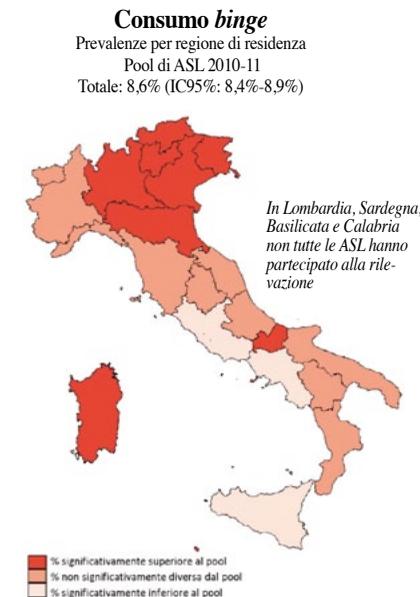
- per gli uomini con i livelli di istruzione medio-elevati, le molte difficoltà economiche e la cittadinanza italiana;
- per le donne con l'età fino ai 49 anni.

Nelle ASL regionali il consumo *binge* è distribuito abbastanza uniformemente, con l'eccezione della ASL 1 che si discosta in maniera significativamente minore dalla media regionale (range dal 3,3% di ASL 1 al 10,0% di ASL 2).



Nel Pool di ASL PASSI 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 9%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% della Sicilia al 18% della P.A. di Bolzano.



Confronto negli anni

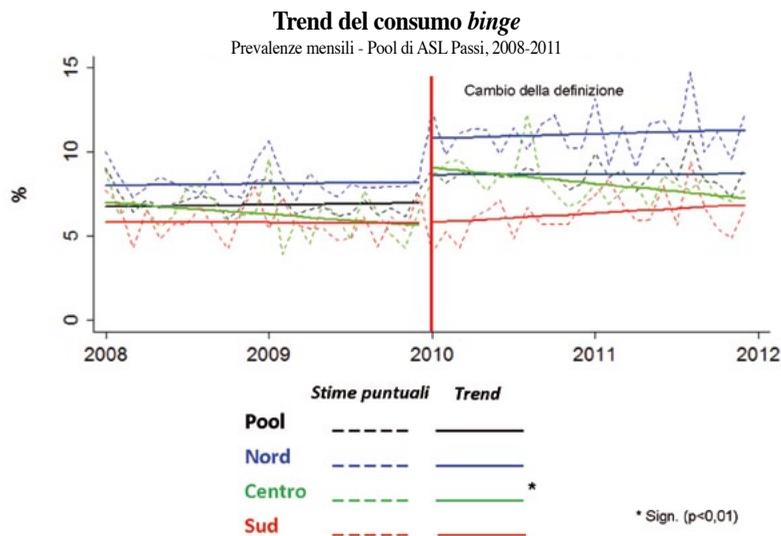
Consumo binge - Regione Liguria - PASSI 2010-11

	2010	2011
Consumo binge (% con IC95%)	7,9 (6,3-9,6)	9,1 (7,3-10,8)

Si può osservare come l'indicatore sia in crescita nei due anni.

Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di ASL italiane omogeneo (cioè considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2010 al 2011), si osserva come in coincidenza del cambio di definizione ci sia un salto di prevalenza media; non essendo direttamente confrontabili i dati del binge drinking dei due bienni (2008-09 e 2010-11) si può comunque valutarne le linee di tendenza separatamente. Per i dati di pool di ASL, nel Nord e nel Sud, non si osserva alcun cambiamento significativo (in realtà nel Sud sembra esserci un aumento, sebbene non sia significativo) mentre per il Centro, per entrambi i bienni, c'è un decremento significativo del fenomeno.



Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?

I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti Passi si rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

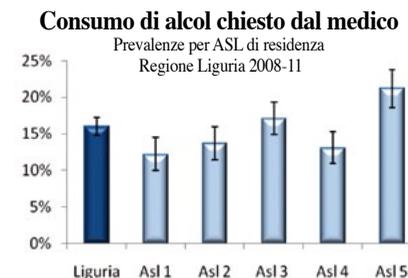
Attenzione al consumo alcolico - Regione Liguria - PASSI 2008-11 (n. uguale 4.849)

	% (IC95%)
Domanda del medico operatore sanitario sul consumo alcolico ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	16,0 (14,8-17,2)
Consiglio del medico di ridurre il consumo alcolico - nel caso di consumo a maggior rischio (2010-11) ¹ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	8,9 (8,0-9,7)

¹ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

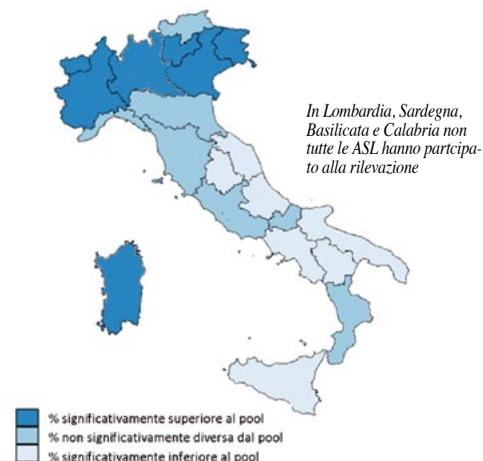
Nel periodo 2008-11, nella regione Liguria, solo il 16% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

Nel confronto tra le ASL regionali si osservano le seguenti differenze: in ASL 5 la prevalenza è significativamente maggiore rispetto alla media regionale mentre nella ASL 1 la prevalenza è significativamente minore (range dal 12,1% di ASL 1 al 21,1% di ASL 5).



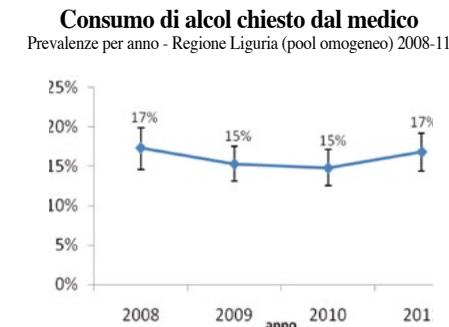
Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Si va dal 10% delle ASL della Basilicata e della Campania al 25% della Sardegna.

Consumo di alcol chiesto dal medico
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 15,2% (IC95%: 14,9%-15,4%)



Confronto negli anni

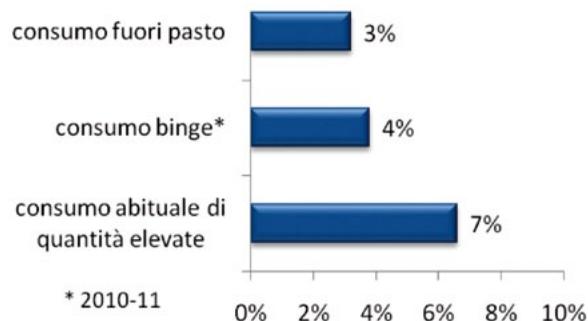
Nel corso degli anni, in Liguria, si può osservare un andamento costante dell'indicatore con variazioni annuali che non raggiungono la significatività.



Nel periodo 2008-11, nella regione Liguria, solo il 2% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche.

Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario

Prevalenze per categoria di consumo - Regione Liguria 2008-11



Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 3% (dato 2008-11), nel caso delle persone con consumo binge sale al 4% (dato 2010-11) e in quelli con consumo abituale elevato al 7% (dato 2008-11).

PERCENTUALE DI CONSUMATORI A MAGGIOR RISCHIO CONSIGLIATI DI BERE MENO	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone con consumo di alcol a maggior rischio consigliate dal medico di bere meno, tra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno
NUMERATORE	N. di persone con consumo di alcol a maggior rischio consigliate dal medico di bere meno x 100
DENOMINATORE	N. di persone che dichiarano di consumare alcol a maggior rischio
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Una Unità Alcolica (UA) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione, o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di 1 grammo di alcol è pari a 7 Kcal. (definizione Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione – INRAN). Percentuale di persone che dichiarano un consumo abituale elevato (1) oppure almeno un episodio di binge drinking (2) oppure di assumere alcol prevalentemente o esclusivamente fuori pasto (3). La percentuale è inferiore alla somma di (1) + (2) + (3), perché una parte degli intervistati presenta più fattori di rischio. 1. % di persone che dichiara di consumare: - maggiore 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a maggiore 60 UA negli ultimi 30 giorni (uomini) - maggiore 1 UA medie giornaliere, corrispondenti a maggiore 30 UA negli ultimi 30 giorni (donne) 2. % di persone che dichiara di aver avuto almeno un episodio di <i>binge drinking</i> (maggiore 4 UA per gli uomini; maggiore 3 UA per le donne) negli ultimi 30 giorni. 3. % di persone che dichiara di assumere alcol prevalentemente o esclusivamente fuori pasto
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

Alcol e guida

Nei paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro. Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto nei 30 giorni precedenti all'intervista, sia come conducenti sia come persone trasportate.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Alcol e guida - Regione Liguria - PASSI 2008-11 (n. uguale 3.107)

	% (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol ¹	10,5 (9,3-11,8)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol ²	6,9 (6,1-7,6)

¹ percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato). ² percentuale di persone che dichiarano di aver viaggiato come passeggeri di veicoli guidati da persona che ha consumato 2 o più unità alcoliche entro un'ora prima di mettersi alla guida (su tutti quelli che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni).

Nel periodo 2008-11, il 10,5% degli intervistati liguri ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. Il 6,9% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è decisamente più frequente tra gli uomini e tra chi non riferisce molte difficoltà economiche.

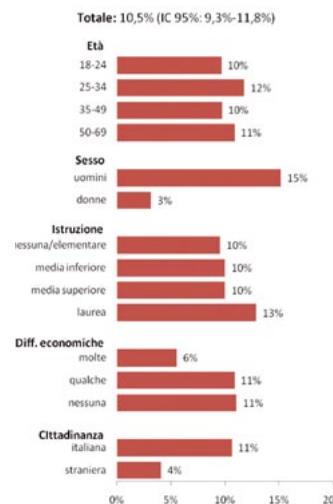
Non si rilevano differenze per età e livello di istruzione.

Una differenza, al limite della significatività statistica, si rileva nella cittadinanza: l'abitudine alla guida sotto l'effetto dell'alcol è più frequente tra i cittadini italiani.

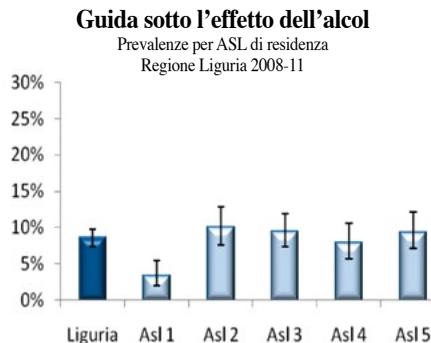
Analizzando, separatamente per genere, con un modello logistico, tutte le caratteristiche socio-demografiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla guida sotto l'effetto dell'alcol sono, per gli uomini, poche o nessuna difficoltà economica; non emergono associazioni significative per le donne.

Guida sotto l'effetto dell'alcol

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Liguria 2008-11 (n. uguale 3.107)



Nelle ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative (range dal 7,5% di ASL 1 all'11,4% di ASL 5).



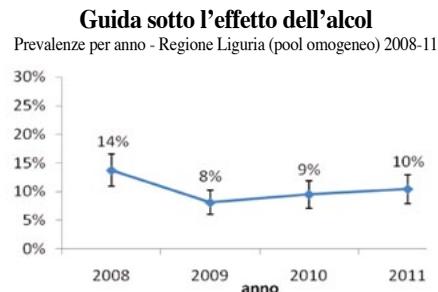
Nel pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è del 10%.

Guida sotto l'effetto dell'alcol
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 10,3% (IC95%: 10,1%-10,6%)



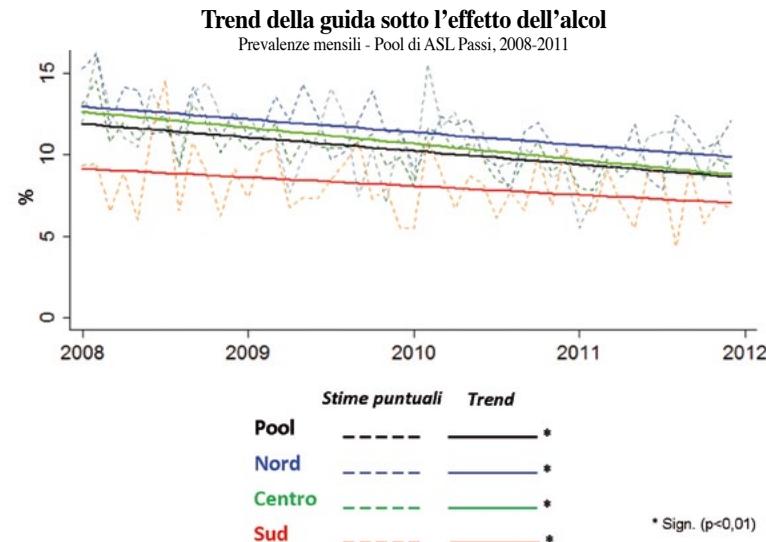
Confronto negli anni

Sono stati analizzati i risultati della rilevazione continua negli anni 2008-2011: in Liguria si è osservata una diminuzione importante e significativa dell'indicatore dal 2008 al 2009 ma tra il 2009 e il 2011 si osserva una nuova tendenza all'aumento.



Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando però il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di ASL italiane omogeneo, si nota un decremento significativo, con stagionalità. Si passa in media dal 12% al 9%. Stratificando per macroarea, sia il decremento significativo che la stagionalità si confermano in tutte e tre la macro-aree: Nord (passando in media dal 13% al 10%), Centro (dal 13% al 9%) e Sud (dal 9% a 7%).



Guida sotto l'effetto dell'alcol nei più giovani

Alcol e guida nei giovani - Regione Liguria - PASSI 2008-11 (n. uguale 365)

Guida sotto l'effetto dell'alcol	% (IC95%)
nei 18-25enni*	10,1 (6,5-13,8)
di cui 18-21enni*	8,3 (3,7-12,8)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato).

Per quanto riguarda il consumo di alcol prima di mettersi alla guida, meritano di essere monitorati con attenzione:

- i giovani di 18-25 anni, poiché, a parità di alcolemia (anche se non supera la soglia legale), sono esposti ad un rischio maggiore di incidenti;
- tra questi, i giovani di 18-21 anni, poiché per questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita in Italia è pari a zero; ogni livello di consumo va perciò considerato inappropriato.

Tra gli oltre 10 mila giovani di 18-25 anni, intervistati nel quadriennio 2008-2011 nel Pool di ASL PASSI, il 12% ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol. Anche se il valore è poco differente dalla media relativa a tutte le età, il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto. Nei giovani di età compresa tra i 18 e 21 anni, poi, uno su dieci dichiara di aver guidato dopo aver bevuto. Questo comportamento, oltre a comportare un rischio elevato di incidenti, è legalmente sanzionabile.

PERCENTUALE DI PERSONE CHE GUIDANO SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)
NUMERATORE	N. di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche x 100
DENOMINATORE	N. di persone che dichiarano di aver guidato negli ultimi 30 giorni e di aver bevuto almeno una unità alcolica
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Una Unità Alcolica (UA) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione, o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. Per chi si pone alla guida di auto e moto il limite legale di concentrazione ematica di alcol, in Italia, è pari a 0,5 grammi per litro. Questo limite è valido per tutti i soggetti esclusi i neopatentati - chi ha meno di 21 anni e chi ha la patente da non più di tre anni - e i conducenti professionali e di autoveicoli per i quali è richiesta la patente di categoria C, D, E, per i quali il limite è 0 gr/l.
RIFERIMENTO	Media Pool PASSI - ASL italiane partecipanti al sistema PASSI
FONTE	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

I controlli delle Forze dell'Ordine

Controlli delle Forze dell'Ordine - Regione Liguria - PASSI 2010-11 (n. uguale 4.548)

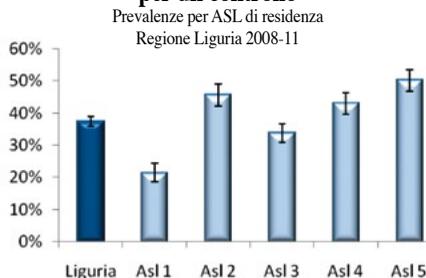
	% (IC95%)
Fermato dalle Forze dell'Ordine per un controllo*	37,3 (35,8-38,8)

*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle Forze dell'Ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

Nel periodo 2010-11, in Liguria il 37,3% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.

Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media due volte negli ultimi 12 mesi.

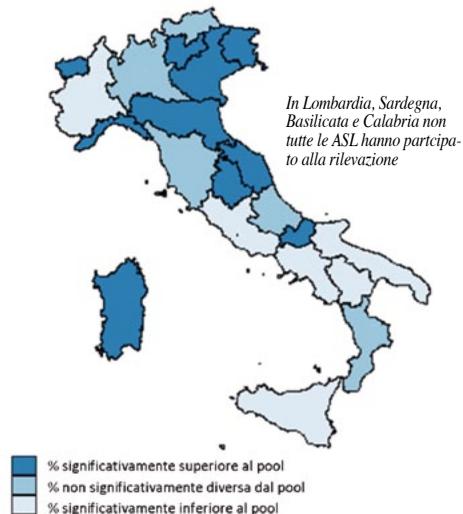
Fermato dalle Forze dell'Ordine per un controllo



Nel 2010-11, nel Pool di ASL la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto questo tipo di controllo è del 35% e, tra chi è stato fermato, il controllo è avvenuto in media più di due volte l'anno.

Fermato dalle Forze dell'Ordine per un controllo

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 35,0% (IC95%: 34,7%-35,5%)

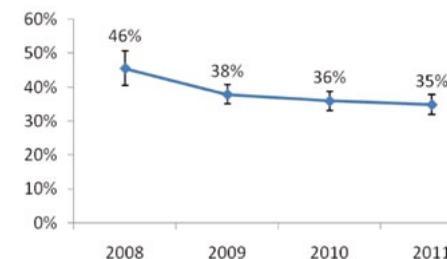


Confronto negli anni

Considerando la rilevazione continua dal 2008 al 2011, si può osservare come nella nostra regione la frequenza di questi controlli (seppur riferiti) sia in diminuzione.

Fermato dalle Forze dell'Ordine per un controllo*

Regione Liguria - PASSI 2008-11



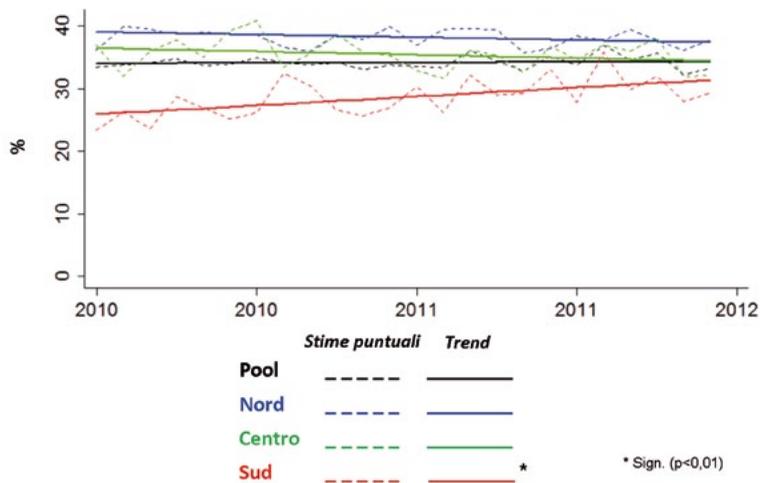
*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle Forze dell'Ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo).

Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno, analizzato per mese, nel periodo 2010-11, non si notano differenze significative per il pool di ASL omogeneo, e, stratificando per macroarea, neppure per il Nord e il Centro Italia mentre per il Sud si registra un incremento significativo che passa in media dal 26% al 31%.

Trend dei controlli delle Forze dell'Ordine

Prevalenze mensili - Pool di ASL Passi, 2010-2011



Controlli delle Forze dell'Ordine - Regione Liguria - PASSI 2010-11 (n. uguale 1.756)

	% (IC95%)
Effettuato l'etilotest*	12,5 (10,7-14,2)

* percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle Forze dell'Ordine

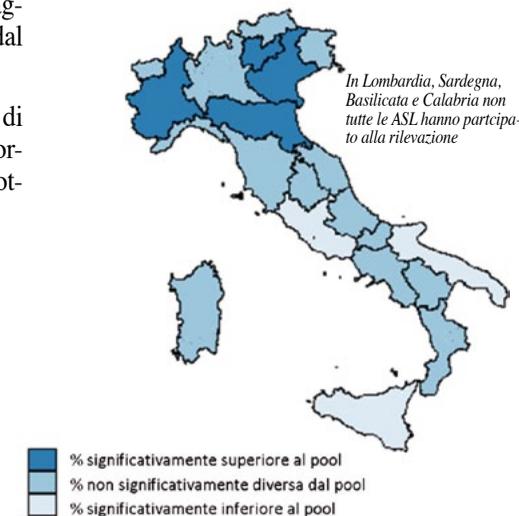
Il 12,5% dei fermati liguri ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.

La percentuale di controlli con etilotest è maggiore nelle fasce d'età più giovani: si passa dal 29,3% dei 18-24enni al 7,0% dei 50-69enni.

Nel 2010-11, nel Pool di ASL la percentuale di intervistati, tra quelli fermati dalle forze dell'ordine, che riferiscono che il guidatore è stato sottoposto all'etilotest è dell'11%.

Etilotest effettuato al guidatore

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 11,1% (IC95%: 10,7%-11,5%)

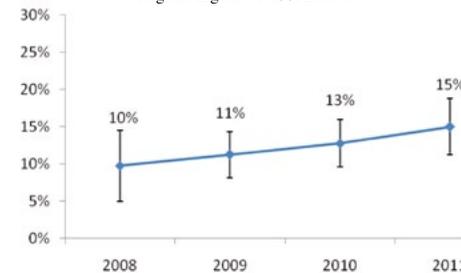


Confronto negli anni

A fronte di una diminuzione del numero di fermi da parte delle Forze dell'Ordine, in Liguria si è però intensificata l'abitudine ad effettuare l'etilotest: si può osservare come l'indicatore sia in crescita nei quattro anni anche se in maniera significativa.

Effettuato l'etilotest*

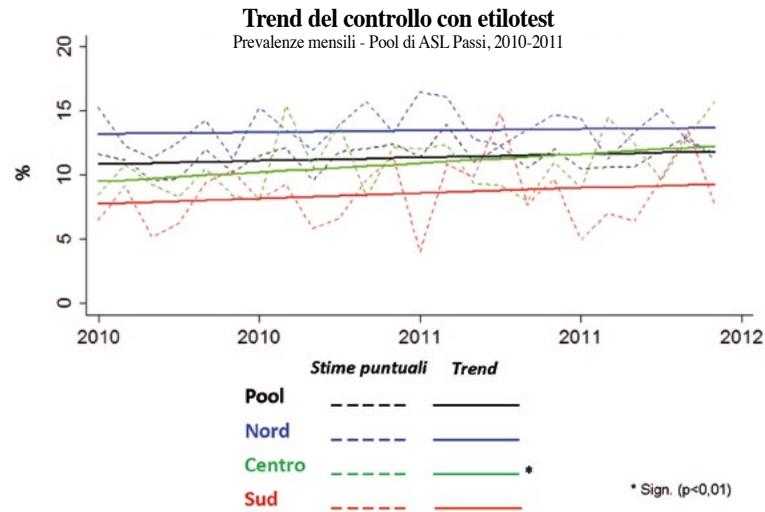
Regione Liguria - PASSI 2008-11



* percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle Forze dell'Ordine

Analisi di trend sul pool di ASL

Nella valutazione mensile del fenomeno nel periodo 2010-11, non si osservano cambiamenti significativi per il pool di ASL, il Nord e il Sud, mentre per il Centro c'è un aumento significativo e si passa in media dal 10% a 12%.



BIBLIOGRAFIA

- Anderson P., Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 Maggio 2007. *Documento programmatico "Guadagnare Salute"*. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
- Gaining health. *The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- Epicentro, *Alcol: I piani d'azione e i programmi internazionali sull'alcol*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/alcol.asp>
- European Commission. *Communication setting out strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*. 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_com_en.htm
- European Commission. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, *Linee guida per il consumo di alcol*. Disponibile all'indirizzo: http://www.inran.it/servizi_cittadino/per_saperne_di_piu/approfondimenti/approfondimenti/alcol.pdf
- Ministero della salute. *Piano nazionale alcol 2007-2009*. 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/piano%20nazionale%20alcol%20e%20salute%20Min%20Sal.1230630619.pdf>
- Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Rossi A., Ghirini S., per il gruppo di lavoro Centro Servizi *Documentazione Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS: Epidemiologia e monitoraggio alcol correlato in Italia*. Rapporto 2011. Rapporti ISTISAN 11/4. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2011/Apd2011_Istisan2011.pdf
- Valetto M. R.: *Dossier Alcol - Guadagnare Salute*, Zadig Editore. 2011.
- WHO, *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*, World Health Organization, 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/Document/E92820.pdf>
- WHO, *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*, World Health Organization, 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090918_2

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il **maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura**.

A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Abitudine al fumo di sigaretta - Regione Liguria - PASSI 2008-11 (n. uguale 5.640)

	% (IC95%)
non fumatori ¹	51,0 (49,6-52,5)
fumatori ²	28,4 (27,1-29,7)
in astensione ³	1,3 (0,9-1,6)
occasionalmente ⁴	0,6 (0,4-0,8)
quotidiani ⁵	26,5 (25,1-27,7)
ex-fumatori ⁶	20,6 (19,4-21,8)

¹Non fumatore uguale soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

²Fumatore uguale persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

³Fumatore in astensione uguale fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.

⁴Fumatore occasionale uguale fumatore che non fuma tutti i giorni.

⁵Fumatore quotidiano uguale fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

⁶Ex fumatore uguale persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Nel periodo 2008-11 in Liguria, tra gli adulti di 18-69 anni, più della metà degli intervistati è classificabile come non fumatore, il 21% come ex fumatore e il **28% risulta fumatore**. Nell'intera popolazione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 27% e gli occasionali l'1%.

Nella nostra regione, la percentuale media di fumatori nel periodo 2008-11 è risultata del 28%.

L'1,3% degli intervistati ha dichiarato di aver smesso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).

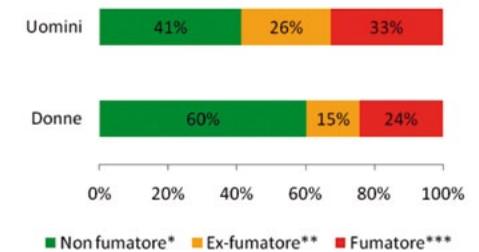
I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono l'1%. Come si può vedere nel grafico a fianco, l'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (33% versus 24%) e anche la frequenza degli ex fumatori è maggiore fra gli uomini. Per contro, tra le persone che non hanno mai fumato nella loro vita, prevalgono le donne (60% versus 41%).

Com'è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza tra uomini (fuma uno su tre) e donne (fuma meno di una su quattro). La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, sia rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare sia rispetto a quelle con istruzione elevata e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche. Si evidenzia, inoltre, che i cittadini stranieri fumano in maniera significativamente minore rispetto ai cittadini italiani. Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata (modello logistico) tutte le variabili sopra elencate, rimangono associate al fumo in maniera statisticamente significativa: l'età 25-34 anni, l'istruzione intermedia, la presenza di difficoltà economiche e la cittadinanza italiana per gli uomini; lo stesso vale per le donne in cui non risulta, però, associazione con l'età. I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno. Tra questi, l'8% fuma più di un pacchetto da 20 sigarette al giorno (forte fumatore).

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso

Regione Liguria - PASSI 2008-11 (n. uguale 5.640)

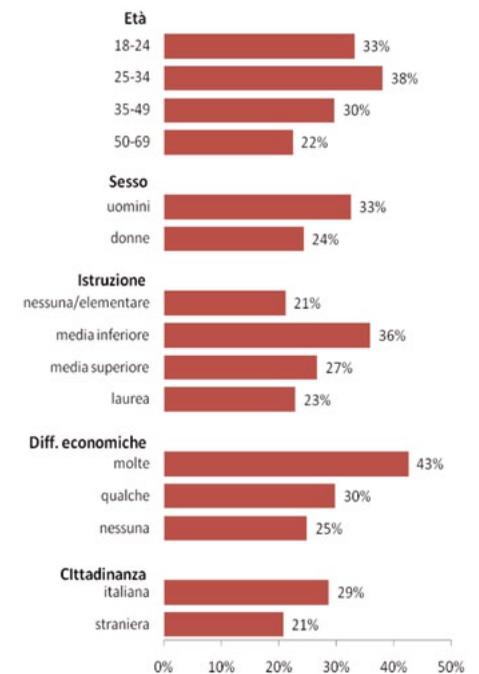


*Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma
 **Ex fumatore: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi
 ***Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

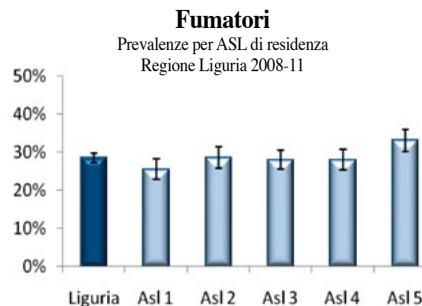
Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Regione Liguria 2008-11 (n. uguale 5.640)

Totale: 28,4% (IC 95%: 27,1%-29,7%)



Tra le ASL regionali ASL 5 mostra una percentuale di fumatori significativamente maggiore rispetto alla media regionale (range dal 25% di ASL 1 al 33% di ASL 5).



Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 il 28% è fumatore (fra questi l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 19% è ex fumatore e il 52% è non fumatore.

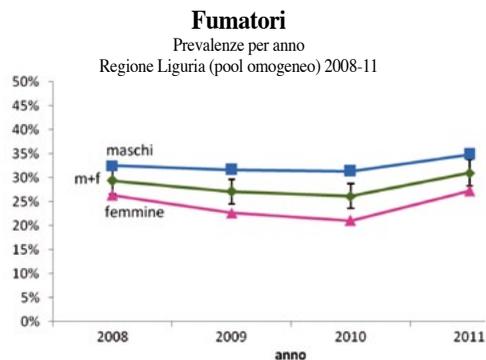
Fumatori
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11



Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 25% del Veneto e della P.A. di Trento al 32% di Abruzzo, Lazio e Umbria.

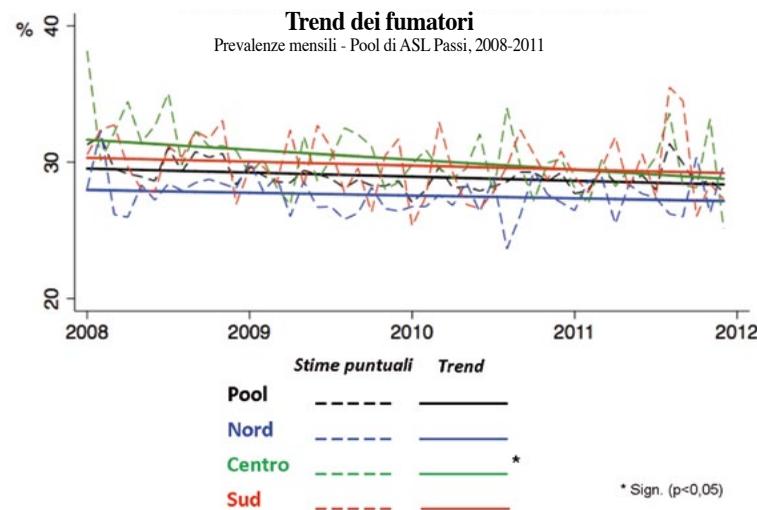
Confronto negli anni

Si può osservare come l'indicatore sia in lieve ascesa nel 2011, maggiormente nelle femmine, pur senza dimostrare una significatività statistica.



Analisi di trend sul pool di ASL

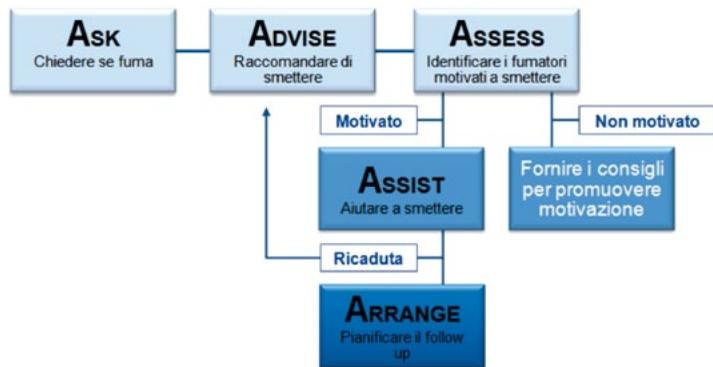
Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-11 a livello di pool di ASL omogeneo, si osserva una riduzione significativa della prevalenza di fumatori solo per le ASL del Centro d'Italia, per le quali il valore medio passa dal 31,6% al 28,8%.



PERCENTUALE DI FUMATORI	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone di età 18 - 69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatori, anche a livello occasionale, al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di sei mesi
NUMERATORE	N. di persone di età 18 - 69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di sei mesi x 100
DENOMINATORE	N. di persone che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sull'abitudine al fumo, esclusi i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
NOTA PER L'ELABORAZIONE	In altri contesti di studio, quando i dati dichiarati sono confrontati con quelli misurati obiettivamente (mediante l'analisi dei livelli di cotinina, un metabolita della nicotina, nei liquidi biologici: saliva, urine o sangue), la prevalenza di fumatori mostra una sottostima, ma anche una buona correlazione con le misure oggettive che rende utile questo indicatore per valutare le differenze territoriali e i trend temporali
RIFERIMENTO	Media Pool PASSI - ASL italiane partecipanti al sistema PASSI
FONTE	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

Nell'ambito degli interventi di supporto alla cessazione i medici possono fare la differenza, anche con l'intervento clinico minimo (minimal advice): di efficacia provata e raccomandato nelle principali linee guida prodotte da organismi nazionali di diversi Paesi europei ed extra europei, è quello noto con la sigla delle **5 A**:



Le prime fasi di tale intervento possono essere realizzate spendendo anche pochi minuti nel corso di una visita medica e vengono proposte in quanto sintetizzano gli interventi più efficaci descritti in letteratura.

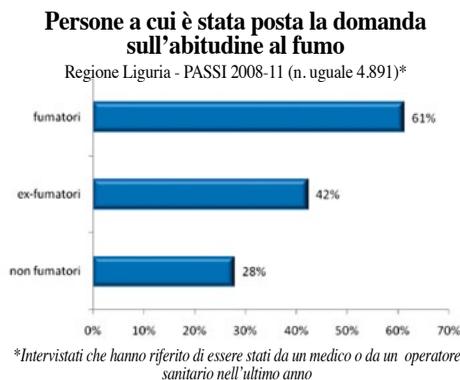
Attenzione degli operatori sanitari - Regione Liguria - PASSI 2008-11 (n. uguale 4.891)

	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	40,4 (38,8-42,0)

Il 40% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo (Ask: chiedere se fuma, primo punto dell'intervento clinico minimo delle 5 A).

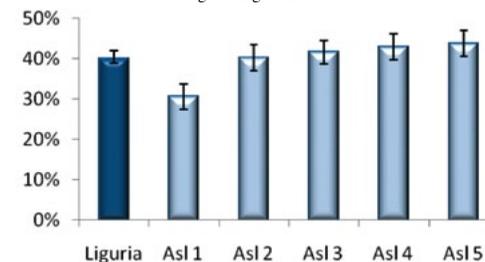
In particolare, è stato chiesto al:

- 61% dei fumatori;
- 42% degli ex fumatori;
- 28% dei non fumatori.



Tra le ASL regionali, ASL 1 si differenzia significativamente per una percentuale più bassa (range dal 31% di ASL 1 al 44% della ASL 5).

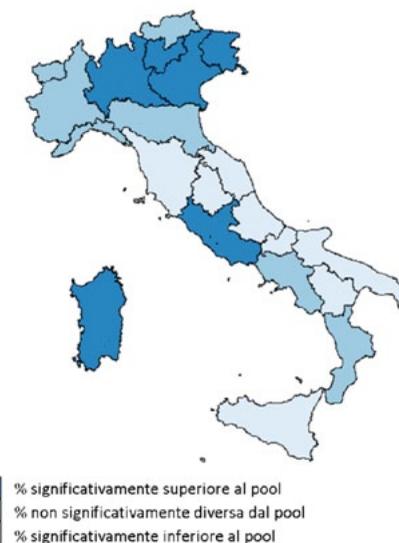
Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo
Prevalenze per ASL di residenza
Regione Liguria 2008-11



Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel periodo 2008-11 è pari al 41%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 33% dell'Abruzzo al 57% della Sardegna.

Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo
Prevalenze per regione di residenza
Pool di ASL 2008-11



A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

Attenzione degli operatori sanitari - Regione Liguria - PASSI 2008-11 (n. uguale 1.311)

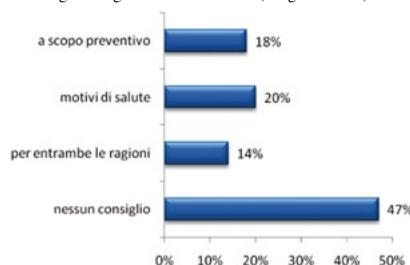
	% (IC95%)
Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	52,6 (49,6-55,6)

Tra i fumatori, il 53% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario (Advise: raccomandare di smettere, secondo punto dell'intervento clinico minimo delle 5 A).

Il consiglio è stato dato in parte per motivi di salute (20%) e in parte a scopo preventivo (18%).

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

Regione Liguria - Passi 2008-11 (n. uguale 1.311)*

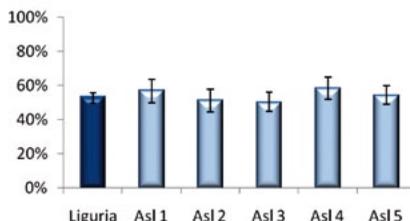


* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

Tra le ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente nelle frequenza del consiglio di smettere di fumare (range dal 50% di ASL 3 al 58% di ASL 4).

% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare

Prevalenze per ASL di residenza - Regione Liguria 2008-11



Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11



Oltre ad informarsi sull'abitudine al fumo e a consigliare genericamente di smettere, i medici possono proseguire il counselling per i fumatori con altre importanti azioni che fanno parte dell'intervento delle 5 A, quali:

Identificare i fumatori motivati a smettere (*Assess*)

Aiutare a smettere (*Assist*)

Pianificare il follow up (*Arrange*)

Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_832_allegato.pdf

PERCENTUALE DI FUMATORI CONSIGLIATI DAL MEDICO DI SMETTERE DI FUMARE

DEFINIZIONE	Percentuale di fumatori a cui è stato consigliato dal medico di smettere di fumare, tra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno
NUMERATORE	N. di fumatori consigliati dal medico di smettere di fumare x 100
DENOMINATORE	N. di fumatori
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Fumatore: chi dichiara di aver fumato nella propria vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore, anche a livello occasionale, al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di sei mesi
RIFERIMENTO	Media Pool PASSI - ASL italiane partecipanti al sistema PASSI
FONTE	Sistema di sorveglianza PASSI Liguria 2008-11
LIVELLO	Azienda di residenza

Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nel periodo 2008-11, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 40% ha tentato di smettere.

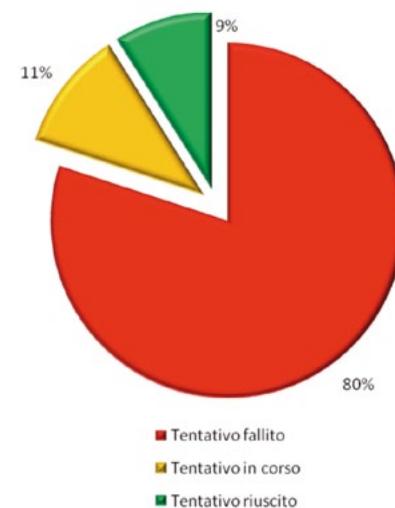
Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'80% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- l'11% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 9% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi

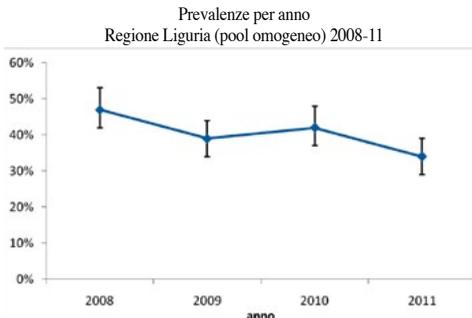
Regione Liguria - Passi 2008-11 (n. uguale 1.663)



Confronto negli anni

Si può osservare come in Liguria l'indicatore sia in significativa diminuzione (dal 47,3 del 2008 al 33,8 del 2011).

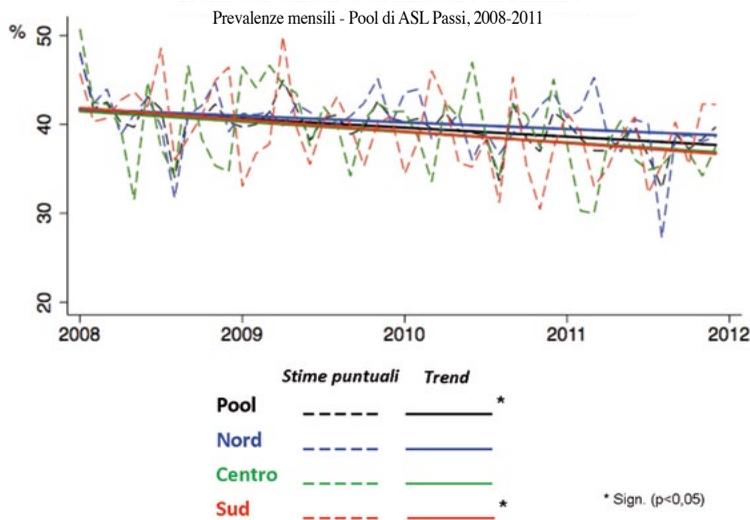
Tentativo di smettere di fumare



Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di ASL omogeneo, si nota un decremento significativo. A livello nazionale, si passa in media dal 41% al 38%. Stratificando per macroarea, si conferma il decremento solo per il Sud per il quale il valore medio decresce dal 42% al 37%.

Trend del tentativo di smettere di fumare



Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 91% l'ha fatto da solo, il 4% ha fatto uso di farmaci e l'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL; gli altri hanno seguito altre metodologie.

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

BIBLIOGRAFIA

- *Attività per la prevenzione del tabagismo* - Rapporto 2009. Ministero della Salute Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 Maggio 2007. *Documento programmatico "Guadagnare Salute"*. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
- *Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf
- *Il fumo in Italia. Sintesi dei risultati*, Indagine Doxa 2010.
- *ISS. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*. 2008. Disponibile all'indirizzo: www.ossfad.iss.it
- Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (Ed.). *Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco* (aggiornamento 2010). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Strumenti di riferimento 11/S1).
- Valetto M.R.: *Dossier Fumo - Guadagnare Salute*, Zadig Editore. 2011.
- *WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*. 2008 http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf

Note metodologiche

Operatori sanitari delle ASL, specificamente formati, intervistano al telefono persone di 18-69 anni, residenti nel territorio regionale. Le persone da intervistare vengono selezionate in maniera casuale, estraendo dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi d'età.

I criteri di esclusione dal campione sono:

- Assenza di telefono
- Residenza o domicilio stabile altrove
- Istituzionalizzazione (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)
- Decesso
- Non conoscenza lingua italiana
- Grave disabilità psico/fisica

La rilevazione (minimo 25 interviste al mese per ASL; 30 per la ASL 3 Genovese) avviene continuamente durante tutto l'anno.

I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy. Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplora i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi, da moduli opzionali, la cui somministrazione viene effettuata solo in alcune regioni e da moduli aggiuntivi, validi per tutte le regioni, che vengono somministrati in caso di eventi da esplorare in maniera tempestiva a livello nazionale.

Tra le caratteristiche del sistema di sorveglianza sono da evidenziare:

- l'essere rappresentativo della popolazione;
- fornire tempestive informazioni sulle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica;
- consentire la messa a punto di azioni correttive nei programmi di salute;
- fornire un dettaglio di informazione fino al livello di Azienda Sanitaria Locale.

Il periodo di rilevazione su cui ci siamo basati va da Gennaio 2008 a Dicembre 2011. La dimensione del campione relativa al quadriennio 2008-2011 è pari a 5.642 individui.

Questi numeri consentono di ottenere la stima delle principali variabili con un buon grado di approssimazione.

L'analisi delle informazioni raccolte è stata effettuata utilizzando il software EpiInfo 3.5, con metodi statistico-epidemiologici tali da fornire, oltre al dato di prevalenza della variabile analizzata, anche i limiti entro i quali quel valore oscilla (IC 95%).

CAPITOLO SECONDO

SCREENING E VACCINAZIONI

ESTENSIONE E ADESIONE AGLI SCREENING ONCOLOGICI

GABRIELLA PAOLI

Le regioni italiane hanno dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Se l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso per ogni utente al servizio, fattori difficilmente controllabili influiscono sui livelli di partecipazione. Per esempio, molte donne usufruiscono tradizionalmente di attività preventive al di fuori dell'offerta pubblica. Tanto per lo screening mammografico, quanto per quello della cervice uterina deve considerarsi come critica un'estensione inferiore all'80% (il dato va letto su due anni nel primo caso e su tre anni nel secondo caso); per lo screening coloretale si inizia a parlare di criticità per valori inferiori al 40% (questo dato deve perseguirsi in un biennio); per gli obiettivi di adesione si prevedono soglie ottimali dell'80% per lo screening mammografico, del 70% per il coloretale e del 60% per la cervice uterina.

Gli indicatori che rappresentano complessivamente le attività di estensione e adesione agli screening oncologici sono i seguenti:

- **Estensione grezza screening mammografico**
- **Adesione grezza screening mammografico**
- **Estensione grezza screening cervice uterina**
- **Adesione grezza screening cervice uterina**
- **Estensione grezza screening coloretale**
- **Adesione grezza screening coloretale**

I dati a disposizione segnalano un miglioramento delle performance del 2011 rispetto al 2010, anche se la Regione Liguria manifesta un ritardo rispetto alle migliori regioni italiane. Tuttavia è importante contestualizzare gli indicatori con la realtà nazionale e regionale. I programmi organizzati di screening oncologico sono stati definiti Livelli Essenziale di Assistenza nel 2002 (G.U. 19 del 23.1.2002). La Legge 138/04 aveva stanziato un finanziamento "ad hoc" per l'avvio dell'attività di screening limitatamente agli anni 2004-2005. Tale finanziamento aveva consentito, particolarmente per lo screening mammografico, l'avvio delle attività necessarie.

Tuttavia, la successiva mancanza di fondi dedicati e le caratteristiche cliniche ed organizzative dello screening, ha comportato una serie di difficoltà per le Aziende Sanitarie impegnate ad attivare uno spazio istituzionale per gli screening.

Nel suddetto contesto, Regione Liguria ha mantenuto i programmi di screening mammografico, implementato i programmi di screening coloretale e, nel 2011 l'ASL 3 Genovese ha avviato il programma di screening cervice uterino.

Negli obiettivi dei direttori generali delle ASL per l'anno 2012 sono state direttamente affrontate

le criticità degli screening attraverso l'individuazione di specifici obiettivi gestionali: "Potenziamento attività di screening cervico vaginale (PAP test), mammografico, colon rettale" (DGR n. 873 del 13 Luglio 2012, "Anno 2012, indirizzi e direttive erogatori pubblici ed equiparati. Obiettivi dei direttori generali Aziende Sanitarie"). Tale obiettivo richiede di incrementare l'offerta per tutti gli screening oncologici, con conseguente prevedibile innalzamento del tasso di estensione. Sarà quindi possibile verificare nel 2013 gli esiti relativi.

L'analisi del tasso di adesione richiede specifiche riflessioni che riguardano i fattori organizzativi che hanno caratterizzato le prime campagne di screening. In particolare si segnala che, nel caso dello screening mammografico, le donne che avevano partecipato alle campagne di screening e che, negli anni successivi, non sono più state convocate, molto probabilmente hanno effettuato i controlli in autonomia.

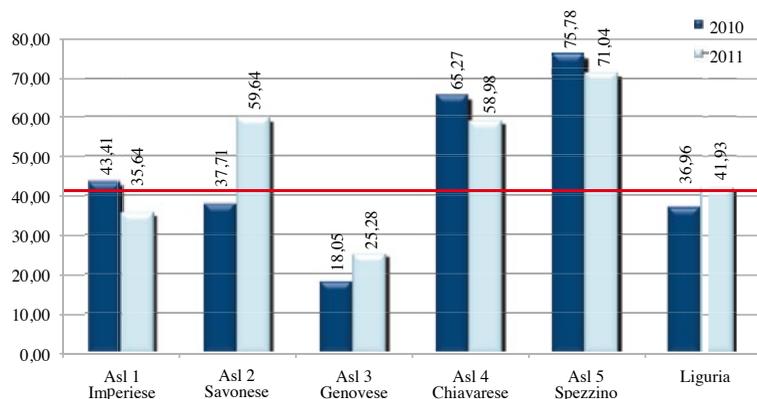
Comportamenti di questo genere hanno condotto a lavorare sulla qualità delle campagne di screening. A partire dalla DGR 855 del 27 Luglio 2007, "Affidamento all'IST del coordinamento degli screening oncologici in Liguria", si è formalmente individuata una competenza dedicata al monitoraggio e al miglioramento della qualità delle azioni di screening.

In collaborazione con la struttura preposta al coordinamento degli screening sono state sviluppate diverse azioni quali la contestualizzazione delle raccomandazioni, a partire dalle linee guida internazionali, per gli screening della mammella e del colon retto; è stato finanziato uno studio per la valutazione della qualità degli esami cervico vaginali ed è stata avviata una campagna regionale di informazione e sensibilizzazione che ha affiancato le lettere di invito per lo screening mammografico e coloretale. L'organizzazione di una conferenza di consenso ha consentito di concordare a livello ligure modalità basate sull'evidenza clinica. Convegni e gruppi di lavoro si sono affiancati all'organizzazione di un corso per radiologi relativo alla mammografia di screening. Queste azioni, diversamente strutturate, dovrebbero essere accompagnate da un'azione di comunicazione più profonda e specifica sia per i cittadini sia per i medici di famiglia: quando l'offerta sarà adeguata si provvederà a spingere anche in questo senso.

Estensione grezza screening mammografico

Lo screening mammografico è rivolto a donne in età compresa tra i 50 e i 69 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate a effettuare lo screening rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. La situazione nelle ASL liguri è diversificata, per esempio la ASL 4 e la ASL 5 hanno un tasso di estensione non ottimale ma più alto rispetto alle altre ASL. La ASL 2 ha investito nell'ultimo anno e ha migliorato il proprio tasso. La ASL 3 presenta il tasso di estensione modesto ma in crescita, ottenuto in un contesto in cui la popolazione bersaglio è particolarmente elevata. Tuttavia è necessario prevedere una ristrutturazione sostanziale dell'attività che porti a garantire un incremento significativo dell'estensione del programma sul territorio. La ASL 1 ha diminuito un'offerta già deficitaria e complessivamente sarà necessario rivedere l'organizzazione e le risorse per questo livello di assistenza.

B5.1.1 - ESTENSIONE GREZZA SCREENING MAMMOGRAFICO	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni)
NUMERATORE	N. donne invitate allo screening in due anni
DENOMINATORE	Popolazione di riferimento totale (donne in età 50-69)
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Gruppo Italiano Screening Mammografico
LIVELLO	Azienda di residenza

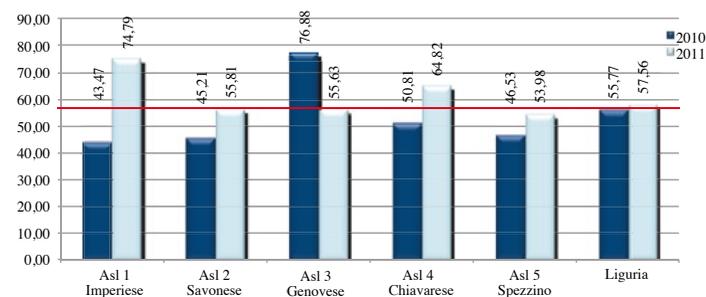


B5.1.1 Estensione grezza allo screening mammografico								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	43,41	13.331,0	30.706,0	2009-2010	35,64	10.942,0	30.705,0	2010-2011
Asl 2 Savonese	37,71	15.135,0	40.138,0	2009-2010	59,64	24.252,0	40.662,0	2010-2011
Asl 3 Genovese	18,05	18.709,0	103.630,0	2009-2010	25,28	26.463,0	104.689,0	2010-2011
Asl 4 Chiavarese	65,27	13.458,0	20.620,0	2009-2010	58,98	12.225,0	20.726,0	2010-2011
Asl 5 Spezzino	75,78	22.404,0	29.563,0	2009-2010	71,04	21.030,0	29.602,0	2010-2011
Liguria	36,96	83.037,0	224.657,0	2009-2010	41,93	94.912,0	221.494,0	2010-2011

Adesione grezza screening mammografico

Lo screening mammografico è rivolto a donne in età compresa tra i 50 e i 69 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate. Questo indicatore rappresenta il grado di fiducia nel sistema (adesione delle donne invitate per la prima volta dal programma) e di fidelizzazione delle donne, e fornisce una misura indiretta di come venga percepita la qualità offerta. La ASL 4 risente dell'effetto delle donne che risiedono nel territorio della ASL, ma effettivamente vivono in altre regioni; per tale motivo il tasso di adesione non può essere valutato in coerenza con le altre ASL. ASL 3 risente della flessione che lo screening ha subito negli ultimi anni; le donne che non hanno ricevuto l'invito al compimento dell'anno si sono verosimilmente rivolte ad altre strutture (pubbliche e private) per effettuare una mammografia come surrogato dello screening organizzato. Complessivamente si stima sia necessario lavorare ancora sull'adeguatezza delle risorse rispetto alla popolazione su cui si agisce, sulla qualità dell'intervento e sulla comunicazione con la popolazione e con i medici di medicina generale, in modo da avere risultati tangibili anche su questo indicatore.

B5.1.2 - ADESIONE GREZZA SCREENING MAMMOGRAFICO	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alle donne invitate
NUMERATORE	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico
DENOMINATORE	N. donne invitate allo screening mammografico
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Gruppo Italiano Screening Mammografico
LIVELLO	Azienda di residenza



B5.1.2 Adesione grezza dello screening mammografico								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	43,47	3.358,0	7.725,0	2010	74,79	2.406,0	3.217,0	2011
Asl 2 Savonese	45,21	2.203,0	4.873,0	2010	55,81	10.815,0	19.379,0	2011
Asl 3 Genovese	76,88	10.136,0	13.184,0	2010	55,63	7.387,0	13.279,0	2011
Asl 4 Chiavarese	50,81	3.329,0	6.552,0	2010	64,82	3.677,0	5.673,0	2011
Asl 5 Spezzino	46,57	5.001,0	10.749,0	2010	53,98	5.550,0	10.281,0	2011
Liguria	55,77	24.027,0	43.083,0	2010	57,56	29.835,0	51.829,0	2011

Estensione grezza screening cervice uterina

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate a effettuare lo screening rispetto alla popolazione bersaglio, nel triennio di rilevazione. Lo screening, in qualità di programma organizzato, è iniziato in ASL 3 nel 2011, nella forma tradizionale mediante pap test. Gli obiettivi dei direttori generali per il 2012 richiedono l'attivazione dello screening organizzato nelle restanti ASL liguri.

B5.2.1 - ESTENSIONE GREZZA SCREENING CERVICE UTERINA	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne invitate allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64)
NUMERATORE	N. donne invitate allo screening nei tre anni consecutivi
DENOMINATORE	Popolazione di riferimento totale (donne di età 25-64)
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Gruppo Italiano Screening Cervicocarcinoma
LIVELLO	Azienda di residenza

B.5.2.1 Estensione grezza dello screening della cervice uterina								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 3 Genovese	0	0	0	0	6,92	14.020,0	202.696,0	2009-2011
<i>Liguria</i>	0	0	0	0	6,92	14.020,0	202.696,0	2009-2011

Adesione grezza screening cervice uterina

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.

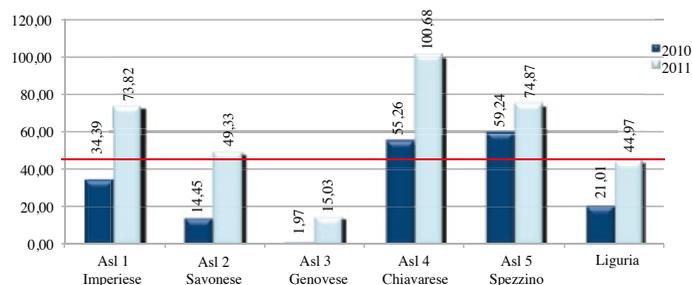
B5.2.2 - ADESIONE GREZZA SCREENING CERVICE UTERINA	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate
NUMERATORE	N. donne che hanno partecipato allo screening
DENOMINATORE	N. donne invitate allo screening della cervice uterina
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Gruppo Italiano Screening Cervicocarcinoma
LIVELLO	Azienda di residenza

B.5.2.2 Adesione grezza screening cervice uterina								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 3 Genovese	0	0	0	0	8,72	1.222,0	14.020,0	2011
<i>Liguria</i>	0	0	0	0	8,72	1.222,0	14.020,0	2011

Estensione grezza screening coloretta

Lo screening coloretta è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 e i 70 anni. In Liguria si è scelto di utilizzare come test di screening il test immunochimico per la ricerca del sangue occulto fecale. L'estensione misura quanti sono stati invitati a eseguire gli esami rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento. Complessivamente nelle diverse ASL il progetto nell'arco dell'anno 2011 è stato fortemente incrementato ed è stato sviluppato in modo significativo. L'ASL che risulta maggiormente deficitaria è la ASL 3, che vede un numero di soggetti ancora da invitare significativamente alto. Tuttavia, nonostante l'incremento rispetto al 2010, va segnalato che l'estensione è ancora lontana dai parametri attesi. Un serio problema che si frappone all'estensione dello screening è la grave carenza di risorse endoscopiche, per effettuare la colonscopia nei casi risultati positivi al test di screening. Già ora, nonostante la bassa numerosità degli aderenti, nella maggior parte delle realtà il tempo medio di attesa, per i casi positivi, è di circa 2 mesi.

B5.3.1 - ESTENSIONE GREZZA SCREENING COLORETTALE	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone invitate allo screening coloretta rispetto alla popolazione bersaglio (persone di età compresa tra i 50 ed i 70 anni)
NUMERATORE	N. inviti allo screening coloretta in due anni
DENOMINATORE	Popolazione di riferimento totale (persone età 50-70)
RIFERIMENTO	Media Regionale
FONTE	Gruppo Italiano Screening Coloretta
LIVELLO	Azienda di residenza

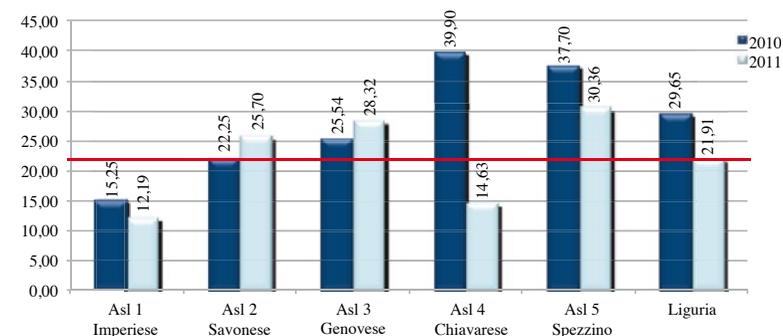


B.5.3.1 Estensione grezza dello screening coloretta								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	34,39	20.993,0	61.051,0	2009-2010	73,82	44.013,0	59.622,0	2010-2011
Asl 2 Savonese	14,45	12.416,0	85.933,0	2009-2010	49,33	39.848,0	80.779,0	2010-2011
Asl 3 Genovese	1,97	3.943,0	199.764,0	2009-2010	15,03	30.168,0	200.785,0	2010-2011
Asl 4 Chiavarese	55,26	21.908,0	39.648,0	2009-2010	100,68	40.292,0	40.019,0	2010-2011
Asl 5 Spezzino	59,24	33.956,0	57.315,0	2009-2010	74,87	42.842,0	57.220,0	2010-2011
Liguria	21,01	93.216,0	443.711,0	2009-2010	44,97	197.163,0	438.425,0	2010-2011

Adesione grezza screening coloretta

Lo screening coloretta è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 e i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati. L'adesione è ancora bassa, ed è diminuita rispetto all'anno precedente; va dal 12,19% di ASL 1 al 28,32% di ASL 3. Questi valori sono parzialmente spiegabili con il fatto che lo screening coloretta è stato attivato di recente ed risulta un tipo di test poco gradito, il che rende necessaria una adeguata campagna di informazione della popolazione. Le ASL che registrano un tasso di adesione maggiore sono quelle che hanno coinvolto i medici di medicina generale già dalla prima fase dell'organizzazione. Infatti il tasso di adesione viene influenzato dalla consapevolezza e dalla conoscenza dell'utilità dello screening; una consapevolezza che non può prescindere dal tramite e dalla professionalità del medico di famiglia.

B5.3.2 - ADESIONE GREZZA SCREENING COLORETTALE	
DEFINIZIONE	Percentuale di persone che hanno partecipato allo screening coloretta rispetto alle persone invitate
NUMERATORE	N. persone che hanno partecipato allo screening coloretta
DENOMINATORE	N. inviti allo screening coloretta
RIFERIMENTO	Media Regionale
FONTE	Gruppo Italiano Screening Coloretta
LIVELLO	Azienda di residenza



B.5.3.2 Adesione grezza dello screening coloretta								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	15,25	3.201,0	20.993,0	2010	12,19	2.807,0	23.020,0	2011
Asl 2 Savonese	22,25	2.762,0	12.416,0	2010	25,70	7.051,0	27.432,0	2011
Asl 3 Genovese	25,54	1.007,0	3.943,0	2010	28,32	7.428,0	26.225,0	2011
Asl 4 Chiavarese	39,90	6.930,0	17.367,0	2010	14,63	3.354,0	22.925,0	2011
Asl 5 Spezzino	37,70	10.884,0	28.873,0	2010	30,36	4.241,0	13.969,0	2011
Liguria	29,65	24.784,0	83.592,0	2010	21,91	24.881,0	113.571,0	2011

COPERTURA VACCINALE

ROBERTO CARLONI

L'indicatore sulla copertura vaccinale considera le coperture raggiunte, espresse in percentuale, nelle campagne di vaccinazione antinfluenzale, per morbillo, parotite e rosolia (MPR) sulla rispettiva popolazione di riferimento (dato ISTAT al 1/1/2011).

L'influenza è una malattia respiratoria acuta dovuta alla infezione da virus influenzali. È una malattia stagionale che nel nostro emisfero si verifica durante il periodo invernale. Alla base delle epidemie stagionali di influenza vi è la marcata tendenza di tutti i virus influenzali a variare, cioè ad acquisire cambiamenti tali da permettere loro di aggirare le difese immunitarie acquisite nei loro confronti dalla popolazione nel corso degli anni. Questo significa che le difese che l'organismo ha messo a punto contro il virus dell'influenza che circolava un anno, spesso non sono più efficaci per il virus dell'anno successivo; per questi motivi la composizione del vaccino deve essere aggiornata tutti gli anni in base alle indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

L'epidemia stagionale influenzale costituisce un rilevante problema di sanità pubblica: mediamente l'incidenza si aggira attorno al 10 - 20% della popolazione generale, con punte del 15% nella fascia d'età 0 - 14 anni e del 5% nelle fasce dell'età adulta. La vaccinazione è il modo migliore di prevenire e combattere le complicanze dell'influenza, sia perché con la vaccinazione aumentano le probabilità di non contrarre la malattia sia perché, in caso di sviluppo di sintomi influenzali, questi sono meno gravi e, generalmente, non seguiti da ulteriori complicanze.

Il morbillo è una malattia infettiva causata da un virus del genere morbillivirus (famiglia dei Paramixoviridae). È una malattia molto contagiosa che colpisce generalmente i bambini (malattia esantematica infantile). Il tasso di trasmissione del morbillo è pari a 15 - 17 ed è tra i più elevati tra le malattie infettive; ciò significa che, in una popolazione interamente suscettibile, un malato di morbillo infetta tra i 15 e i 17 soggetti. Le complicazioni sono relativamente rare, ma il morbillo è responsabile di un numero compreso tra le 30 e le 100 morti ogni 100.000 persone colpite. Il vaccino del morbillo appartiene ai vaccini vivi attenuati; in Italia non è obbligatorio, ma è fortemente raccomandato. Il vaccino esiste sotto forma di un complesso vaccinale contro il morbillo, la parotite e la rosolia (MPR).

Nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha messo a punto un piano strategico per assicurare a livello mondiale la riduzione della mortalità da morbillo e compiere progressi significativi verso l'interruzione della sua trasmissione nelle aree in cui è prevista l'eliminazione della malattia, come l'Europa. Nel 2005 l'OMS ha ritenuto di rafforzare l'azione introducendo anche l'obiettivo di eliminazione della rosolia congenita. A Settembre 2010 il Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa ha richiamato l'attenzione alla necessità di rinnovare l'impegno politico, di risorse e azioni per raggiungere tali obiettivi.

La strategia di vaccinazione del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita pone i seguenti obiettivi generali da raggiungere entro il 2015:

- **eliminare il morbillo endemico (incidenza minore 1 caso di morbillo/1.000.000 popolazione)**
- **eliminare la rosolia endemica (incidenza minore 1 caso di rosolia/1.000.000 popolazione)**
- **ridurre l'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 caso per 100.000 nati vivi**

Per ottenere tali risultati occorre raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali per una dose di MPR pari o superiori al 95% entro i 24 mesi di età.

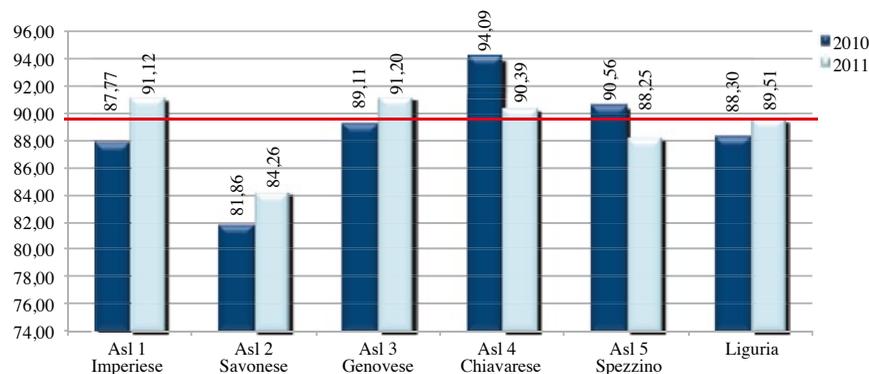
Gli indicatori che valutano la copertura vaccinale sono:

- **Copertura vaccino MPR**
- **Copertura vaccino antinfluenzale maggiore 65 anni**

Copertura vaccino MPR

Il vaccino MPR è un unico preparato grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 Dicembre di ogni anno e i soggetti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza. L'obiettivo posto dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita è quello di raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali per una dose di MPR pari o superiori al 95% entro i 24 mesi di età nella popolazione target.

B7.1 - COPERTURA VACCINO MPR	
DEFINIZIONE	Copertura per vaccino MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza
NUMERATORE	Cicli vaccinali MPR completati al 31 Dicembre (ciclo di base completo 1 dose)
DENOMINATORE	N. bambini vaccinabili che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Anagrafe Regionale delle ASL
LIVELLO	Azienda di residenza

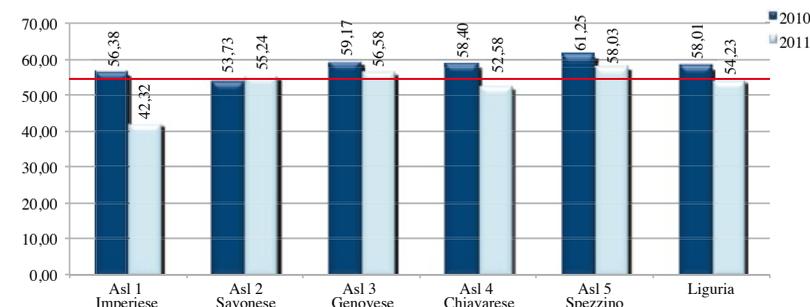


B.7.1 Copertura vaccino MPR								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	87,77	1.507,0	1.717,0	2010	91,12	1.550,0	1.701,0	2011
Asl 2 Savonese	81,86	1.791,0	2.188,0	2010	84,26	1.810,0	2.148,0	2011
Asl 3 Genovese	89,11	5.155,0	5.785,0	2010	91,20	5.202,0	5.704,0	2011
Asl 4 Chiavarese	94,09	1.051,0	1.117,0	2010	90,39	1.035,0	1.145,0	2011
Asl 5 Spezzino	90,56	1.526,0	1.685,0	2010	88,25	1.472,0	1.668,0	2011
Liguria	88,30	11.030,0	12.492,0	2010	89,51	11.069,0	12.366,0	2011

Copertura vaccino antinfluenzale maggiori 65 anni

Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o presso il Centri Vaccinali delle ASL. Il Ministero della Salute raccomanda la vaccinazione alle persone con età maggiore di 64 anni e a coloro che sono in stretto contatto con anziani, a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa dell'età o di patologie, come disordini cronici di tipo respiratorio o polmonare (asma compreso), malattie metaboliche croniche (diabete mellito, disfunzioni renali, immunodepressione dovuta o meno ai farmaci, patologie emopoietiche, sindrome da malassorbimento intestinale, fibrosi cistica, malattie congenite o acquisite che comportino carenza produzione di anticorpi) o quando sono previsti interventi chirurgici di una certa entità. Il periodo più indicato per la vaccinazione va da Ottobre a fine Dicembre. Nel nostro Paese solitamente l'epidemia stagionale ha inizio nella prima quindicina di Gennaio e raggiunge il picco epidemico nella prima metà di Febbraio. L'indicatore è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, secondo i dati ISTAT.

B7.2 - COPERTURA VACCINO ANTINFLENZALE MAGGIORI 65 ANNI	
DEFINIZIONE	Copertura per vaccino antinfluenzale nella popolazione bersaglio
NUMERATORE	Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni
DENOMINATORE	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno (es. 2009-2010 per il 2010)
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Anagrafe Regionale delle ASL
LIVELLO	Azienda di residenza



B.7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale maggiori 65 anni								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	56,38	32.715,0	58.022,0	2010	42,32	24.561,0	58.036,0	2011
Asl 2 Savonese	53,73	42.180,0	78.508,0	2010	55,24	43.452,0	78.667,0	2011
Asl 3 Genovese	59,17	116.809,0	197.423,0	2010	56,58	110.923,0	196.059,0	2011
Asl 4 Chiavarese	58,40	24.160,0	41.373,0	2010	52,58	21.688,0	41.246,0	2011
Asl 5 Spezzino	61,25	35.573,0	58.082,0	2010	58,03	33.475,0	57.687,0	2011
Liguria	58,01	251.437,0	433.408,0	2010	54,23	234.099,0	431.695,0	2011

CAPITOLO TERZO

GOVERNO DELLA DOMANDA

CAPACITÀ DI GOVERNO DELLA DOMANDA

GERMANA TORASSO

La domanda di assistenza sanitaria che i cittadini rivolgono al servizio pubblico deve essere guidata dal sistema sanitario, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri e, quindi, al governo del tasso di ospedalizzazione, in modo che la risposta sia adeguata al bisogno sanitario e venga erogata nelle forme più appropriate. Nel corso degli ultimi anni, la Regione Liguria ha assunto una serie di provvedimenti al fine di adeguare gradualmente il tasso di ospedalizzazione agli standard nazionali, attraverso l'attuazione di un insieme di interventi finalizzati a garantire il progressivo potenziamento delle attività alternative al ricovero ordinario e alla riduzione dei ricoveri impropri. Questo obiettivo è stato perseguito in modo da assicurare risposte assistenziali appropriate alle specifiche esigenze delle persone in condizione di bisogno, promuovere l'umanizzazione dell'assistenza e facilitare il percorso assistenziale del cittadino, garantendo la continuità delle cure e la concentrazione temporale delle prestazioni sanitarie. In particolare, i ricoveri ordinari per acuti sono correlati a un'attività sempre più rivolta verso la medio-alta complessità, espressione di appropriatezza erogativa.

Questo andamento è evidenziato soprattutto dalla riduzione dei ricoveri ordinari con contestuale abbattimento dei valori assoluti e in percentuale per le fasce 0 e 00 (prestazioni ad alto rischio di inappropriata, se erogate in regime di ricovero ordinario); l'effetto è legato allo sviluppo di modalità erogative diverse dalla degenza ordinaria. A partire dal 2006, con l'istituzione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (DGR n.1795/2005 e n.85/2007) anche il numero dei ricoveri diurni è diminuito sensibilmente. Inoltre con DGR n. 754 del 25/6/2010 la Liguria ha istituito il modello organizzativo di Day Service Ambulatoriale, regolamentando i ricoveri in Day Hospital di tipo medico con lo scopo di ridurre i volumi dei DH medici a carattere diagnostico e ha trasferito al regime ambulatoriale le prestazioni ad alto rischio di inappropriata, se eseguite in Day Surgery elencate nell'allegato A del Patto per la Salute 2010-2012 (DGR 1222/2011).

L'obiettivo dei citati provvedimenti è quello di garantire al paziente di essere inquadrato in maniera globale dal punto di vista diagnostico e di usufruire, nello stesso percorso, di prestazioni terapeutiche (mediche/chirurgiche), ricalcando un percorso analogo a quello di un ricovero a ciclo diurno, anche al fine di:

- **ridurre in maniera significativa il tasso di ospedalizzazione diurno, con l'obiettivo di ricondurre il parametro agli standard definiti a livello nazionale;**
- **conseguire una maggiore appropriatezza erogativa del Day Hospital;**
- **offrire risposte assistenziali di elevata qualità ai cittadini, permettendo il superamento, in un gran numero di casi, del ricorso al ricovero in regime di Day Hospital, sia di tipo medico che di tipo chirurgico attraverso l'individuazione di nuovi modelli organizzativi.**

La Regione Liguria ha da tempo posto in atto interventi per garantire il progressivo poten-

mento delle attività alternative al ricovero, con l'obiettivo finale di ottenere una graduale deospedalizzazione e conseguentemente una riduzione dei posti letto ordinari e diurni. Con le DCR n. 29/2006, n. 8 /2008 e n. 19/2010 è stato avviato il processo di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza, disponendo, tra l'altro, che l'adeguamento della dotazione di posti letto fosse realizzato attraverso:

- **politiche di riconversione e di riorganizzazione dell'offerta di prestazioni con l'introduzione di modalità erogative diverse dalla degenza;**
- **modifiche organizzative e strutturali della rete di prevenzione e cura nell'ottica di una maggiore integrazione del sistema socio sanitario, riequilibrando offerta ospedaliera e territorio;**
- **ridisegno della rete dei presidi ospedalieri, perseguendo un modello di offerta ospedaliera non più per specialità ma per "intensità di cura".**

Un'ulteriore rimodulazione della rete e dell'offerta assistenziale ospedaliera è stata operata con la DCR 23/2011 che, prendendo a riferimento gli standard definiti a livello nazionale da AGENAS, ha approvato le linee di indirizzo relativamente alle strutture organizzative. Tali azioni hanno determinato negli anni una costante riduzione dell'indicatore posti letto pro-capite.

La Legge n. 135 del 2012 ha introdotto nuovi parametri di rimodulazione dei posti letto con l'obiettivo di ridurre lo standard di posti letto ospedalieri accreditati entro i 3,7 posti letto/1.000 abitanti comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione. Sulla base del nuovo dettato normativo è attesa un'ulteriore sensibile riduzione del rapporto posti letto/abitanti.

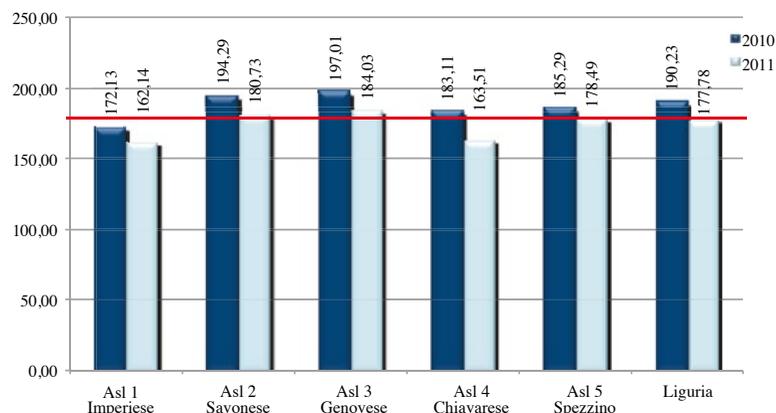
La capacità di governo della domanda viene complessivamente stimata attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

- **Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso di ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Posti letto pro-capite**

Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria a organizzazione a elevato livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse.

C1.1 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri: - erogati da strutture private non accreditate - relativi a neonato normale (DRG 391) La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

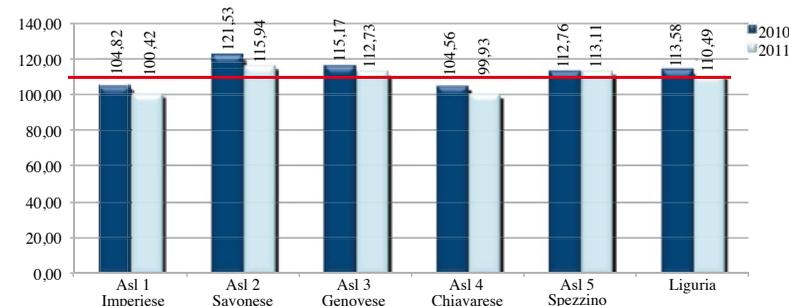


Azienda	C.1.1 Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	172,13	42.239,0	221.885,0	2010	162,14	40.008,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	194,29	63.235,0	287.315,0	2010	180,73	59.004,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	197,01	161.557,0	737.524,0	2010	184,03	150.448,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	183,11	30.605,0	149.128,0	2010	163,51	27.483,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	185,29	46.012,0	220.134,0	2010	178,49	44.291,0	220.107,0	2011
Liguria	190,23	343.648,0	1.615.986,0	2010	177,78	321.234,0	1.616.788,0	2011

Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto, in cui sono fondamentali la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati.

C1.1.1 - TASSO OSPEDALIZZAZIONE RICOVERI ORDINARI ACUTI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti.
NUMERATORE	Numero di ricoveri ordinari relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si considera inclusa la One Day Surgery. Sono esclusi i ricoveri: - erogati da strutture private non accreditate - relativi a neonato normale (DRG 391) - relativi ai dimessi da reparti di Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti Neuroriabilitazione. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

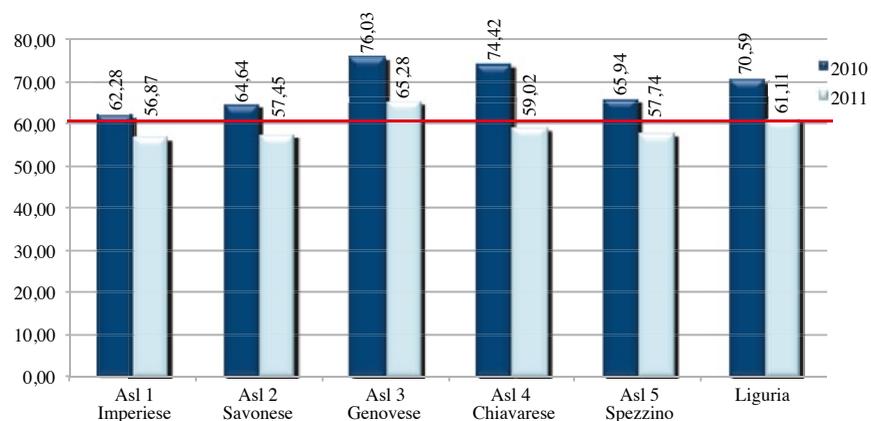


Azienda	C.1.1.1 Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	104,82	26.154,0	221.885,0	2010	100,42	25.208,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	121,53	40.092,0	287.315,0	2010	115,94	38.436,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	115,17	96.263,0	737.524,0	2010	112,73	93.604,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	104,56	18.078,0	149.128,0	2010	99,93	17.257,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	112,76	28.815,0	220.134,0	2010	113,11	28.557,0	220.107,0	2011
Liguria	113,58	209.402,0	1.615.986,0	2010	110,49	203.062,0	1.616.788,0	2011

Tasso di ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera rese operative negli ultimi anni hanno inciso sulla diminuzione delle attività di ricovero ordinario, sia mediche sia chirurgiche, che sono state in buona parte riconvertite in modalità di degenza diurna (Day-Hospital e Day-Surgery) e compensate da un parallelo incremento delle prestazioni ambulatoriali e dei Day Service Ambulatoriali. I ricoveri effettuati con la modalità One Day Surgery, che prevedono un solo pernottamento, sono considerati come prestazioni in regime ordinario.

C1.1.2 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DH ACUTI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri in Day Hospital relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri in regime di Day-Hospital, ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Si considera esclusa la One Day Surgery. Sono esclusi i ricoveri: - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

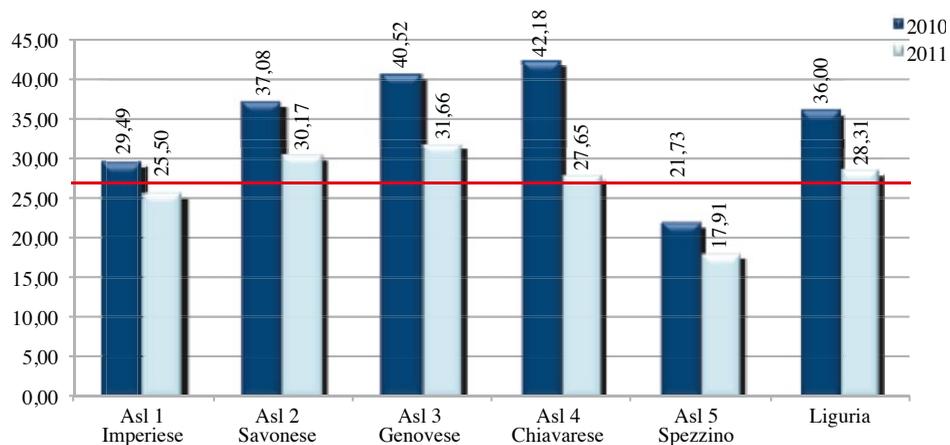


Azienda	C.1.1.2 Tasso di ospedalizzazione Day-Hospital acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso				Anno 2011			
	Anno 2010		Anno riferimento	Anno 2011		Anno riferimento		
	Valore	Num		Den	Valore		Num	Den
Asl 1 Imperiese	62,28	14.688,0	221.885,0	2010	56,87	13.453,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	64,64	20.239,0	287.315,0	2010	57,45	17.886,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	76,03	59.368,0	737.524,0	2010	65,28	50.635,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	74,42	11.712,0	149.128,0	2010	59,02	9.301,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	65,94	15.377,0	220.134,0	2010	57,74	13.606,0	220.107,0	2011
Liguria	70,59	121.384,0	1.615.986,0	2010	61,11	104.881,0	1.616.788,0	2011

Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'ospedalizzazione per ricoveri in regime di Day Hospital viene, in questo caso, calcolata prendendo in esame solamente i ricoveri medici acuti, per verificare i cambiamenti avvenuti in questo ambito di ricovero.

C1.1.2.1 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO DH MEDICO ACUTI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital medico per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri in Day Hospital medico relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri in regime di Day Hospital medico, ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri: - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - Relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409, 410, 492) La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.
RIFERIMENTO	Media regionale
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

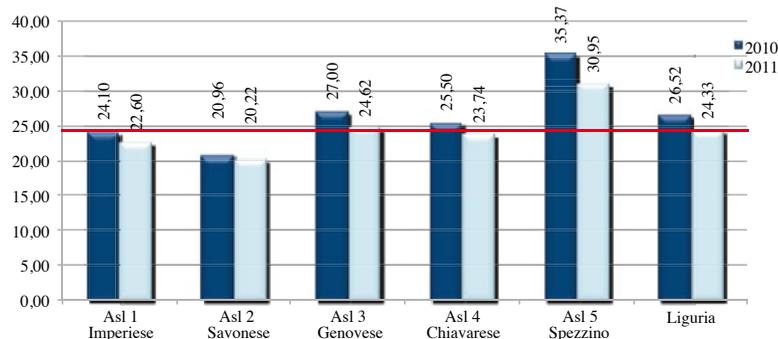


Azienda	C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione Day-Hospital medico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso							
	Anno 2010		Anno 2011					
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	29,49	6.922,0	221.885,0	2010	25,50	5.994,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	37,08	11.574,0	287.315,0	2010	30,17	9.328,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	40,52	31.706,0	737.524,0	2010	31,66	24.290,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	42,18	6.602,0	149.128,0	2010	27,65	4.284,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	21,73	4.857,0	220.134,0	2010	17,91	4.021,0	220.107,0	2011
Liguria	36,00	61.661,0	1.615.986,0	2010	28,31	47.917,0	1.616.788,0	2011

Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'ospedalizzazione per ricoveri in regime di Day-Hospital viene, in questo caso, calcolata prendendo in esame solamente i ricoveri chirurgici acuti, per verificare i cambiamenti avvenuti in questo ambito di ricovero. I ricoveri in One Day Surgery, che prevedono un solo pernottamento, sono considerati come prestazioni in regime ordinario.

C1.1.2.2 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO DH CHIRURGICO ACUTI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital chirurgico per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero di ricoveri in Day Hospital medico relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	Numero residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri in regime di Day Hospital chirurgico ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri: - Erogati da strutture private non accreditate - Relativi a neonato normale (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2001, fonte ISTAT.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

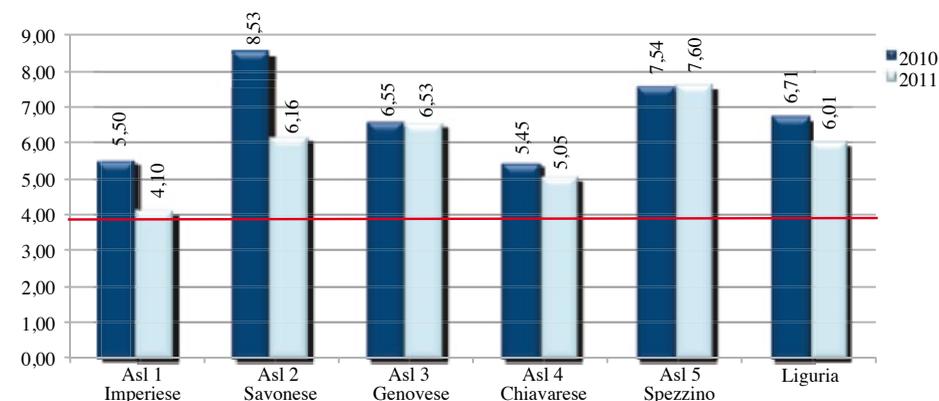


C.1.1.2.2 Tasso di ospedalizzazione Day-Hospital chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	24,10	5.613,0	221.885,0	2010	22,60	5.283,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	20,96	6.583,0	287.315,0	2010	20,22	6.328,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	27,00	20.676,0	737.524,0	2010	24,62	18.924,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	25,50	3.966,0	149.128,0	2010	23,74	3.706,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	35,37	8.312,0	220.134,0	2010	30,95	7.391,0	220.107,0	2011
Liguria	26,52	45.150,0	1.615.986,0	2010	24,33	41.632,0	1.616.788,0	2011

Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di ospedalizzazione per post acuti viene inserito nel Sistema di Valutazione come ultima determinante del tasso di ospedalizzazione globale, permettendone una lettura più dettagliata. Il valore di tale indicatore è in relazione al numero di strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate, e dei relativi posti letto presenti sul territorio di ciascuna azienda.

C1.1.3 - TASSO OSPEDALIZZAZIONE POST ACUTI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per post acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso
NUMERATORE	N. ricoveri per post acuti relativi ai residenti x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione, dimessi dai reparti di Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 56, 60, 75). Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

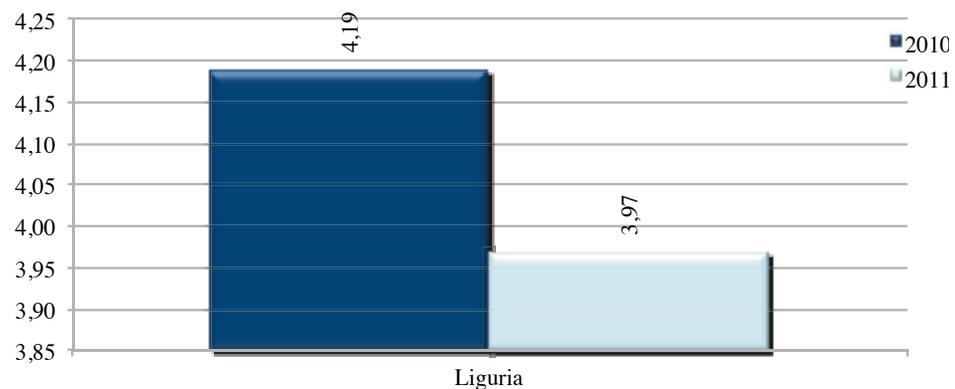


C.1.1.3 Tasso di ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	5,50	1.493,0	221.885,0	2010	4,10	1.098,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	8,53	3.058,0	287.315,0	2010	6,16	2.269,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	6,55	6.487,0	737.524,0	2010	6,53	6.453,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	5,45	932,0	149.128,0	2010	5,05	951,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	7,54	2.038,0	220.134,0	2010	7,60	2.142,0	220.107,0	2011
Liguria	6,71	14.008,0	1.615.986,0	2010	6,01	12.913,0	1.616.788,0	2011

Posti letto pro-capite

Il numero di posti letto pro-capite è ottenuto rapportando il numero medio di posti letto ai residenti di ciascuna regione; tale indicatore è, infatti, calcolato solo a livello complessivo di Regione, e non per le Aziende Sanitarie.

C1.3 - POSTI LETTO PRO-CAPITE	
DEFINIZIONE	Posti letto pro-capite
NUMERATORE	N. posti letto x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore si calcola a livello complessivo di regione, e non per le singole aziende sanitarie.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Regione di erogazione



Azienda	C1.3 Posti letto pro-capite							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Liguria	4,19	6.774,0	1.616.788,0	2010	3,97	6.421,0	1.616.788,0	2011

CAPITOLO QUARTO

EFFICIENZA ED APPROPRIATEZZA

EFFICIENZA DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO, APPROPRIATEZZA CHIRURGICA E MEDICA

SERGIO VIGNA

Il nuovo quadro della sanità ligure punta a costruire un quadro coerente tra attività sanitarie territoriali, che vedono nei percorsi diagnostico-terapeutici il modello assistenziale più adatto per affrontare le cronicità e in una rete ospedaliera caratterizzata da un percorso di miglioramento progressivo in termini di qualità ed efficacia i due cardini del sistema regionale. L'organizzazione di PAC e DSA ha comportato, in linea con una visione più moderna delle cure mediche, lo spostamento sul territorio di prestazioni ospedaliere di bassa complessità. In analogia con le esperienze della migliore sanità europea, l'ospedale diventa l'elemento del percorso sanitario a cui spetta affrontare le attività di media e alta complessità. In quest'ottica assume un'importanza fondamentale il controllo e il governo dei processi di de-ospedalizzazione e delle prese in carico da parte del territorio e dei distretti, il monitoraggio dell'appropriatezza medica e chirurgica, la valutazione delle performance e dei tempi di attesa ospedalieri, l'utilizzo delle tecniche chirurgiche più opportune, fino alla valutazione degli esiti. Ulteriore campo di applicazione del sistema di indicatori orientati all'attività chirurgica dovrà essere, nell'immediato futuro, la valutazione del "case load" di alcuni DRG, in modo da verificare l'associazione tra concentrazione delle attività e qualità degli interventi.

L'appropriatezza chirurgica si ottiene quando le prestazioni erogate sono adeguate a risolvere le necessità del paziente, fornite nei modi e nei tempi giusti, con le tecniche migliori e maggiormente condivise, e con un rapporto positivo fra benefici, rischi e costi. In questa ottica, l'albero dell'appropriatezza chirurgica vuole mettere in evidenza come vengono utilizzate le risorse a disposizione dei reparti di chirurgia delle strutture, sia in regime di ricovero ordinario sia di Day Surgery. Si tratta di un numero limitato di indicatori che deve necessariamente essere associato ai risultati di progetti come il Piano Nazionale Esiti.

L'appropriatezza chirurgica viene complessivamente stimata attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

- **Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici**
- **Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari**
- **Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: Day Hospital**
- **Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg**
- **DRG LEA Chirurgici: Percentuale ricoveri in Day Surgery (Patto per la Salute 2010-2012)**

L'appropriatezza medica si verifica quando le prestazioni vengono erogate al momento giusto, secondo standard clinicamente riconosciuti e condivisi, in modo da aumentare la probabilità di

ottenere i risultati desiderati. Tramite il set di indicatori che costituisce questo albero (tassi di ospedalizzazione per i LEA medici, ricoveri medici con finalità diagnostica, ricoveri medici brevi o troppo lunghi) si vuole delineare un quadro dell'appropriatezza delle prestazioni mediche erogate dalle varie strutture. Si tratta di indicatori che misurano le performance ospedaliere, ma che non possono essere dissociati da valutazioni che riguardano la capacità dei distretti e la loro efficacia nel gestire problematiche diagnostiche e di bassa complessità, senza ricorrere, a parità di risultato, a ricoveri ospedalieri. In questo senso distretti sanitari poco efficaci producono ricoveri impropri negli ospedali, creando problemi di assorbimento dal Pronto Soccorso e aumentando le liste di attesa dei ricoveri in elezione.

L'appropriatezza medica viene stimata attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

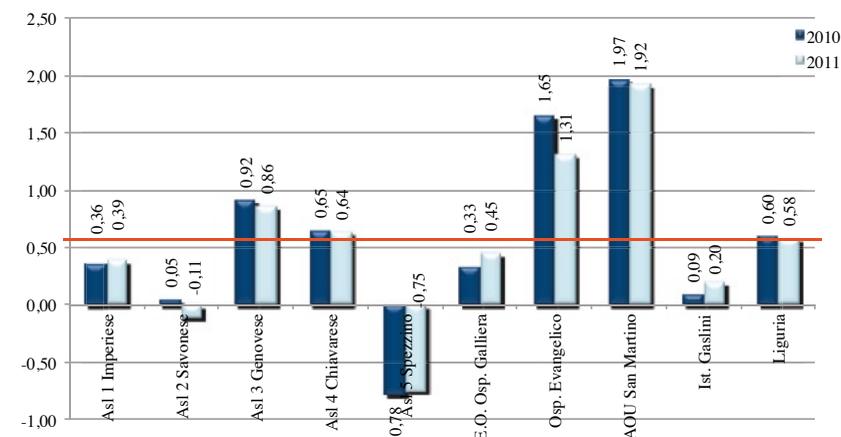
- **DRG LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010-2012)**
- **Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la salute 2010-2012)**
- **Percentuale ricoveri pediatrici in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012)**
- **Percentuale ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010-2012)**
- **Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici (Patto per la Salute 2010)**
- **Percentuale ricoveri medici oltre soglia per pazienti maggiore uguale 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)**

EFFICIENZA DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero con la media regionale del 2009 per la stessa tipologia di ricovero; misura, cioè, i giorni di ricovero erogati in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza) rispetto alla media regionale per la stessa casistica. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e quindi rispetto alla tipologia di pazienti trattati.

In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni in maniera efficiente: la struttura che presenta un basso livello dell'indicatore, infatti, rappresenta una struttura in grado di gestire il paziente in maniera adeguata rispetto alla condizione clinica e senza sprechi di risorse.

C2a - EFFICIENZA DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO	
DEFINIZIONE	Indice di performance degenza media per acuti
NUMERATORE	Σ giornate di degenza osservate - Σ giornate di degenza attese
DENOMINATORE	N. Dimissioni
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano solo i ricoveri ordinari maggiori di 1 giorno. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) ed i neonati normali (DRG 391). Si utilizza il DRG Grouper XXIV Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



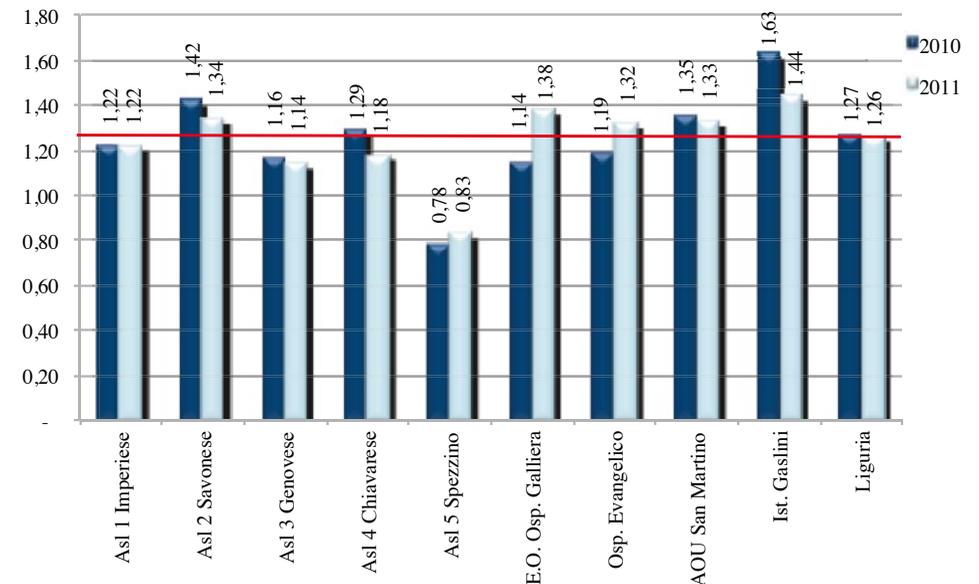
Azienda	C2a Indice di performance degenza media per acuti							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	0,36	6732,55	18930,00	2010	0,39	7233,66	18492,00	2011
Asl 2 Savonese	0,05	1546,44	33384,00	2010	-0,11	-3392,53	31943,00	2011
Asl 3 Genovese	0,92	18642,53	20273,00	2010	0,86	16309,79	18894,00	2011
Asl 4 Chiavarese	0,65	7810,97	11972,00	2010	0,64	7422,09	11556,00	2011
Asl 5 Spezzino	-0,78	-14168,92	18086,00	2010	-0,75	-12878,15	17223,00	2011
E.O. Osp. Galliera	0,33	4545,06	13953,00	2010	0,45	6197,19	13657,00	2011
Osp. Evangelico	1,65	8900,33	5400,00	2010	1,31	5766,92	4415,00	2011
AOU San Martino	1,97	71831,31	36453,00	2010	1,92	67936,04	35293,00	2011
Ist. Gaslini	0,09	1302,89	14494,00	2010	0,20	2860,86	14620,00	2011
Liguria	0,60	104909,66	174438,00	2010	0,58	96341,03	167334,00	2011

DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI (PATTO PER LASALUTE 2010-2012) - RO MAGGIORE 1 GG

Questo indicatore è largamente utilizzato a livello internazionale per valutare l'efficienza operativa, e misura la durata media della permanenza in ospedale prima di un intervento.

Un paziente per cui è stato programmato un intervento chirurgico dovrebbe essere ricoverato non più di un giorno prima dell'operazione; gli esami medici necessari per affrontare l'intervento dovrebbero essere eseguiti in regime ambulatoriale, prima del ricovero. L'analisi è ristretta ai soli reparti chirurgici, in modo da escludere i pazienti afferenti a reparti medici, ma che durante la degenza hanno effettuato procedure chirurgiche correlate al trattamento o diagnosi della loro patologia: in questi casi, infatti, la procedura chirurgica non risulta essere il motivo principale del ricovero e quindi può anche essere effettuata nei giorni seguenti l'ammissione. La Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010-2012) - RO maggiore 1 gg.

C3 - DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012) - RO MAGGIORE 1 GG	
DEFINIZIONE	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico per RO maggiore 1 giorno
NUMERATORE	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
NOTA PER L'ELABORAZIONE	L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione maggiori di 1 giorno. Si considera il primo intervento in ordine cronologico. Codifiche ICD-9 CM: Codici di procedure chirurgiche: da 00 a 86 e 87.53, 88.52, 88.53, 88.54, 88.55, 88.56, 88.57, 92.27, 92.30, 92.31, 92.32, 92.33, 92.39, 96.70, 96.71, 96.72, 98.51 Reparto di ammissione: - Chirurgico (06 Cardiocirurgia pediatrica, 07 Cardiocirurgia, 09 Chirurgia generale, 10 Chirurgia maxillo-facciale, 11 Chirurgia pediatrica, 12 Chirurgia plastica, 13 Chirurgia toracica, 14 Chirurgia vascolare, 30 Neurochirurgia, 34 Oculistica, 35 Odontoiatria e Stomatologia, 36 Ortopedia e Traumatologia, 38 Otorinolaringoiatria, 43 Urologia, 76 Neurochirurgia pediatrica, 78 Urologia pediatrica) - Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico Sono esclusi: - I trapianti (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513. Pancreas: intervento principale 528) - I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento - I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno - I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

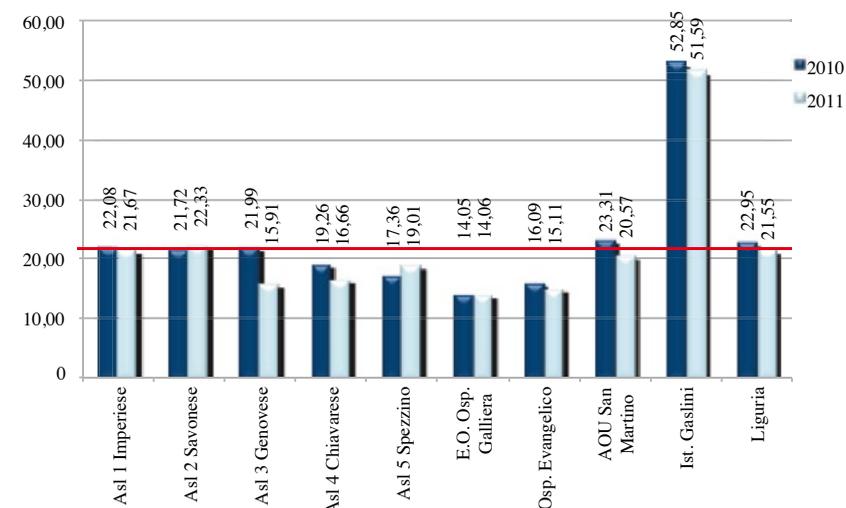


C3 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati ricoveri ordinari maggiori di 1 giorno Patto per la Salute 2010-2012								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	1,22	3.997,00	3.275,00	2010	1,22	3.645,00	2.992,00	2011
Asl 2 Savonese	1,42	9.716,00	6.825,00	2010	1,34	8.369,00	6.226,00	2011
Asl 3 Genovese	1,16	4.170,00	3.601,00	2010	1,14	3.900,00	3.427,00	2011
Asl 4 Chiavarese	1,29	2.101,00	1.630,00	2010	1,18	2.052,00	1.735,00	2011
Asl 5 Spezzino	0,78	1.737,00	2.218,00	2010	0,83	1.613,00	1.942,00	2011
E.O. Osp. Galliera	1,14	3.340,00	2.920,00	2010	1,38	2.214,00	1.599,00	2011
Osp. Evangelico	1,19	1.290,00	1.083,00	2010	1,32	1.142,00	863,00	2011
AOU San Martino	1,35	11.924,00	8.845,00	2010	1,33	11.089,00	8.354,00	2011
Ist. Gaslini	1,63	1.417,00	869,00	2010	1,44	1.379,00	959,00	2011
Liguria	1,27	40.457,00	31.845,00	2010	1,26	35.899,00	28.505,00	2011

Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici

L'indicatore mette in luce gli aspetti relativi all'inappropriatezza organizzativa risultante dalla dimissione di un paziente da un reparto chirurgico, senza che lo stesso sia stato sottoposto ad alcun intervento. Poiché il costo letto di un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è auspicabile ricercare soluzioni organizzative che limitino il più possibile tali casi, per contenere una dispersione di risorse. Secondo le stime, la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici tendenzialmente non dovrebbe superare il 20%.

C4.1 - PERCENTUALE DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI	
DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
NUMERATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100
DENOMINATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 Cardiocirurgia pediatrica, 07 Cardiocirurgia, 09 Chirurgia generale, 10 Chirurgia maxillofaciale, 11 Chirurgia pediatrica, 12 Chirurgia plastica, 13 Chirurgia toracica, 14 Chirurgia vascolare, 30 Neurochirurgia, 34 Oculistica, 35 Odontoiatria e Stomatologia, 36 Ortopedia e Traumatologia, 38 Otorinolaringoiatria, 43 Urologia, 76 Neurochirurgia pediatrica, 78 Urologia pediatrica</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) - i dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile), 124, 125 (Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata e non complicata) - le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 - i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

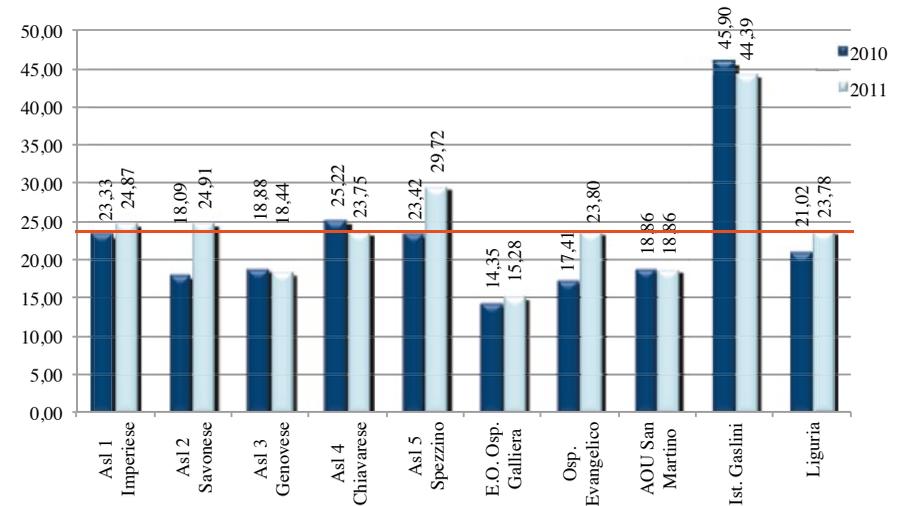


C4.1 Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010-2012)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	22,08	2.019,00	9.145,00	2010	21,67	1.780,00	8.215,00	2011
Asl 2 Savonese	21,72	4.983,00	22.938,00	2010	22,33	4.769,00	21.360,00	2011
Asl 3 Genovese	21,99	3.315,00	15.078,00	2010	15,91	1.983,00	12.463,00	2011
Asl 4 Chiavarese	19,26	1.480,00	7.683,00	2010	16,66	1.214,00	7.288,00	2011
Asl 5 Spezzino	17,36	1.574,00	9.067,00	2010	19,01	1.671,00	8.791,00	2011
E.O. Osp. Galliera	14,05	1.116,00	7.941,00	2010	14,06	1.082,00	7.693,00	2011
Osp. Evangelico	16,09	689,00	4.283,00	2010	15,11	699,00	4.627,00	2011
AOU San Martino	23,31	6.005,00	25.759,00	2010	20,57	4.890,00	23.768,00	2011
Ist. Gaslini	52,85	5.093,00	9.636,00	2010	51,59	4.952,00	9.598,00	2011
Liguria	22,95	26.286,00	114.536,00	2010	21,55	23.058,00	106.977,00	2011

Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari

L'indicatore misura la quota di ricoveri ordinari (compresa la One Day Surgery) effettuati nelle discipline di chirurgia cui viene attribuito un DRG medico. Tali ricoveri, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori, avrebbero potuto essere più appropriatamente trattati in discipline non chirurgiche.

C4.1.1 - PERCENTUALE DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI: RICOVERI ORDINARI	
DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
NUMERATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari x 100
DENOMINATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 Cardiocirurgia pediatrica, 07 Cardiocirurgia, 09 Chirurgia generale, 10 Chirurgia maxillofacciale, 11 Chirurgia pediatrica, 12 Chirurgia plastica, 13 Chirurgia toracica, 14 Chirurgia vascolare, 30 Neurochirurgia, 34 Oculistica, 35 Odontoiatria e Stomatologia, 36 Ortopedia e Traumatologia, 38 Otorinolaringoiatria, 43 Urologia, 76 Neurochirurgia pediatrica, 78 Urologia pediatrica.</p> <p>Si considera inclusa la One Day-Surgery.</p> <p>Sono esclusi: - i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) - i dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile), 124, 125 le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 - i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.</p>
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

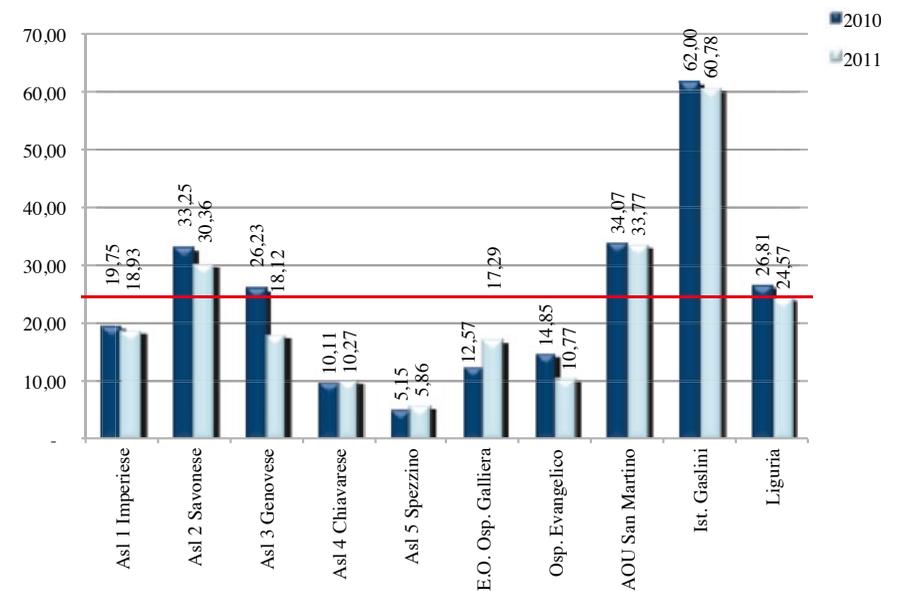


C4.1.1 Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: Ricoveri ordinari								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	23,33	1.387,0	5.945,0	2010	24,87	1.203,0	4.837,0	2011
Asl 2 Savonese	18,09	3.159,0	17.465,0	2010	24,91	3.033,0	12.175,0	2011
Asl 3 Genovese	18,88	1.588,0	8.410,0	2010	18,44	1.079,0	5.851,0	2011
Asl 4 Chiavarese	25,22	1.174,0	4.655,0	2010	23,75	898,0	3.781,0	2011
Asl 5 Spezzino	23,42	1.419,0	6.058,0	2010	29,72	1.411,0	4.748,0	2011
E.O. Osp. Galliera	14,35	950,0	6.620,0	2010	15,28	794,0	5.197,0	2011
Osp. Evangelico	17,41	361,0	2.074,0	2010	23,80	425,0	1.786,0	2011
AOU San Martino	18,86	3.435,0	18.215,0	2010	18,86	2.586,0	13.710,0	2011
Ist. Gaslini	45,90	2.518,0	5.486,0	2010	44,39	2.390,0	5.384,0	2011
Liguria	21,02	15.998,0	76.116,0	2010	23,78	13.826,0	58.140,0	2011

Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: Day Hospital

L'indicatore viene calcolato anche per i ricoveri in Day Hospital in quanto si evidenziano andamenti molto diversi fra i due regimi di ricovero, senza che vi sia alcuna evidente correlazione.

C4.1.2 - PERCENTUALE DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI: DAY HOSPITAL	
DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital
NUMERATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital
DENOMINATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici per i Day Hospital
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 Cardiochirurgia pediatrica, 07 Cardiochirurgia, 09 Chirurgia generale, 10 Chirurgia maxillofacciale, 11 Chirurgia pediatrica, 12 Chirurgia plastica, 13 Chirurgia toracica, 14 Chirurgia vascolare, 30 Neurochirurgia, 34 Oculistica, 35 Odontoiatria e stomatologia, 36 Ortopedia e Traumatologia, 38 Otorinolaringoiatria, 43 Urologia, 76 Neurochirurgia pediatrica, 78 Urologia pediatrica.</p> <p>Si considerano i ricoveri in Day Hospital erogati da strutture pubbliche e private accreditate.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con diagnosi principale o secondaria di intervento non eseguito (V641, V642, V643) - i dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile), 124, 125 - le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95. - i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.
RIFERIMENTO	Obiettivo: minore 10%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

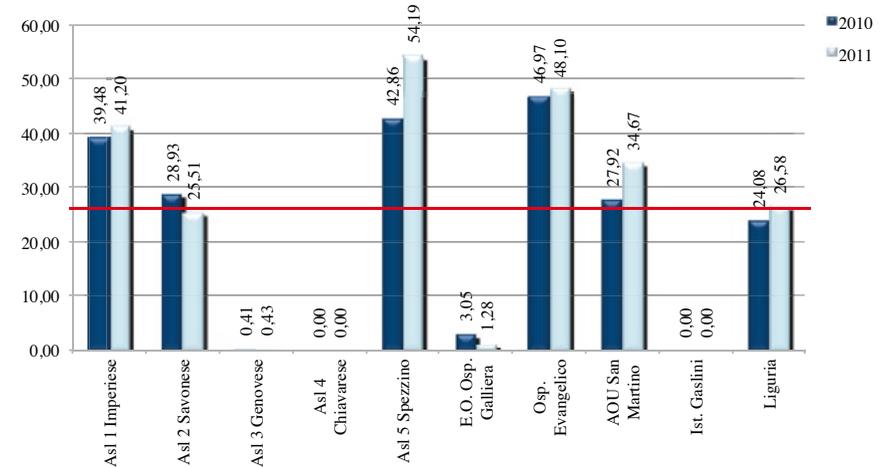


C4.1.2 Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: Day-Hospital								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	19,75	632,00	3.200,00	2010	18,93	556,00	2.937,00	2011
Asl 2 Savonese	33,25	1.825,00	5.489,00	2010	30,36	1.610,00	5.303,00	2011
Asl 3 Genovese	26,23	1.871,00	7.132,00	2010	18,12	1.062,00	5.861,00	2011
Asl 4 Chiavarese	10,11	306,00	3.028,00	2010	10,27	292,00	2.842,00	2011
Asl 5 Spezzino	5,15	155,00	3.009,00	2010	5,86	169,00	2.886,00	2011
E.O. Osp. Galliera	12,57	166,00	1.321,00	2010	17,29	214,00	1.238,00	2011
Osp. Evangelico	14,85	328,00	2.209,00	2010	10,77	267,00	2.479,00	2011
AOU San Martino	34,07	2.570,00	7.544,00	2010	33,77	2.133,00	6.316,00	2011
Ist. Gaslini	62,00	2.570,00	4.145,00	2010	60,78	2.560,00	4.212,00	2011
Liguria	26,81	10.428,00	38.895,00	2010	24,57	8.872,00	36.115,00	2011

Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e Ricovero Ordinario 0-1 gg

In molti paesi europei e negli Stati Uniti il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica torna a casa in giornata o, al massimo, il giorno seguente. Lo standard è, comunque, pari all'80%, poiché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga monitorato più a lungo. L'analisi, tra l'altro, è ristretta agli interventi programmati, così da escludere le eventuali complicanze legate a un ricovero in urgenza.

C4.4 - PERCENTUALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY SURGERY E RO 0-1 GG	
DEFINIZIONE	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno
NUMERATORE	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno x 100
DENOMINATORE	N. colecistectomie laparoscopiche
NOTA PER L'ELABORAZIONE	L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Codifiche DRG Grouper XXIV: DRG 493-494."
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

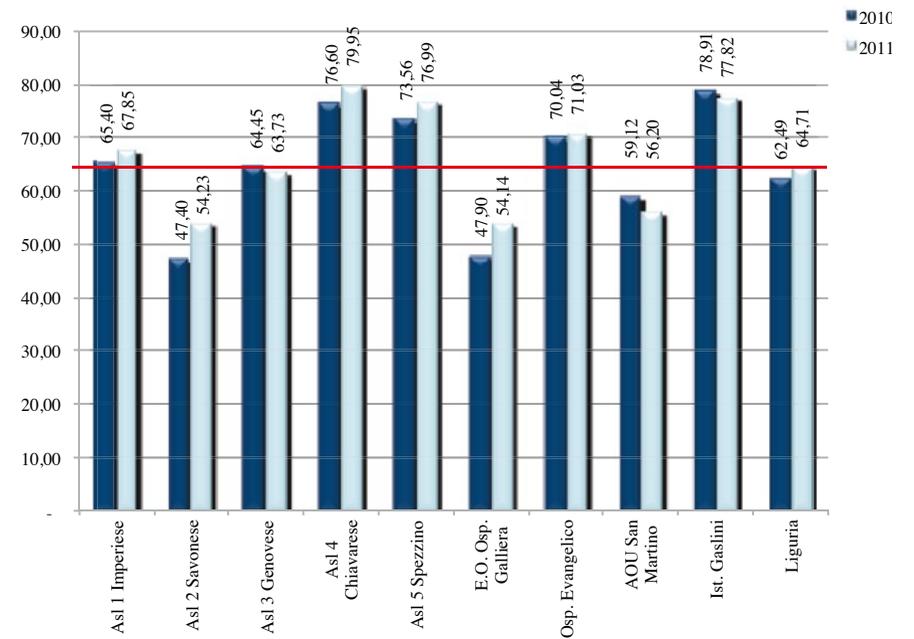


C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario di 0-1 giorno								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	39,48	92,0	233,0	2010	41,20	96,0	233,0	2011
Asl 2 Savonese	28,93	81,0	280,0	2010	25,51	63,0	247,0	2011
Asl 3 Genovese	0,41	1,0	241,0	2010	0,43	1,0	234,0	2011
Asl 4 Chiavarese	0,00	-	127,0	2010	0,00	-	142,0	2011
Asl 5 Spezzino	42,86	87,0	203,0	2010	54,19	97,0	179,0	2011
E.O. Osp. Galliera	3,05	5,0	164,0	2010	1,28	1,0	78,0	2011
Osp. Evangelico	46,97	31,0	66,0	2010	48,10	38,0	79,0	2011
AOU San Martino	27,92	122,0	437,0	2010	34,67	112,0	323,0	2011
Ist. Gaslini	0,00	-	8,0	2010	0,00	-	13,0	2011
Liguria	24,08	427,0	1.773,0	2010	26,58	413,0	1.554,0	2011

DRG LEA Chirurgici: percentuale ricoveri in Day Surgery (Patto per la Salute 2010-2012)

Il Patto per la Salute 2010-2012 aumenta il numero di DRG delle prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in giornata relativamente ai Livelli Essenziali di Assistenza: un ricovero più lungo risulta, infatti, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni.

C4.7 - DRG LEA CHIRURGICI: PERCENTUALE RICOVERI IN DAY SURGERY (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA Chirurgici
NUMERATORE	N. ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA Chirurgici x 100
DENOMINATORE	N. ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA Chirurgici
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012: 8, 36, 38, 40, 41, 42, 51, 55, 59, 60, 61, 62, 158, 160, 162, 163, 168, 169, 227, 228, 229, 232, 262, 266, 268, 270, 339, 340, 342, 343, 345, 360, 362, 364, 377, 381, 503, 538.</p> <p>Sono esclusi i DRG prevalentemente erogati in regime ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 006 Decompressione del tunnel carpale - 039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia - 119 legature e stripping di vene. <p>Per ogni azienda si considerano i DRG che presentano almeno 30 casi l'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Si considera esclusa la One Day Surgery al numeratore. Sono esclusi i dimessi dai reparti di Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti, Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75).</p>
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

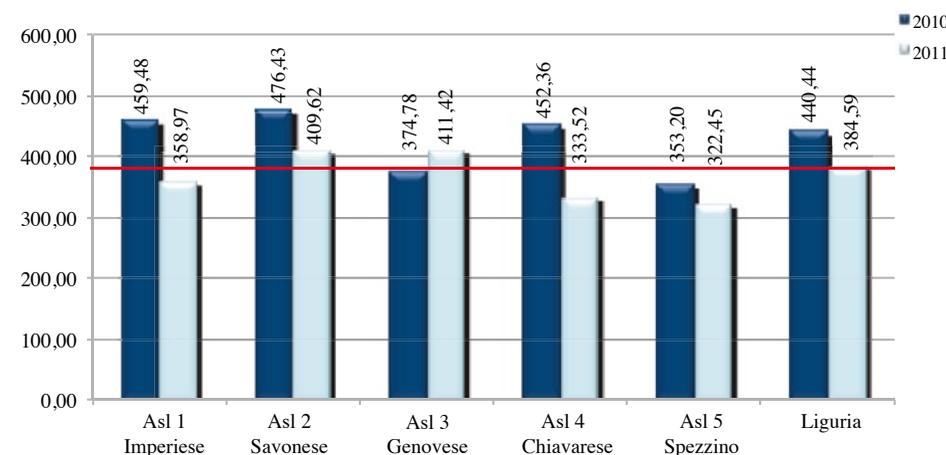


C4.7 DRG LEA Chirurgici: % Day-Surgery (2) Patto per la Salute 2010-2012								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	65,40	2.897,00	4.430,00	2010	67,85	2.894,00	4.265,00	2011
Asl 2 Savonese	47,40	3.451,00	7.280,00	2010	54,23	3.329,00	6.139,00	2011
Asl 3 Genovese	64,45	4.268,00	6.622,00	2010	63,73	3.672,00	5.762,00	2011
Asl 4 Chiavarese	76,60	1.902,00	2.483,00	2010	79,95	1.998,00	2.499,00	2011
Asl 5 Spezzino	73,56	3.249,00	4.417,00	2010	76,99	2.982,00	3.873,00	2011
E.O. Osp. Galliera	47,90	969,00	2.023,00	2010	54,14	818,00	1.511,00	2011
Osp. Evangelico	70,04	2.069,00	2.954,00	2010	71,03	2.042,00	2.875,00	2011
AOU San Martino	59,12	4.678,00	7.913,00	2010	56,20	4.117,00	7.326,00	2011
Ist. Gaslini	78,91	1.190,00	1.508,00	2010	77,82	1.340,00	1.722,00	2011
Liguria	62,49	24.983,00	39.980,00	2010	64,71	23.531,00	36.364,00	2011

DRG LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010-2012)

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire ai cittadini. All'interno dei LEA esiste una casistica di tipo medico (indicata all'interno del Patto per la Salute 2010-2012) che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita dal territorio, ossia dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. Questo indicatore misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.

C4.8 -DRG LEA MEDICI: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER 10.000 RESIDENTI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso
NUMERATORE	N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti x 10.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012: 13, 19, 47, 65, 70, 73, 74, 88, 131, 133, 134, 139, 142, 183, 184, 187, 189, 206, 208, 241, 243, 245, 248, 249, 251, 252, 254, 256, 276, 281, 282, 283, 284, 294, 295, 299, 301, 317, 323, 324, 326, 327, 329, 332, 333, 349, 351, 352, 369, 384, 395, 396, 399, 404, 409, 410, 411, 412, 426, 427, 429, 465, 466, 467, 490, 563, 564. Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 56, 60, 75). - i dimessi da strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

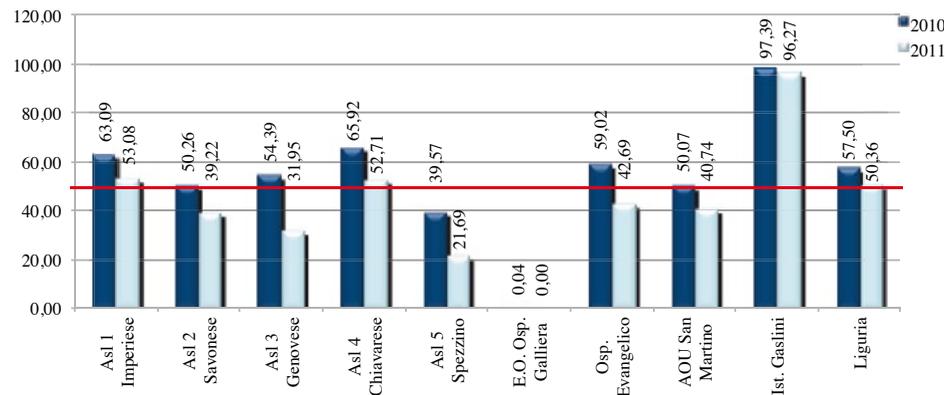


C4.8 DRG LEA Medici: Tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	459,48	14.493,0	287.315,0	2010	358,97	8.689,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	476,43	37.883,0	737.524,0	2010	409,62	12.969,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	374,78	9.002,0	221.885,0	2010	411,42	32.520,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	452,36	7.329,0	149.128,0	2010	333,52	5.389,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	353,20	8.438,0	220.134,0	2010	322,45	7.696,0	220.107,0	2011
Liguria	440,44	77.145,0	1.615.986,0	2010	384,59	67.263,0	1.616.788,0	2011

Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012)

I letti in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno, mentre gli accertamenti diagnostici possono essere eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso a un ricovero ospedaliero. Questo indicatore, dunque, misura la percentuale di Day Hospital medici effettuati ai soli fini diagnostici (cfr Patto per la Salute 2010-2012). Viene presentato anche il dettaglio dei ricoveri pediatrici.

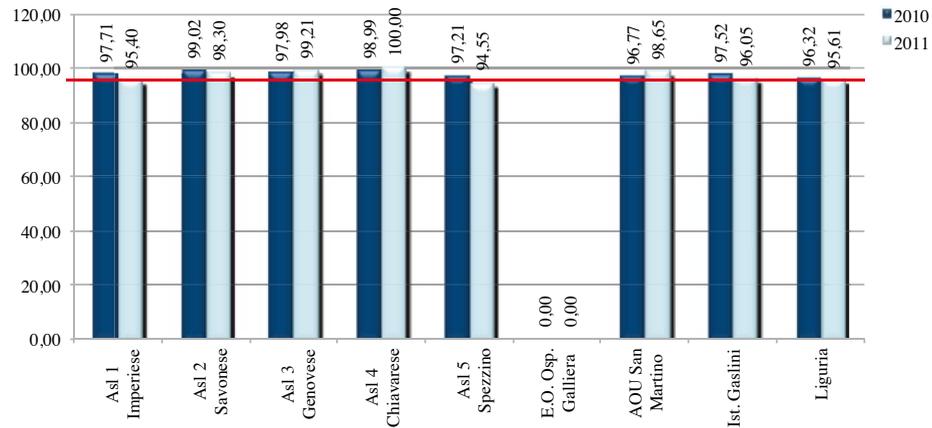
C14.2 - PERCENTUALE RICOVERI IN DH MEDICO CON FINALITA' DIAGNOSTICA (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica
NUMERATORE	N. di ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri in Day Hospital medico
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "finalità del Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico".
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



Azienda	C14.2 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	63,09	3.787,0	6.003,0	2010	53,08	2.783,0	5.243,0	2011
Asl 2 Savonese	50,26	6.527,0	12.986,0	2010	39,22	4.164,0	10.618,0	2011
Asl 3 Genovese	54,39	5.669,0	10.422,0	2010	31,95	2.197,0	6.877,0	2011
Asl 4 Chiavarese	65,92	3.356,0	5.091,0	2010	52,71	1.624,0	3.081,0	2011
Asl 5 Spezzino	39,57	1.378,0	3.482,0	2010	21,69	556,0	2.563,0	2011
E.O. Osp. Galliera	0,04	2,0	5.705,0	2010	0,00	-	4.394,0	2011
Osp. Evangelico	59,02	916,0	1.552,0	2010	42,69	397,0	930,0	2011
AOU San Martino	50,07	8.133,0	16.243,0	2010	40,74	5.675,0	13.930,0	2011
Ist. Gaslini	97,39	13.626,0	13.991,0	2010	96,27	13.820,0	14.355,0	2011
Liguria	57,50	43.406,0	75.489,0	2010	50,36	31.224,0	62.003,0	2011

Percentuale ricoveri pediatrici in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012)

C14.2.2 - PERCENTUALE RICOVERI PEDIATRICI IN DH MEDICO CON FINALITÀ DIAGNOSTICA (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri pediatrici in DH medico con finalità diagnostica
NUMERATORE	N. di ricoveri pediatrici in DH medico con finalità diagnostica x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri pediatrici in DH medico
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i soli ricoveri pediatrici (età minore 14). Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "finalità del Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico".
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

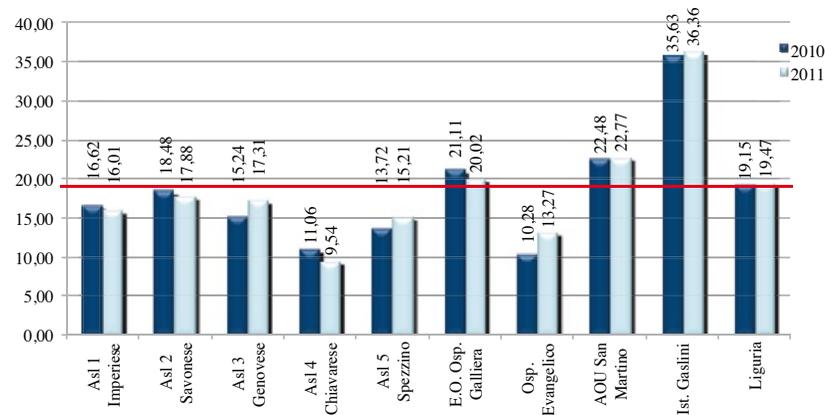


Azienda	C14.2.2 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	97,71	341,0	349,0	2010	95,40	311,0	326,0	2011
Asl 2 Savonese	99,02	809,0	817,0	2010	98,30	753,0	766,0	2011
Asl 3 Genovese	97,98	629,0	642,0	2010	99,21	752,0	758,0	2011
Asl 4 Chiavarese	98,99	197,0	199,0	2010	100,00	168,0	168,0	2011
Asl 5 Spezzino	97,21	174,0	179,0	2010	94,55	104,0	110,0	2011
E.O. Osp. Galliera	0,00	-	174,0	2010	0,00	-	114,0	2011
AOU San Martino	96,77	330,0	341,0	2010	98,65	292,0	296,0	2011
Ist. Gaslini	97,52	9.911,0	10.163,0	2010	96,05	10.054,0	10.467,0	2011
Liguria	96,32	12.391,0	12.865,0	2010	95,61	12.435,0	13.006,0	2011

Percentuale ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010-2012)

Un ricovero medico breve (0-1-2 giorni) è spesso un ricovero evitabile, realizzato in contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino. Il numero di tali ricoveri deve essere ridotto attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi (cfr Patto per la Salute 2010-2012). Viene presentato anche il dettaglio dei ricoveri pediatrici.

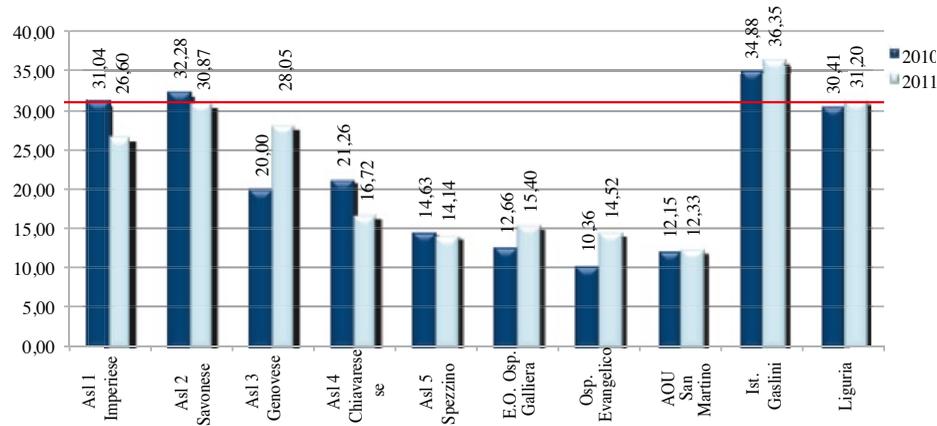
C14.3 - PERCENTUALE RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
NUMERATORE	N. di ricoveri ordinari medici brevi x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri ordinari medici
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni. Sono esclusi: - DRG 391: neonato normale - DRG 373: parto vaginale senza diagnosi complicanti - le modalità di dimissione: deceduto, dimissione volontaria, trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



Azienda	C14.3 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	16,62	2.008,0	12.084,0	2010	16,01	1.873,0	11.702,0	2011
Asl 2 Savonese	18,48	3.794,0	20.525,0	2010	17,88	3.546,0	19.828,0	2011
Asl 3 Genovese	15,24	2.053,0	13.474,0	2010	17,31	2.275,0	13.145,0	2011
Asl 4 Chiavarese	11,06	854,0	7.722,0	2010	9,54	697,0	7.306,0	2011
Asl 5 Spezzino	13,72	1.731,0	12.618,0	2010	15,21	1.910,0	12.554,0	2011
E.O. Osp. Galliera	21,11	1.663,0	7.876,0	2010	20,02	1.559,0	7.789,0	2011
Osp. Evangelico	10,28	250,0	2.432,0	2010	13,27	257,0	1.937,0	2011
AOU San Martino	22,48	5.012,0	22.295,0	2010	22,77	5.001,0	21.965,0	2011
Ist. Gaslini	35,63	4.133,0	11.599,0	2010	36,36	4.297,0	11.818,0	2011
Liguria	19,15	21.758,0	113.611,0	2010	19,47	21.616,0	111.044,0	2011

Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici (Patto per la Salute 2010)

C14.3.2 - PERCENTUALE DI RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI PEDIATRICI (PATTO PER LA SALUTE 2010)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici
NUMERATORE	N. di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri pediatrici in DH medico
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si selezionano i ricoveri ordinari pediatrici (età minore 14 anni) con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni. Sono esclusi: - DRG 391: neonato normale - DRG 373: parto vaginale senza diagnosi complicanti - le modalità di dimissione: deceduto, dimissione volontaria, trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

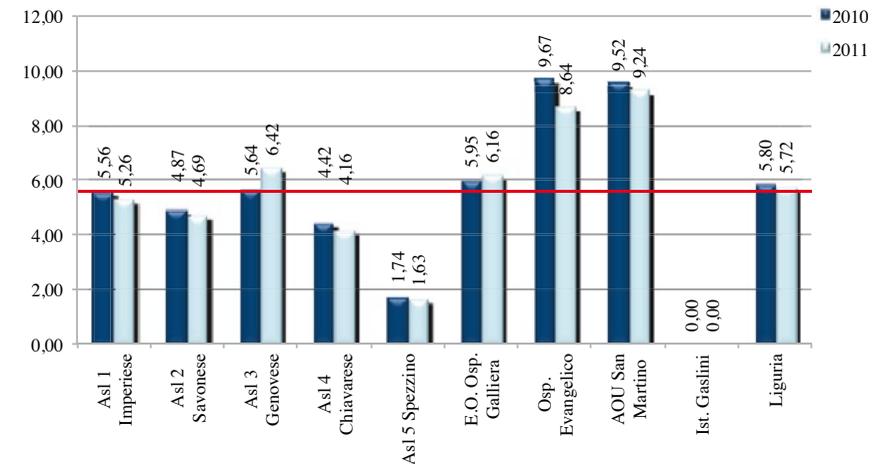


C14.3.2 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	31,04	311,0	1.002,0	2010	26,60	250,0	940,0	2011
Asl 2 Savonese	32,28	431,0	1.335,0	2010	30,87	392,0	1.270,0	2011
Asl 3 Genovese	20,00	54,0	270,0	2010	28,05	85,0	303,0	2011
Asl 4 Chiavarese	21,26	71,0	334,0	2010	16,72	53,0	317,0	2011
Asl 5 Spezzino	14,63	128,0	875,0	2010	14,14	129,0	912,0	2011
E.O. Osp. Galliera	12,66	50,0	395,0	2010	15,40	67,0	435,0	2011
Osp. Evangelico	10,36	20,0	193,0	2010	14,52	18,0	124,0	2011
AOU San Martino	12,15	114,0	938,0	2010	12,33	118,0	957,0	2011
Ist. Gaslini	34,88	3.455,0	9.904,0	2010	36,35	3.700,0	10.178,0	2011
Liguria	30,41	4.640,0	15.258,0	2010	31,20	4.820,0	15.450,0	2011

Percentuale ricoveri medici oltre soglia per pazienti maggiori 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)

Questo indicatore identifica i ricoveri di pazienti che rimangono in ospedale più a lungo di quanto ci si aspetterebbe per motivi clinici. Una degenza troppo lunga può essere dovuta a inefficienza sia da parte dell'ospedale sia da parte del territorio, manchevole di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare o, comunque, a una scarsa integrazione tra ospedale e territorio (cfr Patto per la Salute 2010-2012). Il valore soglia di un DRG indica la durata massima che ci si aspetta per quel ricovero. Il ricorso ai ricoveri medici oltre soglia è particolarmente accentuato nella popolazione di età superiore a 64 anni, pertanto vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età.

C14.4 - PERCENTUALE RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI MAGGIORE O UGUALE 65 ANNI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni
NUMERATORE	N. di ricoveri medici oltre soglia x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri medici
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano le soglie ministeriali; per i DRG 557, 558, 559, 577, privi di soglia ministeriale, si usano i valori soglia stabiliti dal Testo Unico sulla Compensazione interregionale della mobilità sanitaria del 27 Gennaio 2010. Si considerano i pazienti di età maggiore uguale 65 anni. Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari. Sono esclusi i dimessi dai reparti di Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 56, 60, 75).
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti maggiore uguale 65 anni								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	5,56	445,0	8.002,0	2010	5,26	413,0	7.845,0	2011
Asl 2 Savonese	4,87	687,0	14.093,0	2010	4,69	643,0	13.700,0	2011
Asl 3 Genovese	5,64	476,0	8.435,0	2010	6,42	500,0	7.793,0	2011
Asl 4 Chiavarese	4,42	249,0	5.629,0	2010	4,16	223,0	5.357,0	2011
Asl 5 Spezzino	1,74	153,0	8.800,0	2010	1,63	138,0	8.462,0	2011
E.O. Osp. Galliera	5,95	322,0	5.413,0	2010	6,16	327,0	5.307,0	2011
Osp. Evangelico	9,67	180,0	1.862,0	2010	8,64	129,0	1.493,0	2011
AOU San Martino	9,52	1.325,0	13.920,0	2010	9,24	1.265,0	13.697,0	2011
Ist. Gaslini	0,00	-	2,0	2010	0,00	-	1,0	2011
Liguria	5,80	3.849,0	66.387,0	2010	5,72	3.650,0	63.829,0	2011

CAPITOLO QUINTO

QUALITÀ CLINICA

QUALITÀ CLINICA

MAURO OCCHI

Uno degli obiettivi del Sistema Sanitario è quello di fornire prestazioni di elevata qualità al maggior numero possibile di cittadini. Gli indicatori di qualità clinica indagano alcuni processi dell'attività ospedaliera cercando di individuare e monitorare le variabili che riguardano l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, la tempestività e la correttezza di esecuzione delle prestazioni. Il cluster di indicatori che sono stati calcolati all'interno del sistema di valutazione delle performance del Laboratorio MeS, che riprendono una serie di indicatori fondamentali molto diffusi in Italia, e di cui offriamo l'elaborazione comparata del biennio 2010-2011 per la Liguria, rappresenta solo il primo passo verso la costruzione di un sistema capace di rilevare il complesso degli elementi significativi nell'ambito della Qualità clinica. Il Ministero della Salute ha affidato all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari la realizzazione del Progetto Nazionale Esiti (PNE) per valutare l'efficacia dei servizi sanitari ospedalieri attraverso l'analisi delle SDO. Regione Liguria, sulla base di questi progetti, intende ampliare il proprio sistema di indicatori regionali, in modo da rendere disponibili agli ospedali liguri informazioni fondamentali sull'efficacia e sugli esiti dei trattamenti, e sostenere l'applicazione e la diffusione di protocolli e tecniche che possano garantire migliori performance cliniche. In particolare, anche sulla base degli stimoli provenienti dagli indicatori di esito pubblicati nel PNE 2011, gli interventi in laparoscopia alla colecisti sono destinati a essere monitorati all'interno del sistema regionale in termini di tecnica utilizzata, ricoveri ripetuti e complicanze.

Alcuni dei valori degli indicatori di Qualità clinica sono solo apparentemente imputabili all'organizzazione ospedaliera, e spesso possono indicare debolezze delle strutture territoriali. Esempi di questo genere possono costituire un determinante di rilievo nell'interpretazione dei ricoveri ripetuti, sia nel caso di insufficiente capacità di presa in carico del paziente da parte del territorio, quanto nella Mortalità Ospedaliera per Infarto, dove la qualità e la tempestività dell'apparato di emergenza urgenza rappresentano un fattore importante sull'esito del ricovero ospedaliero.

Un indicatore ospedaliero internazionale di primaria importanza per quanto riguarda la qualità clinica è la presenza di procedure operative standardizzate (SOPs, *Standard Operating Procedures*) relativamente a ogni situazione clinica che si possa presentare.

Per quanto riguarda il caso della frattura del femore, per esempio, è fondamentale rifarsi ai risultati del Progetto Iper 2, dedicato allo studio degli indicatori di processo esito in riabilitazione (Quaderni dell'Agenzia n. 10, ARS Liguria). In tale studio si evidenzia l'importanza di fattori che possono essere presenti nel paziente anziano (disidratazione, malnutrizione, disidratazione, confusione) e che contribuiscono in maniera rilevante sia come fattori predisponenti la caduta ma anche condizionando l'esito dell'intervento che segue.

Pertanto l'indicatore che valuta la percentuale di operazioni entro le 48 ore dal ricovero, che rimane un elemento importante di confronto delle performance ospedaliere italiane, dovrà essere affiancato a una valutazione capace di valorizzare gli elementi che possono giustificare uno scostamento dal valore di riferimento.

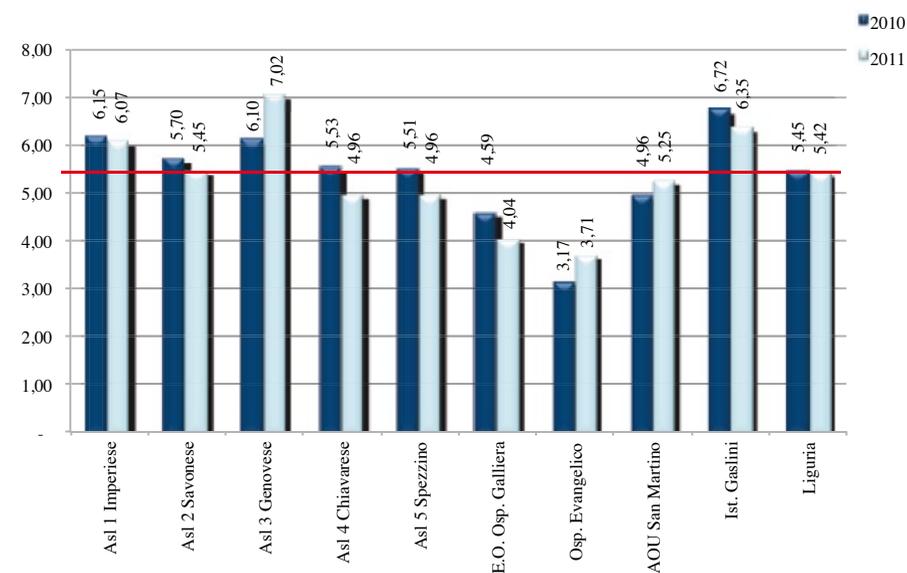
La qualità clinica viene stimata attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

- **Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale**
- **Percentuale fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la Salute 2010-2012)**
- **Percentuale prostatectomie transuretrali**
- **Mortalità intraospedaliera per infarto**
- **Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare**
- **Percentuale utilizzo di almeno 1 mammaria nel by-pass (AO-AOU-IRCCS)**
- **Percentuale interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)**
- **Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva**
- **Percentuale resezioni programmate al colon in laparoscopia**
- **Percentuale Appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni**
- **Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate**

Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale

Se adeguatamente curato, un paziente non dovrebbe rientrare in ospedale nel corso del mese successivo alla dimissione. L'indicatore misura quante volte un paziente viene nuovamente ricoverato entro 30 giorni dal primo ricovero per un problema assimilabile alla causa del primo ricovero. Il ricovero ripetuto è attribuito alla prima azienda che ha curato il paziente.

C5.1 - PERCENTUALE RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GIORNI CON STESSA MDC IN UNA QUALUNQUE STRUTTURA REGIONALE	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale
NUMERATORE	N. ricoveri ripetuti dei dimessi dal 1° Gennaio al 30 Novembre entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale pubblica o privata (evento origine nel periodo 1° Gennaio -30 Novembre, evento successivo nel periodo 1° Gennaio -31 Dicembre) x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri medici
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a pazienti residenti in regione, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno.</p> <p>Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra la ammissione e una precedente dimissione minore uguale 30 giorni.</p> <p>Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 30 giorni dal primo, questo è attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero. I ricoveri con modalità di dimissione: volontaria; trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di Riabilitazione non generano ricoveri ripetuti. Al numeratore si considerano i ricoveri erogati da qualsiasi struttura (pubblica, privata accreditata o non accreditata). Sono esclusi (sia dal numeratore che dal denominatore) i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con codice fiscale anonimo, - con reparto di ammissione: Psichiatria (codice 40), - con reparto di ammissione Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75), - con reparto di dimissione: Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75), - relativi ai dimessi per Radioterapia e Chemioterapia (DRG 409, 410, 492).
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

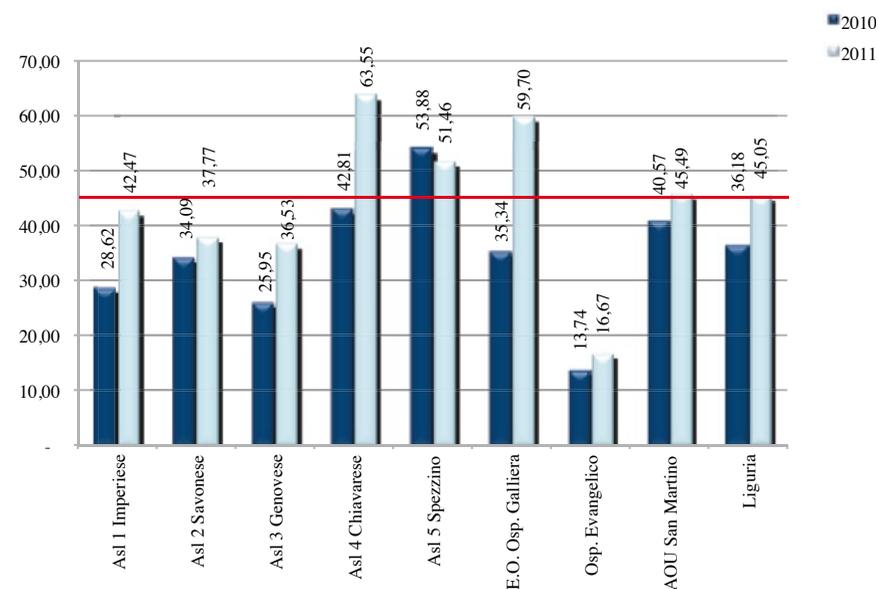


C5.1 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	6,15	1.074,00	17.464,00	2010	6,07	1.045,00	17.229,00	2011
Asl 2 Savonese	5,70	1.729,00	30.308,00	2010	5,45	1.570,00	28.831,00	2011
Asl 3 Genovese	6,10	1.114,00	18.263,00	2010	7,02	1.213,00	17.268,00	2011
Asl 4 Chiavarese	5,53	609,00	11.022,00	2010	4,96	528,00	10.644,00	2011
Asl 5 Spezzino	5,51	939,00	17.047,00	2010	4,96	813,00	16.379,00	2011
E.O. Osp. Galliera	4,59	644,00	14.030,00	2010	4,04	557,00	13.773,00	2011
Osp. Evangelico	3,17	187,00	5.904,00	2010	3,71	181,00	4.875,00	2011
AOU San Martino	4,96	1.695,00	34.167,00	2010	5,25	1.730,00	32.962,00	2011
Ist. Gaslini	6,72	573,00	8.527,00	2010	6,35	560,00	8.821,00	2011
Liguria	5,45	8.595,00	157.575,00	2010	5,42	8.216,00	151.470,00	2011

Percentuale fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la Salute 2010-2012)

La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura di femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale. Un indebito allungamento dei tempi di attesa è il primo sintomo, dunque, di qualità insoddisfacente della prestazione. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare precocemente il paziente al reparto. Per la qualità dell'assistenza in ortopedia chirurgica, le fratture del femore comportano, pertanto, una gestione articolata e complessa degli eventi.

C5.2 - PERCENTUALE FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI DALL'AMMISSIONE (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
NUMERATORE	Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri medici
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano solo i ricoveri ordinari. Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx e codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: - 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna - 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna - 81.51 Sostituzione totale dell'anca - 81.52 Sostituzione parziale dell'anca - 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

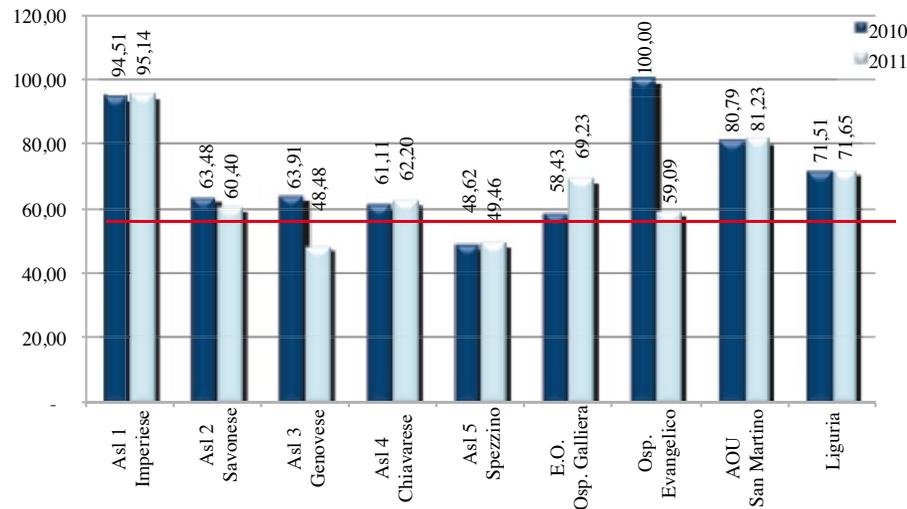


C5.2 Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione Patto per la Salute 2010-2012								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	28,62	79,00	276,00	2010	42,47	93,00	219,00	2011
Asl 2 Savonese	34,09	226,00	663,00	2010	37,77	244,00	646,00	2011
Asl 3 Genovese	25,95	89,00	343,00	2010	36,53	118,00	323,00	2011
Asl 4 Chiavarese	42,81	140,00	327,00	2010	63,55	204,00	321,00	2011
Asl 5 Spezzino	53,88	229,00	425,00	2010	51,46	212,00	412,00	2011
E.O. Osp. Galliera	35,34	123,00	348,00	2010	59,70	197,00	330,00	2011
Osp. Evangelico	13,74	29,00	211,00	2010	16,67	33,00	198,00	2011
AOU San Martino	40,57	213,00	525,00	2010	45,49	252,00	554,00	2011
Liguria	36,18	1.128,00	3.118,00	2010	45,05	1.353,00	3.003,00	2011

Percentuale prostatectomie transuretrali

L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale. La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido e una degenza in ospedale più breve, che si traduce anche in un minor assorbimento di risorse.

C5.3 - PERCENTUALE PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	
DEFINIZIONE	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
NUMERATORE	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100
DENOMINATORE	Numero interventi di prostatectomia
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si escludono i casi di tumore maligno della prostata in diagnosi principale (185). Codifiche: Numeratore: Codice ICD9-CM di intervento principale 60.21, 60.29 Denominatore: Codice ICD9-CM di intervento principale 60.21, 60.29, 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

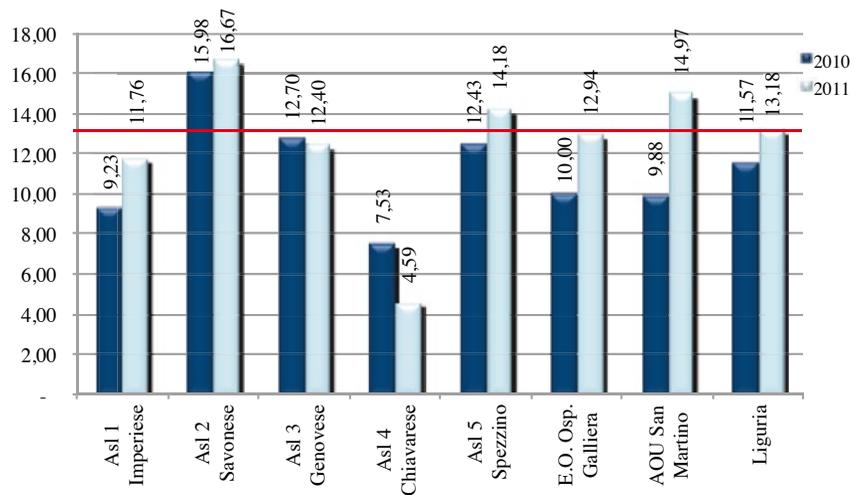


Azienda	C5.3 Percentuale prostatectomia transuretrale							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	94,51	172,00	182,00	2010	95,14	176,00	185,00	2011
Asl 2 Savonese	63,48	113,00	178,00	2010	60,40	90,00	149,00	2011
Asl 3 Genovese	63,91	108,00	169,00	2010	48,48	48,00	99,00	2011
Asl 4 Chiavarese	61,11	66,00	108,00	2010	62,20	51,00	82,00	2011
Asl 5 Spezzino	48,62	53,00	109,00	2010	49,46	46,00	93,00	2011
E.O. Osp. Galliera	58,43	52,00	89,00	2010	69,23	63,00	91,00	2011
Osp. Evangelico	100,00	1,00	1,00	2010	59,09	13,00	22,00	2011
AOU San Martino	80,79	286,00	354,00	2010	81,23	251,00	309,00	2011
Liguria	71,51	851,00	1.190,00	2010	71,65	738,00	1.030,00	2011

Mortalità intraospedaliera per infarto

La mortalità intraospedaliera è attualmente considerata un indicatore globale della qualità delle cure erogate complessivamente ai pazienti. In caso di infarto, in cui il fattore tempo è essenziale, concorrono all'esito non solamente le cure prestate in ospedale, ma anche quelle del 118: più precocemente si interviene, più alte sono le possibilità di successo.

C5.4 - MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA PER INFARTO	
DEFINIZIONE	Mortalità intraospedaliera per infarto
NUMERATORE	Numero deceduti con diagnosi di infarto x 100
DENOMINATORE	Numero dimessi con diagnosi di infarto
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale o una delle secondarie: 410.01, 410.11, 410.21, 410.51.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

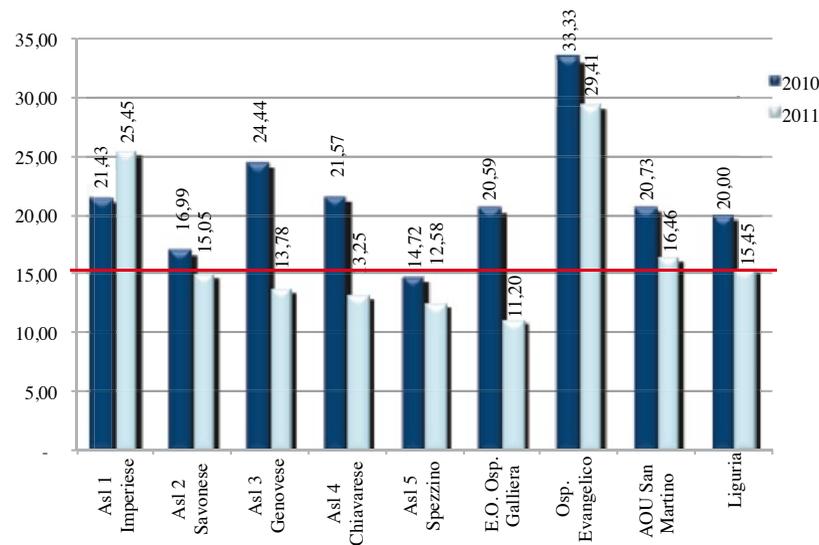


Azienda	C5.4 Mortalità intraospedaliera per infarto							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	9,23	12,00	130,00	2010	11,76	14,00	119,00	2011
Asl 2 Savonese	15,98	31,00	194,00	2010	16,67	32,00	192,00	2011
Asl 3 Genovese	12,70	16,00	126,00	2010	12,40	16,00	129,00	2011
Asl 4 Chiavarese	7,53	7,00	93,00	2010	4,59	5,00	109,00	2011
Asl 5 Spezzino	12,43	23,00	185,00	2010	14,18	19,00	134,00	2011
E.O. Osp. Galliera	10,00	16,00	160,00	2010	12,94	11,00	85,00	2011
AOU San Martino	9,88	16,00	162,00	2010	14,97	25,00	167,00	2011
Liguria	11,57	122,00	1.054,00	2010	13,18	124,00	941,00	2011

Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare

La mortalità intraospedaliera è attualmente considerata un indicatore globale della qualità delle cure erogate ai pazienti. L'embolia polmonare è una tra le maggiori cause di mortalità e morbilità intraospedaliera.

C5.5 - MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA PER EMBOLIA POLMONARE	
DEFINIZIONE	Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare
NUMERATORE	Numero deceduti con diagnosi di embolia polmonare x 100
DENOMINATORE	Numero dimessi con diagnosi di embolia polmonare
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale o una delle secondarie: 415.xx Malattie cardiopolmonare acuta
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

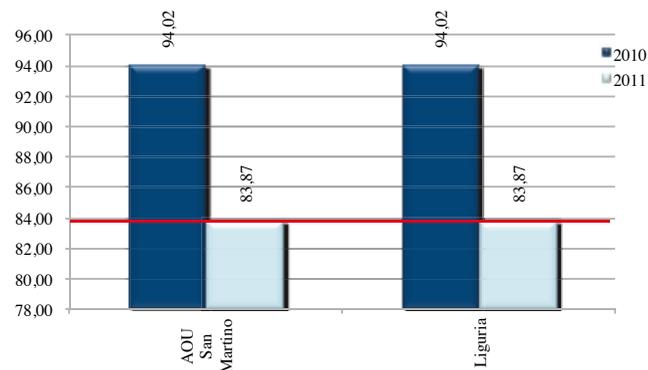


Azienda	C5.5 Mortalità intraospedaliera per embolia polmonare							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	21,43	18,00	84,00	2010	25,45	28,00	110,00	2011
Asl 2 Savonese	16,99	35,00	206,00	2010	15,05	31,00	206,00	2011
Asl 3 Genovese	24,44	44,00	180,00	2010	13,78	27,00	196,00	2011
Asl 4 Chiavarese	21,57	22,00	102,00	2010	13,25	11,00	83,00	2011
Asl 5 Spezzino	14,72	24,00	163,00	2010	12,58	20,00	159,00	2011
E.O. Osp. Galliera	20,59	21,00	102,00	2010	11,20	14,00	125,00	2011
Osp. Evangelico	33,33	7,00	21,00	2010	29,41	5,00	17,00	2011
AOU San Martino	20,73	51,00	246,00	2010	16,46	40,00	243,00	2011
Liguria	20,00	222,00	1.109,00	2010	15,45	177,00	1.146,00	2011

Percentuale utilizzo di almeno 1 mammaria nel by-pass (AO - AOU - IRCCS)

L'indicatore mostra la percentuale di utilizzo di almeno una mammaria nel by-pass; il bypass coronarico realizzato utilizzando le arterie mammarie registra risultati superiori rispetto a quello realizzato con le vene safene, sia in termini di pervietà immediata sia di durata che, in ultima analisi, di una migliore sopravvivenza dei pazienti. Questo indicatore è calcolato solo per le Aziende Ospedaliere Universitarie e per gli IRCCS.

C5.6 - PERCENTUALE UTILIZZO DI ALMENO 1 MAMMARIA NEL BY-PASS (AO - AOU - IRCCS)	
DEFINIZIONE	Percentuale di utilizzo di almeno una mammaria nel by-pass
NUMERATORE	Numero dimessi con intervento di by-pass con utilizzo di almeno una mammaria x 100
DENOMINATORE	Numero dimessi con intervento di by-pass
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari. Numeratore: Codice ICD9-CM di intervento principale o secondario: - 36.15: Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica - 36.16: By-pass doppio mammaria interna-arteria coronarica Denominatore: - DRG 547: Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore - DRG 548: Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore - DRG 549: Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore - DRG 550: Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

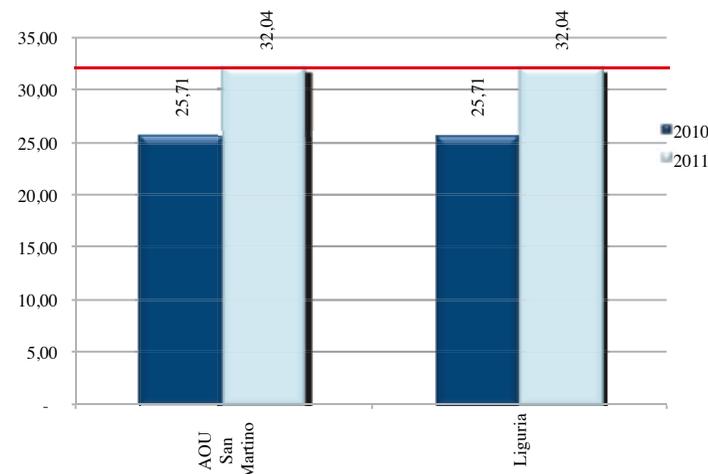


C5.6 Percentuale di utilizzo di almeno una mammaria nel by-pass (AO - AOU - IRCCS)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
AOU San Martino	94,02	220,00	234,00	2010	83,87	182,00	217,00	2011
Liguria	94,02	220,00	234,00	2010	83,87	182,00	217,00	2011

Percentuale interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)

La possibilità di riparare la valvola mitrale garantisce l'integrità dell'apparato sospensore-sottovalvolare, con effetti positivi sulla qualità della vita del paziente. L'indicatore è calcolato solo per le Aziende Ospedaliere Universitarie e per gli IRCCS, poiché questo tipo di intervento si effettua solo in tali strutture.

C5.7 - % INTERVENTI DI RIPARAZIONE DELLA VALVOLA MITRALE (AOU)	
DEFINIZIONE	Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)
NUMERATORE	Numero dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale x 100
DENOMINATORE	Numero dimessi con intervento di by-pass
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari. NUM: codici intervento 35.02, 35.12 DEN: codici intervento 35.02, 35.12, 35.23, 35.24 Codice ICD9-CM di intervento principale o uno dei secondari: - 35.02 Valvulotomia a cuore chiuso, valvola mitrale - 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione - 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi - 35.24 Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

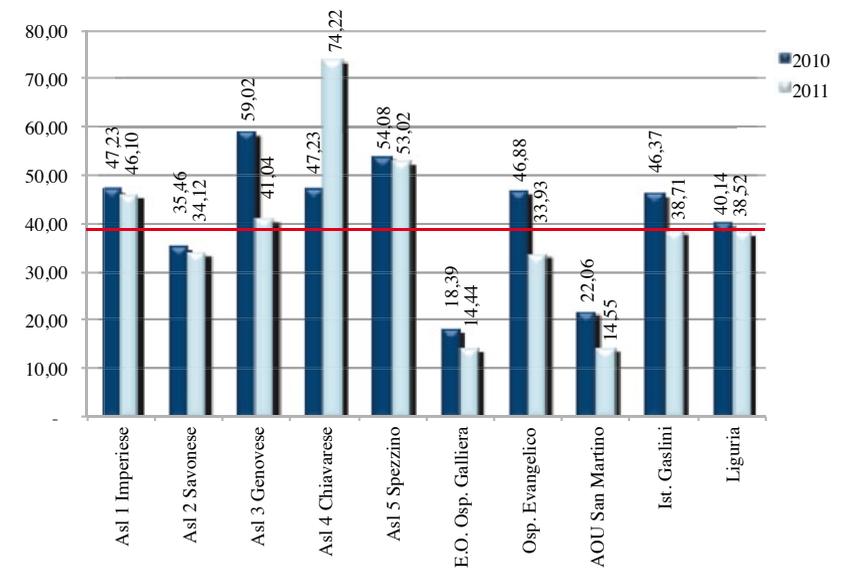


C5.7 Percentuale di interventi di riparazione della valvola mitrale (AO - AOU - IRCCS)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
AOU San Martino	25,71	27,00	105,00	2010	32,04	33,00	103,00	2011
Liguria	25,71	27,00	105,00	2010	32,04	33,00	103,00	2011

Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva

Negli ultimi anni la ventilazione meccanica non-invasiva (NIV) è divenuta un supporto sempre più utilizzato per il trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica. Il ricorso alla ventilazione meccanica a lungo termine, applicata non invasivamente, può ragionevolmente indurre un miglioramento della funzionalità respiratoria e della qualità di vita, come pure una diminuzione degli episodi di acuzie che richiedono il ricorso a cure ospedaliere.

C5.8 - PERCENTUALI DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA	
DEFINIZIONE	Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) (AOU e AUSL)
NUMERATORE	Numero di ricoveri per ventilazione meccanica non invasiva (NIV) x 100
DENOMINATORE	Numero di ricoveri per ventilazione meccanica
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari. Si escludono i dimessi con diagnosi principale o secondaria di ipersonnia con apnea del sonno (780.53). Si selezionano i pazienti con le seguenti diagnosi e interventi: diagnosi principale o secondarie: - da 490.xx a 496.xx malattie polmonari croniche ostruttive e manifestazioni associate - 518.5x insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico - 518.81, 518.82 insufficienza respiratoria acuta intervento principale o secondari: - 93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) - 93.91 Respirazione a pressione positiva intermittente - 96.7 Altra ventilazione meccanica continua - 96.04 Inserzione di tubo endotracheale - 31.1 Tracheostomia temporanea. Al numeratore si considerano gli interventi principale o secondari: - 93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) - 93.91 Respirazione a pressione positiva intermittente.</p>
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



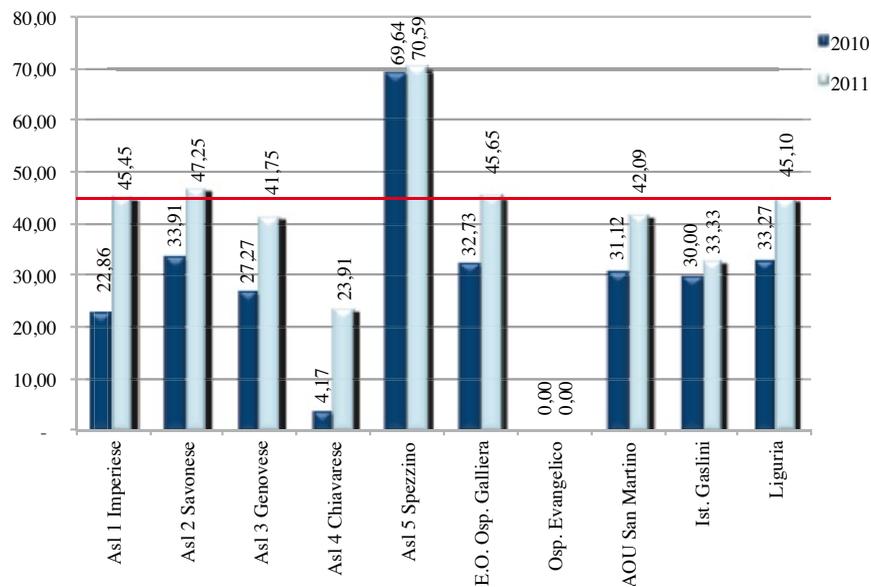
C5.8 Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	47,23	196,00	415,00	2010	46,10	142,00	308,00	2011
Asl 2 Savonese	35,46	200,00	564,00	2010	34,12	145,00	425,00	2011
Asl 3 Genovese	59,02	157,00	266,00	2010	41,04	87,00	212,00	2011
Asl 4 Chiavarese	47,23	145,00	307,00	2010	74,22	95,00	128,00	2011
Asl 5 Spezzino	54,08	252,00	466,00	2010	53,02	193,00	364,00	2011
E.O. Osp. Galliera	18,39	41,00	223,00	2010	14,44	13,00	90,00	2011
Osp. Evangelico	46,88	30,00	64,00	2010	33,93	19,00	56,00	2011
AOU San Martino	22,06	150,00	680,00	2010	14,55	55,00	378,00	2011
Ist. Gaslini	46,37	134,00	289,00	2010	38,71	12,00	31,00	2011
Liguria	40,14	1.281,00	3.191,00	2010	38,52	755,00	1.960,00	2011

Percentuale resezioni programmate al colon in laparoscopia

L'indicatore mette in luce l'utilizzo di una tecnica innovativa come la laparoscopia. Il trattamento mininvasivo consente di ottenere vantaggi per il paziente quali minore dolore, migliore ripresa della funzione intestinale e, infine, minori tempi di degenza post-operatoria.

C5.10 - PERCENTUALE RESEZIONI PROGRAMMATE AL COLON IN LAPAROSCOPIA	
DEFINIZIONE	Percentuale di interventi programmati al colon in laparoscopia
NUMERATORE	Numero di interventi programmati al colon in laparoscopia x 100
DENOMINATORE	Numero di interventi programmati al colon
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. - Codici DRG: 146, 147, 149, 569, 570 - Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari al colon: 45.7, 48.6 - Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari di laparoscopia: 54.21. L'intervento al colon si considera in laparoscopia quando i due interventi hanno la stessa data. Non sono da conteggiare al numeratore i casi con diagnosi principale o secondaria di riconversione di intervento chirurgico chiuso in intervento a cielo aperto: V64.4.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

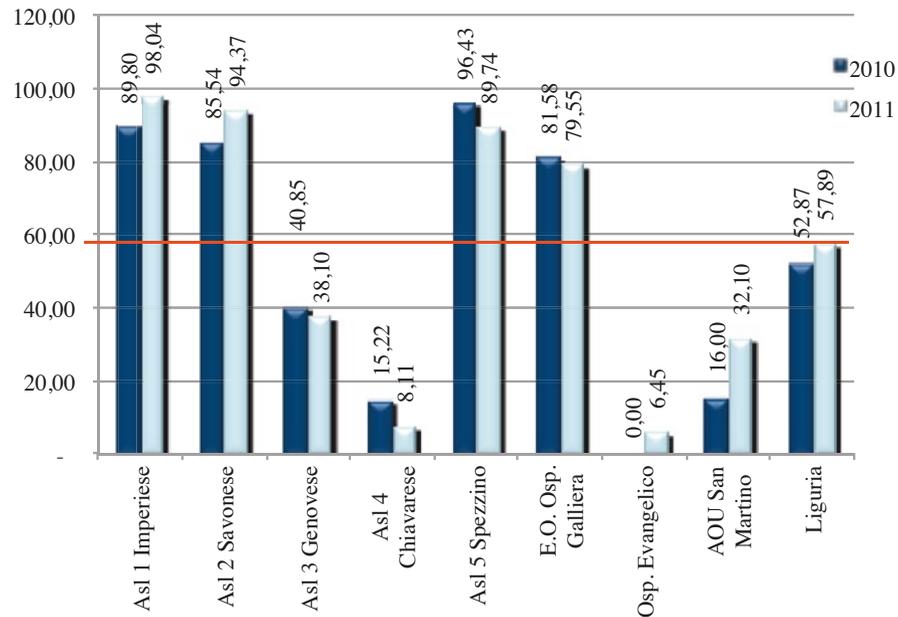
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	22,86	24,00	105,00	2010	45,45	45,00	99,00	2011
Asl 2 Savonese	33,91	78,00	230,00	2010	47,25	103,00	218,00	2011
Asl 3 Genovese	27,27	21,00	77,00	2010	41,75	43,00	103,00	2011
Asl 4 Chiavarese	4,17	2,00	48,00	2010	23,91	11,00	46,00	2011
Asl 5 Spezzino	69,64	78,00	112,00	2010	70,59	60,00	85,00	2011
E.O. Osp. Galliera	32,73	36,00	110,00	2010	45,65	21,00	46,00	2011
Osp. Evangelico	0,00	0,00	11,00	2010	0,00	0,00	7,00	2011
AOU San Martino	31,12	117,00	376,00	2010	42,09	133,00	316,00	2011
Ist. Gaslini	30,00	3,00	10,00	2010	33,33	3,00	9,00	2011
Liguria	33,27	359,00	1.079,00	2010	45,10	419,00	929,00	2011



Percentuale appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni

Nelle pazienti di sesso femminile con sospetto di appendicite acuta, la laparoscopia offre un notevole vantaggio in termini di affidabilità diagnostica rispetto al tradizionale iter diagnostico. L'intervento di appendicectomia laparoscopica è, inoltre, sicuro quanto quello eseguito in chirurgia aperta.

C5.11 - PERCENTUALE APPENDICECTOMIE URGENTI IN LAPAROSCOPIA PER DONNE 15-49 ANNI	
DEFINIZIONE	Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni
NUMERATORE	Numero di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni x 100
DENOMINATORE	Numero di appendicectomie urgenti per donne 15-49 anni
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri urgenti. Le procedure chirurgiche considerate, sia in interventi principale che secondario, sono: Numeratore: 47.01 (Appendicectomia laparoscopica) Denominatore: 47.01 (Appendicectomia laparoscopica), 47.09 (Altra appendicectomia)
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

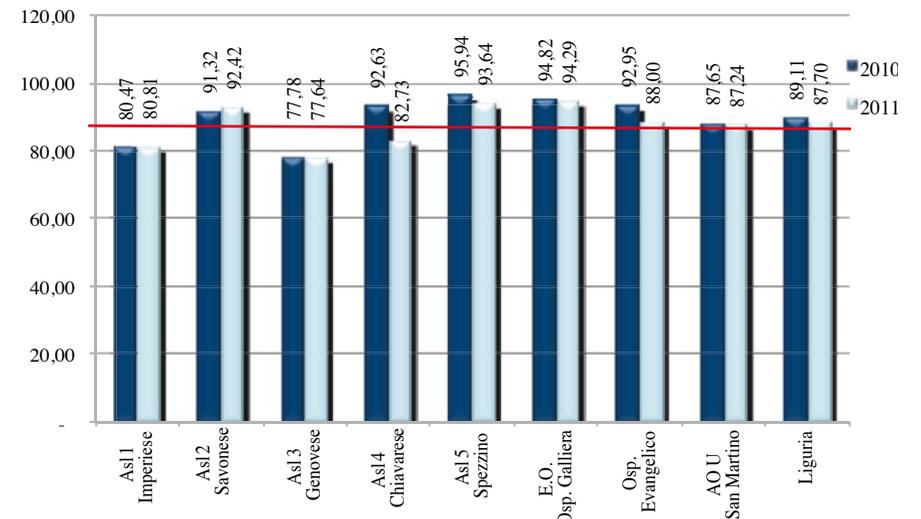


Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	89,80	44,00	49,00	2010	98,04	50,00	51,00	2011
Asl 2 Savonese	85,54	71,00	83,00	2010	94,37	67,00	71,00	2011
Asl 3 Genovese	40,85	29,00	71,00	2010	38,10	24,00	63,00	2011
Asl 4 Chiavarese	15,22	7,00	46,00	2010	8,11	3,00	37,00	2011
Asl 5 Spezzino	96,43	27,00	28,00	2010	89,74	35,00	39,00	2011
E.O. Osp. Galliera	81,58	31,00	38,00	2010	79,55	35,00	44,00	2011
Osp. Evangelico	0,00	0,00	28,00	2010	6,45	2,00	31,00	2011
AOU San Martino	16,00	12,00	75,00	2010	32,10	26,00	81,00	2011
Liguria	52,87	221,00	418,00	2010	57,89	242,00	418,00	2011

Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate

La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità a un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento negli ultimi anni, con un incremento degli interventi di emi-artroplastica pari a 10 volte. Rispetto ad altre opzioni terapeutiche, infatti, all'intervento chirurgico precoce sono stati associati un minor rischio di complicanze post-operatorie, una più rapida ripresa funzionale e un benefico effetto sulla mortalità a breve e medio termine.

C5.12- PERCENTUALE DI FRATTURE DEL FEMORE OPERATE SU QUELLE DIAGNOSTICATE	
DEFINIZIONE	Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate
NUMERATORE	Numero di interventi per fratture del femore x 100
DENOMINATORE	Numero di diagnosi di fratture del femore
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari dei dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore (codice 820.xx). Numeratore: codici intervento principale o secondari per frattura del femore: - 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna - 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna - 81.51 Sostituzione totale dell'anca - 81.52 Sostituzione parziale dell'anca - 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



C5.12 Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	80,47	276,00	343,00	2010	80,81	219,00	271,00	2011
Asl 2 Savonese	91,32	663,00	726,00	2010	92,42	646,00	699,00	2011
Asl 3 Genovese	77,78	343,00	441,00	2010	77,64	323,00	416,00	2011
Asl 4 Chiavarese	92,63	327,00	353,00	2010	82,73	321,00	388,00	2011
Asl 5 Spezzino	95,94	425,00	443,00	2010	93,64	412,00	440,00	2011
E.O. Osp. Galliera	94,82	348,00	367,00	2010	94,29	330,00	350,00	2011
Osp. Evangelico	92,95	211,00	227,00	2010	88,00	198,00	225,00	2011
AOU San Martino	87,65	525,00	599,00	2010	87,24	554,00	635,00	2011
Liguria	89,11	3.118,00	3.499,00	2010	87,70	3.003,00	3.424,00	2011

CAPITOLO SESTO

RISCHIO CLINICO

RISCHIO CLINICO

ALESSANDRA MOISELLO

Gli indicatori che riguardano la sicurezza del paziente utilizzati in questa trattazione provengono dal set di indicatori *Patient Safety Indicators* (PSIs) dell'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

Questi indicatori forniscono informazioni relative a potenziali complicazioni che possono insorgere durante il ricovero ospedaliero ed eventuali eventi avversi caratteristici degli interventi chirurgici e dei parti. I PSIs sono stati sviluppati sulla base della letteratura specializzata, l'analisi delle codifiche dell'ICD-9-CM (diagnosi, procedure principali e secondarie) e l'implementazione di fattori che dipendono dalla comorbidità. Queste informazioni possono essere utilizzate per aiutare le strutture sanitarie, e in particolare gli ospedali, a individuare potenziali eventi avversi, che necessiteranno ulteriori approfondimenti.

All'interno della struttura estremamente articolata degli indicatori PSIs, si è scelto di iniziare il monitoraggio delle strutture liguri con il calcolo di tre indicatori di sicurezza del paziente particolarmente significativi e in analogia alla ricerca interregionale coordinata dal Mes della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. In particolare si riportano i dati relativi alla sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione, alla mortalità intra-ospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità e all'embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica.

Specificatamente per la sepsi post-operatoria, tenuto conto dell'elevata variabilità di segnalazione del fenomeno sepsi, solitamente sotto-codificato, i risultati che emergono dalle SDO compilate dagli ospedali liguri, si segnala un miglioramento. Per quanto riguarda la Mortalità intra-ospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità, valgono le stesse considerazioni relative all'esiguo numero di eventi, ma risulta comunque indispensabile una valutazione analitica su casi specifici. Per quanto attiene il fenomeno dell'embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica, si evidenzia un andamento positivo da parte degli ospedali liguri, con una diminuzione del numero di casi nell'anno 2011 rispetto al 2010. A tale riguardo va precisato che nell'ambito della gestione del rischio clinico, tutte le Aziende Sanitarie Liguri, seppure con la necessaria autonomia organizzativa, nel recente periodo abbiano adottato misure e/o protocolli specifici volti alla prevenzione del rischio trombotico. In particolare ASL 2 Savonese ha proposto ad Agenas, nell'ambito delle buone pratiche, un protocollo in attesa di classificazione intitolato "Profilassi della trombosi venosa profonda post-operatoria e gestione del paziente in terapia anticoagulante cronica o antiaggregante" (vedi <http://buonepratiche.agenas.it/practicesdetail.aspx>).

La situazione ligure, in relazione alla casistica dei fenomeni sotto osservazione, presenta un numero di casi molto basso, e la fonte dei dati disponibile risente sensibilmente dalla corretta codifica dei codici di diagnosi e procedura e dall'accuratezza con cui viene compilata la SDO, pertanto i tre indicatori sono utilizzati con lo scopo di far emergere possibili eventi avversi, rappresentando principalmente uno strumento di prevenzione dei rischi e promozione della sicurezza del paziente.

Il Rischio clinico viene stimato attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

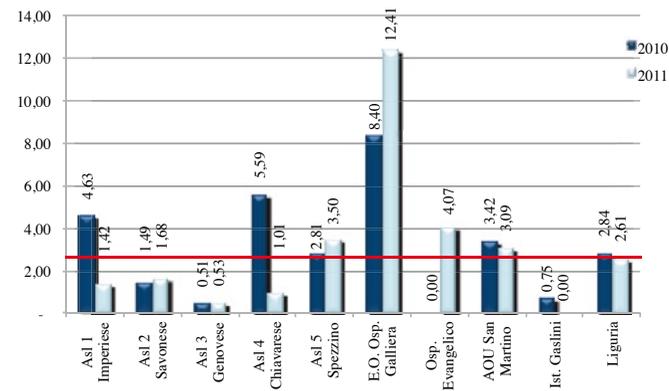
- **Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione**
- **Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità**
- **Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica**

Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione

L'indicatore Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione mette in evidenza il verificarsi di uno stato di sepsi ogni 1.000 pazienti sottoposti a un intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a quattro giorni. Molto spesso i casi di sepsi vengono sotto-codificati, pertanto sono, probabilmente, più virtuose le aziende che presentano valori più elevati, in quanto segnalano il fenomeno più di altre.

C6.4.1 - PERCENTUALE SEPSI POST-OPERATORIA PER CHIRURGIA D'ELEZIONE	
DEFINIZIONE	Percentuale di sepsi per 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a 4 giorni
NUMERATORE	N. dimessi con sepsi in diagnosi secondaria x 1.000
DENOMINATORE	Numero di appendicectomie urgenti per donne 15-49 anni
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri programmati e con pre-ospedalizzazione per i dimessi con degenza ≥4 a giorni, minorenni inclusi. Si considerano i DRG chirurgici con almeno un codice di procedura tra 00 e 86. Si considera la sepsi in diagnosi secondaria.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dimessi con diagnosi principale di sepsi o infezione; - i dimessi con diagnosi principale o secondaria di stato immunocompromesso o cancro; - i dimessi con intervento principale o secondari di stato immunocompromesso; - i DRG di infezione o cancro. <p>Codifiche ICD9-CM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi ICD9-CM di sepsi: 0380; 0381; 03810; 03811; 03819; 0382; 0383; 78552; 78559; 9980; 03840; 03841; 03842; 03843; 03844; 03849; 0388; 0389; 99591; 99592. - Diagnosi ICD9-CM di infezione: - Categorie: 001; 002; 003; 004; 005; 020; 021; 022; 023; 026; 027; 032; 033; 034; 036; 038; 039; 040; 098; 320; 324; 382; 421; 461; 482; 510; 513; 540; 567; 680; 681; 682; 0084. - Codici: 00800, 00801, 00802, 00803, 00804, 00809, 0081, 0082, 0083, 0085, 024, 025, 035, 037, 04100, 04101, 04102, 04103, 04104, 04105, 04109, 04110, 04111, 04119, 0412, 0413, 0414, 0415, 0416, 041, 04182, 04183, 04184, 04185, 04186, 04189, 0419, 3229, 36000, 36001, 36002, 36004, 37055, 37200, 37203, 37204, 37220, 37221, 37230, 37300, 37301, 3731, 37311, 37312, 37313, 37500, 37501, 37530, 37531, 37532, 37601, 37602, 37603, 37604, 38010, 38011, 38012, 38013, 38014, 38150, 38151, 38300, 38301, 38302, 38320, 38321, 38400, 38630, 38631, 38632, 38633, 4200, 42090, 42099, 42292, 462, 463, 46430, 46431, 4660, 475, 47822, 47824, 481, 4843, 4845, 4848, 485, 486, 490, 49122, 4941, 5111, 51901, 5192, 5220, 5225, 5227, 5230, 52300, 52301, 5233, 52331, 52332, 52333, 5264, 5273, 5283, 53641, 541, 542, 56201, 56203, 56211, 56213, 566, 5695, 56961, 5720, 5721, 57400, 57401, 57430, 57431, 57460, 57461, 57480, 57481, 5750, 57510, 57512, 5754, 5761, 5763, 5770, 59010, 59011, 5902, 5903, 59080, 59081, 5909, 5950, 5954, 59581, 59589, 5959, 5970, 59800, 59801, 5990, 6010, 6012, 6013, 6014, 6018, 6019, 6031, 6040, 60490, 60491, 6071, 6072, 6080, 6084, 6110, 6140, 6141, 6142, 6143, 6144, 6145, 6149, 6150, 6159, 6160, 61610, 6163, 6164, 63400, 63401, 63402, 63500, 63501, 63502, 63600, 63601, 63602, 63700, 63701, 63702, 6380, 6390, 64650, 64651, 64652, 64653, 64654, 64660, 64661, 64662, 64663, 64664, 64710, 64711, 64712, 64713, 64714, 64780, 64781, 64782, 64783, 64784, 64790, 64791, 64792, 64793, 64794, 65840, 65841, 65843, 67000, 67002, 67004, 67500, 67501, 67502, 67503, 67504, 67510, 67511, 67512, 67513, 67514, 67580, 67581, 67582, 67583, 67584, 67590, 67591, 67592, 67593, 67594, 683, 684, 68600, 68601, 68609, 6868, 6869, 69581, 70700, 70701, 70702, 70703, 70704, 70705, 70706, 70707, 70709, 71100, 71101, 71102, 71103, 71104, 71105, 71106, 71107, 71108, 71109, 71190, 71191, 71192, 71193, 71194, 71195, 71196, 71197, 71198, 71199, 7280, 72886, 73000, 73001, 73002, 73003, 73004, 73005, 73006, 73007, 73008, 73009, 73010, 73011, 73012, 73013, 73014, 73015, 73016, 73017, 73018, 73019, 73020, 73021, 73022, 73023, 73024, 73025, 73026, 73027, 73028, 73029, 73030, 73031, 73032, 73033, 73034, 73035, 73036, 73037, 73038, 73039, 73080, 73081, 73082, 73083, 73084, 73085, 73086, 73087, 73088, 73089, 73090, 73091, 73092, 73093, 73094, 73095, 73096, 73097, 73098, 73099, 7713, 7714, 7715, 77181, 77182, 77183, 77189, 7775, 7854, 78552, 7907, 9101, 9103, 9105, 9107, 9109, 9111, 9113, 9115, 9117, 9119, 9121, 9123, 9125, 9127, 9129, 9131, 9133, 9135, 9137, 9139, 9141, 9143, 9145, 9147, 9149, 9151, 9153, 9155, 9157, 9159, 9161, 9163, 9165, 9167, 9169, 9171, 9173, 9175, 9177, 9179, 9191, 9193, 9195, 9197, 9199, 99590, 99591, 99592, 99660, 99661, 99662, 99663, 99664, 99665, 99666, 99667, 99669, 99762, 99851, 99859, 9993. <i>Segue tabella a lato</i>

C6.4.1 - PERCENTUALE SEPSI POST-OPERATORIA PER CHIRURGIA D'ELEZIONE	
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi ICD9-CM di Stato immunocompromesso. -- Categorie: 279, 585, 9968, V428; -- Codici: 042, 1363, 260, 261, 262, 23873, 23876, 28409, 2841, 2880, 28800, 28801, 28802, 28803, 28809, 2881, 2882, 2884, 28850, 28851, 28859, 28953, 28983, 40301, 40311, 40391, 40402, 40403, 40412, 40413, 40492, 40493, 5793, 5855, 5856, 9968, 99680, 99681, 99682, 99683, 99684, 99685, 99686, 99687, 99689, V420, V421, V426, V427, V451, V560, V561, V562. - Diagnosi ICD9-CM di cancro. -- Categorie: da 140 a 165, da 170 a 172, da 174 a 176, da 179 a 208, V10; -- Codici: 2386, 2733. - Procedure ICD9-CM di Stato immunocompromesso. -- Categorie: 335, 410, 505; -- Codici: 0018, 336, 3751, 5280, 5281, 5282, 5283, 5285, 5286, 5569. DRG di infezione: 68; 69; 70; 79; 80; 81; 89; 90; 91; 126; 238; 242; 277; 278; 279; 320; 321; 322; 368; 417; 423; 560; 561; 572; 579. DRG di cancro: 010, 011, 064, 082, 172, 173, 199, 203, 239, 257, 258, 259, 260, 274, 275, 303, 318, 319, 338, 344, 346, 347, 354, 355, 357, 363, 367, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 473, 492, 546.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO. Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 13 Postoperative sepsis
LIVELLO	Azienda di erogazione

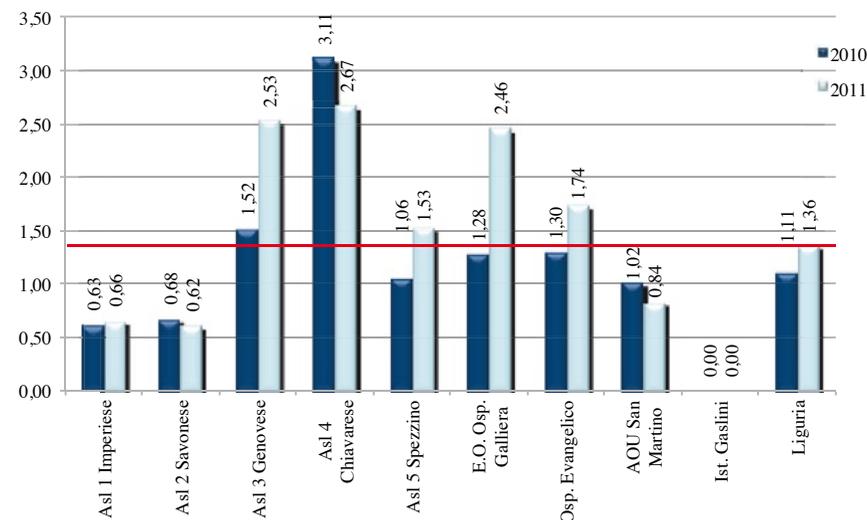


C6.4.1 Sepsi post-operatoria								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	4,63	7,00	1.511,00	2010	1,42	2,00	1.411,00	2011
Asl 2 Savonese	1,49	5,00	3.352,00	2010	1,68	5,00	2.982,00	2011
Asl 3 Genovese	0,51	1,00	1.962,00	2010	0,53	1,00	1.879,00	2011
Asl 4 Chiavarese	5,59	5,00	895,00	2010	1,01	1,00	987,00	2011
Asl 5 Spezzino	2,81	3,00	1.066,00	2010	3,50	3,00	856,00	2011
E.O. Osp. Galliera	8,40	10,00	1.190,00	2010	12,41	9,00	725,00	2011
Osp. Evangelico	0,00	0,00	700,00	2010	4,07	2,00	491,00	2011
AOU San Martino	3,42	11,00	3.213,00	2010	3,09	9,00	2.916,00	2011
Ist. Gaslini	0,75	1,00	1.326,00	2010	0,00	0,00	1.389,00	2011
Liguria	2,84	45,00	15.853,00	2010	2,61	37,00	14.175,00	2011

Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità

L'indicatore Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità esprime il numero di deceduti in ospedale ogni 1.000 pazienti con DRG caratterizzati da un tasso di mortalità inferiore allo 0,5%, ovvero con una probabilità di decesso molto bassa. Come si vede dai numeri assoluti, si tratta di una casistica molto limitata, che si aggira su poche unità per azienda. Poiché per DRG caratterizzati da un tasso di mortalità inferiore a 0,5% è assai raro che si verificano decessi, nel caso in cui tali eventi accadano è auspicabile un approfondimento del caso, consultando la cartella clinica.

C6.4.2 - MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA NEI DIMESSI CON DRG A BASSA MORTALITÀ	
DEFINIZIONE	Deceduti in ospedale per 1.000 pazienti con DRG con tasso di mortalità inferiore allo 0,05%
NUMERATORE	N. deceduti con DRG a bassa mortalità x 1.000
DENOMINATORE	N. dimessi con DRG a bassa mortalità
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari per i dimessi maggiorenni (≥18 anni). Si considerano DRG a bassa mortalità quei DRG con un tasso di mortalità inferiore allo 0,05%. Quando un DRG è presente "senza /con complicazioni", entrambi i DRG devono presentare un tasso di mortalità inferiore a 0,5% per essere inclusi. Sono esclusi i dimessi con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnosi principale o secondarie di trauma, stato immunocompromesso o cancro; - intervento principale o secondari di stato immunocompromesso. <p>Elenco DRG a bassa mortalità: 006, 021, 036, 037, 039, 040, 042, 043, 044, 045, 049, 050, 051, 052, 053, 055, 056, 057, 059, 063, 065, 067, 068, 069, 072, 096, 097, 118, 125, 134, 140, 141, 142, 143, 166, 167, 177, 178, 179, 187, 223, 224, 225, 228, 229, 232, 237, 244, 245, 246, 247, 257, 258, 261, 262, 267, 268, 276, 288, 289, 290, 291, 295, 323, 324, 334, 335, 336, 337, 339, 341, 342, 350, 353, 356, 358, 359, 360, 361, 362, 364, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 421, 425, 426, 427, 428, 430, 431, 432, 433, 439, 441, 447, 471, 491, 496, 497, 498, 499, 500, 503, 518, 521, 522, 523, 537, 538, 556, 558.</p> <p>Esclusioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi ICD9-CM di trauma: categorie: da 800 a 815, da 817 a 825, da 827 a 833, da 835 a 839, da 850 a 854, da 860 a 882, 884, 887, 890, 891, 892, 894, 896, 897, da 900 a 904, da 925 a 929, da 940 a 949, 952, 953, 958. - Diagnosi ICD9-CM di Stato immunocompromesso: categorie: 279, 9968, V428 codici: 042, 1363, 260, 261, 262, 23873, 23876, 28409, 2841, 28800, 28801, 28802, 28803, 28809, 2881, 2882, 2884, 28850, 28851, 28859, 28953, 28983, 40301, 40311, 40391, 40402, 40403, 40412, 40413, 40492, 40493, 5793, 5855, 5856, V420, V421, V426, V427, V451, V560, V561, V562 - Diagnosi ICD9-CM di cancro: categorie: da 140 a 165, da 170 a 172, da 174 a 176, da 179 a 208, V10 codici: 2386, 2733. - Procedure ICD9-CM di Stato immunocompromesso: categorie: 335, 410, 505 codici: 0018, 336, 3751, 5280, 5281, 5282, 5283, 5285, 5286, 5569.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO. Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 2 Death in low-mortality DRGs
LIVELLO	Azienda di erogazione

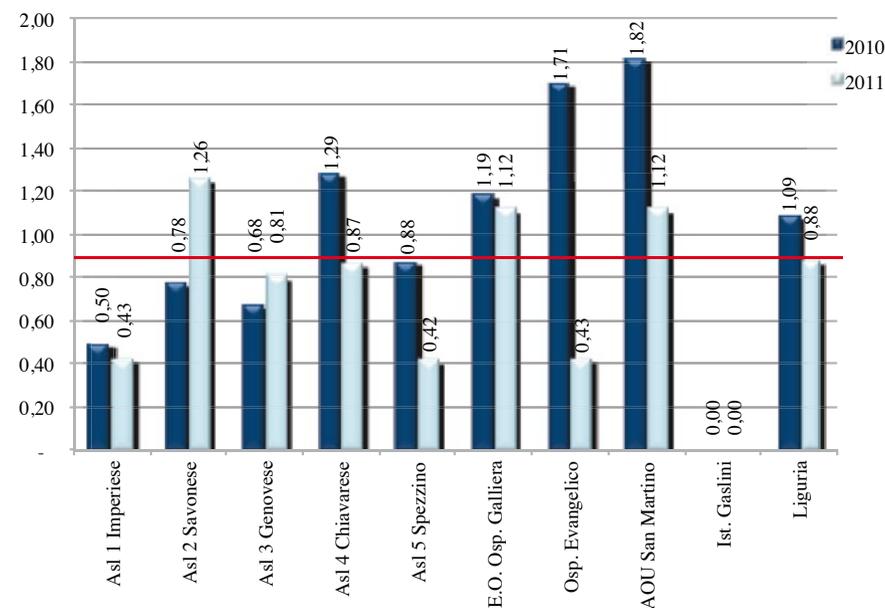


C6.4.2 Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	0,63	3,0	4.764,0	2010	0,66	3,0	4.554,0	2011
Asl 2 Savonese	0,68	6,0	8.792,0	2010	0,62	5,0	8.018,0	2011
Asl 3 Genovese	1,52	10,0	6.595,0	2010	2,53	16,0	6.314,0	2011
Asl 4 Chiavarese	3,11	9,0	2.893,0	2010	2,67	7,0	2.625,0	2011
Asl 5 Spezzino	1,06	5,0	4.713,0	2010	1,53	7,0	4.584,0	2011
E.O. Osp. Galliera	1,28	5,0	3.899,0	2010	2,46	9,0	3.654,0	2011
Osp. Evangelico	1,30	3,0	2.306,0	2010	1,74	3,0	1.729,0	2011
AOU San Martino	1,02	9,0	8.840,0	2010	0,84	7,0	8.310,0	2011
Ist. Gaslini	0,00	-	1.810,0	2010	0,00	-	1.862,0	2011
Liguria	1,11	50,0	45.089,0	2010	1,36	57,0	42.015,0	2011

Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica

L'embolia polmonare è l'occlusione completa o parziale di uno o più rami delle arterie polmonari da parte di materiale di origine extra-polmonare, come un coagulo ematico. Gli interventi chirurgici, in particolare ortopedici, ginecologici, urologici e generali dell'addome rappresentano un fattore di rischio per il verificarsi di tale evento.

C6.4.3 - EMBOLIA POLMONARE O TROMBOSI VENOSA POST-CHIRURGICA	
DEFINIZIONE	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico
NUMERATORE	N. di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria x 1.000
DENOMINATORE	N. dimessi con DRG chirurgico
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i DRG chirurgici con almeno un codice di procedura tra 01 e 86, per i dimessi mag-giorenni (≥18 anni). Codifiche ICD9-CM in diagnosi secondarie: - Embolia polmonare: 415.11; 415.19 - Trombosi venosa profonda: 451.11; 451.19; 451.2; 451.81; 451.9; 453.8; 453.9 Sono esclusi: - I dimessi con diagnosi principale di embolia polmonare o trombosi venosa profonda - I dimessi appartenenti alla MDC 14 - I pazienti con procedura principale di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa è l'unica procedura effettuata - I pazienti con procedura secondaria di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa procedura viene eseguita il giorno stesso o il precedente dell'intervento principale.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO. Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 12 Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis
LIVELLO	Azienda di erogazione



C6.4.3 Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	0,50	5,00	10.027,00	2010	0,43	4,00	9.296,00	2011
Asl 2 Savonese	0,78	16,00	20.391,00	2010	1,26	24,00	19.106,00	2011
Asl 3 Genovese	0,68	10,00	14.727,00	2010	0,81	11,00	13.600,00	2011
Asl 4 Chiavarese	1,29	9,00	6.955,00	2010	0,87	6,00	6.899,00	2011
Asl 5 Spezzino	0,88	9,00	10.178,00	2010	0,42	4,00	9.621,00	2011
E.O. Osp. Galliera	1,19	11,00	9.219,00	2010	1,12	10,00	8.903,00	2011
Osp. Evangelico	1,71	8,00	4.667,00	2010	0,43	2,00	4.647,00	2011
AOU San Martino	1,82	46,00	25.217,00	2010	1,12	27,00	24.018,00	2011
Ist. Gaslini	0,00	0,00	344,00	2010	0,00	0,00	396,00	2011
Liguria	1,09	114,00	105.042,00	2010	0,88	88,00	99.884,00	2011

CAPITOLO SETTIMO

MATERNO INFANTILE

MATERNO INFANTILE

ENRICA ORSI

La qualità sanitaria del percorso nascita viene misurata attraverso una serie di indicatori clinico - sanitari che tengono conto della bibliografia internazionale (*Health Canada, Sutter Women's & Children's Services 2001*) e che consentono di confrontare i risultati con i sistemi sanitari delle altre regioni italiane.

Alcuni degli indicatori possono dirsi ampiamente consolidati, avendo ottenuto anche recenti conferme dalla letteratura della loro validità come strumento di confronto delle condotte ostetriche “aggiustate” nel fattore della variabilità di popolazione tra differenti punti nascita: è il caso dell'indicatore dei cesarei depurati NTSV, la cui riduzione del valore percentuale è un obiettivo chiaramente identificato come espressione di miglioramento complessivo del percorso materno infantile ospedaliero. Per altri indicatori non esistono parametri di riferimento identificati, e viene pertanto indicato un generico obiettivo di riduzione del ricorso all'intervento, per esempio nel caso dell'induzione farmacologica del parto. Tuttavia, considerando che la letteratura recente identifica tale intervento come un possibile strumento del percorso che limita il taglio cesareo ai casi appropriati, in realtà sarebbe utile correlare l'influenza reciproca tra le variazioni dei due indicatori per ottenere un obiettivo pesato. Questo è un esempio in cui si dimostra indispensabile il contributo dei clinici all'affinamento del sistema di valutazione.

È importante poi segnalare che tutti gli indicatori di questo gruppo sono calcolati attraverso i dati forniti dal CEDAP, un flusso che nella nostra Regione è caratterizzato da una qualità dei dati poco omogenea tra le Aziende, elemento rilevabile dal confronto con i dati del sistema SDO. Azioni di miglioramento sulla qualità dei dati appaiono indispensabili tenuto conto che la scheda CEDAP, per la ricchezza degli elementi informativi, costituisce il flusso specifico fondamentale del percorso nascita.

La qualità del percorso nascita viene stimata attraverso la lettura integrata degli indicatori seguenti:

- **Percentuale cesarei depurati (NTSV)**
- **Percentuale parti indotti**
- **Percentuale episiotomia depurate (NTSV)**
- **Tasso neonati con Apgar minore 7 al quinto minuto**
- **Percentuale parti operativi (uso di forcipe o ventosa)**
- **Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica**
- **Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (maggiore uguale 12^a settimana gestazionale)**
- **Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza minore uguale 4**

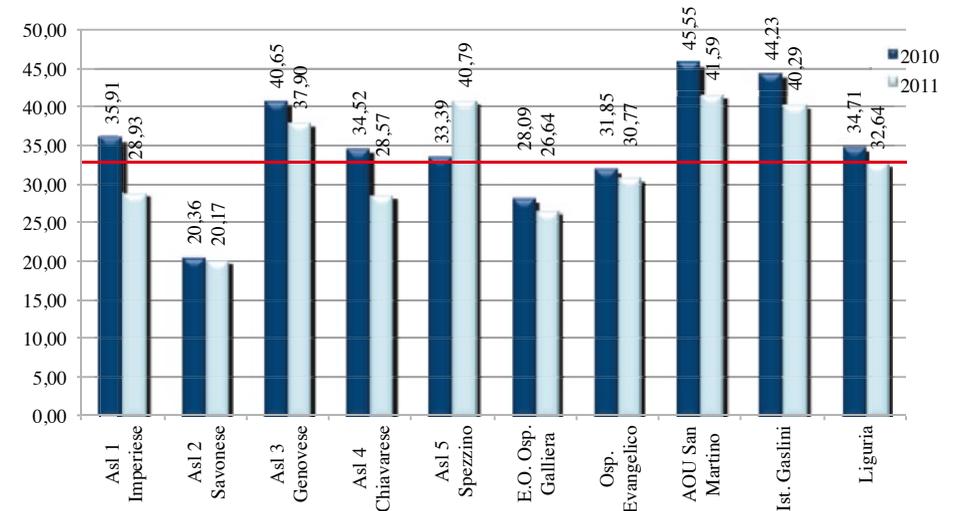
Percentuale cesarei depurati (NTSV)

Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists ha proposto l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi a un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e feto in posizione di vertice (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche e comprendendo un'ampia fascia di popolazione ostetrica, quella nella quale il rischio di inappropriatazza del taglio cesareo è maggiore rispetto ad altre categorie.

In Italia l'estrazione del case-mix è possibile solo attraverso l'uso dei dati CEDAP.

La validità dell'indicatore come strumento di confronto è stata recentemente confermata (Stivanello e. et al., 2011) nella realtà nazionale, in quanto capace di identificare le primipare a basso rischio e perché scarsamente influenzato da fattori di aggiustamento.

C7.1 - PERCENTUALE CESAREI DEPURATI (NTSV)	
DEFINIZIONE	Percentuale parti cesarei depurati (NTSV)
NUMERATORE	Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100
DENOMINATORE	Numero di parti depurati (NTSV)
NOTA PER L'ELABORAZIONE	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): - donne primipare; - parto non gemellare; - parto a termine tra la 38° e la 43° settimana di amenorrea incluse; - bambino in posizione vertice. Si escludono i parti con indicazione di procreazione medicoassistita. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di erogazione

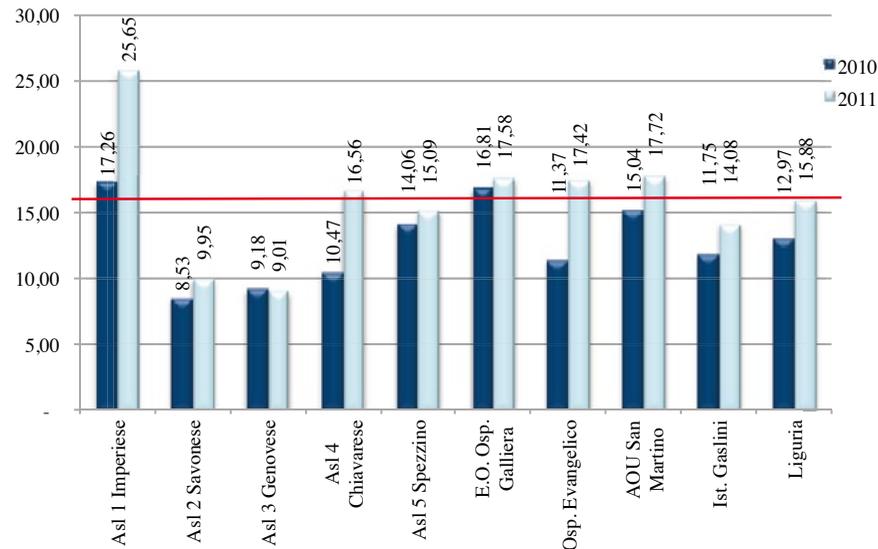


C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	35,91	265,0	738,0	2010	28,93	239,0	826,0	2011
Asl 2 Savonese	20,36	168,0	825,0	2010	20,17	166,0	823,0	2011
Asl 3 Genovese	40,65	200,0	492,0	2010	37,90	191,0	504,0	2011
Asl 4 Chiavarese	34,52	116,0	336,0	2010	28,57	98,0	343,0	2011
Asl 5 Spezzino	33,39	208,0	623,0	2010	40,79	259,0	635,0	2011
E.O. Osp. Galliera	28,09	159,0	566,0	2010	26,64	146,0	548,0	2011
Osp. Evangelico	31,85	79,0	248,0	2010	30,77	28,0	91,0	2011
AOU San Martino	45,55	399,0	876,0	2010	41,59	361,0	868,0	2011
Ist. Gaslini	44,23	180,0	407,0	2010	40,29	137,0	340,0	2011
Liguria	34,71	1.774,0	5.111,0	2010	32,64	1.625,0	4.978,0	2011

Percentuale parti indotti

L'indicatore misura il grado di utilizzo delle tecniche di induzione farmacologica del parto. Non esistendo un parametro di riferimento internazionale, l'obiettivo per la Liguria, come per le altre regioni italiane, è la riduzione al ricorso all'induzione, limitando tale pratica ai soli casi necessari. Va rilevato che la letteratura recente (Cochrane 2012; Caughey AB et al. 2009) identifica l'induzione farmacologica del travaglio come un possibile strumento di limitazione del ricorso al parto cesareo in determinate circostanze (gravidenza a termine): sarebbe pertanto auspicabile affinare la valutazione, con l'aiuto dei professionisti coinvolti, attraverso un parametro applicabile in particolare alla popolazione ostetrica su cui insiste una maggior percentuale di inappropriately del taglio cesareo.

C7.2 - PERCENTUALE PARTI INDOTTI	
DEFINIZIONE	Percentuale di parti con induzione farmacologica
NUMERATORE	Numero di parti vaginali con induzione farmacologica x 100
DENOMINATORE	Numero di parti vaginali
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Num: modalità iniziale del travaglio: indotta. Den: modalità iniziale del travaglio: spontanea + indotta. Si escludono dal conteggio i parti dove la modalità del travaglio corrisponde a "non avvenuto", in cui il parto viene riconvertito in cesareo.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di erogazione

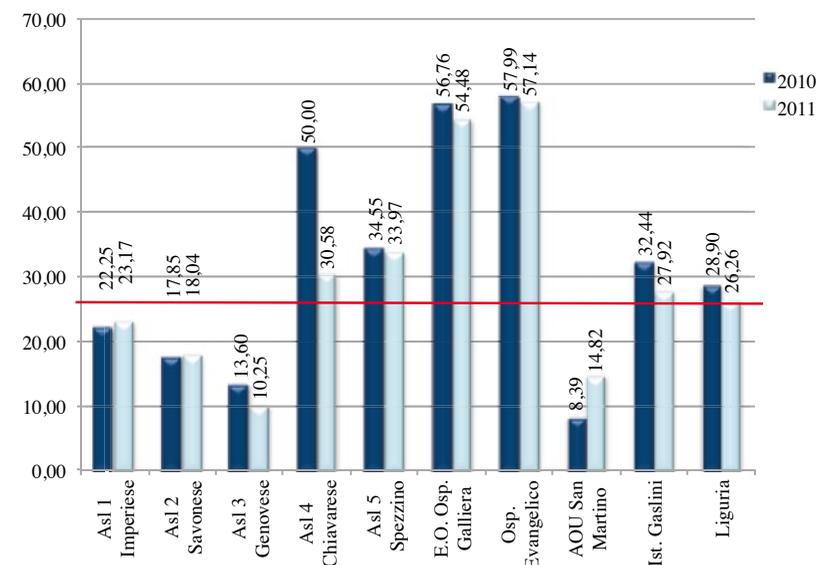


Azienda	C7.2 Percentuale di parti indotti							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	17,26	169,00	979,00	2010	25,65	258,00	1.006,00	2011
Asl 2 Savonese	8,53	107,00	1.254,00	2010	9,95	127,00	1.276,00	2011
Asl 3 Genovese	9,18	59,00	643,00	2010	9,01	62,00	688,00	2011
Asl 4 Chiavarese	10,47	49,00	468,00	2010	16,56	81,00	489,00	2011
Asl 5 Spezzino	14,06	114,00	811,00	2010	15,09	112,00	742,00	2011
E.O. Osp. Galliera	16,81	137,00	815,00	2010	17,58	147,00	836,00	2011
Osp. Evangelico	11,37	44,00	387,00	2010	17,42	27,00	155,00	2011
AOU San Martino	15,04	168,00	1.117,00	2010	17,72	193,00	1.089,00	2011
Ist. Gaslini	11,75	72,00	613,00	2010	14,08	77,00	547,00	2011
Liguria	12,97	919,00	7.087,00	2010	15,88	1.084,00	6.828,00	2011

Percentuale episiotomia depurata (NTSV)

L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua capacità preventiva di complicanze perineali sia a breve sia a medio-lungo termine. Studi clinici controllati randomizzati hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia riduce l'incidenza di traumi e complicazioni dell'area perineale. Revisioni sistematiche della letteratura (Cochrane 2012) confrontando la pratica routinaria dell'episiotomia con quella restrittiva (limitata alle condizioni a rischio), rilevano una prevalenza di benefici nella condotta di ricorso restrittivo alla procedura in luogo di una condotta estensiva adottata tradizionalmente in alcuni centri, benché siano insufficienti i dati che comparano le due tecniche di esecuzione (mediana e mediolaterale). Anche in questo caso, come per i parti cesarei, restringere il confronto a una categoria di popolazione ostetrica, quella a minor rischio (NTVS), ha il significato di consentire una comparazione "aggiustata" tra le valutazioni di setting diversi.

C7.3 - PERCENTUALE EPISIOTOMIA DEPURATA (NTSV)	
DEFINIZIONE	Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)
NUMERATORE	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (NTSV) x 100
DENOMINATORE	Numero di parti vaginali depurati (NTSV)
NOTA PER L'ELABORAZIONE	NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex): - donne primipare; - parto a termine tra la 38ª e la 43ª settimana di amenorrea incluse; - parto non gemellare; - bambino in posizione vertice. Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni. Parto vaginale: spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento. Si escludono dal conteggio i parti dove non è registrata l'informazione relativa all'episiotomia. Per le regioni senza il campo Episiotomia sul CEDAP si incrociano i dati con la SDO: selezione dei ricoveri ordinari con DRG: 372-373-374-375 Codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: Episiotomia 72.1, 72.21, 72.31, 73.6. Si escludono i parti podalici nell'intervento principale o secondari: 72.5x, 72.6.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di erogazione



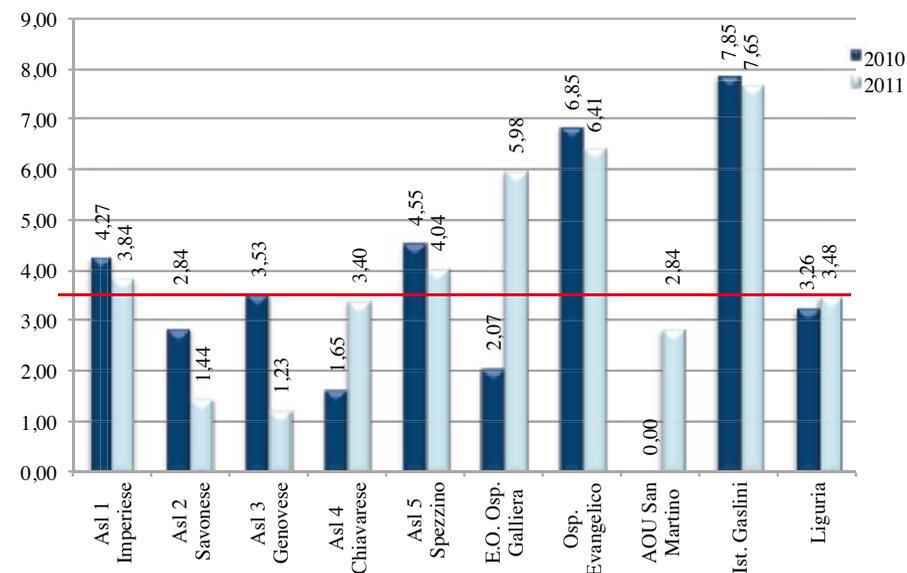
C7.3 Percentuale di episiotomia depurata								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	22,25	105,0	472,0	2010	23,17	136,0	587,0	2011
Asl 2 Savonese	17,85	116,0	650,0	2010	18,04	118,0	654,0	2011
Asl 3 Genovese	13,60	34,0	250,0	2010	10,25	29,0	283,0	2011
Asl 4 Chiavarese	50,00	108,0	216,0	2010	30,58	74,0	242,0	2011
Asl 5 Spezzino	34,55	142,0	411,0	2010	33,97	125,0	368,0	2011
E.O. Osp. Galliera	56,76	231,0	407,0	2010	54,48	219,0	402,0	2011
Osp. Evangelico	57,99	98,0	169,0	2010	57,14	36,0	63,0	2011
AOU San Martino	8,39	40,0	477,0	2010	14,82	75,0	506,0	2011
Ist. Gaslini	32,44	73,0	225,0	2010	27,92	55,0	197,0	2011
Liguria	28,90	947,0	3.277,0	2010	26,26	867,0	3.302,0	2011

Tasso neonati con Apgar minore 7 al quinto minuto

L'indice di Apgar è un valore che viene assegnato alla nascita ed esprime la vitalità del neonato e l'efficienza delle principali funzioni dell'organismo. Tale indice utilizza cinque parametri di base, ai quali viene assegnato un punteggio da zero a due; il valore massimo dell'indice, quindi, è 10.

Il test viene effettuato a 1 minuto e a 5 minuti di vita del neonato, e può essere ripetuto se il punteggio risulta basso. I neonati con punteggio alla nascita inferiore a 4 sono gravemente depressi e necessitano di intervento medico immediato; quelli con punteggio fra 4 e 6 sono moderatamente a rischio, bisogno di assistenza, vigilanza e ripetizione del test ogni 5 minuti; i neonati con punteggio fra il 7 e il 10 sono considerati normali. La percentuale dei test effettuati al quinto minuto, con valore inferiore a 7, è utilizzata come indicatore di sofferenza fetale. Tale indicatore è da leggersi in relazione ad altri indicatori, quali la percentuale di cesarei e la percentuale di parti operativi.

C7.4 - TASSO NEONATI CON APGAR MINORE 7 AL QUINTO MINUTO	
DEFINIZIONE	Tasso di neonati con indice di Apgar minore 7 al quinto minuto, per 1.000 nati vivi
NUMERATORE	Numero di neonati con indice di Apgar minore 7 al quinto minuto x 1.000
DENOMINATORE	Numero nati vivi
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Num: valori di Apgar compresi tra 1 e 6 Den: valori di Apgar compresi tra 1 e 10 Si considerano esclusivamente: - le gravidanze fisiologiche - parti a termine (tra la 38 ^a e la 43 ^a settimana di amenorrea incluse) - valori di Apgar corretti (compresi tra i valori ammissibili): flag errore Apgar uguale 0
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di erogazione

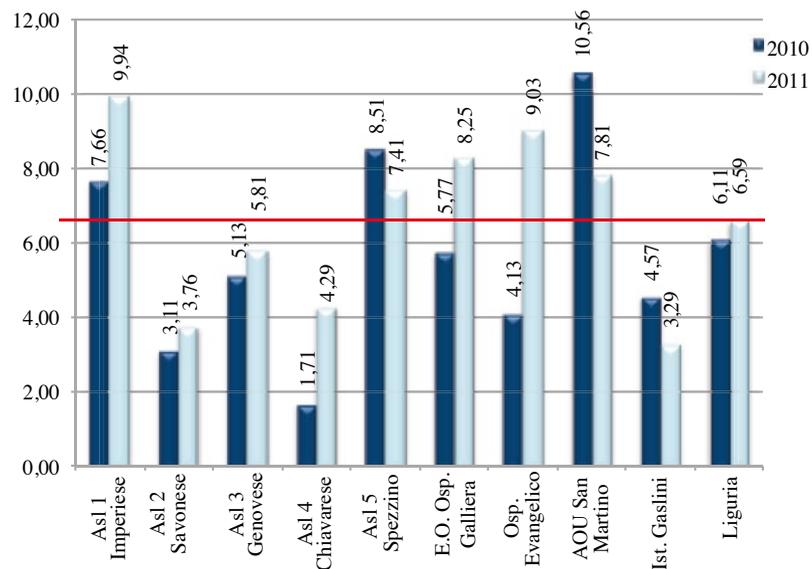


C7.4 Tasso di neonati con indice di Apgar minore 7 al 5° minuto, per 1.000 nati vivi								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	4,27	5,0	1.170,0	2010	3,84	4,0	1.043,0	2011
Asl 2 Savonese	2,84	4,0	1.406,0	2010	1,44	2,0	1.392,0	2011
Asl 3 Genovese	3,53	3,0	851,0	2010	1,23	1,0	812,0	2011
Asl 4 Chiavarese	1,65	1,0	607,0	2010	3,40	2,0	589,0	2011
Asl 5 Spezzino	4,55	5,0	1.100,0	2010	4,04	4,0	989,0	2011
E.O. Osp. Galliera	2,07	2,0	964,0	2010	5,98	5,0	836,0	2011
Osp. Evangelico	6,85	3,0	438,0	2010	6,41	1,0	156,0	2011
AOU San Martino	0,00	-	1.428,0	2010	2,84	4,0	1.409,0	2011
Ist. Gaslini	7,85	5,0	637,0	2010	7,65	4,0	523,0	2011
Liguria	3,26	28,0	8.601,0	2010	3,48	27,0	7.749,0	2011

Percentuale parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore va letto insieme alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali correlazioni fra livelli più bassi di incidenza del taglio cesareo e un maggior ricorso al parto operativo.

C7.6 - PERCENTUALE PARTI OPERATIVI (USO DI FORCIPE O VENTOSA)	
DEFINIZIONE	Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe
NUMERATORE	Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe x 100
DENOMINATORE	Numero parti vaginali
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Parto vaginale: parto spontaneo, forcipe, ventosa e rivolgimento.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di erogazione

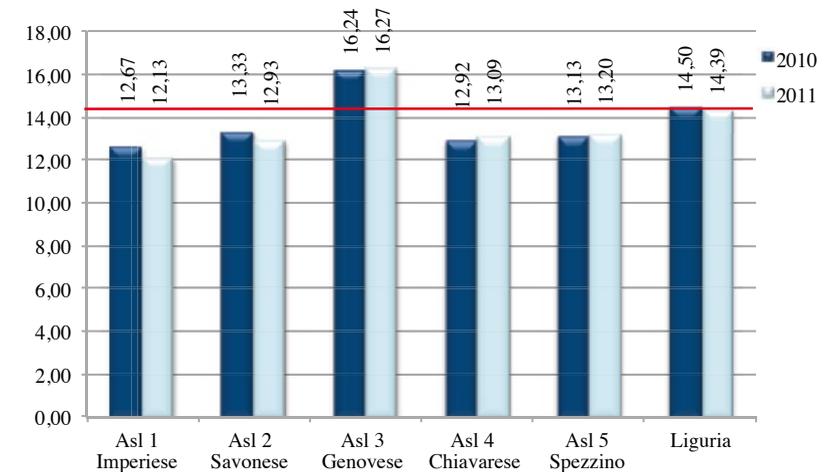


Azienda	C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	7,66	75,00	979,00	2010	9,94	100,00	1.006,00	2011
Asl 2 Savonese	3,11	39,00	1.254,00	2010	3,76	48,00	1.276,00	2011
Asl 3 Genovese	5,13	33,00	643,00	2010	5,81	40,00	688,00	2011
Asl 4 Chiavarese	1,71	8,00	468,00	2010	4,29	21,00	489,00	2011
Asl 5 Spezzino	8,51	69,00	811,00	2010	7,41	55,00	742,00	2011
E.O. Osp. Galliera	5,77	47,00	815,00	2010	8,25	69,00	836,00	2011
Osp. Evangelico	4,13	16,00	387,00	2010	9,03	14,00	155,00	2011
AOU San Martino	10,56	118,00	1.117,00	2010	7,81	85,00	1.089,00	2011
Ist. Gaslini	4,57	28,00	613,00	2010	3,29	18,00	547,00	2011
Liguria	6,11	433,00	7.087,00	2010	6,59	450,00	6.828,00	2011

Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica

Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Ipotizzando parità di condizioni epidemiologiche con gli altri paesi europei, è presumibile che esso sia legato a una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, a una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché a una quota di inappropriata dei ricoveri in età pediatrica (Fortino et al., 2005; ASSR, 2002). Un ruolo determinante per la correzione di tale quota può essere svolto dalla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie (Zanetti et al., 2005).

C7.7 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (0-14 anni)
NUMERATORE	Numero di ricoveri di residenti in età pediatrica (0-14 anni) x 100
DENOMINATORE	Popolazione residente (0-14 anni)
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital. La mobilità passiva, finché non è disponibile quella dell'anno in corso, viene stimata utilizzando quella dell'anno precedente. Sono esclusi i ricoveri: - erogati da strutture private non accreditate - relativi ai neonati normali (DRG 391).
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di residenza

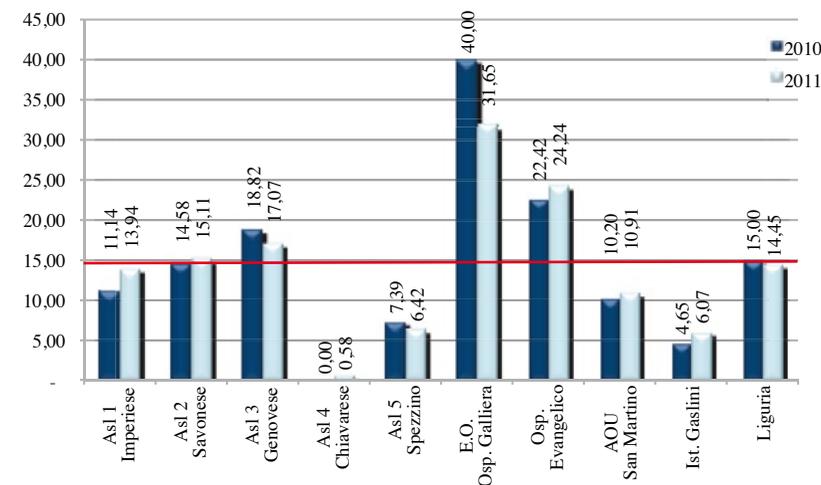


C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (0-14 anni)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	12,67	3.298,00	26.038,00	2010	12,13	3.173,00	26.169,00	2011
Asl 2 Savonese	13,33	4.335,00	32.523,00	2010	12,93	4.260,00	32.940,00	2011
Asl 3 Genovese	16,24	13.692,00	84.303,00	2010	16,27	13.801,00	84.810,00	2011
Asl 4 Chiavarese	12,92	2.169,00	16.791,00	2010	13,09	2.225,00	16.992,00	2011
Asl 5 Spezzino	13,13	3.290,00	25.064,00	2010	13,20	3.326,00	25.189,00	2011
Liguria	14,50	26.784,00	184.719,00	2010	14,39	26.785,00	186.100,00	2011

Percentuale donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (maggiore 12^a settimana gestazionale)

L'indicatore relativo alla percentuale di donne che effettua la prima visita tardiva viene proposto nel Rapporto Europeo sulla salute perinatale per evidenziare l'importanza di effettuare la prima visita di controllo in gravidanza entro il primo trimestre. Una appropriata epoca di "presa in carico" permette, infatti, di identificare precocemente problemi che necessitano di una sorveglianza specifica (gravidanze "a rischio") e di carattere sociale, nonché di garantire un'informazione sull'utilizzo dei servizi e sugli accertamenti da effettuare e indicazioni su come ridurre l'esposizione a fattori di rischio. L'indicatore sotto riportato si focalizza sulle donne straniere provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria, in quanto il recarsi alla prima visita a 12 o più settimane di gravidanza risulta decisamente più frequente nelle donne con cittadinanza straniera rispetto alle italiane.

C7.13 - PERCENTUALE DONNE STRANIERE CHE EFFETTUANO LA PRIMA VISITA TARDIVA (MAGGIORE UGUALE 12 ^a SETTIMANA GESTAZIONALE)	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (maggiore uguale 12 ^a settimana di gestazione)
NUMERATORE	Numero donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (maggiore uguale 12 ^a settimana) x 100
DENOMINATORE	Numero di parti di donne straniere
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i parti erogati a residenti in Regione relativi alle straniere con cittadinanza in Paesi a forte pressione migratoria (PFPM); - i parti erogati in Regione di straniere temporaneamente presenti (STP): in questo caso l'azienda di erogazione viene considerata come azienda di residenza. Le STP, la cui azienda di residenza così attribuita risulta essere una AO, si considerano residenti nella ASL del territorio della AO; - prima visita compresa fra la 4^a e la 43^a settimana di gestazione, estremi inclusi; - prima visita uguale 0 e N. di visite uguale 0 o 99. <p>Numeratore: si considerano le donne che effettuano la prima visita dalla 12^a settimana in poi e quelle che non la effettuano (prima visita uguale 0 e N. di visite uguale 0 o 99).</p> <p>STP: PFPM con comune di residenza uguale 999</p> <p>Si escludono i ricoveri erogati da strutture private non accreditate</p>
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di residenza

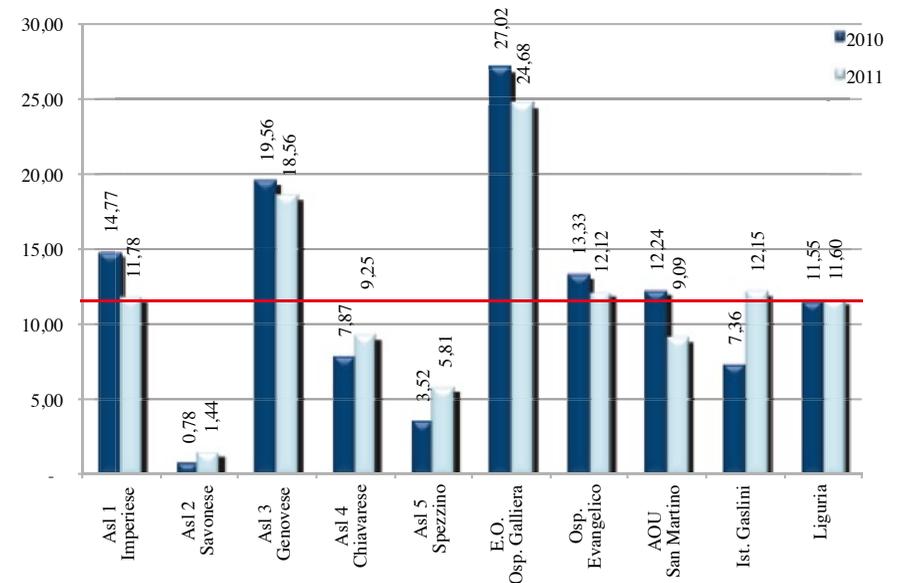


C7.13 Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva (maggiore uguale 12 ^a settimana gestazionale)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	11,14	43,00	386,00	2010	13,94	58,00	416,00	2011
Asl 2 Savonese	14,58	56,00	384,00	2010	15,11	63,00	417,00	2011
Asl 3 Genovese	18,82	51,00	271,00	2010	17,07	57,00	334,00	2011
Asl 4 Chiavarese	0,00	0,00	0,00	2010	0,58	1,00	173,00	2011
Asl 5 Spezzino	7,39	21,00	284,00	2010	6,42	21,00	327,00	2011
E.O. Osp. Galliera	40,00	114,00	285,00	2010	31,65	100,00	316,00	2011
Osp. Evangelico	22,42	37,00	165,00	2010	24,24	16,00	66,00	2011
AOU San Martino	10,20	5,00	49,00	2010	10,91	6,00	55,00	2011
Ist. Gaslini	4,65	12,00	258,00	2010	6,07	13,00	214,00	2011
Liguria	15,00	339,00	2.260,00	2010	14,45	335,00	2.318,00	2011

Percentuale donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza minore 4

Un altro aspetto della modalità di assistenza nel corso della gravidanza che viene preso in considerazione è la percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza inferiore o uguale a 4. L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica come standard un numero superiore a 4 controlli per una gravidanza fisiologica; sotto tale livello, l'assistenza sanitaria alle donne in gravidanza è ritenuta insufficiente. Analogamente all'indicatore relativo alla prima visita di controllo effettuata tardivamente, si osserva una frequenza maggiore di donne con cittadinanza straniera che effettuano un numero di visite insufficiente in gravidanza rispetto alle donne italiane.

C7.14 - PERCENTUALE DONNE STRANIERE CHE EFFETTUANO UN NUMERO DI VISITE IN GRAVIDANZA MINORE UGUALE 4	
DEFINIZIONE	Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza minore uguale 4
NUMERATORE	Numero donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza minore uguale 4, x 100
DENOMINATORE	Numero di parti di donne straniere
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano: - i parti erogati a residenti in Regione relativi alle straniere con cittadinanza in Paesi a forte pressione migratoria (PFPM); - i parti erogati in Regione di straniere temporaneamente presenti (STP): in questo caso l'azienda di erogazione viene considerata come azienda di residenza. Le STP, la cui azienda di residenza così attribuita risulta essere una AO, si considerano residenti nella ASL del territorio della AO; - campo N. di visite minore uguale 15; - prima visita uguale 0 e N. di visite uguale 0 o 99. Numeratore: si considerano le donne che effettuano minore uguale 4 visite, comprese quelle che non effettuano nessuna visita (prima visita uguale 0 e N. di visite uguale 0 o 99). STP: PFPM con comune di residenza uguale 999 Si escludono i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP
LIVELLO	Azienda di residenza



C7.14 Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza minore uguale 4								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	14,77	57,00	386,00	2010	11,78	49,00	416,00	2011
Asl 2 Savonese	0,78	3,00	384,00	2010	1,44	6,00	417,00	2011
Asl 3 Genovese	19,56	53,00	271,00	2010	18,56	62,00	334,00	2011
Asl 4 Chiavarese	7,87	14,00	178,00	2010	9,25	16,00	173,00	2011
Asl 5 Spezzino	3,52	10,00	284,00	2010	5,81	19,00	327,00	2011
E.O. Osp. Galliera	27,02	77,00	285,00	2010	24,68	78,00	316,00	2011
Osp. Evangelico	13,33	22,00	165,00	2010	12,12	8,00	66,00	2011
AOU San Martino	12,24	6,00	49,00	2010	9,09	5,00	55,00	2011
Ist. Gaslini	7,36	19,00	258,00	2010	12,15	26,00	214,00	2011
Liguria	11,55	261,00	2.260,00	2010	11,60	269,00	2.318,00	2011

CAPITOLO OTTAVO

INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

ROBERTO CARLONI

Uno dei principali obiettivi del SSR è garantire la continuità delle cure sia tra i diversi professionisti intra ed extraospedalieri - in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario - sia tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio.

Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie (PSN 2011-2013). La carenza di strumenti e processi di integrazione può comportare conseguenze rilevanti, sia per i pazienti sia per le organizzazioni, come la riduzione dell'efficacia della cura, la percezione da parte del paziente e dei suoi familiari di mancata presa in carico e, non meno importante, un utilizzo inappropriato delle risorse.

L'indicatore per l'integrazione fra ospedale e territorio intende, pertanto, valutare l'efficacia sanitaria delle attività territoriali e il loro grado di integrazione con le attività ospedaliere, fondamentale nell'assicurare una buona continuità assistenziale. L'efficacia del territorio viene misurata in termini indiretti attraverso le ospedalizzazioni di lungo periodo o ripetute, o le ospedalizzazioni per patologie specifiche che tendenzialmente possono essere ben seguite sul territorio.

Dal prossimo anno potrà essere inoltre monitorata e valutata la presa in carico dei soggetti affetti da alcune rilevanti patologie croniche; la nostra Regione infatti ha formalizzato con la DGR n. 518/2012 i protocolli per la gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (diabete, scompenso cardiocircolatorio e BPCO) e ha individuato un set di indicatori rivolti essenzialmente a monitorare le attività distrettuali in tema di presa in carico della cronicità e della fragilità, e la verifica della corretta applicazione dei protocolli operativi.

L'integrazione ospedale - territorio è stimata attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

- **Percentuale di ricoveri maggiore 30 gg per residenti**
- **Percentuale ricoveri ripetuti a 31-180 giorni**
- **Tasso concepimento per minorenni**
- **Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)**

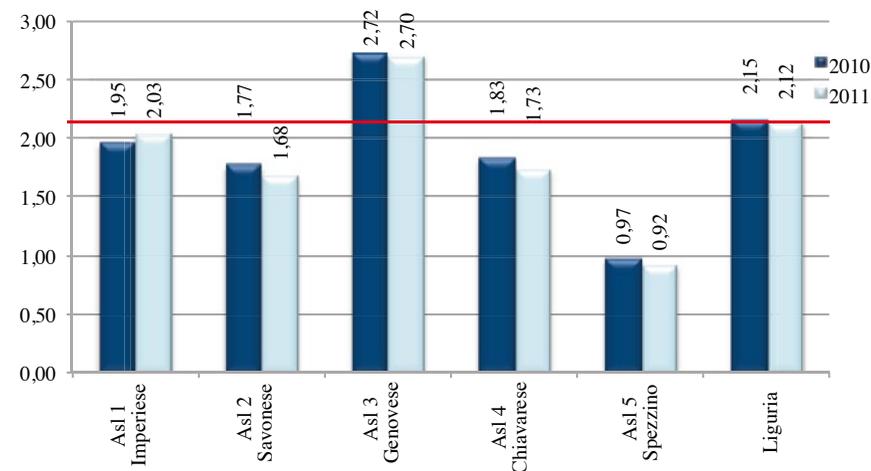
PEDIATRIA DI BASE

- **Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni)**
- **Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)**

Percentuale di ricoveri maggiore 30 gg per residenti

L'indicatore misura indirettamente la capacità ricettiva del territorio e il grado di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Un elevato numero di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni - depurati dalla casistica più complessa - evidenzia una scarsa organizzazione a livello territoriale per la gestione dei cosiddetti ricoveri sociali, che richiederebbero l'accoglienza dei pazienti non autosufficienti in strutture residenziali protette, per un periodo di tempo predefinito, e sulla base di un progetto assistenziale individualizzato.

C8a.1 - PERCENTUALE DI RICOVERI MAGGIORE 30 GG PER RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni sui ricoveri per residenti
NUMERATORE	N. dimessi con degenza superiore a 30 giorni per ASL di residenza x 100
DENOMINATORE	N. dimessi per ASL di residenza
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a residenti in regione. Si considerano solo i ricoveri ordinari. Sono esclusi: - i ricoveri erogati da strutture private non accreditate; - i pazienti ammessi, trasferiti o dimessi dai reparti di: Malattie Infettive 24, Unità Spinale 28, Pneumologia 68, Psichiatria 40, Grandi ustionati 47, Terapia intensiva 49, Recupero e Riabilitazione funzionale 56, Lungodegenti 60, Terapia intensiva neonatale 73, Neuroriabilitazione 75; - i bambini di età inferiore ad 1 anno; - i dimessi psichiatrici (DRG 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 521, 522, 523).
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

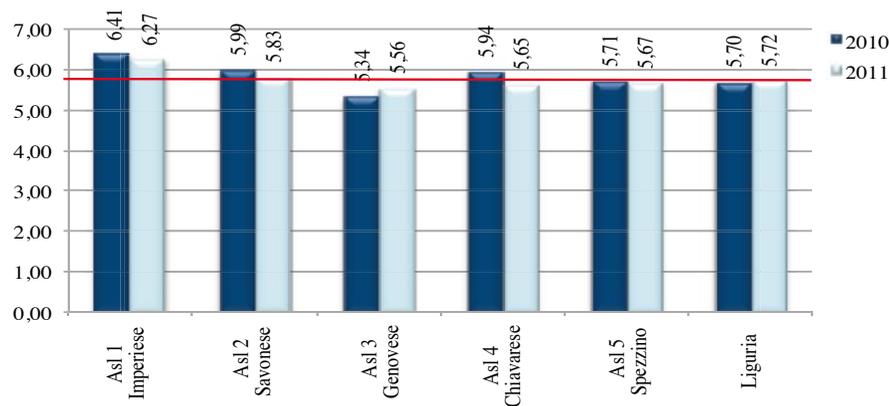


C8a.1 % di ricoveri maggiore 30 gg per residenti								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	1,95	356,00	18.266,00	2010	2,03	358,00	17.634,00	2011
Asl 2 Savonese	1,77	491,00	27.781,00	2010	1,68	449,00	26.718,00	2011
Asl 3 Genovese	2,72	1.843,00	67.713,00	2010	2,70	1.757,00	65.058,00	2011
Asl 4 Chiavarese	1,83	234,00	12.781,00	2010	1,73	207,00	11.967,00	2011
Asl 5 Spezzino	0,97	168,00	17.273,00	2010	0,92	152,00	16.463,00	2011
Liguria	2,15	3.092,00	143.814,00	2010	2,12	2.923,00	137.840,00	2011

Percentuale ricoveri ripetuti a 31-180 giorni

La percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni, con la stessa MDC (Categoria Diagnostica Principale), misura indirettamente la capacita di presa in carico territoriale del paziente. I pazienti che ritornano in ospedale, per un motivo di salute analogo a quello del precedente ricovero, presumibilmente non hanno ricevuto un'assistenza adeguata a livello territoriale dopo la prima dimissione, pertanto il ricovero ripetuto viene attribuito all'azienda di residenza. Se, invece, il rientro in ospedale avviene nei 30 giorni successivi al primo ricovero, si ipotizza un'inadeguatezza delle cure ospedaliere, come monitorato da un precedente indicatore.

C8a.2 - PERCENTUALE RICOVERI RIPETUTI A 31-180 GIORNI	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC in una struttura regionale
NUMERATORE	N. ricoveri ripetuti dei dimessi dal 1° Gennaio al 30 Novembre tra 31 e 180 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1° Gennaio - 30 Novembre, evento successivo nel periodo 1° Gennaio -31 Dicembre) x 100
DENOMINATORE	N. Ricoveri dal 1° Gennaio al 30 Novembre
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri erogati in regione relativi a residenti in regione, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Sono esclusi i ricoveri: - con reparto di ammissione: Psichiatria (codice 40); - con reparto di dimissione: Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75); - relativi ai dimessi per Radioterapia e Chemioterapia (DRG 409, 410, 492). Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra la ammissione e una precedente dimissione 31-180 giorni. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



Azienda	C8a.2 Percentuale ricoveri ripetuti tra 31-180 giorni							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	6,41	1.292,00	20.154,00	2010	6,27	1.236,00	19.708,00	2011
Asl 2 Savonese	5,99	1.791,00	29.893,00	2010	5,83	1.675,00	28.729,00	2011
Asl 3 Genovese	5,34	3.965,00	74.311,00	2010	5,56	3.968,00	71.424,00	2011
Asl 4 Chiavarese	5,94	843,00	14.189,00	2010	5,65	753,00	13.330,00	2011
Asl 5 Spezzino	5,71	1.089,00	19.074,00	2010	5,67	1.038,00	18.309,00	2011
Liguria	5,70	8.980,00	157.621,00	2010	5,72	8.670,00	151.500,00	2011

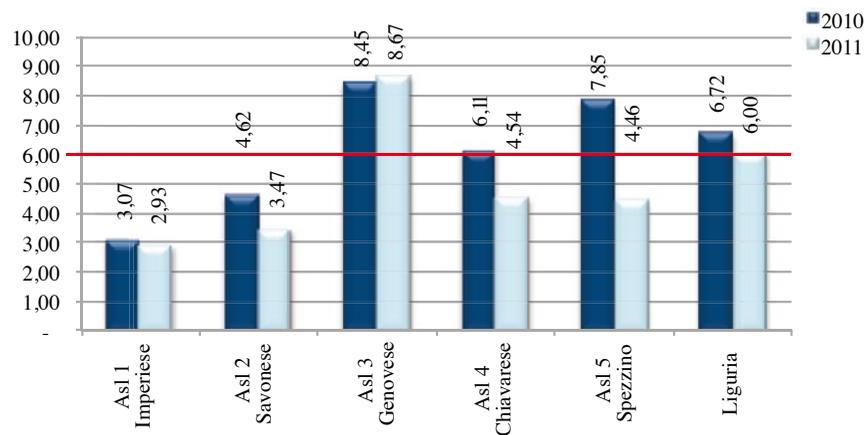
Tasso concepimento per minorenni

Nei Paesi sviluppati, le gravidanze in età adolescenziale sono spesso associate determinanti di salute economico-sociali quali il livello di istruzione e il reddito; in Italia il fenomeno non ha per ora assunto le dimensioni che presenta in altri Paesi Occidentali. Altra situazione è invece quella delle gravidanze in età adolescenziale che si riscontrano in alcune etnie di recente immigrazione nella nostra regione, all'interno delle quali rappresentano una normalità nel paese di origine, che assume un connotato completamente diverso nel contesto della nostra società.

Nei Centri Giovani dei Consultori, l'area ostetrico-ginecologica si focalizza prevalentemente sugli interventi legati alla contraccezione, a problematiche di disagio giovanile, alla sessualità in genere, alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse ed al percorso nascita.

Il tasso di concepimento per minorenni, calcolato come rapporto tra la somma dei parti, degli aborti spontanei e delle interruzioni volontarie di gravidanza delle minorenni, con età compresa tra i 12 e i 17 anni, e la stessa popolazione femminile di riferimento per Asl di residenza, rappresenta una misura, sebbene parziale e incompleta, del contrasto a tale fenomeno svolto dalle attività consultoriali.

C8a.3 - TASSO CONCEPIMENTO PER MINORENNI	
DEFINIZIONE	Tasso di concepimento per 1.000 residenti minorenni
NUMERATORE	Numero parti + Numero interruzioni volontarie di gravidanza + Numero aborti spontanei di donne minorenni residenti x 1.000
DENOMINATORE	Popolazione residente (donne 12-17 anni)
NOTA PER L'ELABORAZIONE	La popolazione di riferimento è costituita da donne minorenni (12-17 anni) per azienda di residenza.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso CEDAP, IVG, AS
LIVELLO	Azienda di residenza

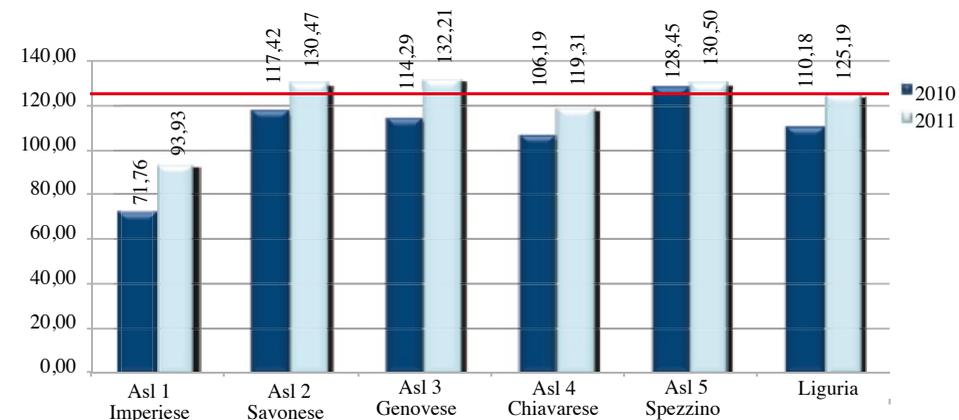


C8a.3 Tasso di concepimenti per 1.000 residenti minorenni								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	3,07	16,00	5.206,00	2010	2,93	15,00	5.127,00	2011
Asl 2 Savonese	4,62	29,00	6.278,00	2010	3,47	22,00	6.336,00	2011
Asl 3 Genovese	8,45	139,00	16.445,00	2010	8,67	143,00	16.489,00	2011
Asl 4 Chiavarese	6,11	20,00	3.271,00	2010	4,54	15,00	3.307,00	2011
Asl 5 Spezzino	7,85	39,00	4.966,00	2010	4,46	22,00	4.934,00	2011
Liguria	6,72	243,00	36.166,00	2010	6,00	217,00	36.193,00	2011

Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)

La polmonite è una malattia acuta relativamente frequente, che nonostante i progressi compiuti in campo diagnostico e terapeutico, è gravata da una mortalità non trascurabile e da costi elevati per diagnosi, per terapia, per mortalità prematura e per giornate perse di lavoro. Rappresenta, però, una patologia prevenibile e trattabile efficacemente nella maggior parte dei casi con terapia antibiotica a livello di assistenza primaria. Il buon funzionamento del territorio è di cruciale importanza per evitare il ricovero di pazienti nella fase acuta della malattia. Protagonisti della prevenzione sono i medici di medicina generale insieme alle comunità locali, che dovrebbero prestare particolare attenzione ai pazienti delle fasce di popolazione più fragili, quali gli anziani e i bambini, che più facilmente sono soggetti a malattie respiratorie (Rapporto Osservasalute, 2004). Il basso numero di ricoveri ospedalieri per i residenti di un determinato territorio può essere, pertanto, una variabile proxy della misura dell'appropriatezza dell'assistenza primaria nel trattamento della patologia acuta.

C11a.4.1 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER POLMONITE PER 100.000 RESIDENTI (20-74 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per polmonite 20-74 anni relativi ai residenti nella ASL x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 20-74 anni residente nella ASL
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. DRG: 79-80-89-90. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75); - i ricoveri in strutture private non accreditate; - i ricoveri con diagnosi principale di: Tubercolosi primaria, polmonare e dell'apparato respiratorio (Codici 010.xx, 011.xx, 012.xx); - i ricoveri con diagnosi principale o secondarie di: Malattia dei legionari (482.84), Condizioni morbose respiratorie da inalazione di fumi e vapori chimici (506.0, 506.1, 506.2, 506.3), Polmonite da solidi e liquidi (507.0, 507.1, 507.8).
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



C11a.4.1 Tasso di ricovero per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	71,76	113,0	157.471,0	2010	93,93	148,0	157.556,0	2011
Asl 2 Savonese	117,42	240,0	204.399,0	2010	130,47	266,0	203.878,0	2011
Asl 3 Genovese	114,29	596,0	521.483,0	2010	132,21	686,0	518.884,0	2011
Asl 4 Chiavarese	106,19	111,0	104.528,0	2010	119,31	125,0	104.772,0	2011
Asl 5 Spezzino	128,45	200,0	155.707,0	2010	130,50	203,0	155.554,0	2011
Liguria	110,18	1.260,0	1.143.588,0	2010	125,19	1.428,0	1.140.644,0	2011

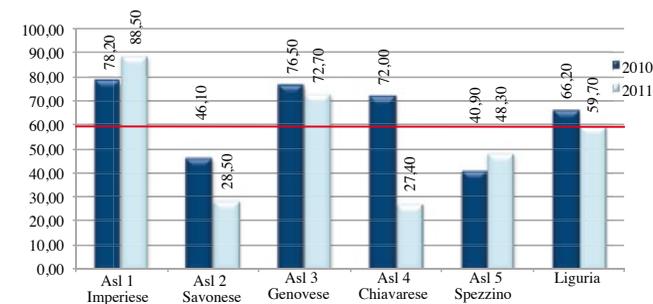
PEDIATRIA DI BASE

Il tasso di ospedalizzazione rappresenta un buon indicatore di utilizzazione delle strutture ospedaliere e della domanda espressa dal territorio. Il suo valore assume particolare interesse in età pediatrica, per le peculiari caratteristiche dell'età evolutiva e la conseguente necessaria specificità dei percorsi organizzativo-assistenziali. Un ruolo determinante nel contenimento della quota di inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri, spetta alla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale e la valorizzazione del pediatra di famiglia, al fine di individuare i percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie (Zanetti et al., 2005). Gli indicatori che seguono misurano il tasso di ospedalizzazione per due patologie che hanno una notevole incidenza nei pazienti pediatrici, ma che dovrebbero essere seguite sul territorio, limitando ai soli casi più gravi il ricorso all'ospedalizzazione.

Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni)

L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile (con livelli di morbosità in aumento) e l'asma acuto è la più frequente emergenza medica in età pediatrica. Un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale. Il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia sono fondamentali per la definizione dei percorsi più idonei per la gestione dell'asma bronchiale sul territorio, limitando ai soli casi più gravi il ricorso all'ospedalizzazione.

C8a.19.1- TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICO PER ASMA PER 100.000 RESIDENTI (2-17ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma
NUMERATORE	Numero ricoveri per asma 2-17 anni relativi ai residenti nella ASL x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 20-74 anni residente nella ASL
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale per asma: 493. Sono esclusi: - i dimessi trasferiti da altri istituti; - i dimessi di età inferiore ai 2 anni; - i dimessi con diagnosi secondaria di fibrosi cistica e anomalie del sistema respiratorio: 277.0, 747.21, 748.3, 748.4, 748.5, 748.6, 748.8, 748.9, 750.3, 759.3, 770.7; - i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

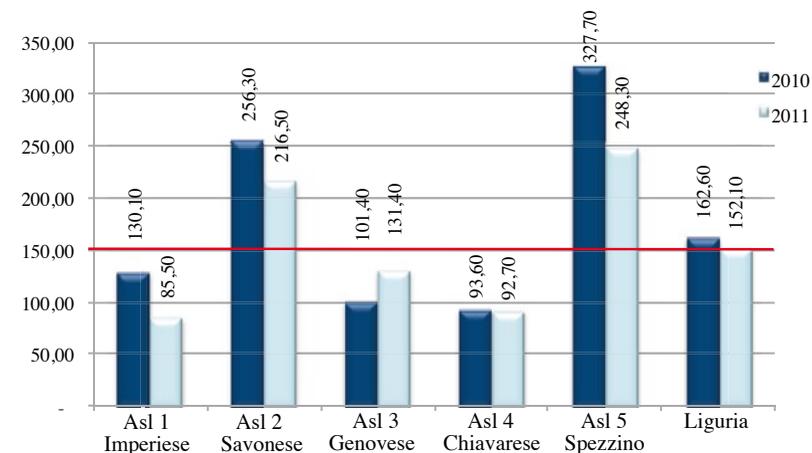


C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti 2-17 anni								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	78,20	22,00	28.138,00	2010	88,50	25,00	28.257,00	2011
Asl 2 Savonese	46,10	16,00	34.726,00	2010	28,50	10,00	35.063,00	2011
Asl 3 Genovese	76,50	69,00	90.153,00	2010	72,70	66,00	90.846,00	2011
Asl 4 Chiavarese	72,00	13,00	18.055,00	2010	27,40	5,00	18.219,00	2011
Asl 5 Spezzino	40,90	11,00	26.879,00	2010	48,30	13,00	26.943,00	2011
Liguria	66,20	131,00	197.951,00	2010	59,70	119,00	199.328,00	2011

Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)

Come l'indicatore precedente, il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite misura indirettamente l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza territoriale, nella gestione dei pazienti pediatrici, limitando il ricorso al ricovero ospedaliero solo ai casi più gravi.

C8a.19.2 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PEDIATRICO PER GASTROENTERITE PER 100.000 RESIDENTI (0-17 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite
NUMERATORE	Numero ricoveri per gastroenterite relativi ai minorenni residenti nella ASL x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione minorenni residente
NOTA PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in diagnosi principale per gastroenterite: 008.6, 008.8, 009., 558.9 oppure - in diagnosi secondaria per gastroenterite e indagnosi principale per disidratazione: 276.5. <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dimessi trasferiti da altri istituti; - i dimessi di età inferiore ai 3 mesi (o neonati dove l'età in mesi non è riportata); - i dimessi con diagnosi di anomalie gastrointestinali (categorie: 538, 555, 556, 579 e codici 558.1, 558.2, 558.3) - i dimessi con diagnosi di gastroenteriti batteriche (categorie: 004, 005, 007 e codici 003.0, 006.0, 006.1, 006.2, 008.0, 008.1, 008.2, 008.3, 008.4, 008.5, 112.85); - i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	130,10	41,00	31.523,00	2010	85,50	27,00	31.573,00	2011
Asl 2 Savonese	256,30	100,00	39.016,00	2010	216,50	85,00	39.255,00	2011
Asl 3 Genovese	101,40	103,00	101.590,00	2010	131,40	134,00	101.991,00	2011
Asl 4 Chiavarese	93,60	19,00	20.301,00	2010	92,70	19,00	20.495,00	2011
Asl 5 Spezzino	327,70	99,00	30.210,00	2010	248,30	75,00	30.201,00	2011
Liguria	162,60	362,00	222.640,00	2010	152,10	340,00	223.515,00	2011

CAPITOLO NONO

EFFICACIA ASSISTENZIALE PER LE PATOLOGIE CRONICHE

EFFICACIA ASSISTENZIALE PER LE PATOLOGIE CRONICHE

ALBERTO DE MICHELI

L'efficacia assistenziale è misurata da un indicatore globale riassuntivo dei punteggi di 4 indicatori specifici: ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni), per diabete (20-74 anni), per BPCO (50-74 anni), amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti. Tali indicatori riflettono l'impatto della prevenzione e cura territoriale sulle cure ospedaliere, la componente maggiore dei costi delle patologie croniche, riducibile attraverso PDTA che integrino assistenza generalistica e specialistica.

Nell'indicatore globale la Liguria è collocata a un livello intermedio fra le regioni italiane, con una performance lievemente superiore alla media, ma lontana dallo score ottenuto dalla Toscana nell'ambito delle valutazioni 2011 effettuate in collaborazione con il MeS di Pisa (a tale proposito si consulti il Report 2011 del Mes). La performance delle ASL liguri è variabile e questo andamento rappresenta un'indicazione per la valutazione e il confronto delle differenze organizzative locali.

Il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco è buono (236.8/100000), sufficientemente omogeneo fra le diverse ASL; una sola è al di sopra della media nazionale. Il raffronto 2010- 2011 indica una riduzione in tutte le ASL non omogenea.

Nel tasso di ospedalizzazione per diabete (36.56/100000) il tasso è in riduzione rispetto al 2010. Esiste tuttavia variabilità fra le diverse ASL, con risultati scarsi o pessimi in talune. Dati italiani indicano una relazione inversa fra offerta di assistenza specialistica diabetologica e ricoveri.

I tassi di amputazione per diabete, pur in riduzione, risultano elevati rispetto ad altre regioni (fonte Report 2011 del Mes). L'eterogeneità fra le ASL può anche essere dovuta a diverse strategie terapeutiche.

I ricoveri per BPCO sono più numerosi (107.9/100000) rispetto alla mediana nazionale (72.9); l'eterogeneità fra ASL è elevata: tre ASL su cinque sono molto al di sopra della mediana nazionale. Nel raffronto 2010 - 2011 si osserva stabilità.

I dati, anche se spesso allineati alle mediane nazionali, indicano necessità e possibilità di intervento, indispensabile e indifferibile nell'attuale contesto di ulteriore riduzione dell'assistenza ospedaliera. In questa prospettiva ha rilievo l'eterogeneità fra le realtà locali, sulle quali sono prospettabili interventi mirati.

I PDTA delle patologie croniche sono un obiettivo prioritario per la Regione Liguria e la ARS. La Deliberazione di Giunta Regionale 518 del 4/ 5/ 2012 ha approvato il "Protocollo per gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (diabete, scompenso cardiocircolatorio, bronco pneumopatia cronica ostruttiva), sulla base di documenti tecnici curati dalla ARS con le reti dei professionisti, nella prospettiva del *Chronic Care Model*. I percorsi e gli indicatori di processo e risultato sono stati individuati. I distretti socio-sanitari sono la sede delle funzioni della gestione integrata in quanto raccordo fra l'attività del MMG/PLS e le strutture specialistiche territoriali e ospedaliere, soggetto di integrazione operativa tra i piani di intervento

sulle malattie croniche, punto di organizzazione per i follow-up periodici.

È in corso la fase attuativa nelle realtà locali, con le loro esigenze specifiche. Il compito non è facile, per le necessità di affrontare problemi complessi e spesso mutanti e di sostenere la collaborazione e comunicazione fra figure professionali diverse, nella logica della cura centrata sul paziente.

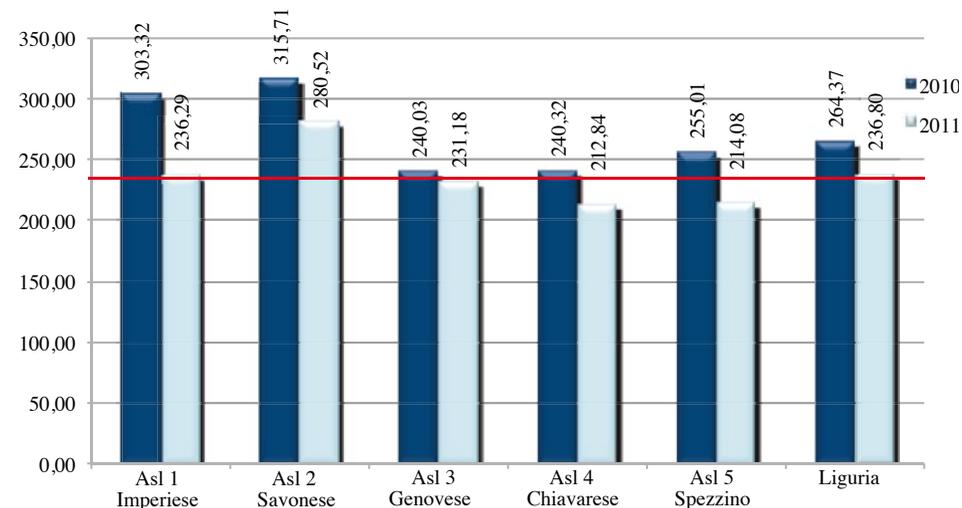
L'efficacia assistenziale delle patologie croniche viene stimata attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

- **Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)**
- **Tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)**
- **Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti**
- **Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)**

Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando in relazione all'aumento dei soggetti anziani e al miglioramento dei risultati di sopravvivenza per le malattie cardiovascolari. Il numero di ricoveri potenzialmente prevenibili potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza territoriale nel gestire il paziente con scompenso cardiaco e nel tutelare dall'insorgenza di complicazioni. Il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74 anni, sono spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato. Va, tuttavia, considerato che, trattandosi di una malattia cronico - degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere adeguate per i casi più gravi e complessi e che, quindi, una stima più precisa del livello di appropriatezza dei servizi territoriali potrebbe essere ottenuta integrando le informazioni derivate dall'indicatore con indicazioni relative alle complessità dei casi trattati.

C11a.1.1 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO PER 100.000 RESIDENTI (50-74 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50 -74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti nella ASL x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 50-74 anni residente nella ASL
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428., 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, esclusi i dimessi con codici 00.5, 35., 36, 37. in uno qualunque dei campi di procedura. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75); - i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

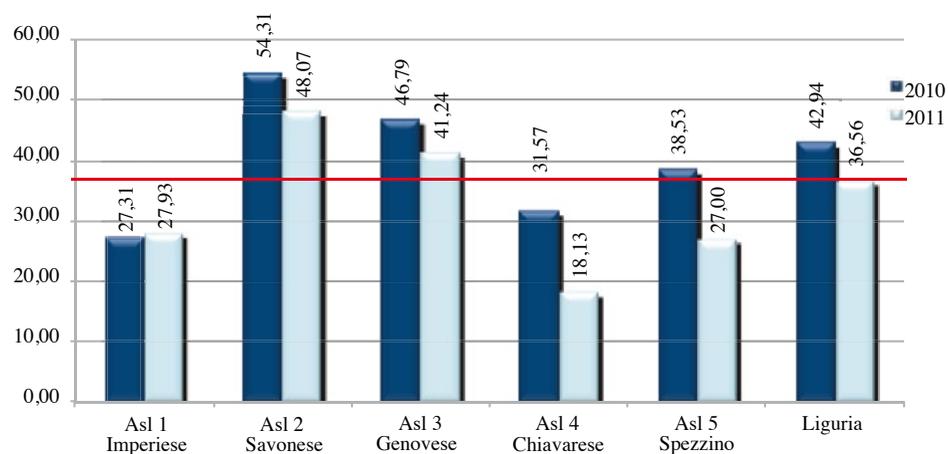


C11a.1.1 Tasso di ricovero per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	303,32	223,0	73.520,0	2010	236,29	175,0	74.061,0	2011
Asl 2 Savonese	315,71	305,0	96.609,0	2010	280,52	271,0	96.607,0	2011
Asl 3 Genovese	240,03	589,0	245.386,0	2010	231,18	567,0	245.266,0	2011
Asl 4 Chiavarese	240,32	119,0	49.518,0	2010	212,84	106,0	49.803,0	2011
Asl 5 Spezzino	255,01	180,0	70.585,0	2010	214,08	152,0	71.001,0	2011
Liguria	264,37	1.416,0	535.618,0	2010	236,80	1.271,0	536.738,0	2011

Tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)

Il percorso assistenziale del paziente diabetico può essere limitato all'interno della rete dei servizi territoriali - riducendo il ricorso al ricovero ospedaliero solo ai casi particolari, laddove sia presente un'adeguata assistenza territoriale, che integri le attività di prevenzione, diagnosi e cura. Il tasso di ricovero per diabete può essere considerato una variabile proxy dell'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali. La condivisione di linee guida cliniche, profili assistenziali da parte di Medici di Medicina Generale e Specialisti, e l'aggregazione in forme associate dei professionisti, contribuiscono ad attuare un sistema di gestione integrata della malattia, che può tradursi in uno sviluppo extra ospedaliero di pratiche di Day - Service (Rapporto Osservasalute 2004).

C11a.2.1 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE GLOBALE PER 100.000 RESIDENTI (20-74 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 20-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per diabete 20-74 anni relativi ai residenti nella ASL x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione residente
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, dei residenti in regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codici DRG: 113 - Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale o in una delle secondarie: 250.xx Diabete mellito. Sono esclusi i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

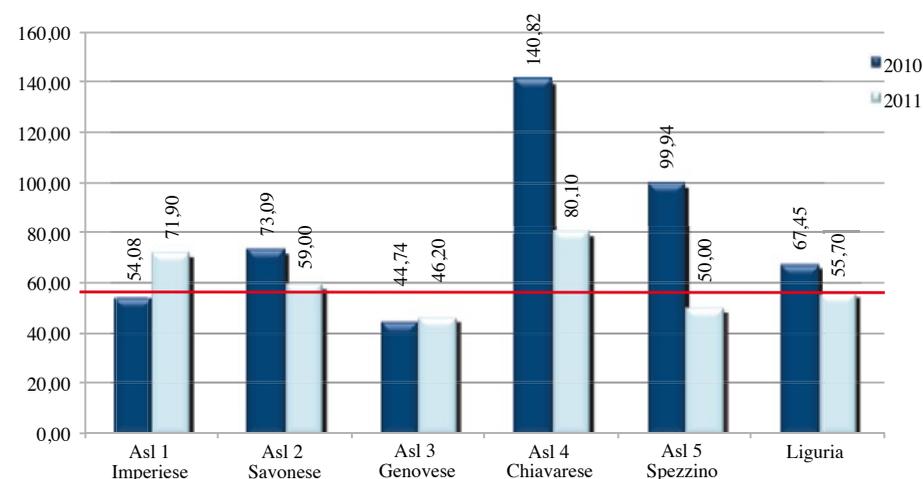


Azienda	C11a.2.1 Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	27,31	43,0	157.471,0	2010	27,93	44,0	157.556,0	2011
Asl 2 Savonese	54,31	111,0	204.399,0	2010	48,07	98,0	203.878,0	2011
Asl 3 Genovese	46,79	244,0	521.483,0	2010	41,24	214,0	518.884,0	2011
Asl 4 Chiavarese	31,57	33,0	104.528,0	2010	18,13	19,0	104.772,0	2011
Asl 5 Spezzino	38,53	60,0	155.707,0	2010	27,00	42,0	155.554,0	2011
Liguria	42,94	491,0	1.143.588,0	2010	36,56	417,0	1.140.644,0	2011

Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti

I progressi nella cura della malattia diabetica hanno portato a un allungamento di vita dei diabetici, che maggiormente si trovano a gestire i problemi legati alle complicazioni croniche della malattia. Tra le complicanze del diabete, un ruolo sempre più rilevante è assunto dal “piede diabetico”. Tuttavia, la riduzione del tasso di amputazioni nei pazienti diabetici con piede diabetico ischemico è possibile, con l’uso estensivo della rivascolarizzazione tramite bypass e angioplastica periferica. Nel complesso, la chiave per il trattamento efficace di questi pazienti è l’approccio multidisciplinare: la rivascolarizzazione e una corretta cura del piede possono migliorare la prognosi del paziente e ridurre la necessità di ulteriori interventi (Faglia et al., 2009).

C11a.2.4 - TASSO DI AMPUTAZIONI MAGGIORI PER DIABETE PER MILIONE DI RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso di amputazioni maggiori per diabete (amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita del piede) per milione di residenti.
NUMERATORE	N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti x 1.000.000
DENOMINATORE	Popolazione 50-74 anni residente nella ASL
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito Sono esclusi: - i DRG 113 e 114; - i codici di procedura 36 e 39.5; - i dimessi dai reparti di Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75); - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale); - i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza

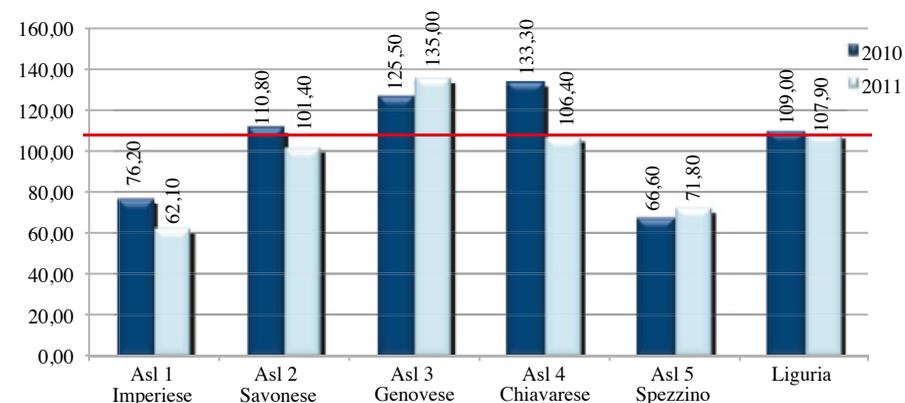


C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	54,08	12,0	221.885,0	2010	71,90	16,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	73,09	21,0	287.315,0	2010	59,00	17,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	44,74	33,0	737.524,0	2010	46,20	34,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	140,82	21,0	149.128,0	2010	80,10	12,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	99,94	22,0	220.134,0	2010	50,00	11,0	220.107,0	2011
Liguria	67,45	109,0	1.615.986,0	2010	55,70	90,0	1.616.788,0	2011

Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Per le broncopneumopatie croniche - ostruttive, come per molte malattie croniche - degenerative, non avendo a disposizione farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo e l'individuazione dei fattori di rischio. Altrettanto importante risulta l'aspetto educativo, che deve essere considerato parte integrante dell'intervento terapeutico; è possibile, infatti, ridurre complicanze e riacutizzazioni mediante interventi di prevenzione e percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005).

C11a.3.1 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BPCO PER 100.000 RESIDENTI (50-74 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni.
NUMERATORE	N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti nella ASL x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: - 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica - 491: Bronchite cronica - 492: Enfisema - 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di Unità Spinale, Riabilitazione, Lungodegenti e Neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75); - i ricoveri in strutture private non accreditate.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di residenza



C11a.3.1 Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	76,20	56,0	73.520,0	2010	62,10	46,0	74.061,0	2011
Asl 2 Savonese	110,80	107,0	96.609,0	2010	101,40	98,0	96.607,0	2011
Asl 3 Genovese	125,50	308,0	245.386,0	2010	135,00	331,0	245.266,0	2011
Asl 4 Chiavarese	133,30	66,0	49.518,0	2010	106,40	53,0	49.803,0	2011
Asl 5 Spezzino	66,60	47,0	70.585,0	2010	71,80	51,0	71.001,0	2011
Liguria	109,00	584,0	535.618,0	2010	107,90	579,0	536.738,0	2011

CAPITOLO DECIMO

**APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
DIAGNOSTICA**

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA

GIOVANNI BATTISTA ARRAS

La tendenza a diminuire il numero dei posti letto ospedalieri (tasso di ospedalizzazione), seppure associata a una complessiva contrazione dei tempi di degenza, comporta un aumento delle attività di diagnosi da parte delle strutture territoriali. In sostanza, negli ultimi anni, una consistente parte di attività diagnostiche che venivano tradizionalmente eseguite in ospedale vengono, sempre di più, effettuate all'interno del contesto ambulatoriale. Questo processo è certamente evidenziato da indicatori tipicamente ospedalieri, come il "Tasso di ricovero in DH medico con finalità diagnostiche", che tendono a diminuire i loro valori e che caricano al territorio ulteriori richieste di prestazioni. Macroscopicamente la tendenza verso una migliore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri dovrebbe comportare un aumento dei tassi di prestazioni territoriali con finalità diagnostica.

Molte esperienze segnalano, tuttavia, che negli ultimi anni si è assistito a un fenomeno di aumento delle prescrizioni di diagnostica derivanti dal miglioramento delle tecnologie di imaging, e da una generalizzata ricerca di conferme diagnostiche con queste tecniche. L'alta percentuale di referti negativi e il discostarsi da linee guida ha da tempo sottolineato una tendenza all'aumento di prescrizioni non appropriate. È quindi di fondamentale importanza effettuare un monitoraggio costante dei tassi prestazioni specialistiche, e in particolare di imaging, per valutare il punto di equilibrio tra spinte alla crescita, derivanti da scelte organizzative regionali nelle aree ospedaliere, e la necessaria riduzione di esami inutili o evitabili, che impegnano risorse strumentali preziose.

Complessivamente il trend ligure rappresenta una generale diminuzione del tasso di prestazioni segnalando che il territorio è stato in grado di assorbire la trasformazione dei posti letto ospedalieri senza incidere negativamente sui tempi di attesa. Dovrà essere attentamente studiato il tasso di prestazioni di risonanza magnetica muscolo scheletrica per la classe d'età degli ultra 65enni, in quanto i valori dell'area metropolitana segnalano scostamenti rilevanti. Analoga attenzione sarà rivolta alla verifica dell'appropriatezza descrittiva dell'ecocolordoppler e delle ecografie in quanto i tassi segnalano evidenti scostamenti rispetto ad altre regioni italiane con stratificazione della popolazione simile a quella ligure.

L'indicatore Appropriata Diagnostica illustra sinteticamente il tasso di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica per immagini per azienda di residenza.

L'Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica viene stimata attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

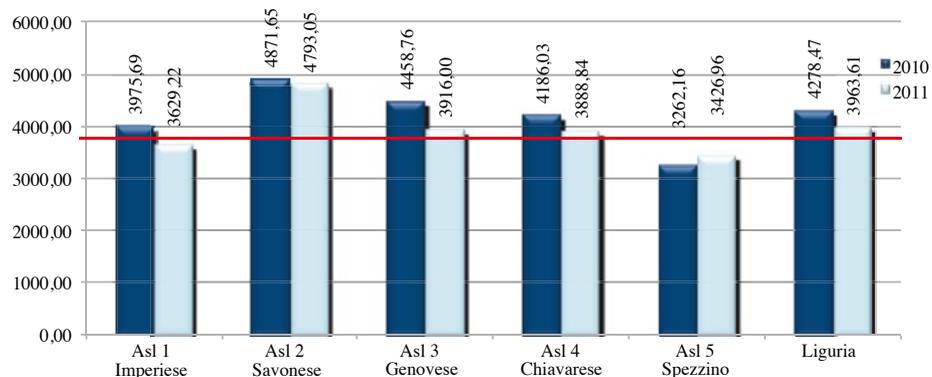
- **Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso di prestazioni diagnostica per immagine**
- **Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**

- **Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (maggiore uguale 65 anni)**
- **Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti**
- **Tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti**

Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni ambulatoriali misura il numero di prestazioni ambulatoriali erogate a residenti in regione. È un indicatore di governo della domanda e pone in evidenza il fabbisogno complessivo dei cittadini di visite specialistiche ambulatoriali e di diagnostica per immagini.

C13.1 - TASSO DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per polmonite 20-74 anni relativi ai residenti nella ASL x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 20-74 anni residente nella Ausl
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano le prestazioni specialistiche, ambulatoriali e diagnostiche, erogate ai residenti, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni: - di laboratorio; - di pronto soccorso; - per interni. Fanno eccezione le prestazioni di pronto soccorso erogate fuori regione a residenti in regione, che sono incluse.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza

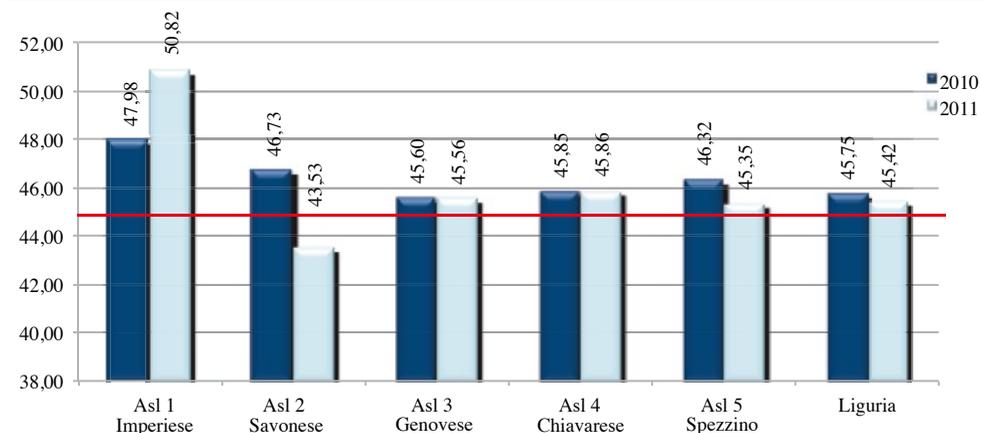


C13.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	3975,69	1.018.068,0	221.885,0	2010	3629,22	918.752,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	4871,65	1.598.183,0	287.315,0	2010	4793,05	1.561.046,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	4458,76	3.758.855,0	737.524,0	2010	3916,00	3.290.454,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	4186,03	691.817,0	149.128,0	2010	3888,84	652.025,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	3262,16	823.398,0	220.134,0	2010	3426,96	870.819,0	220.107,0	2011
Liguria	4278,47	7.890.321,0	1.615.986,0	2010	3963,61	7.293.096,0	1.616.788,0	2011

Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti misura l'uso di questa tipologia di indagine fatta ai cittadini della regione. Non esiste in letteratura uno standard, ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni al fine di evitare sia i vuoti di offerta sia un'eccessiva esposizione a radiazioni ionizzanti potenzialmente nocive.

C13.2.1 - TASSO DI PRESTAZIONI TC PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di prestazione TC standardizzato per età e sesso, extra PS, per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi TC per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo TAC, sia le prestazioni di TAC con contrasto che le prestazioni di TAC senza contrasto. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza

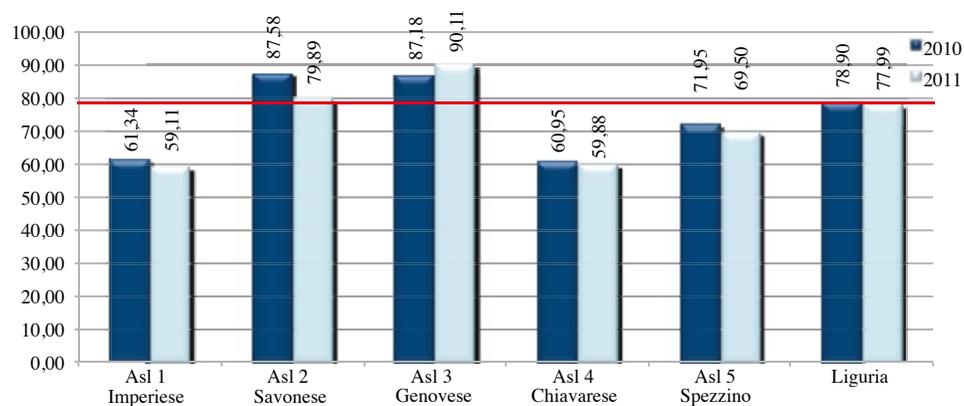


C13.2.1 Tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	47,98	12.357,0	221.885,0	2010	50,82	13.550,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	46,73	16.560,0	287.315,0	2010	43,53	15.574,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	45,60	40.804,0	737.524,0	2010	45,56	40.916,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	45,85	7.863,0	149.128,0	2010	45,86	7.956,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	46,32	11.704,0	220.134,0	2010	45,35	11.289,0	220.107,0	2011
Liguria	45,75	89.288,0	1.615.986,0	2010	45,42	89.285,0	1.616.788,0	2011

Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti misura l'uso di questa tipologia di indagine fatta dai cittadini della regione. Non esiste in letteratura uno standard ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni quale sintomo di potenziale inappropriatezza prescrittiva.

C13.2.2 - TASSO DI PRESTAZIONI RM PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di prestazione RM standardizzato per età e sesso, extra PS, per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi RM per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo RMN, sia le prestazioni di RMN con contrasto che le prestazioni di RMN senza contrasto. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza

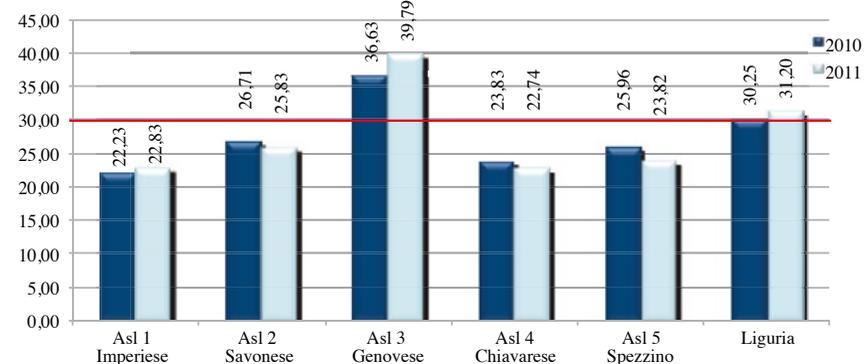


Azienda	C13.2.2 Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	61,34	14.102,0	221.885,0	2010	59,11	14.025,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	87,58	27.479,0	287.315,0	2010	79,89	24.407,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	87,18	68.124,0	737.524,0	2010	90,11	70.545,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	60,95	9.179,0	149.128,0	2010	59,88	9.184,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	71,95	16.548,0	220.134,0	2010	69,50	16.039,0	220.107,0	2011
Liguria	78,90	135.432,0	1.615.986,0	2010	77,99	134.200,0	1.616.788,0	2011

Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (maggiore uguale 65 anni)

Il tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche eseguite su pazienti con età maggiore/uguale di 65 anni, sulla popolazione residente oltre 65 anni, costituisce un dettaglio del C13.2.2 "Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti". Appare infatti importante misurare questa tipologia di prestazioni in modo specifico in quanto queste indagini diagnostiche sono da considerarsi a elevato rischio di inappropriatezza.

C13a.2.2.1 - TASSO DI PRESTAZIONI RM MUSCOLO SCHELETRICHE PER 1.000 RESIDENTI (MAGGIORE UGUALE 65 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (maggiore uguale 65 anni)
NUMERATORE	Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti maggiore uguale 65 anni, relativi ai residenti nelle Ausl x 1.000
DENOMINATORE	Popolazione maggiore uguale 65 anni
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo RMN, sia le prestazioni di RMN con contrasto che le prestazioni di RMN senza contrasto, prendendo i soli codici 88.94.1, 88.94.2. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza

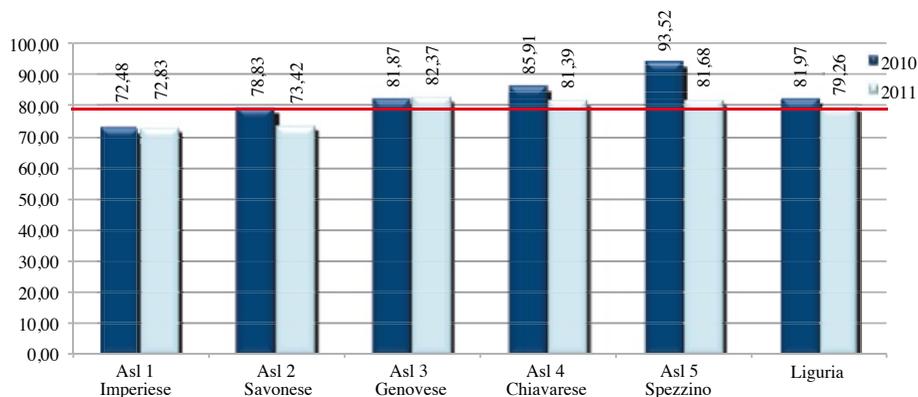


Azienda	C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (maggiore uguale 65 anni)							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	22,23	1.290,0	58.022,0	2010	22,83	1.325,0	58.036,0	2011
Asl 2 Savonese	26,71	2.097,0	78.508,0	2010	25,83	2.032,0	78.667,0	2011
Asl 3 Genovese	36,63	7.231,0	197.423,0	2010	39,79	7.801,0	196.059,0	2011
Asl 4 Chiavarese	23,83	986,0	41.373,0	2010	22,74	938,0	41.246,0	2011
Asl 5 Spezzino	25,96	1.508,0	58.082,0	2010	23,82	1.374,0	57.687,0	2011
Liguria	30,25	13.112,0	433.408,0	2010	31,20	13.470,0	431.695,0	2011

Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'Ecocolordoppler è un esame diagnostico non invasivo che permette la visualizzazione ecografica dei principali vasi sanguigni e lo studio del flusso ematico al loro interno. Il tasso di prestazioni ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso misura l'uso, da parte dei cittadini residenti, di questa tipologia di indagine. Non esiste in letteratura uno standard, ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni quale sintomo di potenziale inappropriata prescrizione.

C13.2.3 - TASSO DI PRESTAZIONI ECOCOLORDOPPLER PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler standardizzato per età e sesso
NUMERATORE	Numero accessi Ecocolordoppler per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo Ecografia, raggruppamento Ecocolordoppler. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza

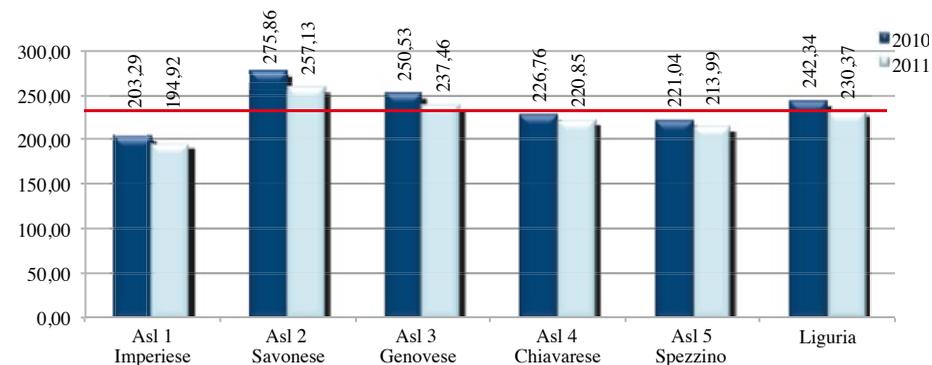


C13.2.3 Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	72,48	19.882,0	221.885,0	2010	72,83	20.097,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	78,83	28.832,0	287.315,0	2010	73,42	27.041,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	81,87	76.095,0	737.524,0	2010	82,37	76.973,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	85,91	16.339,0	149.128,0	2010	81,39	15.587,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	93,52	25.088,0	220.134,0	2010	81,68	21.966,0	220.107,0	2011
Liguria	81,97	166.236,0	1.615.986,0	2010	79,26	161.664,0	1.616.788,0	2011

Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti

L'Ecografia è uno strumento diagnostico che consente di vedere gli organi del nostro corpo con l'utilizzo delle onde sonore ad alta frequenza (ultrasuoni non udibili dall'orecchio umano) che attraversano i tessuti. Il tasso di prestazioni ecografia grezzo per 1.000 residenti misura l'uso, da parte dei cittadini residenti, di questa tipologia di indagine.

C13.2.4 - TASSO DI PRESTAZIONI ECOGRAFIA GREZZO PER 1.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso grezzo di prestazioni Ecografia per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi Ecografia per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo Ecografia. Sono escluse l'Ecografia ostetrico ginecologica e l'Ecocolordoppler. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza

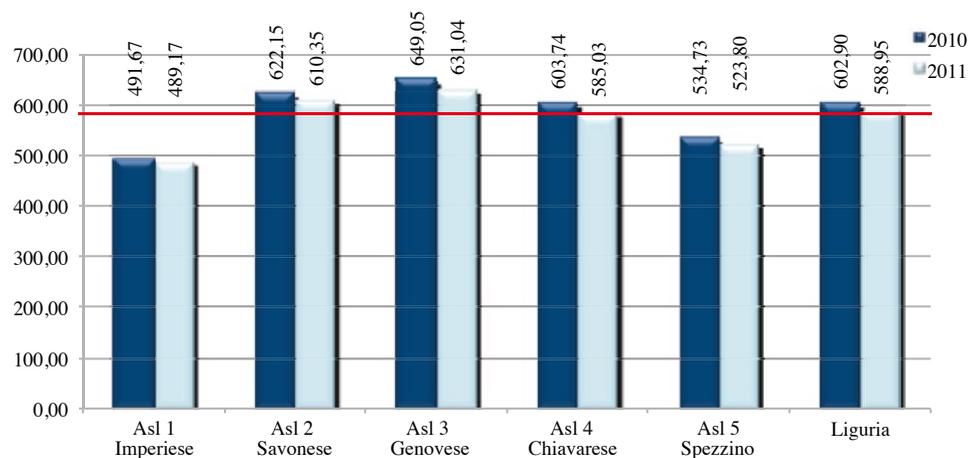


C13.2.4 Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	203,29	45.107,0	221.885,0	2010	194,92	43.399,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	275,86	79.258,0	287.315,0	2010	257,13	74.029,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	250,53	184.775,0	737.524,0	2010	237,46	174.828,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	226,76	33.817,0	149.128,0	2010	220,85	33.103,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	221,04	48.658,0	220.134,0	2010	213,99	47.100,0	220.107,0	2011
Liguria	242,34	391.615,0	1.615.986,0	2010	230,37	372.459,0	1.616.788,0	2011

Tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti

La radiografia è una tecnica diagnostica che si basa sull'utilizzo dei raggi X. È stata la prima tecnica di imaging biomedico e nel corso degli anni ha subito numerosi sviluppi ed evoluzioni, fino ad arrivare alla radiografia computerizzata. Il tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti misura l'uso, da parte dei cittadini residenti, di questa tipologia di indagine.

C13.2.5 - TASSO DI PRESTAZIONI RX TRADIZIONALE GREZZO PER 1.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso grezzo di prestazioni Rx grezzo tradizionale per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi Rx tradizionale per azienda di residenza
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo Rx tradizionale. È esclusa la mammografia. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza



C13.2.5 Tasso di prestazione Rx tradizionale grezzo per 1.000 residenti								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	491,67	109.095,0	221.885,0	2010	489,17	108.913,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	622,15	178.753,0	287.315,0	2010	610,35	175.724,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	649,05	478.688,0	737.524,0	2010	631,04	464.595,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	603,74	90.035,0	149.128,0	2010	585,03	87.691,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	534,73	117.712,0	220.134,0	2010	523,80	115.291,0	220.107,0	2011
Liguria	602,90	974.283,0	1.615.986,0	2010	588,95	952.214,0	1.616.788,0	2011

CAPITOLO DECIMO

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA

GIOVANNI BATTISTA ARRAS

La tendenza a diminuire il numero dei posti letto ospedalieri (tasso di ospedalizzazione), seppure associata a una complessiva contrazione dei tempi di degenza, comporta un aumento delle attività di diagnosi da parte delle strutture territoriali. In sostanza, negli ultimi anni, una consistente parte di attività diagnostiche che venivano tradizionalmente eseguite in ospedale vengono, sempre di più, effettuate all'interno del contesto ambulatoriale. Questo processo è certamente evidenziato da indicatori tipicamente ospedalieri, come il "Tasso di ricovero in DH medico con finalità diagnostiche", che tendono a diminuire i loro valori e che caricano al territorio ulteriori richieste di prestazioni. Macroscopicamente la tendenza verso una migliore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri dovrebbe comportare un aumento dei tassi di prestazioni territoriali con finalità diagnostica.

Molte esperienze segnalano, tuttavia, che negli ultimi anni si è assistito a un fenomeno di aumento delle prescrizioni di diagnostica derivanti dal miglioramento delle tecnologie di imaging, e da una generalizzata ricerca di conferme diagnostiche con queste tecniche. L'alta percentuale di referti negativi e il discostarsi da linee guida ha da tempo sottolineato una tendenza all'aumento di prescrizioni non appropriate. È quindi di fondamentale importanza effettuare un monitoraggio costante dei tassi prestazioni specialistiche, e in particolare di imaging, per valutare il punto di equilibrio tra spinte alla crescita, derivanti da scelte organizzative regionali nelle aree ospedaliere, e la necessaria riduzione di esami inutili o evitabili, che impegnano risorse strumentali preziose.

Complessivamente il trend ligure rappresenta una generale diminuzione del tasso di prestazioni segnalando che il territorio è stato in grado di assorbire la trasformazione dei posti letto ospedalieri senza incidere negativamente sui tempi di attesa. Dovrà essere attentamente studiato il tasso di prestazioni di risonanza magnetica muscolo scheletrica per la classe d'età degli ultra 65enni, in quanto i valori dell'area metropolitana segnalano scostamenti rilevanti. Analoga attenzione sarà rivolta alla verifica dell'appropriatezza descrittiva dell'ecocolordoppler e delle ecografie in quanto i tassi segnalano evidenti scostamenti rispetto ad altre regioni italiane con stratificazione della popolazione simile a quella ligure.

L'indicatore Appropriatazza Diagnostica illustra sinteticamente il tasso di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica per immagini per azienda di residenza.

L'Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica viene stimata attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

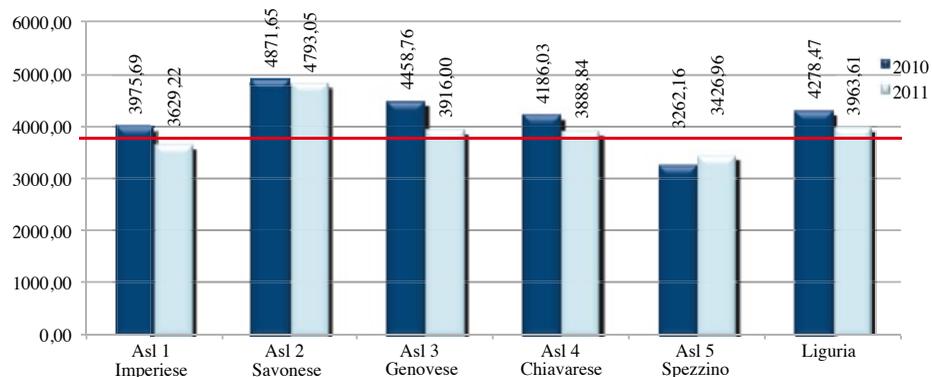
- **Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso di prestazioni diagnostica per immagine**
- **Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**

- **Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (maggiore uguale 65 anni)**
- **Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**
- **Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti**
- **Tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti**

Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni ambulatoriali misura il numero di prestazioni ambulatoriali erogate a residenti in regione. È un indicatore di governo della domanda e pone in evidenza il fabbisogno complessivo dei cittadini di visite specialistiche ambulatoriali e di diagnostica per immagini.

C13.1 - TASSO DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di ospedalizzazione per polmonite per 100.000 residenti 20-74 anni
NUMERATORE	N. ricoveri per polmonite 20-74 anni relativi ai residenti nella ASL x 100.000
DENOMINATORE	Popolazione 20-74 anni residente nella Ausl
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano le prestazioni specialistiche, ambulatoriali e diagnostiche, erogate ai residenti, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni: - di laboratorio; - di pronto soccorso; - per interni. Fanno eccezione le prestazioni di pronto soccorso erogate fuori regione a residenti in regione, che sono incluse.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza

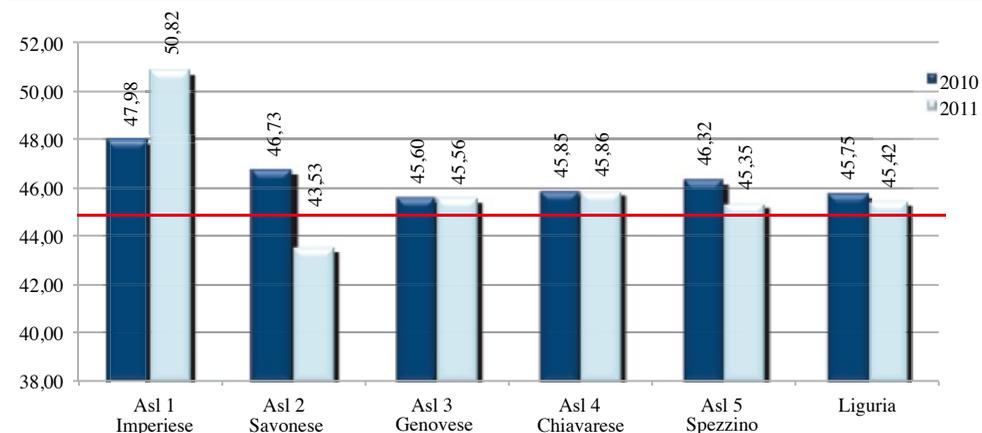


C13.1 Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	3975,69	1.018.068,0	221.885,0	2010	3629,22	918.752,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	4871,65	1.598.183,0	287.315,0	2010	4793,05	1.561.046,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	4458,76	3.758.855,0	737.524,0	2010	3916,00	3.290.454,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	4186,03	691.817,0	149.128,0	2010	3888,84	652.025,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	3262,16	823.398,0	220.134,0	2010	3426,96	870.819,0	220.107,0	2011
Liguria	4278,47	7.890.321,0	1.615.986,0	2010	3963,61	7.293.096,0	1.616.788,0	2011

Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti misura l'uso di questa tipologia di indagine fatta ai cittadini della regione. Non esiste in letteratura uno standard, ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni al fine di evitare sia i vuoti di offerta sia un'eccessiva esposizione a radiazioni ionizzanti potenzialmente nocive.

C13.2.1 - TASSO DI PRESTAZIONI TC PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di prestazione TC standardizzato per età e sesso, extra PS, per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi TC per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo TAC, sia le prestazioni di TAC con contrasto che le prestazioni di TAC senza contrasto. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza

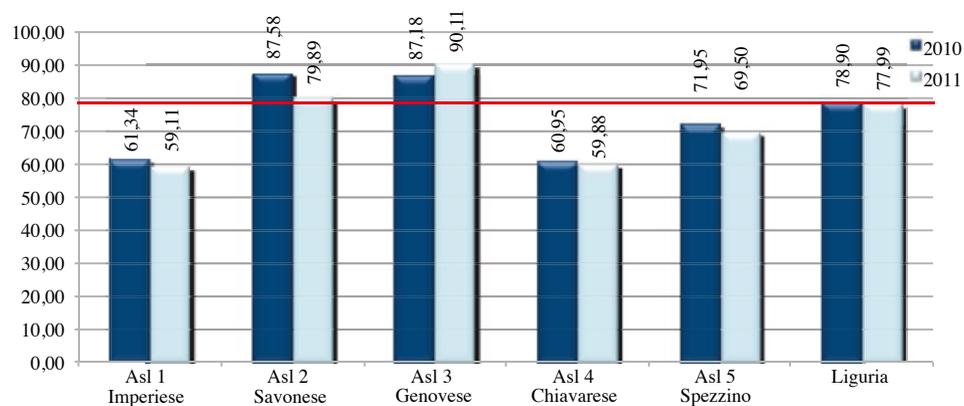


C13.2.1 Tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	47,98	12.357,0	221.885,0	2010	50,82	13.550,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	46,73	16.560,0	287.315,0	2010	43,53	15.574,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	45,60	40.804,0	737.524,0	2010	45,56	40.916,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	45,85	7.863,0	149.128,0	2010	45,86	7.956,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	46,32	11.704,0	220.134,0	2010	45,35	11.289,0	220.107,0	2011
Liguria	45,75	89.288,0	1.615.986,0	2010	45,42	89.285,0	1.616.788,0	2011

Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti misura l'uso di questa tipologia di indagine fatta dai cittadini della regione. Non esiste in letteratura uno standard ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni quale sintomo di potenziale inappropriatezza prescrittiva.

C13.2.2 - TASSO DI PRESTAZIONI RM PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO	
DEFINIZIONE	Tasso di prestazione RM standardizzato per età e sesso, extra PS, per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi RM per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo RMN, sia le prestazioni di RMN con contrasto che le prestazioni di RMN senza contrasto. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza

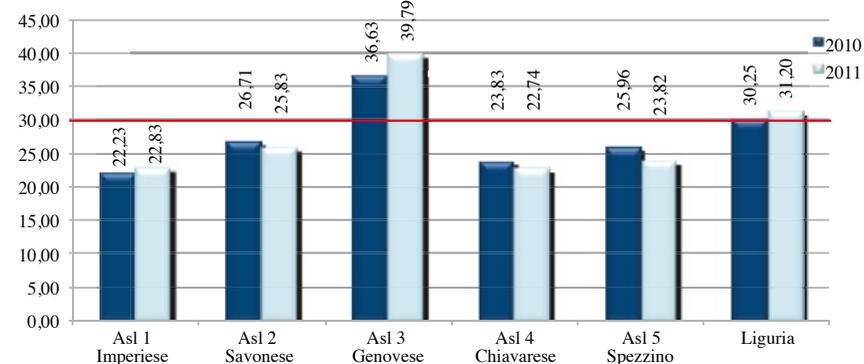


Azienda	C13.2.2 Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	61,34	14.102,0	221.885,0	2010	59,11	14.025,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	87,58	27.479,0	287.315,0	2010	79,89	24.407,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	87,18	68.124,0	737.524,0	2010	90,11	70.545,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	60,95	9.179,0	149.128,0	2010	59,88	9.184,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	71,95	16.548,0	220.134,0	2010	69,50	16.039,0	220.107,0	2011
Liguria	78,90	135.432,0	1.615.986,0	2010	77,99	134.200,0	1.616.788,0	2011

Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (maggiore uguale 65 anni)

Il tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche eseguite su pazienti con età maggiore/uguale di 65 anni, sulla popolazione residente oltre 65 anni, costituisce un dettaglio del C13.2.2 "Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti". Appare infatti importante misurare questa tipologia di prestazioni in modo specifico in quanto queste indagini diagnostiche sono da considerarsi a elevato rischio di inappropriatezza.

C13a.2.2.1 - TASSO DI PRESTAZIONI RM MUSCOLO SCHELETRICHE PER 1.000 RESIDENTI (MAGGIORE UGUALE 65 ANNI)	
DEFINIZIONE	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (maggiore uguale 65 anni)
NUMERATORE	Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti maggiore uguale 65 anni, relativi ai residenti nelle Ausl x 1.000
DENOMINATORE	Popolazione maggiore uguale 65 anni
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo RMN, sia le prestazioni di RMN con contrasto che le prestazioni di RMN senza contrasto, prendendo i soli codici 88.94.1, 88.94.2. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza



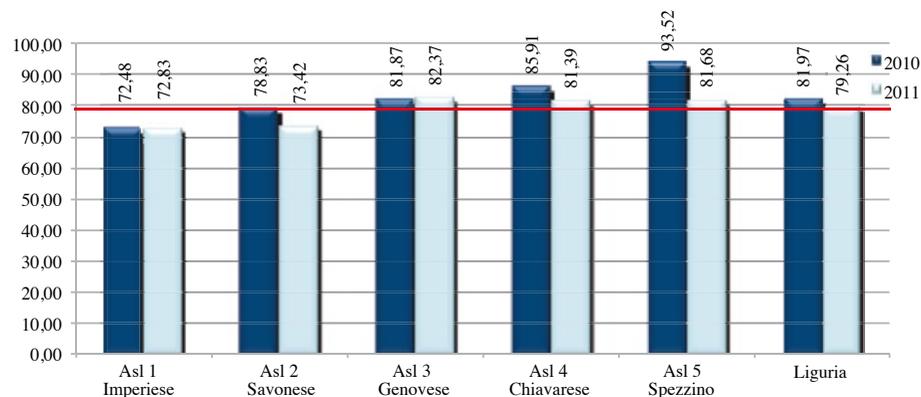
Azienda	C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (maggiore uguale 65 anni)							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	22,23	1.290,0	58.022,0	2010	22,83	1.325,0	58.036,0	2011
Asl 2 Savonese	26,71	2.097,0	78.508,0	2010	25,83	2.032,0	78.667,0	2011
Asl 3 Genovese	36,63	7.231,0	197.423,0	2010	39,79	7.801,0	196.059,0	2011
Asl 4 Chiavarese	23,83	986,0	41.373,0	2010	22,74	938,0	41.246,0	2011
Asl 5 Spezzino	25,96	1.508,0	58.082,0	2010	23,82	1.374,0	57.687,0	2011
Liguria	30,25	13.112,0	433.408,0	2010	31,20	13.470,0	431.695,0	2011

Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'Ecocolordoppler è un esame diagnostico non invasivo che permette la visualizzazione ecografica dei principali vasi sanguigni e lo studio del flusso ematico al loro interno. Il tasso di prestazioni ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso misura l'uso, da parte dei cittadini residenti, di questa tipologia di indagine. Non esiste in letteratura uno standard, ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni quale sintomo di potenziale inappropriata prescrizione.

C13.2.3 - TASSO DI PRESTAZIONI ECOCOLORDOPPLER PER 1.000 RESIDENTI STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO

DEFINIZIONE	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler standardizzato per età e sesso
NUMERATORE	Numero accessi Ecocolordoppler per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo Ecografia, raggruppamento Ecocolordoppler. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza



C13.2.3 Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

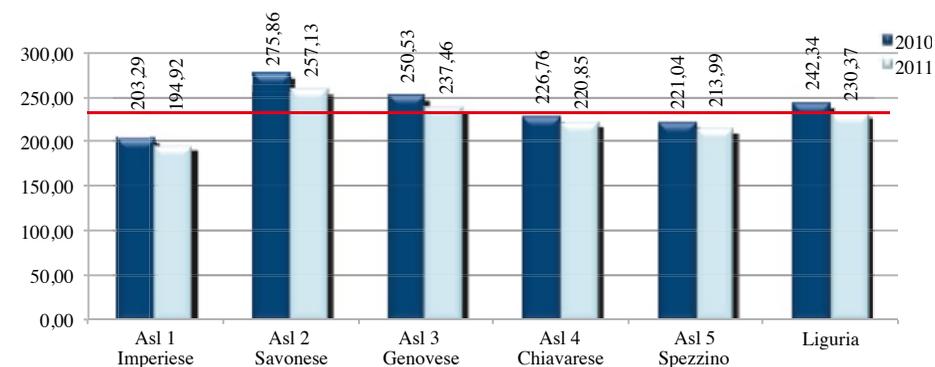
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	72,48	19.882,0	221.885,0	2010	72,83	20.097,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	78,83	28.832,0	287.315,0	2010	73,42	27.041,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	81,87	76.095,0	737.524,0	2010	82,37	76.973,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	85,91	16.339,0	149.128,0	2010	81,39	15.587,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	93,52	25.088,0	220.134,0	2010	81,68	21.966,0	220.107,0	2011
Liguria	81,97	166.236,0	1.615.986,0	2010	79,26	161.664,0	1.616.788,0	2011

Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti

L'Ecografia è uno strumento diagnostico che consente di vedere gli organi del nostro corpo con l'utilizzo delle onde sonore ad alta frequenza (ultrasuoni non udibili dall'orecchio umano) che attraversano i tessuti. Il tasso di prestazioni ecografia grezzo per 1.000 residenti misura l'uso, da parte dei cittadini residenti, di questa tipologia di indagine.

C13.2.4 - TASSO DI PRESTAZIONI ECOGRAFIA GREZZO PER 1.000 RESIDENTI

DEFINIZIONE	Tasso grezzo di prestazioni Ecografia per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi Ecografia per azienda di residenza x 1.000
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo Ecografia. Sono escluse l'Ecografia ostetrico ginecologica e l'Ecocolordoppler. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza



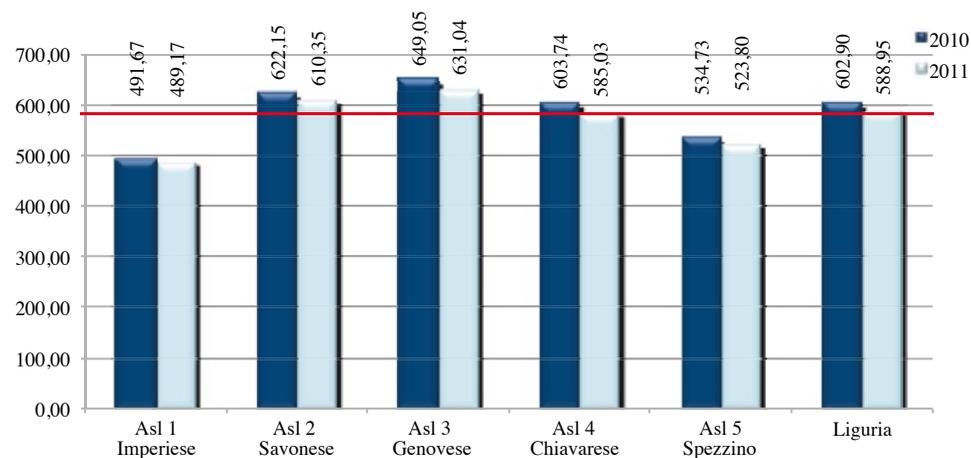
C13.2.4 Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti

Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	203,29	45.107,0	221.885,0	2010	194,92	43.399,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	275,86	79.258,0	287.315,0	2010	257,13	74.029,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	250,53	184.775,0	737.524,0	2010	237,46	174.828,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	226,76	33.817,0	149.128,0	2010	220,85	33.103,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	221,04	48.658,0	220.134,0	2010	213,99	47.100,0	220.107,0	2011
Liguria	242,34	391.615,0	1.615.986,0	2010	230,37	372.459,0	1.616.788,0	2011

Tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti

La radiografia è una tecnica diagnostica che si basa sull'utilizzo dei raggi X. È stata la prima tecnica di imaging biomedico e nel corso degli anni ha subito numerosi sviluppi ed evoluzioni, fino ad arrivare alla radiografia computerizzata. Il tasso di prestazioni RX tradizionale grezzo per 1.000 residenti misura l'uso, da parte dei cittadini residenti, di questa tipologia di indagine.

C13.2.5 - TASSO DI PRESTAZIONI RX TRADIZIONALE GREZZO PER 1.000 RESIDENTI	
DEFINIZIONE	Tasso grezzo di prestazioni Rx grezzo tradizionale per 1.000 residenti
NUMERATORE	Numero accessi Rx tradizionale per azienda di residenza
DENOMINATORE	N. residenti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera il ramo Rx tradizionale. È esclusa la mammografia. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Specialistica Ambulatoriale
LIVELLO	Azienda di residenza



C13.2.5 Tasso di prestazione Rx tradizionale grezzo per 1.000 residenti								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	491,67	109.095,0	221.885,0	2010	489,17	108.913,0	222.648,0	2011
Asl 2 Savonese	622,15	178.753,0	287.315,0	2010	610,35	175.724,0	287.906,0	2011
Asl 3 Genovese	649,05	478.688,0	737.524,0	2010	631,04	464.595,0	736.235,0	2011
Asl 4 Chiavarese	603,74	90.035,0	149.128,0	2010	585,03	87.691,0	149.892,0	2011
Asl 5 Spezzino	534,73	117.712,0	220.134,0	2010	523,80	115.291,0	220.107,0	2011
Liguria	602,90	974.283,0	1.615.986,0	2010	588,95	952.214,0	1.616.788,0	2011

CAPITOLO DODICESIMO

PRONTO SOCCORSO

PRONTO SOCCORSO, ABBANDONO DELLE STRUTTURE E DIMISSIONI VOLONTARIE

SERGIO VIGNA

Questi indicatori permettono di monitorare le attività del Pronto Soccorso in termini di capacità di rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza e di far fronte in modo adeguato alle differenti tipologie di casi che si presentano, e di ottenere informazioni su comportamenti come l'abbandono spontaneo del Pronto Soccorso e le dimissioni volontarie che indicano un implicito giudizio negativo sulla qualità dei servizi sanitari.

Il cluster di indicatori dedicato al Pronto Soccorso fornisce una valutazione complessiva dei tempi di attesa dei pazienti, del periodo di permanenza per alcuni codici colore e la capacità di filtro del Pronto Soccorso verso i ricoveri ospedalieri.

L'attività di Pronto Soccorso viene stimata attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

- **Percentuale pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti**
- **Percentuale pazienti con codice verde visitati entro 1 ora**
- **Percentuale pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore**
- **Percentuale pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore**

Per quanto riguarda le dimissioni volontarie, l'articolo 14 del DPR n.128 del 27 Marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". A eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura contrariamente al parere del medico. Le ragioni che possono indurre un paziente a prendere questa decisione possono essere molto diverse tra loro.

Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio effettuato in Toscana, e finalizzato a individuare le variabili che determinano la volontarietà della dimissione (Murante A.M. et al.), è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa.

Sulla base anche di quest'ultima informazione, l'indicatore monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria e si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.

L'indicatore che misura la percentuale di abbandoni del Pronto Soccorso senza che il personale

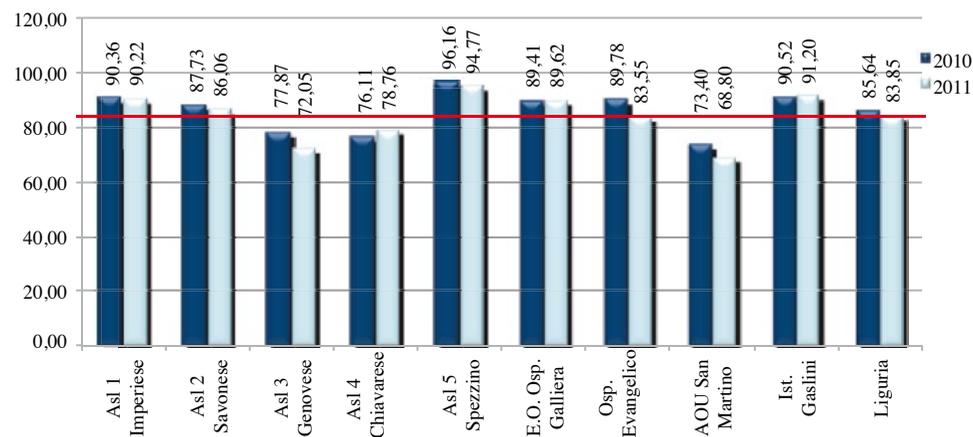
sia stato avvertito fornisce informazioni sulla capacità della struttura di stabilire un contatto con i pazienti e sull'esistenza di procedure formalizzate per gestire l'allontanamento spontaneo dopo l'effettuazione del triage.

Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.

Pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice giallo che sono visitati dal medico entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).

C16.1 - PERCENTUALE PAZIENTI CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI	
DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice giallo e visitati entro 30 minuti rispetto al totale dei pazienti con codice giallo
NUMERATORE	N. pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100
DENOMINATORE	N. pazienti in PS con codice giallo visitati entro e oltre 30 minuti
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Pronto Soccorso
LIVELLO	Azienda di erogazione

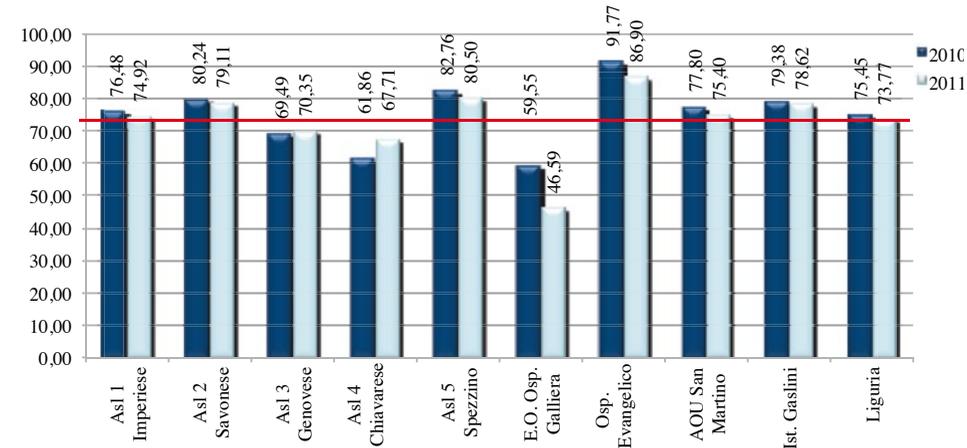


Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	90,36	19.116,0	21.156,0	2010	90,22	18.435,0	20.433,0	2011
Asl 2 Savonese	87,73	17.667,0	20.137,0	2010	86,06	20.070,0	23.320,0	2011
Asl 3 Genovese	77,87	12.257,0	15.741,0	2010	72,05	10.947,0	15.193,0	2011
Asl 4 Chiavarese	76,11	6.977,0	9.167,0	2010	78,76	7.794,0	9.896,0	2011
Asl 5 Spezzino	96,16	18.733,0	19.482,0	2010	94,77	19.022,0	20.071,0	2011
E.O. Osp. Galliera	89,41	8.113,0	9.074,0	2010	89,62	9.737,0	10.865,0	2011
Osp. Evangelico	89,78	3.893,0	4.336,0	2010	83,55	3.255,0	3.896,0	2011
AOU San Martino	73,40	12.327,0	16.795,0	2010	68,80	11.863,0	17.243,0	2011
Ist. Gaslini	90,52	3.045,0	3.364,0	2010	91,20	3.317,0	3.637,0	2011
Liguria	85,64	102.128,0	119.252,0	2010	83,85	104.440,0	124.554,0	2011

Pazienti con codice verde visitati entro 1 ora

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde che sono visitati dal medico entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage).

C16.2 - PERCENTUALE PAZIENTI CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 1 ORA	
DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde
NUMERATORE	N. pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora x 100
DENOMINATORE	N. pazienti in PS con codice verde visitati entro e oltre 1 ora
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita. Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Pronto Soccorso
LIVELLO	Azienda di erogazione

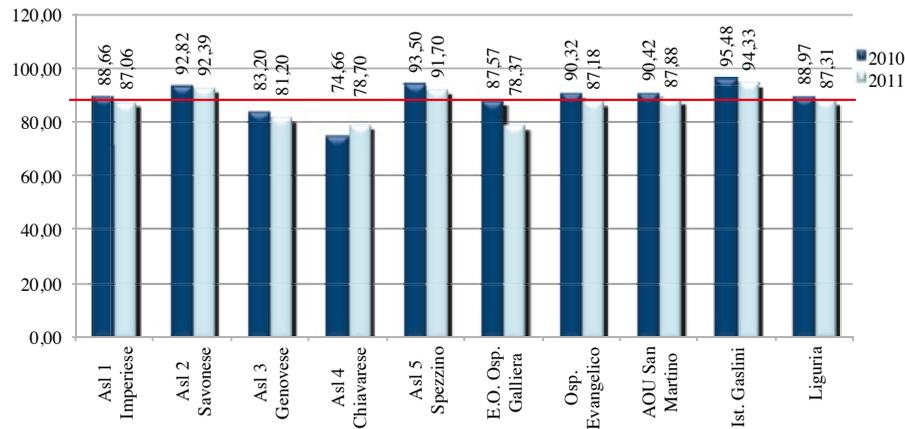


Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	76,48	55.255,0	72.252,0	2010	74,92	53.057,0	70.817,0	2011
Asl 2 Savonese	80,24	72.799,0	90.730,0	2010	79,11	72.604,0	91.781,0	2011
Asl 3 Genovese	69,49	41.542,0	59.780,0	2010	70,35	34.853,0	49.541,0	2011
Asl 4 Chiavarese	61,86	21.545,0	34.827,0	2010	67,71	25.831,0	38.150,0	2011
Asl 5 Spezzino	82,76	48.782,0	58.944,0	2010	80,50	45.323,0	56.299,0	2011
E.O. Osp. Galliera	59,55	22.679,0	38.086,0	2010	46,59	16.538,0	35.496,0	2011
Osp. Evangelico	91,77	13.671,0	14.897,0	2010	86,90	12.601,0	14.501,0	2011
AOU San Martino	77,80	45.692,0	58.730,0	2010	75,40	39.102,0	51.860,0	2011
Ist. Gaslini	79,38	23.523,0	29.632,0	2010	78,62	22.751,0	28.939,0	2011
Liguria	75,45	345.488,0	457.878,0	2010	73,77	322.660,0	437.384,0	2011

Pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde, non inviati al ricovero oppure a Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore.

C16.3 - PERCENTUALE PAZIENTI CON CODICE VERDE NON INVIATI AL RICOVERO CON TEMPI DI PERMANENZA INFERIORI A 4 ORE	
DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore
NUMERATORE	N. pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100
DENOMINATORE	N. totale pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro e oltre 4 ore
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Pronto Soccorso
LIVELLO	Azienda di erogazione

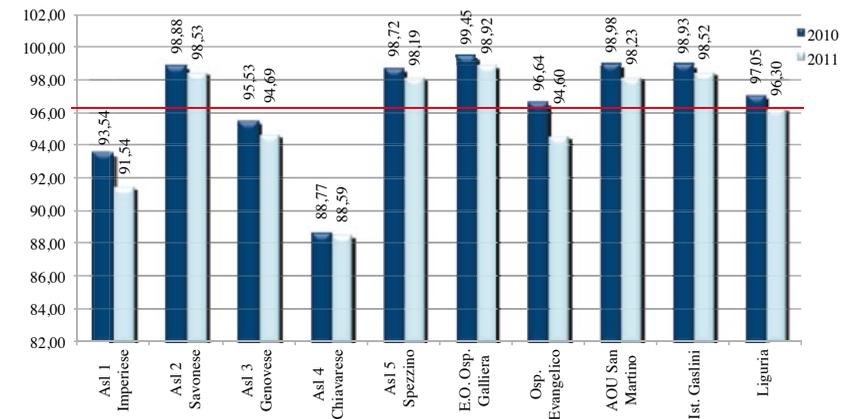


Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	88,66	55.196,0	62.253,0	2010	87,06	53.175,0	61.079,0	2011
Asl 2 Savonese	92,82	68.608,0	73.919,0	2010	92,39	70.737,0	76.561,0	2011
Asl 3 Genovese	83,20	42.300,0	50.842,0	2010	81,20	32.567,0	40.107,0	2011
Asl 4 Chiavarese	74,66	21.869,0	29.291,0	2010	78,70	26.134,0	33.206,0	2011
Asl 5 Spezzino	93,50	48.715,0	52.103,0	2010	91,70	45.590,0	49.718,0	2011
E.O. Osp. Galliera	87,57	26.947,0	30.772,0	2010	78,37	22.708,0	28.976,0	2011
Osp. Evangelico	90,32	12.173,0	13.477,0	2010	87,18	11.399,0	13.075,0	2011
AOU San Martino	90,42	41.903,0	46.342,0	2010	87,88	35.616,0	40.527,0	2011
Ist. Gaslini	95,48	24.630,0	25.797,0	2010	94,33	23.921,0	25.359,0	2011
Liguria	88,97	342.341,0	384.796,0	2010	87,31	321.847,0	368.608,0	2011

Pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore

L'indicatore permette di valutare l'efficienza del sistema ospedale nel suo complesso e monitora la percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori alle 8 ore.

C16.4 - PERCENTUALE PAZIENTI INVIATI AL RICOVERO DAL PRONTO SOCCORSO CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	
DEFINIZIONE	Percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
NUMERATORE	N. pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
DENOMINATORE	N. Totale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro ed oltre le 8 ore
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Pronto Soccorso
LIVELLO	Azienda di erogazione



Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	93,54	12.298,0	13.148,0	2010	91,54	11.798,0	12.888,0	2011
Asl 2 Savonese	98,88	20.357,0	20.588,0	2010	98,53	19.949,0	20.246,0	2011
Asl 3 Genovese	95,53	10.759,0	11.262,0	2010	94,69	11.819,0	12.482,0	2011
Asl 4 Chiavarese	88,77	6.489,0	7.310,0	2010	88,59	5.911,0	6.672,0	2011
Asl 5 Spezzino	98,72	12.305,0	12.464,0	2010	98,19	11.546,0	11.759,0	2011
E.O. Osp. Galliera	99,45	8.722,0	8.770,0	2010	98,92	8.612,0	8.706,0	2011
Osp. Evangelico	96,64	2.158,0	2.233,0	2010	94,60	1.822,0	1.926,0	2011
AOU San Martino	98,98	19.303,0	19.501,0	2010	98,23	18.799,0	19.137,0	2011
Ist. Gaslini	98,93	3.878,0	3.920,0	2010	98,52	3.934,0	3.993,0	2011
Liguria	97,05	96.269,0	99.196,0	2010	96,30	94.190,0	97.809,0	2011

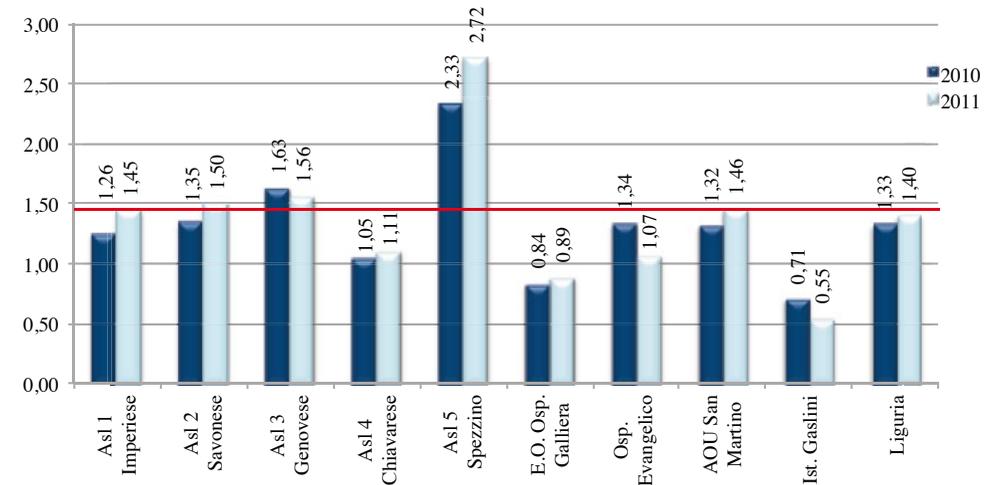
Percentuale dimissioni volontarie

L'articolo 14 del DPR n. 128 del 27 Marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione “nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile” e “previo rilascio di dichiarazione scritta”. A eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di “abbandonare” la struttura; le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici.

Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri toscani (Murante A.M. et al.) è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa.

Sulla base anche di quest'ultima evidenza, l'indicatore monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria e si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.

D18 - PERCENTUALE DIMISSIONI VOLONTARIE	
DEFINIZIONE	Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero
NUMERATORE	Numero di dimissioni volontarie x 100
DENOMINATORE	Numero di ricoveri
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considera volontaria una dimissione avvenuta con modalità di dimissione volontaria. Si esclude l'interruzione volontaria farmacologica di gravidanza (RU 486): Codici ICD9-CM: - Diagnosi principale: 635.xx Aborto indotto legalmente - Diagnosi secondarie: V617 altra gravidanza indesiderata e/o V5883 trattamento per monitoraggio di farmaci terapeutici. - In tutte le procedure: 99.24 iniezione di altri ormoni (prima ed eventuale seconda somministrazione per os).
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Sistema informativo regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione



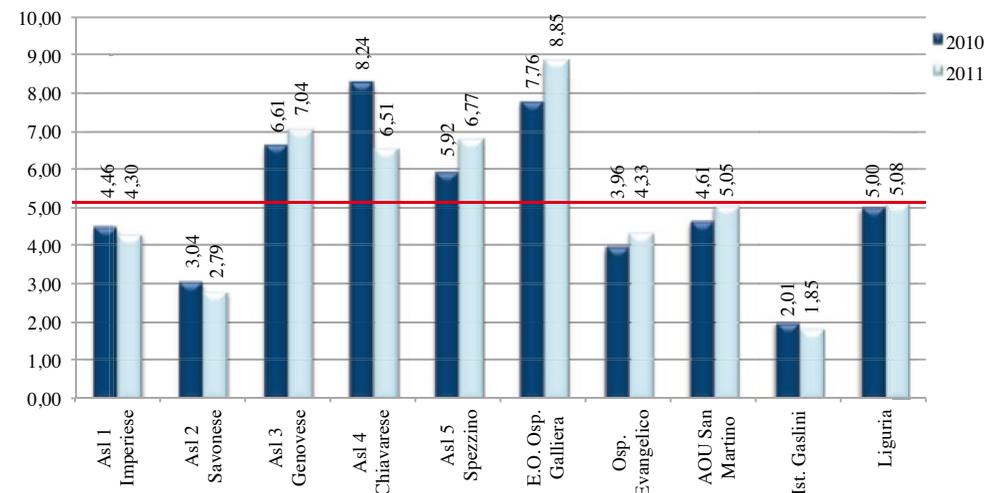
D18 Percentuale di dimissioni volontarie								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	1,26	433,0	34.351,0	2010	1,45	473,0	32.606,0	2011
Asl 2 Savonese	1,35	862,0	63.953,0	2010	1,50	884,0	59.096,0	2011
Asl 3 Genovese	1,63	729,0	44.822,0	2010	1,56	610,0	39.052,0	2011
Asl 4 Chiavarese	1,05	242,0	23.074,0	2010	1,11	228,0	20.572,0	2011
Asl 5 Spezzino	2,33	775,0	33.311,0	2010	2,72	856,0	31.487,0	2011
E.O. Osp. Galliera	0,84	241,0	28.573,0	2010	0,89	237,0	26.690,0	2011
Osp. Evangelico	1,34	162,0	12.093,0	2010	1,07	111,0	10.417,0	2011
AOU San Martino	1,32	964,0	73.001,0	2010	1,46	1.005,0	68.916,0	2011
Ist. Gaslini	0,71	242,0	33.994,0	2010	0,55	192,0	35.001,0	2011
Liguria	1,33	4.691,0	353.885,0	2010	1,40	4.630,0	330.768,0	2011

Abbandoni da Pronto Soccorso

L'indicatore fornisce indicazioni sull'attivazione di una "sorveglianza" da parte degli operatori del Pronto Soccorso e sulla realizzazione di opportune procedure di formalizzazione per la rinuncia alla prestazione affinché gli allontanamenti spontanei dei pazienti non superino una determinata soglia rispetto agli accessi in Pronto Soccorso.

L'indicatore monitora il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage), senza darne preavviso al personale. Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.

D9 - ABBANDONI DA PRONTO SOCCORSO	
DEFINIZIONE	Percentuale di accessi che si concludono con un allontanamento spontaneo del paziente dal Pronto Soccorso dopo il triage senza informare il personale.
NUMERATORE	N. abbandoni x 100
DENOMINATORE	N. accessi al PS
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Si considerano "abbandoni" i pazienti che lasciano il Pronto Soccorso spontaneamente dopo aver effettuato il triage, sia prima della visita medica che dopo la visita. Sono escluse le dimissioni volontarie.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flusso Pronto Soccorso
LIVELLO	Azienda di erogazione



D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	4,46	4.731,0	106.075,0	2010	4,30	4.456,0	103.612,0	2011
Asl 2 Savonese	3,04	4.649,0	152.699,0	2010	2,79	4.219,0	151.060,0	2011
Asl 3 Genovese	6,61	5.781,0	87.478,0	2010	7,04	5.279,0	75.019,0	2011
Asl 4 Chiavarese	8,24	4.026,0	48.875,0	2010	6,51	3.418,0	52.508,0	2011
Asl 5 Spezzino	5,92	5.230,0	88.419,0	2010	6,77	5.899,0	87.174,0	2011
E.O. Osp. Galliera	7,76	4.226,0	54.481,0	2010	8,85	4.793,0	54.137,0	2011
Osp. Evangelico	3,96	854,0	21.592,0	2010	4,33	905,0	20.877,0	2011
AOU San Martino	4,61	4.370,0	94.796,0	2010	5,05	4.508,0	89.353,0	2011
Ist. Gaslini	2,01	780,0	38.822,0	2010	1,85	714,0	38.689,0	2011
Liguria	5,00	34.647,0	693.237,0	2010	5,08	34.191,0	672.429,0	2011

CAPITOLO TREDICESIMO

**EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA
E SPESA FARMACEUTICA**

EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA E SPESA FARMACEUTICA

MARIA SUSANNA RIVETTI

La spesa farmaceutica è un'importante componente della spesa sanitaria; nel 2011 la spesa a carico del SSN a livello nazionale è stata pari a circa 20 miliardi di euro, nella Regione Liguria la spesa si è aggirata sui 546 milioni di euro. L'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica è disciplinato da norme che impongono il rispetto di tetti di spesa programmati rispetto al finanziamento SSN complessivo. Le voci che concorrono all'ammontare della spesa farmaceutica SSN sono la spesa territoriale, composta a sua volta dalla spesa convenzionata e dalla spesa diretta, e la spesa ospedaliera. Per l'anno 2011 il tetto di spesa programmato per la territoriale, in base all'art. 5 comma 1 del D.L. 1. Ottobre 2007 n. 159 convertito con modificazioni nella L. 29 Novembre 2007 n. 222, successivamente modificato dal comma 1 art. 13 del D.L. 28 Aprile 2009 n. 39 e dal comma 3 art. 22 del D.L. 1° Luglio 2009 n. 78, è stato fissato al 13,3 % del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato; il tetto di spesa programmato per l'assistenza farmaceutica ospedaliera è stato fissato dal comma 5 del medesimo articolo al 2,4 % del finanziamento statale. Durante il 2011, nella Regione Liguria la spesa territoriale è stata contenuta entro il tetto programmato grazie, soprattutto, a una considerevole contrazione della convenzionata, che ha fatto registrare una diminuzione del 8,8% rispetto all'anno precedente e una riduzione della spesa procapite di circa 10 euro su base annua (215,96 euro nel 2010 contro 206,34 nel 2011 - indicatore "Spesa farmaceutica territoriale pro-capite").

Tra i fattori che hanno consentito il contenimento dei costi vanno senz'altro ricordati le scadenze brevettuali di molti farmaci di largo consumo e gli interventi di monitoraggio e verifica attuati a livello locale. Sul versante della spesa ospedaliera, a fronte del tetto programmato del 2,4 %, si è registrato invece un significativo incremento dei costi con un'incidenza sul FSR del 4,5 %. Occorre anzitutto osservare che l'assegnazione annuale delle risorse finanziarie da parte dello Stato presenta alcune criticità sia in relazione alle variazioni/rimodulazioni dell'entità delle stesse (sia in valori assoluti che percentuali) conseguenti a modifiche normative o a intese Stato - regioni, sia in relazione alle caratteristiche della popolazione regionale oltretutto alla tipologia dell'offerta assistenziale.

In uno scenario in cui la contrazione delle risorse disponibili non viene controbilanciata da una riduzione dei fabbisogni farmaceutici in termini di DDD, dato il progressivo invecchiamento della popolazione, ma piuttosto maggiormente penalizzata dall'arrivo sul mercato di terapie innovative, più efficaci ma molto più costose, si rende quanto mai necessario e indispensabile monitorare e verificare costantemente le modalità di utilizzo delle risorse rese disponibili dallo Stato, andando tempestivamente a individuare le aree di inappropriata o di "allerta rossa" e ad adottare interventi correttivi di razionalizzazione e qualificazione. In questa ottica la Regione Liguria, negli ultimi anni, ha perseguito politiche di razionalizzazione e qualificazione dell'assistenza farmaceutica finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con l'adozione di molteplici atti programmatici (direttive, indirizzi per le aziende), sia con l'approvazione di documenti tecnici (linee guida, raccomandazioni, associate allo svolgimento di attività di informazione e di

formazione degli operatori sanitari). Tra i più recenti la D.G.R. n. 759 del 5.07.2011, con la quale è stato approvato il piano di qualificazione dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera per il biennio 2011 - 2012, e la D.G.R. n. 581 del 18.05.2012, con la quale è stata approvata la seconda annualità del piano. Gli indicatori individuati nei citati provvedimenti regionali ai fini del controllo, a livello territoriale, dell'andamento dei consumi di alcune categorie di farmaci a forte impatto sulla spesa sono gli stessi che ritroviamo nel Report 2011 prodotto dal Mes, vale a dire gli inibitori di pompa protonica (PPI), le statine, alcuni antipertensivi, gli antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, gli antibiotici.

Da una lettura complessiva degli indicatori di appropriatezza prescrittiva si evince che, in generale, i provvedimenti regionali hanno avuto a livello aziendale l'impatto atteso. Restano tuttavia ancora spazi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, per esempio nell'ambito del consumo dei PPI, fermo restando la necessità di una lettura congiunta dei dati di consumo farmaceutici con i dati di accesso alle strutture di ricovero per eventi emorragici gastrici, o come, per esempio, negli orientamenti prescrittivi in ambito antipertensivo ancora troppo difformi dalle raccomandazioni in uso presso la classe medica, ancorché oggetto di una raccomandazione approvata dalla Giunta regionale con delibera n. 131 del 17 Febbraio 2009. A tale proposito si segnala che attualmente tali raccomandazioni sono in fase di aggiornamento presso l'ARS. In particolare gli indicatori di efficienza prescrittiva farmaceutica ci segnalano che in Regione Liguria il ricorso a terapie a base di farmaci a brevetto scaduto ma ugualmente efficaci dal punto di vista terapeutico è significativa e soddisfacente in quasi tutte le nostre aziende e per tutte le categorie di farmaci, fatta eccezione per le statine e per i sartani.

Tale inefficienza prescrittiva tuttavia troverà soluzioni correttive "quasi naturali", se così si possono definire, nel 2012 con la perdita del brevetto dell'atorvastatina, che è il farmaco più prescritto in assoluto a livello nazionale, e di molti sartani semplici e associati. La realizzazione periodica di report di confronto sulla prescrizione dei farmaci nelle diverse realtà territoriali costituisce un importante strumento di approfondimento e controllo a disposizione delle Regioni al fine di valutare il corretto utilizzo delle risorse impiegate e l'efficienza prescrittiva farmaceutica. La loro valutazione consente inoltre di individuare anche attraverso l'analisi congiunta di altri indicatori, strategie migliorative dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazioni d'uso di molte categorie di farmaci.

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica è stimata attraverso la lettura integrata dei seguenti indicatori:

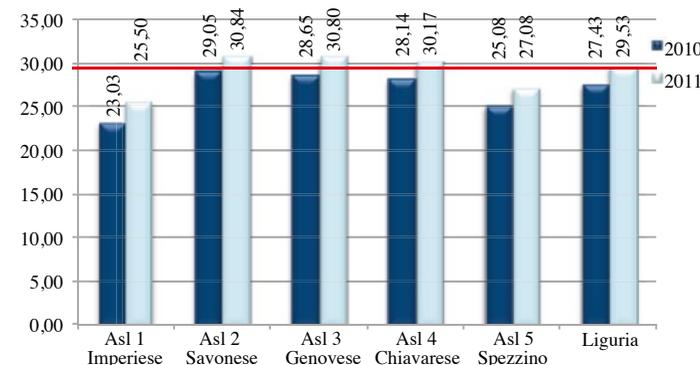
- **Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) - di valutazione -**
- **Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipilipemizzanti) - di valutazione -**
- **Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Antipertensivi) - di valutazione -**

- Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi) - di valutazione -
- Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi [di valutazione]
- Consumo di antibiotici - di valutazione -
- Spesa farmaceutica territoriale procapite
- Percentuale di Inibitori di pompa protonica (IPP - Antiacidi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Percentuale di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Percentuale di ACE inibitori (Antiipertensivi) non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Percentuale di SSRI (Antidepressivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Percentuale di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Percentuale di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Percentuale di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Percentuale di Losartan non associato sui sartani non associati (Antiipertensivi)
- Percentuale di Losartan associato sui sartani associati (Antiipertensivi)
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)

In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriata e fenomeni di eccessiva prescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica. Per il calcolo della popolazione sono stati usati i pesi presenti nella tabella C9.1 a pagina 339 della pubblicazione "Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria" - Report 2011.

C9.1 - CONSUMO DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (ANTIACIDI)	
DEFINIZIONE	Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di IPP erogate
DENOMINATORE	Popolazione residente al 1° Gennaio (pesata)
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) A02BC. È escluso il consumo privato.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

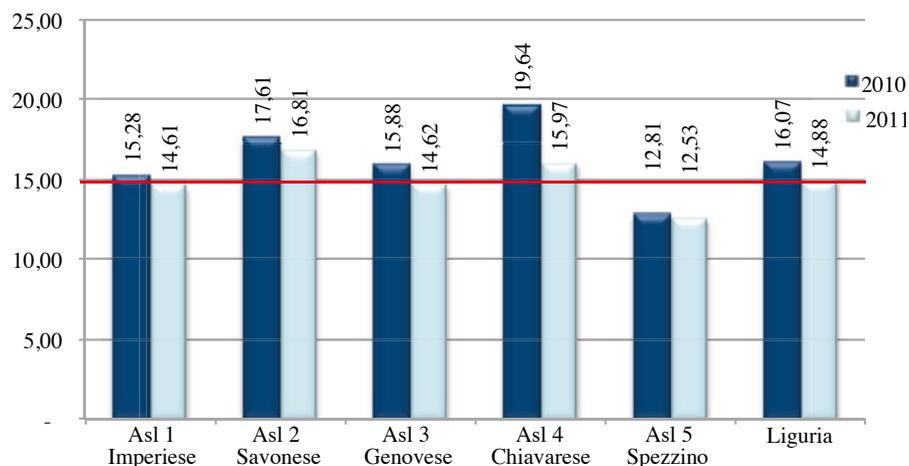


C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (antiacidi): riduzione n. unità posologiche								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	23,03	5.595.212,00	242.937,03	2010	25,50	6.244.532,00	244.850,44	2011
Asl 2 Savonese	29,05	9.367.162,00	322.453,52	2010	30,84	10.004.260,00	324.410,80	2011
Asl 3 Genovese	28,65	23.546.250,00	821.929,01	2010	30,80	25.315.388,00	821.976,31	2011
Asl 4 Chiavarese	28,14	4.746.994,00	168.684,63	2010	30,17	5.123.720,00	169.808,91	2011
Asl 5 Spezzino	25,08	6.083.154,00	242.528,10	2010	27,08	6.578.656,00	242.958,96	2011
Liguria	27,43	49.338.772,00	1.798.532,29	2010	29,53	53.266.556,00	1.804.005,43	2011

Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipolipemizzanti)

La terapia con statine risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci. Le statine sono tra i farmaci che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica.

C9.2 - PERCENTUALE DI ABBANDONO DI PAZIENTI IN TERAPIA CON STATINE (Ipolipemizzanti)	
DEFINIZIONE	Percentuale di utenti che consumano meno di 3 confezioni di statine (Ipolipemizzanti) all'anno, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno x 100
DENOMINATORE	N. utenti che consumano statine
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA. È escluso il consumo privato.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di residenza

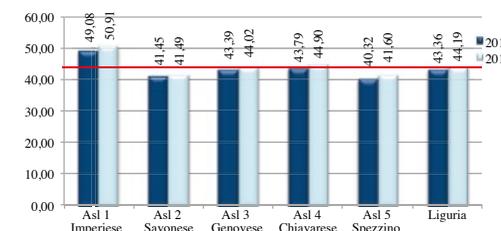


Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	15,28	2.406,00	15.749,00	2010	14,61	2.427,00	16.609,00	2011
Asl 2 Savonese	17,61	4.998,00	28.387,00	2010	16,81	4.927,00	29.315,00	2011
Asl 3 Genovese	15,88	9.994,00	62.915,00	2010	14,62	9.427,00	64.487,00	2011
Asl 4 Chiavarese	19,64	2.516,00	12.811,00	2010	15,97	2.002,00	12.535,00	2011
Asl 5 Spezzino	12,81	2.581,00	20.149,00	2010	12,53	2.593,00	20.697,00	2011
Liguria	16,07	22.495,00	140.011,00	2010	14,88	21.376,00	143.643,00	2011

Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema reninaangiotensina (Anti-ipertensivi)

Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli ACE-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si decide di bloccare il sistema renina-angiotensina. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre subordinata alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore, perchè non esiste una condizione clinica per la quale i sartani siano da preferirsi agli ACE-inibitori (fonte: Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione, a cura della Commissione Terapeutica Regione Toscana, con il consenso delle principali società scientifiche, Settembre 2010). L'obiettivo dell'indicatore è quello di limitare la prescrizione dei sartani ai casi in cui è realmente necessaria.

C9.3 - INCIDENZA DEI SARTANI SULLE SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINAANGIOTENSINA (ANTI-IPERTENSIVI)	
DEFINIZIONE	Consumo di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati (ATC uguale C09C e C09D), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, rispetto al gruppo terapeutico C09
NUMERATORE	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (sartani), appartengono alla classe ATC C09C e C09D. Le "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" appartengono al gruppo terapeutico C09. È escluso il consumo privato.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

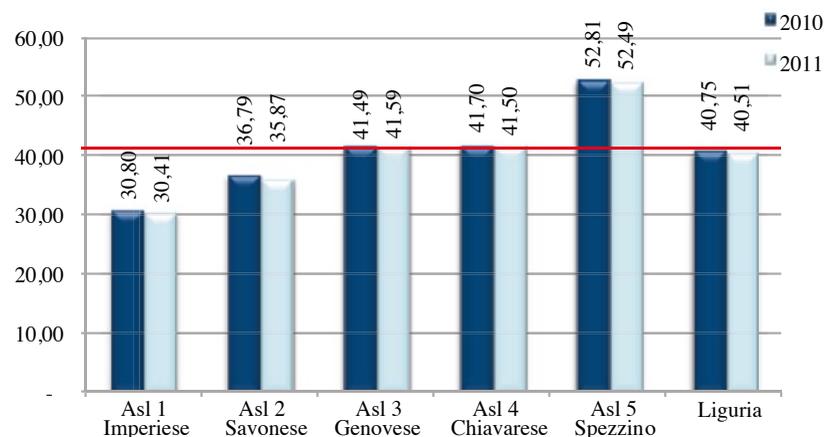


Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	49,08	274.591,00	559.506,00	2010	50,91	283.310,00	556.515,00	2011
Asl 2 Savonese	41,45	337.040,00	813.112,00	2010	41,49	323.963,00	780.749,00	2011
Asl 3 Genovese	43,39	916.631,00	2.112.636,00	2010	44,02	918.647,00	2.086.945,00	2011
Asl 4 Chiavarese	43,79	173.715,00	396.691,00	2010	44,90	176.479,00	393.016,00	2011
Asl 5 Spezzino	40,32	246.784,00	612.021,00	2010	41,60	251.976,00	605.729,00	2011
Liguria	43,36	1.948.761,00	4.493.966,00	2010	44,19	1.954.375,00	4.422.954,00	2011

Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)

L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di antidepressivi, perchè l'utilizzo eccessivo di questi farmaci potrebbe essere inappropriato.

C9.4 - CONSUMO DI INIBITORI SELETTIVI DELLA RICAPTAZIONE DELLA SEROTONINA (ANTIDEPRESSIVI)	
DEFINIZIONE	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo x 1000
DENOMINATORE	N. residenti x 365
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la <i>Defined Daily Dose</i> (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. È escluso il consumo privato.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

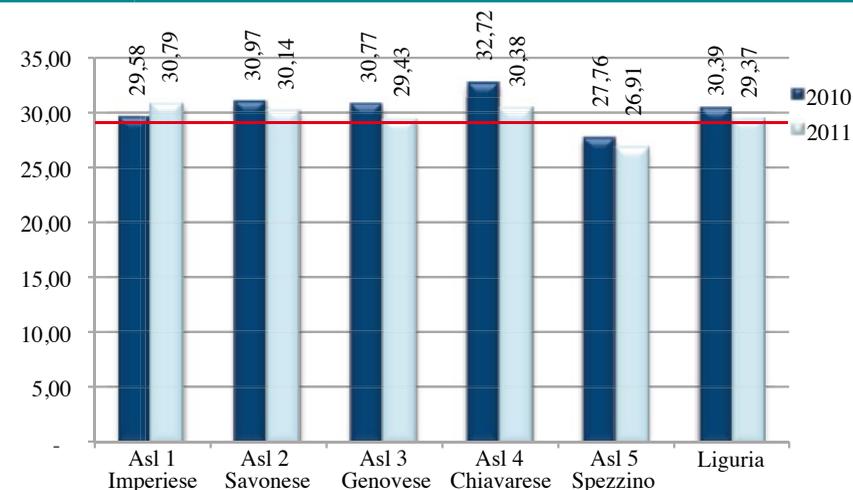


Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	30,80	2.494.599.402,69	80.988.025,00	2010	30,41	2.470.996.599,61	81.266.520,00	2011
Asl 2 Savonese	36,79	3.857.856.229,47	104.869.975,00	2010	35,87	3.769.447.800,78	105.085.690,00	2011
Asl 3 Genovese	41,49	9.999.999.999,99	269.196.260,00	2010	41,59	9.999.999.999,99	268.725.775,00	2011
Asl 4 Chiavarese	41,70	2.270.064.853,84	54.431.720,00	2010	41,50	2.270.572.999,02	54.710.580,00	2011
Asl 5 Spezzino	52,81	4.243.512.240,92	80.348.910,00	2010	52,49	4.216.915.101,56	80.339.055,00	2011
Liguria	40,75	9.999.999.999,99	589.834.890,00	2010	40,51	9.999.999.999,99	590.127.620,00	2011

Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

La terapia farmacologica con antidepressivi risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di antidepressivi in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci.

C9.9.1.1 - PERCENTUALE DI ABBANDONO DI PAZIENTI IN TERAPIA CON ANTIDEPRESSIVI	
DEFINIZIONE	Percentuale di utenti che consumano meno di 3 confezioni di antidepressivi all'anno, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 100
DENOMINATORE	N. utenti che consumano antidepressivi
NOTA PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore fa riferimento ai farmaci dei gruppi N06AA (Inibitori non selettivi della serotonina), N06AB (Inibitori selettivi della serotonina) e del gruppo N06AX (Altri antidepressivi).
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di residenza



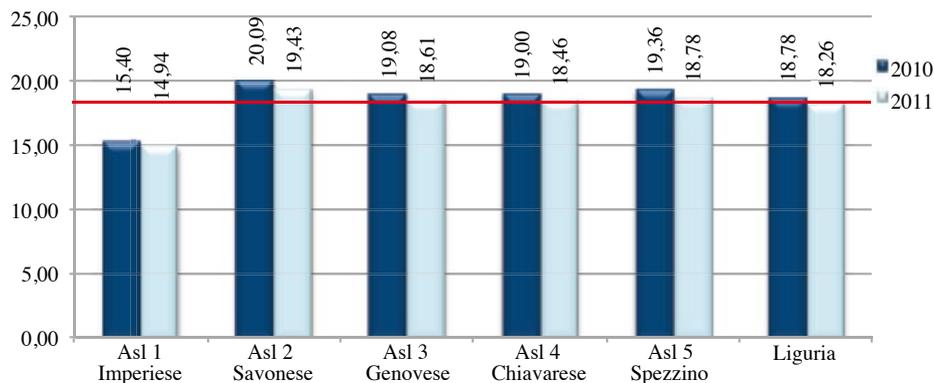
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	29,58	4.942,00	16.705,00	2010	30,79	5.144,00	16.707,00	2011
Asl 2 Savonese	30,97	8.216,00	26.532,00	2010	30,14	7.917,00	26.269,00	2011
Asl 3 Genovese	30,77	24.258,00	78.848,00	2010	29,43	22.746,00	77.296,00	2011
Asl 4 Chiavarese	32,72	5.151,00	15.742,00	2010	30,38	4.576,00	15.063,00	2011
Asl 5 Spezzino	27,76	7.252,00	26.125,00	2010	26,91	6.915,00	25.696,00	2011
Liguria	30,39	49.819,00	163.952,00	2010	29,37	47.298,00	161.031,00	2011

Consumo di antibiotici

Sebbene il consumo di antibiotici a livello nazionale risulti in calo, secondo i dati contenuti nel Rapporto Osmed 2011, l'Italia è tra i paesi europei a maggior consumo di antibiotici. L'eccessivo utilizzo di questi farmaci è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. A livello nazionale il consumo di antimicrobici a carico del SSN si attesta su 23,6 DDD per 1.000 ab/die e presenta una forte variabilità a livello regionale (Dati Rapporto Osmed 2011).

C9.8.1.1 - CONSUMO DI ANTIBIOTICI

DEFINIZIONE	Consumo di farmaci antibiotici, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000
DENOMINATORE	N. residenti x 365
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la <i>Defined Daily Dose</i> (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. È una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione



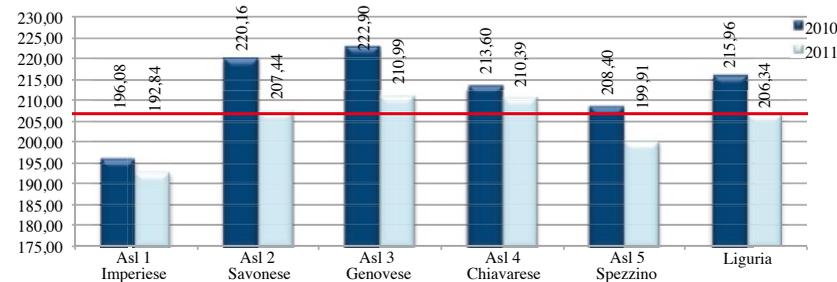
Azienda	C9.8.1.1 Consumo di antibiotici							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	15,40	1.247.193,48	80.988.025,00	2010	14,94	1.213.851,64	81.266.520,00	2011
Asl 2 Savonese	20,09	2.107.359,87	104.869.975,00	2010	19,43	2.041.942,00	105.085.690,00	2011
Asl 3 Genovese	19,08	5.135.515,96	269.196.260,00	2010	18,61	5.001.745,24	268.725.775,00	2011
Asl 4 Chiavarese	19,00	1.033.990,29	54.431.720,00	2010	18,46	1.009.703,85	54.710.580,00	2011
Asl 5 Spezzino	19,36	1.555.205,44	80.348.910,00	2010	18,78	1.508.858,82	80.339.055,00	2011
Liguria	18,78	11.079.265,04	589.834.890,00	2010	18,26	10.776.101,55	590.127.620,00	2011

Spesa farmaceutica territoriale pro-capite

L'indicatore è finalizzato al monitoraggio del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica. Rileva la spesa farmaceutica pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale o provinciale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto. Per effettuare la pesatura della popolazione, sono stati utilizzati i pesi presenti nella tabella F10 a pagina 454 della pubblicazione "Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria" - Report 2011.

F10 - SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PRO-CAPITE

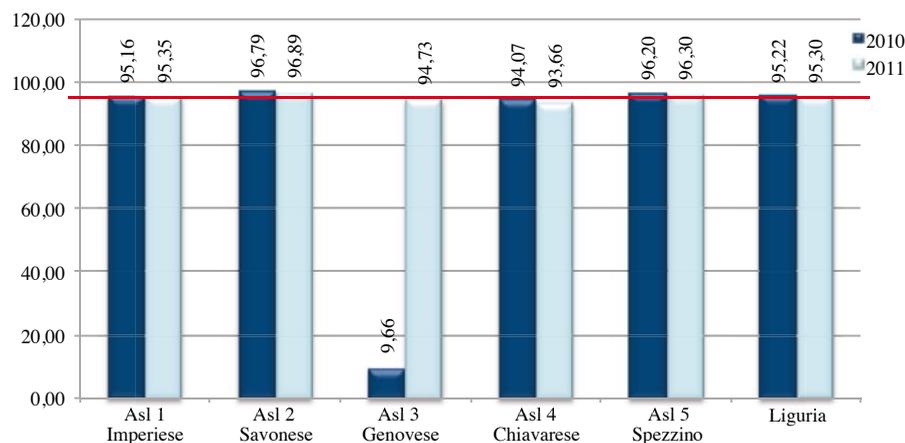
DEFINIZIONE	Spesa farmaceutica pro-capite per farmaci erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto.
NUMERATORE	Spesa netta per la farmaceutica convenzionata + spesa per distribuzione diretta
DENOMINATORE	Popolazione residente al 1° Gennaio, pesata
NOTA PER L'ELABORAZIONE	L'indicatore è calcolato per azienda di residenza e si riferisce alla spesa relativa ai residenti. È inclusa la mobilità intraregionale. È esclusa la mobilità extraregionale. Per la distribuzione diretta si fa riferimento ai farmaci di classe A e di classe C. Non sono considerati i fattori di coagulazione (ATC4 B02BD), l'albumina (ATC5 B05AA01) e l'immunoglobulina per uso endovenoso (ATC5 J06BA02), farmaci che curano patologie non uniformi sul territorio e che generano spese ingenti per paziente trattato. Sono compresi i farmaci ex Osp2 riclassificati in fascia A secondo determina AIFA del 2 Novembre 2010.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Flussi Regionali Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di residenza



Azienda	F10 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite							
	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	196,08	47.635.980,0	242.937,0	2010	192,84	47.217.718,0	244.850,0	2011
Asl 2 Savonese	220,16	70.991.275,0	322.454,0	2010	207,44	67.297.124,0	324.411,0	2011
Asl 3 Genovese	222,90	183.209.382,0	821.929,0	2010	210,99	173.429.640,0	821.976,0	2011
Asl 4 Chiavarese	213,60	36.031.828,0	168.685,0	2010	210,39	35.725.568,0	169.809,0	2011
Asl 5 Spezzino	208,40	50.542.334,0	242.528,0	2010	199,91	48.570.751,0	242.959,0	2011
Liguria	215,96	388.410.798,0	1.798.532,0	2010	206,34	372.240.802,0	1.804.005,0	2011

Percentuale di inibitori di pompa protonica (IPP-antiacidi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

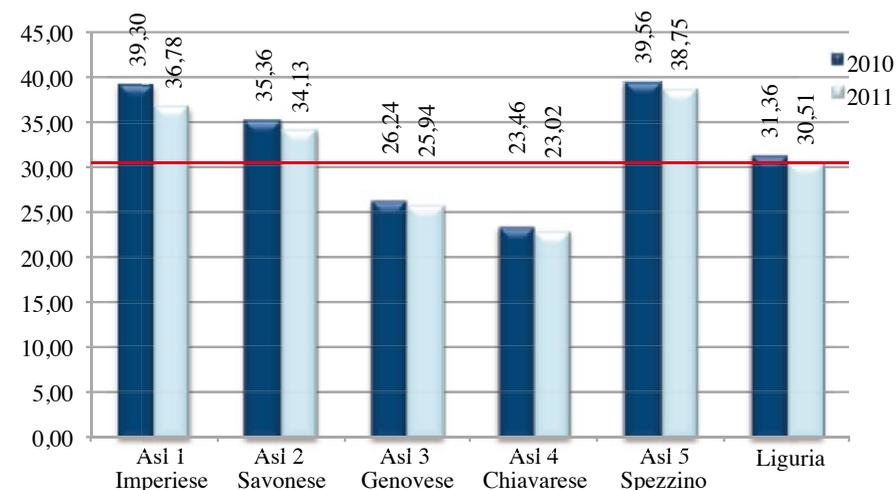
F12a.1 - PERCENTUALE DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (IPP - ANTIACIDI) A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA	
DEFINIZIONE	Percentuale di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP, antiacidi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale.
NUMERATORE	N. unità posologiche di IPP non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di IPP complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale.
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I farmaci inibitori di pompa protonica appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) A02BC.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione



F12a.1 % di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiacidi)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	95,16	5.324.228,0	5.595.212,0	2010	95,35	5.953.850,0	6.244.532,0	2011
Asl 2 Savonese	96,79	9.066.372,0	9.367.162,0	2010	96,89	9.692.662,0	10.004.260,0	2011
Asl 3 Genovese	9,66	2.274.336,0	23.546.250,0	2010	94,73	23.980.754,0	25.315.388,0	2011
Asl 4 Chiavarese	94,07	4.465.412,0	4.746.994,0	2010	93,66	4.798.990,0	5.123.720,0	2011
Asl 5 Spezzino	96,20	5.851.706,0	6.083.154,0	2010	96,30	6.335.574,0	6.578.656,0	2011
Liguria	95,22	46.982.054,0	49.338.772,0	2010	95,30	50.761.830,0	53.266.556,0	2011

Percentuale di statine (ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

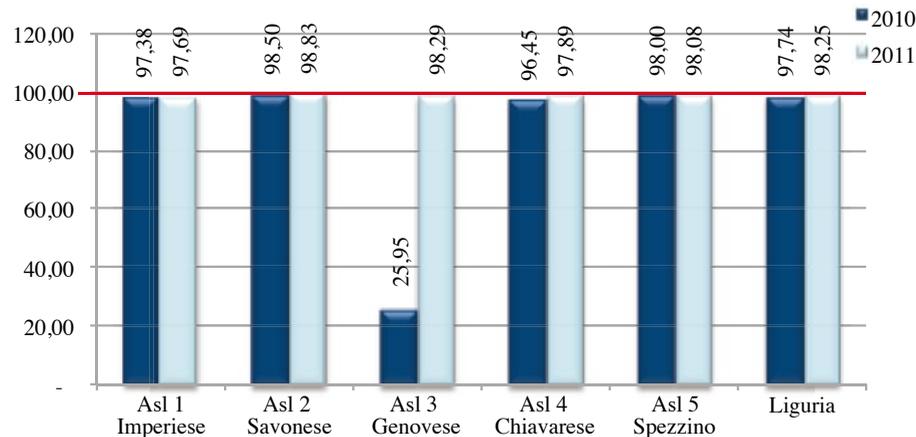
F12a.2 - PERCENTUALE DI STATINE (Ipolipemizzanti) A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA	
DEFINIZIONE	Percentuale di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale.
NUMERATORE	N. unità posologiche di statine non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di statine complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione



F12a.2 % di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizzanti)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	39,30	1.492.632,00	3.797.920,00	2010	36,78	1.502.986,00	4.086.380,00	2011
Asl 2 Savonese	35,36	2.329.552,00	6.587.278,00	2010	34,13	2.246.378,00	6.581.766,00	2011
Asl 3 Genovese	26,24	3.828.216,00	14.588.978,00	2010	25,94	3.955.614,00	15.251.420,00	2011
Asl 4 Chiavarese	23,46	668.072,00	2.848.082,00	2010	23,02	687.880,00	2.988.352,00	2011
Asl 5 Spezzino	39,56	1.955.814,00	4.944.030,00	2010	38,75	1.999.274,00	5.158.956,00	2011
Liguria	31,36	10.274.286,00	32.766.288,00	2010	30,51	10.392.132,00	34.066.874,00	2011

Percentuale di ACE inibitori (antiipertensivi) non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

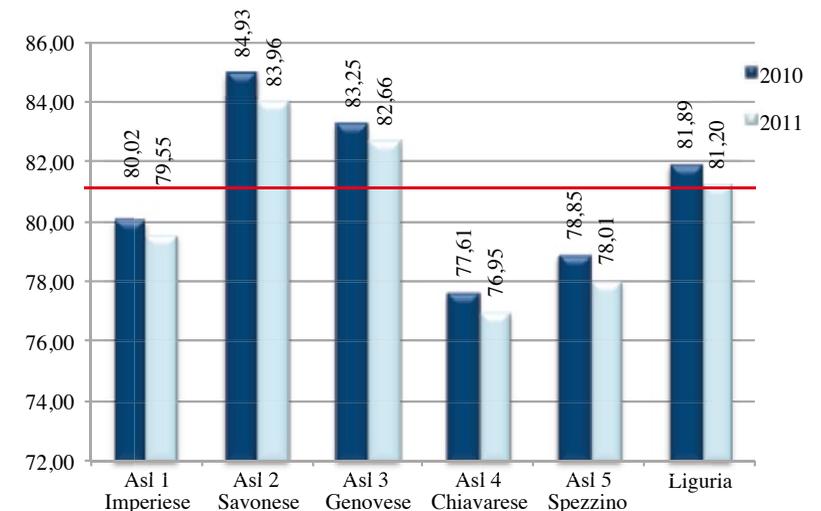
F12a.3 - PERCENTUALE DI ACE INIBITORI (ANTIIPERTENSIVI) NON ASSOCIATI A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA	
DEFINIZIONE	Percentuale di ACE inibitori non associati (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di ACE inibitori non associati non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di ACE inibitori non associati complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Gli ACE inibitori non associati appartengono alla classe ATC (classificazione anatomicoterapeutica) C09AA.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione



F12a.3 % di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	97,38	3.358.188,00	3.448.398,00	2010	97,69	3.182.838,00	3.258.012,00	2011
Asl 2 Savonese	98,50	5.453.596,00	5.536.642,00	2010	98,83	5.179.708,00	5.241.100,00	2011
Asl 3 Genovese	25,95	3.616.450,00	13.936.922,00	2010	98,29	13.326.462,00	13.558.298,00	2011
Asl 4 Chiavarese	96,45	2.664.918,00	2.763.022,00	2010	97,89	2.650.380,00	2.707.534,00	2011
Asl 5 Spezzino	98,00	4.229.574,00	4.315.810,00	2010	98,08	4.095.850,00	4.175.854,00	2011
Liguria	97,74	29.322.726,00	30.000.794,00	2010	98,25	28.435.238,00	28.940.798,00	2011

Percentuale di SSRI (antidepressivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

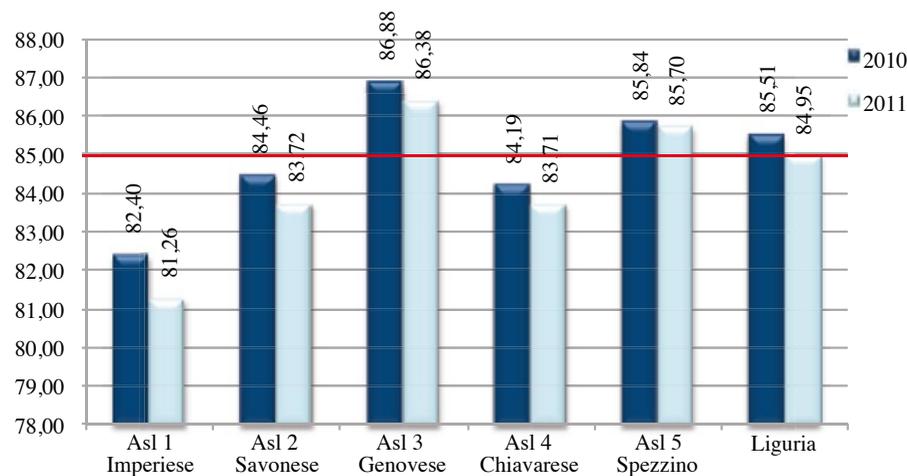
F12a.5 - PERCENTUALE DI SSRI (ANTIDEPRESSIVI) A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA	
DEFINIZIONE	Percentuale di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (antidepressivi, SSRI) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di SSRI non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di SSRI complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione



F12a.5 % di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antidepressivi)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	80,02	1.414.680,00	1.767.846,00	2010	79,55	1.351.600,00	1.699.109,00	2011
Asl 2 Savonese	84,93	2.377.876,00	2.799.917,00	2010	83,96	2.245.149,00	2.674.079,00	2011
Asl 3 Genovese	83,25	7.118.256,00	8.550.377,00	2010	82,66	6.996.586,00	8.463.858,00	2011
Asl 4 Chiavarese	77,61	1.283.109,00	1.653.253,00	2010	76,95	1.245.261,00	1.618.212,00	2011
Asl 5 Spezzino	78,85	2.529.734,00	3.208.112,00	2010	78,01	2.445.810,00	3.135.293,00	2011
Liguria	81,89	14.723.655,00	17.979.505,00	2010	81,20	14.284.406,00	17.590.551,00	2011

Percentuale di derivati diidropiridinici (antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

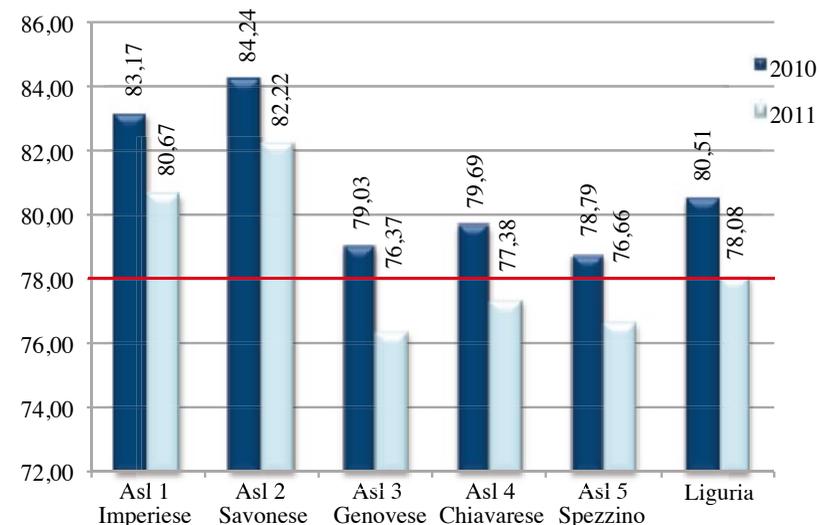
F12a.6 - PERCENTUALE DI DERIVATI DIIDROPIRIDINICI (ANTIIPERTENSIVI) A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA	
DEFINIZIONE	Percentuale di derivati diidropiridinici (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di derivati diidropiridinici complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I derivati diidropiridinici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C08CA.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione



F12a.6 % di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	82,40	2.697.574,00	3.273.574,00	2010	81,26	2.586.032,00	3.182.515,00	2011
Asl 2 Savonese	84,46	4.091.496,00	4.844.294,00	2010	83,72	3.802.886,00	4.542.320,00	2011
Asl 3 Genovese	86,88	10.957.174,00	12.612.153,00	2010	86,38	10.541.568,00	12.203.244,00	2011
Asl 4 Chiavarese	84,19	2.064.134,00	2.451.730,00	2010	83,71	1.996.164,00	2.384.545,00	2011
Asl 5 Spezzino	85,84	3.398.002,00	3.958.503,00	2010	85,70	3.253.114,00	3.795.965,00	2011
Liguria	85,51	23.208.380,00	27.140.254,00	2010	84,95	22.179.764,00	26.108.589,00	2011

Percentuale di ACE inibitori (antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

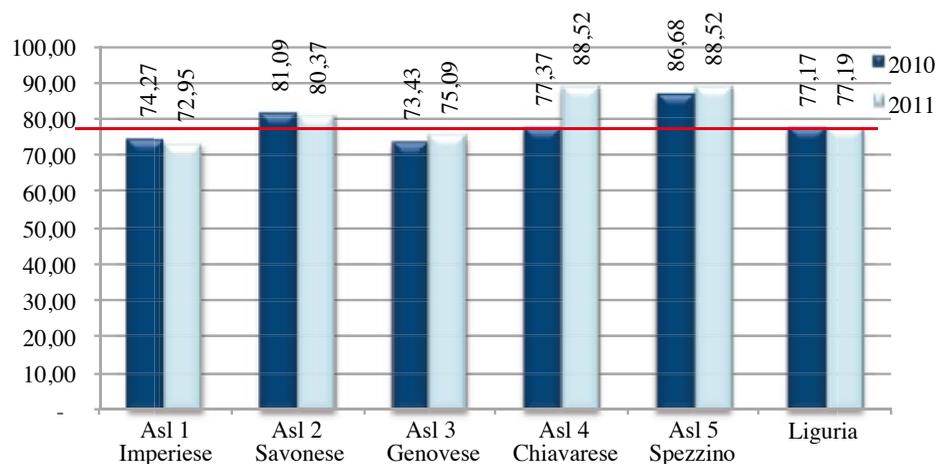
F12a.7 - PERCENTUALE DI ACE INIBITORI (ANTIIPERTENSIVI) ASSOCIATI A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA	
DEFINIZIONE	Percentuale di ACE inibitori associati (antiipertensivi) non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di ACE inibitori associati complessivamente erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTA PER L'ELABORAZIONE	Gli ACE inibitori associati appartengono alla classe ATC (classificazione anatomicoterapeutica) C09BA.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione



F12a.7 % di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	83,17	1.445.690,00	1.738.262,00	2010	80,67	1.329.098,00	1.647.500,00	2011
Asl 2 Savonese	84,24	2.524.548,00	2.996.684,00	2010	82,22	2.317.934,00	2.819.118,00	2011
Asl 3 Genovese	79,03	5.780.794,00	7.314.650,00	2010	76,37	5.392.974,00	7.061.220,00	2011
Asl 4 Chiavarese	79,69	1.049.284,00	1.316.686,00	2010	77,38	964.256,00	1.246.128,00	2011
Asl 5 Spezzino	78,79	1.793.770,00	2.276.646,00	2010	76,66	1.673.404,00	2.182.782,00	2011
Liguria	80,51	12.594.086,00	15.642.928,00	2010	78,08	11.677.666,00	14.956.748,00	2011

Percentuale di fluorochinoloni (antibiotici) brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12a.9 - PERCENTUALE DI FLUOROCHINOLONI (ANTIBIOTICI) A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA	
DEFINIZIONE	Percentuale di fluorochinoloni non coperti da brevetto erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. dosi giornaliere x 1000 abitanti di fluorochinoloni non coperti da brevetto, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale x 100
DENOMINATORE	Totale dosi giornaliere x 1000 abitanti di fluorochinoloni erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I fluorochinoloni appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica - terapeutica - chimica) J01MA.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

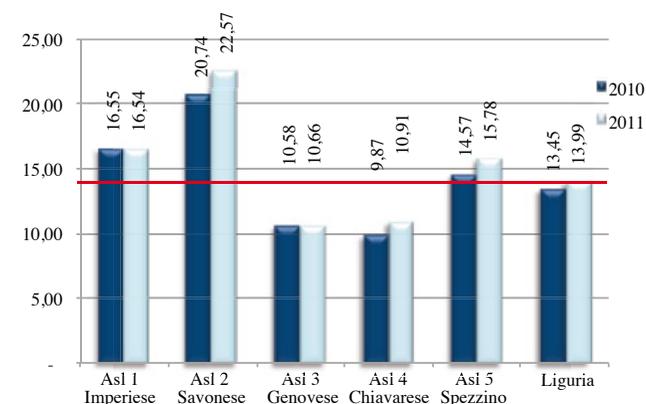


F12a.9 % di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	74,27	154.679,00	208.275,50	2010	72,95	133.700,50	183.286,00	2011
Asl 2 Savonese	81,09	296.888,50	366.101,00	2010	80,37	289.515,50	360.213,00	2011
Asl 3 Genovese	73,43	562.518,00	766.091,50	2010	75,09	549.957,00	743.468,00	2011
Asl 4 Chiavarese	77,37	124.623,00	161.082,50	2010	88,52	114.582,00	152.583,00	2011
Asl 5 Spezzino	86,68	182.220,00	210.215,50	2010	88,52	183.561,50	207.363,00	2011
Liguria	77,17	1.320.928,50	1.711.766,00	2010	77,19	1.271.316,50	1.646.913,00	2011

Percentuale di Losartan non associato sui sartani non associati (Antiipertensivi)

La perdita di brevetto da parte del Losartan comporta una spiccata riduzione del prezzo di questa molecola; si tratta di un farmaco corredato di una validazione scientifica di primissimo livello, e pertanto si pone come prima scelta tra i vari sartani. Sulla base degli studi clinici e delle conseguenti indicazioni, resta difficile poter giustificare la prescrizione degli altri farmaci della stessa classe (fonte: Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione, a cura della Commissione Terapeutica Regione Toscana, con il consenso delle principali società scientifiche, Settembre 2010).

F12a.11 - PERCENTUALE DI LOSARTAN NON ASSOCIATO SUI SARTANI NON ASSOCIATI (ANTIIPERTENSIVI)	
DEFINIZIONE	Incidenza del Losartan non associato sui sartani non associati, erogato dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di Losartan non associato erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di sartani non associati complessivamente erogate
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I sartani non associati appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C09C. Il Losartan non associato alla classe ATC (classificazione anatomico terapeutica) C09CA01.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione



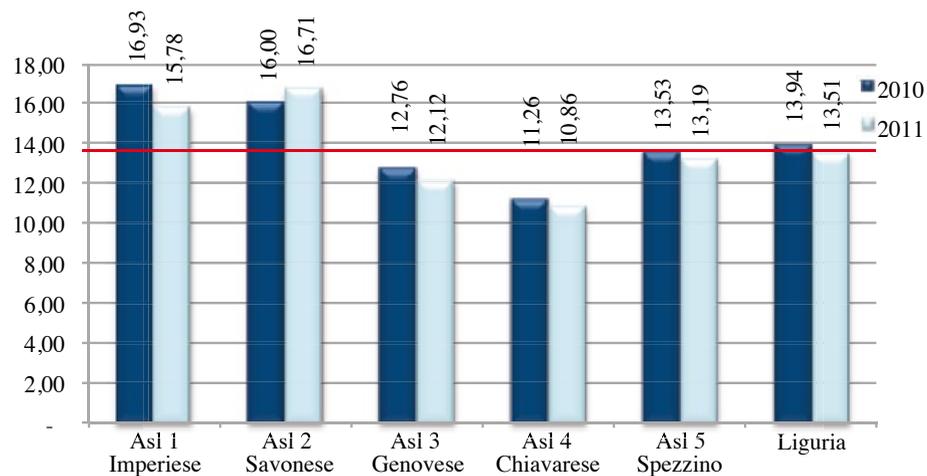
F12a.11 % di Losartan non associato sui sartani non associati (Antiipertensivi)								
Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	16,55	589.666,00	3.562.986,00	2010	16,54	607.047,00	3.670.037,00	2011
Asl 2 Savonese	20,74	874.146,00	4.215.582,00	2010	22,57	906.157,00	4.014.689,00	2011
Asl 3 Genovese	10,58	1.336.825,00	12.636.113,00	2010	10,66	1.337.868,00	12.552.442,00	2011
Asl 4 Chiavarese	9,87	251.636,00	2.549.260,00	2010	10,91	279.531,00	2.562.735,00	2011
Asl 5 Spezzino	14,57	471.037,00	3.233.741,00	2010	15,78	520.387,00	3.297.245,00	2011
Liguria	13,45	3.523.310,00	26.197.682,00	2010	13,99	3.650.990,00	26.097.148,00	2011

Percentuale di Losartan associato sui sartani associati (Antiipertensivi)

Come per il precedente indicatore, questo è stato introdotto nel 2010, perché nell'ambito della categoria farmacologica dei sartani, il Losartan era nel 2011 l'unica molecola non coperta da brevetto.

F12a.12 - PERCENTUALE DI LOSARTAN ASSOCIATO SUI SARTANI ASSOCIATI (ANTIIPERTENSIVI)

DEFINIZIONE	Incidenza del Losartan in associazione sui sartani associati, erogato dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. unità posologiche di Losartan in associazione erogate x 100
DENOMINATORE	N. unità posologiche di sartani in associazione complessivamente erogate
NOTA PER L'ELABORAZIONE	I sartani associati appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) C09D. Il Losartan associato alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C09DA01.
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione

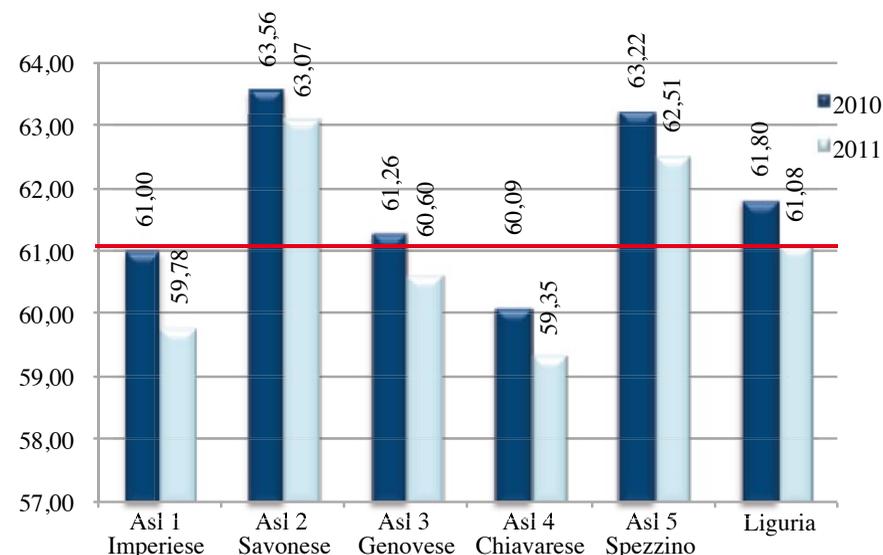


Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	16,93	684.460,00	4.042.542,00	2010	15,78	658.140,00	4.170.670,00	2011
Asl 2 Savonese	16,00	817.936,00	5.112.296,00	2010	16,71	826.504,00	4.944.940,00	2011
Asl 3 Genovese	12,76	1.630.132,00	12.771.164,00	2010	12,12	1.564.108,00	12.900.384,00	2011
Asl 4 Chiavarese	11,26	253.372,00	2.249.688,00	2010	10,86	250.992,00	2.311.344,00	2011
Asl 5 Spezzino	13,53	488.236,00	3.609.410,00	2010	13,19	486.584,00	3.689.644,00	2011
Liguria	13,94	3.874.136,00	27.785.100,00	2010	13,51	3.786.328,00	28.016.982,00	2011

Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

F12a.14 - PERCENTUALE DI MOLECOLE A BREVETTO SCADUTO O PRESENTI NELLE LISTE DI TRASPARENZA

DEFINIZIONE	Percentuale di molecole non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza, erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
NUMERATORE	N. Confezioni di molecole non coperte da brevetto o presenti nelle liste di trasparenza erogate x 100
DENOMINATORE	N. Confezioni complessivamente erogate
RIFERIMENTO	Media regionale
FONTE	Dati SFERA/Flussi Farmaceutica
LIVELLO	Azienda di erogazione



Azienda	Anno 2010				Anno 2011			
	Valore	Num	Den	Anno riferimento	Valore	Num	Den	Anno riferimento
Asl 1 Imperiese	61,00	2.301.673,00	3.773.270,00	2010	59,78	2.281.199,00	3.816.296,00	2011
Asl 2 Savonese	63,56	3.574.214,00	5.623.191,00	2010	63,07	3.467.268,00	5.497.143,00	2011
Asl 3 Genovese	61,26	8.723.716,00	14.239.770,00	2010	60,60	8.606.692,00	14.202.709,00	2011
Asl 4 Chiavarese	60,09	1.714.594,00	2.853.217,00	2010	59,35	1.696.117,00	2.857.585,00	2011
Asl 5 Spezzino	63,22	2.563.069,00	4.054.142,00	2010	62,51	2.542.136,00	4.066.485,00	2011
Liguria	61,80	18.877.266,00	30.543.590,00	2010	61,08	18.593.412,00	30.440.218,00	2011

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2012) *IPER 2, Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione*, I Quaderni della Agenzia Regionale Sanitaria Regione Liguria, n.10.
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1995), *The role of professional control in management complex organizations Accounting*, "Organizations and Society", vol. 20 (1), pp. 1-17.
- Abernethy M.A., Stoelwinder J.U. (1991), *Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not for profit hospitals Accounting*, "Organizations and Society", vol. 16 (2), pp. 105-120.
- Agenzia Nazionale del Farmaco (2008), *L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto OSMED 2008* disponibile su <http://www.agenziafarmaco.it>
- Aidemark L.G. (2001), *The meaning of balanced scorecards in the healthcare organization*, "Financial Accountability & Management", vol. 17 (1), pp. 23-40.
- Airoldi G., Brunetta G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Task force on Cesarean Delivery Rates (2000), *Evaluation of Cesarean Delivery*, Washington DC, ACOG.
- Baibergenova K.L., Jokovic A., Gushue S. (2006), *Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen*, Healthcare Policy/Politiques de Santé.
- Boldrini R., Di Cesare M., Tamburini C. (2007), *Certificato di Assistenza al parto (CDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2004*, pubblicazione Ministero della Salute.
- Cape J. (2002), *Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation*, British Journal of general Practice, vo. 52, pp. 1004-1006.
- Carroli G., Mignini L. (2009), *Episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1).
- Caughey A.B., Sundaram V., Kaimal A.J., et al. (2009), *Maternal and Neonatal Outcomes of Elective Induction of Labor*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2009 Mar. (Evidence Reports/Technology Assessments, No. 176.).
- Caughey A.B., Sundaram V., Kaimal A.J., Gienger A., Cheng Y.W., McDonald K.M., Shaffer B.L., Owens D.K., Bravata D.M. (2009), *Systematic review: elective induction of labor versus expectant management of pregnancy*. Ann Intern Med. 2009 Aug 18;151(4):252-63, W53-63.
- Chang L., Lin S.W., Northcott D.N. (2002), *The NHS Performance Assessment Framework. A "balanced scorecard approach?"*, Journal of Management in Medicine, vol. 16, p. 345.
- Ciappei C. (2003), *La governance politica di impresa. Consenso, identità, interessi e potere*

- nel governo imprenditoriale*, vol. 2.1 di Il governo imprenditoriale, Firenze University Press.
- Copello F. (2008), *Una prima lettura dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (Vol. 1 e 2)*, Genova, ARS Regione Liguria.
- Cumbey D.A., Alexander J.W. (1998), *The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing*, "Journal of Nursing Administration", vol. 28 (5), pp. 39-46.
- De Bruin SR, Heijink R, Lemmens LC, Struijs JN, Baan CA. (2011), *Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of the literature*. Health Policy. 2011; 101: 105- 21.
- De Tayrac R., Panel L., Masson G., Mares P. (2006), *Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries*. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2006 Feb;35(1 Suppl):1S24-1S31.
- Faglia E., Clerici G., Clerissi J., Gabrielli L., Losa S., Mantero M., Caminiti M., Curci V., Quarantiello A., Lupattelli T., Morabito A. (2009), *Long-term prognosis of diabetic patients with critical limb ischemia: a population-based cohort study*. Diabetes Care. May;32(5):822-7.
- Fortino A., Lispi L., Materia E., Di Domenicantonio R., Baglio G. (2002), *La valutazione di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO*. Roma (www.sanita.it).
- Foy R., Hempel S., Rubenstein L., Suttorp M., Seelig M., Shanman R., Shekelle P.G. (2010), *Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists*. Ann Intern Med. 2010; 152: 247- 58.
- Fry A.M., Shay D.K., Holman R.C., Curns A.T., Anderson L.J., (2005), *Trends in Hospitalizations for Pneumonia Among Persons Aged 65 Years or Older in the United States 1988-2002*, "JAMA", n. 294, pp. 2712-2719.
- Griffin S., Kinmonth A.L. (1998), *Cochrane Database of Systematic Reviews 1998*, Issue 1. Art. No.: CD000541. DOI: 10.1002/14651858.CD000541.
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J. (1993), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*, Delbanco TL: Jossey Bass, San Francisco, California.
- Giorda C., Petrelli A., Gnani R. (2006), *Regional Board for Diabetes Care of Piemonte. The impact of second-level specialized care on hospitalization in persons with diabetes: a multi-level population-based study*. Diabet Med. 2006; 23: 377- 83.
- Gülmezoglu A.M., Crowther C.A., Middleton P., Heatley E. (2012), *Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term*. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jun 13;6:CD004945.
- *Health at glance 2009* (2009), OECD Indicators.
- Health Canada (2001), *Health Policy and Communication, Canada Health Act Division, Canada Health Act - Annual report*.

- ISTAT (2002), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, Roma, ISTAT
- Kaplan R.S., Norton D.P.(1996), *Using the balanced scorecard as a strategic management system*, "Harvard Business Review", vol. 74, pp. 75-85.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996) *Linking the balanced scorecard to strategy*, "California Management Review", vol. 4, pp. 53-79.
- Kitzmiller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M., Conway D.L., Coustan D.R., Gunderson E.P., Herman W.H., Hoffman W.H., Inturrisi M., Jovanovic L.B., Kjos S.I., Knopp R.H., Montoro M.N., Ogata E.S., Parasmithy P., Reader D.M., Rosenn B.M., Thomas A. (2008), *Managing preexisting diabetes and pregnancy*. Alexandria, Virginia, American Diabetes Association.
- Leykum L.K., Pugh J., Lawrence V., Parchman M., Noël P.H., Cornell J., McDaniel R.R. Jr. (2007), *Organizational interventions employing principles of complexity science have improved outcomes for patients with Type II diabetes*. Implement Sci. 2007; 2: 28.
- Lynch R.L., Cross K.F. (1993), *Migliorare la performance aziendale. Le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli Editore, Milano.
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems Series*, Buckingham-Philadelphia, Open University Press.
- McMullan J.T., Veser, F.H. (2004), *Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment*, "Southern Medical Journey", vol. 97 (8), pp. 729-733.
- Ministero della Salute, *Progetto SIVEAS*, disponibile su <http://salute.gov>
- Mc Nair C.J., Leifried K.H.J. (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, Harper Business, New York.
- Nutbeam, D. (1998), *Health promotion glossary, in Health promotion international*, Oxford University Press, vol. 13 (4), pp. 349-364.
- Nuti S. (2005), *Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane*, in S. Baraldi (a cura di) *Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- Nuti S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, Bologna.
- Nuti S., Barsanti S. (2006), *Equità ed accesso nel percorso materno infantile*, "Salute e Territorio", n. 158.
- Nuti S., Bonini A., Gussoni M., Panizza G., Trentini C. (a cura di) (2001), *Il sistema di valutazione della performance della Sanità nella Provincia Autonoma di Trento*, Edizioni Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento della Tipografia TEMI, Trento.
- Nuti S., Bonini A. (a cura di) (2011), *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria,*

- Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Istituto di Management, Laboratorio Management e Sanità, Pisa.
- Nuti S., Macchia A. (2005), *The employees point of view in the performance measurement system in Tuscany health authorities in Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety*, a cura di R. Tartaglia, S. Albolino, T. Bellandi, S. Bagnara, Taylor & Francis, London.
- Nuti S., Seghieri C., Vainieri M., Zett S. (2012), *Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system*, Journal of Healthcare Management, vol 53, n.3.
- Nuti S., Tartaglia R., Niccolai F. (2007), *Rischio Clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, il Mulino, Bologna.
- Nuti S., Tedeschi P., Mengoni A., Murante A.M. (2010), *Segmentazione e marketing per la sanità pubblica*, Mercati e competitività, fascicolo 1, pp. 119-39.
- Nuti S., Vainieri M. (2009), *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*, Edizioni ETS, Pisa.
- OHA(1999), *Hospital Report 1999: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Toronto, Ontario: Ontario Hospital Association.
- OHA,(2006), *The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management*, Queen's Printer for Ontario.
- OMS (2000) , *The World Health Report 2000*.
- Pinnarelli L., Nuti S., Sorge C., Davoli M., Fusco D., Agabiti N., Vainieri M., Perucci C.A. (2011), *What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions*, BMJ QUALITY & SAFETY (doi:10.1136/bmjqs-2011- 000218).
- Pink G.H., Mc Killop I., Schraa E.G., Preyra C., Montgomery C., Baker R. (2001), *Creating a Balanced Scorecard for Hospital System*, "Health Care Finance", vol. 27 (3), pp. 1-20.
- *Rapporto Osservasalute* (2004), Indicatori di Qualità AHRQ.
- *Rapporto Osservasalute* (2009), Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane.
- Scognamiglio, A., Matterelli G., Pistelli F., Baldacci S., Carrozzi I. e Viegi G. (2003), *L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva*, Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, vol. 39, n. 4, pp. 467-484.
- Stivanello E., Rucci P., Carretta E., Pieri G., Seghieri C., Nuti S., Declercq E., Taglioni M., Fantini M.P. (2011), *Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries*. PLoS One. 2011;6(11):e28060. Epub 2011 Nov 23.

Progetto grafico e stampa a cura di

NuovaSet Marketing e Pubblicità - Genova

Finito di Stampare

Novembre 2012

Copie stampate

600

Copia del volume può essere richiesta a

Agenzia Regionale Sanitaria, Ars Liguria

Piazza della Vittoria 15, 3° piano, interno 19 – 16121 Genova

Tel. 010.548.4162 – Fax 010.548.4147

Oppure può essere scaricata dal sito internet ARS Liguria:

<http://www.arsliguria.it>

I contenuti tecnici e le opinioni espresse sono di esclusiva responsabilità dell'autore.

Il documento è di proprietà esclusiva dell'Agenzia Regionale Sanitaria Ars Liguria.

Questa pubblicazione può essere utilizzata da terzi per fini informativi, di studio o didattici purché sia citata la fonte.

