

Quarta Indagine Nazionale

sullo stato di attuazione delle
Reti Tempo-dipendenti

Rapporto su dati 2023

22/10/2025



AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Autori

Dott.ssa Manuela Tamburo De Bella, Responsabile UOS Reti cliniche ospedaliere e monitoraggio DM 70/15- Agenas

UOS Reti cliniche ospedaliere e monitoraggio DM 70/15: Dott.ssa Mariagrazia Marvulli, Dott. Daniele Stocco, Dott. Giorgio Leomporra, Ing. Erika Di Carlo, Ing. Claudia Aurisano, Dott. Flavio Finocchi

Dott.ssa Maria Pia Randazzo, Responsabile UOSD Statistica e Flussi Informativi sanitari- Agenas

UOSD Statistica e Flussi Informativi sanitari: Dott. Giordano Brandoni, Dott. Domenico Stefano Cicala, Dott. Lorenzo Saya

Esperti delle reti Tempo-Dipendenti

Dott. Danilo Bono, Consulente Agenas area emergenza- urgenza

Dott. Giuseppe Musumeci, Direttore SC Cardiologia, AO Ordine Mauriziano Torino- Presidente Regione Piemonte Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Dott.ssa Francesca Romana Pezzella, Dirigente medico Stroke Unit AO S. Camillo Forlanini, Roma

Componenti GDL Trauma

Prof. Osvaldo Chiara, Ex Direttore Trauma center ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Dott. Maurizio Berardino, Direttore Dipartimento Anestesia, rianimazione ed emergenza - A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

Dott. Emilio Cingolani, Direttore UOSD Shock e Trauma- Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

Dott. Patrizio Festa, Responsabile U.O.S.D. Trauma Center Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Antonio Cardarelli, Napoli

Dott. Paolo Rosi, Responsabile Coordinamento Regionale del sistema emergenza urgenza, Regione Veneto

Dott. Massimo Solaro, Coordinatore Trauma Center – Pronto soccorso AOU Careggi, Firenze

Prof. Alessandro Massè, Direttore CTO Centro Traumatologico Ortopedico - AOU Città della Salute e della Scienza

Dott. Carlo Lusenti, Direttore del Dipartimento Chirurgico e Grandi Traumi- Ospedale Bufalini Cesena

Prof. Gabriele Sganga, Direttore UOC Chirurgia d'Urgenza e del Trauma- Fondazione policlinico universitario Gemelli IRCCS, Roma

Dott. Vincenzo Mandalà, Direttore Dipartimento di Neuroscienza ed Emergenza con Trauma Center - Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello", Palermo



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Referenti Regionali

Abruzzo: Dott. Camillo Odio, Dott.ssa Barbara Morganti, Dott.ssa Maddalena Tabasso, Dott.ssa Giuliana D'Aulerio

Basilicata: Dott.ssa Maria Luisa Zullo

Calabria: Dott. Francesco Lucia

Campania: Dott.ssa Anna Maria Ferriero, Dott. Luca Scafa

Emilia-Romagna: Dott.ssa Rossana De Palma, Dott. Alberto Bortolami, Dott.ssa Federica Casoni, Dott. Venerando Barbagallo, Dott. Salvatore Ferro, Dott. Antonio Pastori

Friuli Venezia- Giulia: Dott. Mario Calci

Lazio: Dott.ssa Alessandra Montesi, Dott.ssa Fabiana Troisi

Liguria: Dott. Carlo Serrati, Dott. Italo Porto, Dott. Giorgio Ardizzone

Lombardia: Dott. Alessandro Amorosi, Dott. Alessandro Scardoni

Marche: Dott. Giovanni Lagalla, Dott. Simone Pizzi, Dott.ssa Patrizia Santoiemma

Molise: Dott.ssa Lolita Gallo

Provincia Autonoma di Bolzano: Dott. Horand Meier, Dott. Rainer Oberhollenzer, Dott. Francesco Teatini, Dott. Gulli Giosuè, Dott. Marc Kaufmann, Dott. Alex Staffler, Dott. Michael Memminger

Provincia Autonoma di Trento: Dott. Emanuele Torri, Dott.ssa Marina Mastellarò

Piemonte: Dott.ssa Fabrizia Tagliaferri, Dott.ssa Barbara Manzotti

Puglia: Dott. Nicola Girardi

Sardegna: Dott. Silvano Castangia, Dott.ssa Barbara Mallocci

Sicilia: Dott. Fabrizio Geraci

Toscana: Dott.ssa Silvia Gandolfo, Dott.ssa Marta Guerriero, Dott.ssa Michela Cipriano

Umbria: Dott.ssa Enrica Ricci, Dott.ssa Paola Casucci

Valle d'Aosta: Dott.ssa Ester Ronzani, Dott.ssa Karen Vuillermoz

Veneto: Dott. Mario Saia, Dott.ssa Romina Cazzaro

Ringraziamenti

Dott. Antonio Fortino, Direttore UOC Monitoraggio LEA, SSR e Aziende sanitarie, Direttore Dipartimento di Area sanitaria- Agenas

Dott.ssa Giorgia Duranti, UOC Ricerca- Agenas



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Sommario

1. Introduzione	5
2. Materiali e metodi	6
2.1 Questionario di rilevazione e valutazione	6
2.2 Anagrafica delle strutture ospedaliere delle Regioni/P.A.	10
2.3 Indicatori	11
2.4 Indici Sintetici Complessivi di Valutazione (ISCO) per Rete	13
2.4.1 ISCO Rete Cardiologica per l'emergenza	13
2.4.2 ISCO Rete Ictus	15
2.4.3 ISCO Rete Trauma	17
2.4.4 ISCO Rete dell'Emergenza-Urgenza	19
3. Risultati	21
3.1 Livello Nazionale	21
3.1.1 Questionario di rilevazione e valutazione	26
3.1.2 Indicatori	31
3.1.3 Indici Sintetici Complessivi di Valutazione (ISCO) per Rete	81
3.1.4 Conclusioni valutazione nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Tempo-dipendenti	84
APPENDICE	88
Premessa	88
Protocolli degli indicatori	88



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1. Introduzione

Il Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*” ha previsto che all'interno del disegno della rete ospedaliera sia necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrino l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare.

Il medesimo Decreto stabilisce che “[...] per la definizione delle reti le Regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle Linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato – Regioni. È istituito uno specifico Tavolo tecnico presso AGENAS composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di AGENAS, Regioni e P.A., con il compito di definire Linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato – Regioni [...]”.

Con queste premesse è stato raggiunto in Conferenza Stato-Regioni l'Accordo del 24 gennaio 2018 avente ad oggetto “*Linee Guida per la Revisione delle Reti Cliniche. Le Reti Tempo Dipendenti*”, che si caratterizza per la descrizione dettagliata degli strumenti di collegamento tra le varie articolazioni della rete, delle modalità di comunicazione tra i nodi, alle check list per la valutazione dei PDTA afferenti alle singole reti e degli indicatori di monitoraggio dell'efficienza, efficacia, appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure fino, per la prima volta, agli indicatori specifici sul funzionamento delle reti.

Il suddetto Accordo sottolinea la necessità per ciascuna delle Regioni di recepire i contenuti dell'Accordo e definire un modello di governance ed un modello organizzativo per ciascuna delle reti clinico assistenziali.

Negli ultimi anni il modello di rete è diventato una realtà più o meno consolidata in molte Regioni, come testimoniato anche dai monitoraggi pubblicati da Agenas sullo stato di attuazione delle reti tempo-dipendenti regionali, ultimo dei quali la “III Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle reti tempo-dipendenti – Report 2022” che ha avuto lo scopo di comprendere lo stato dell'arte e le azioni da implementare nel sistema.

Con le Delibere del Direttore Generale Agenas n. 455 del 22 novembre 2021 e n. 459 del 25 novembre 2021 sono stati istituiti i Gruppi Tecnici per l'elaborazione di proposte per l'attuazione e l'evoluzione rispettivamente della rete cardiologica per l'emergenza e della rete ictus. Entrambi i gruppi hanno



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

identificato indicatori di processo ed esito di I livello calcolabili dai flussi amministrativi correnti, che possono consentire una analisi comprensiva, sintetica ed efficace delle performance delle cure per il paziente erogate dalle reti ictus regionali e dalle reti cardiologiche per le emergenze regionali. Alcuni di questi indicatori confluiscono nel presente rapporto che descrive i risultati della Quarta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Tempo-dipendenti, condotta da Agenas analizzando i risultati del monitoraggio rispetto all'anno 2023.

2. Materiali e metodi

Il presente monitoraggio è stato eseguito sulla base di:

1. Questionario unico per Regione/PA, disponibile *on line* sul sito istituzionale Agenas e compilato dalla Regioni e P.A. nel periodo compreso tra il 15 ottobre 2024 ed il 6 febbraio 2025.
2. Volumi e Indicatori specifici per ciascuna rete riferiti all'anno 2023.
3. Anagrafica delle strutture ospedaliere delle Regioni/P.A. riferita all'anno 2023.

Il Rapporto prevede una analisi dettagliata di Livello Nazionale con aree valutative di contesto, processo e governance e approfondimenti dedicati, sulla quale vengono definiti e riportati gli Indici Sintetici Complessivi di valutazione (ISCO) per ciascuna rete.

A questa analisi si affiancano singoli approfondimenti di Livello Regionale per ciascuna Regione/P.A. avviate all'attenzione delle rispettive Direzioni Generali Salute.

2.1 Questionario di rilevazione e valutazione

Il Questionario analizza i requisiti essenziali e comuni ad ogni Rete Clinica regionale tempo-dipendente (ictus, cardiologica per l'emergenza, trauma, emergenza-urgenza) finalizzati a garantire una migliore operatività della stessa, oltre che approfondire il monitoraggio degli aspetti programmatori e di *governance*.

Le informazioni raccolte nel Questionario, si basano su autodichiarazioni delle Regioni /P.A. riferite all'anno 2023.

Il Questionario, formulato da un panel di specialisti, condiviso con le Regioni/P.A., invariato rispetto alla precedente indagine per mantenere la confrontabilità sulla organizzazione Regionale, è articolato in 64 requisiti (*item*) e suddiviso in sette Aree Tematiche di seguito riepilogate:

1. *Area Tematica A - Struttura di base*



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Articolata in due sottosezioni:

- Organizzazione e Direzione/Sistema di Governo
- Allocazione delle risorse

2. Area Tematica B - Meccanismi operativi

Articolata in due sottosezioni:

- Percorso del paziente
- Processi Assistenziali: PDTA-Clinical Pathway

3. Area Tematica C - Processi sociali

Articolata in due sottosezioni:

- Operatori sanitari
- Comunicazione e trasparenza

4. Area Tematica D – Risultati e monitoraggio

Comprende i requisiti relativi i dati di monitoraggio e valutazione relativamente alle attività di Rete.

5. Area Tematica E – Approfondimenti Rete Ictus

Comprende gli item specifici relativi alla Rete ictus anche con riferimento agli standard previsti dal DM 70/2015.

6. Area Tematica F – Approfondimenti Rete Cardiologica per l’Emergenza

Comprende gli item specifici relativi alla Rete Cardiologica per l’emergenza anche con riferimento agli standard previsti dal DM 70/2015.

7. Area Tematica G – Approfondimenti Rete Trauma

Comprende gli item specifici relativi alla Rete Trauma anche con riferimento agli standard previsti dal DM 70/2015.

Di seguito si descrive la metodologia di calcolo degli indici del Questionario mostrati nei risultati.

Indice Approfondimento Rete Cardiologica

Descrizione

Rappresenta un’aggregazione ponderata delle risposte positive relative alla Rete Cardio:

sezione A) 6 domande;

sezione B) 1 domanda;

sezione F) 9 domande.

Il punteggio dell’indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in quattro fasi:

1. unione delle domande relative alla Rete Cardio delle sezioni A e B in un'unica sezione A-B di sette domande;
2. determinazione del punteggio di ogni sezione come somma delle risposte positive;
3. normalizzazione del punteggio di ogni sezione in base al numero di domande che la compongono così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;
4. somma ponderata dei due nuovi punteggi, per sezione, ottenuti con i pesi prestabiliti (0,8 per la sezione A-B, 0,2 per la sezione F).

Indice Approfondimento Rete Ictus

Rappresenta un'aggregazione ponderata delle risposte positive relative alla Rete Ictus:

sezione A) 6 domande;

sezione B) 1 domanda;

sezione E) 14 domande.

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in quattro fasi:

1. unione delle domande relative alla Rete Ictus delle sezioni A e B in un'unica sezione A-B di sette domande;
2. determinazione del punteggio di ogni sezione come somma delle risposte positive;
3. normalizzazione del punteggio di ogni sezione in base al numero di domande che la compongono così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;
4. somma ponderata dei due nuovi punteggi ottenuti, per sezione, con i pesi prestabiliti (0,8 per la sezione A-B, 0,2 per la sezione E).

Indice Approfondimento Rete Trauma

Descrizione

Rappresenta un'aggregazione ponderata delle risposte positive relative alla Rete Trauma:

sezione A) 6 domande;

sezione B) 1 domanda;

sezione G) 4 domande.

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in quattro fasi:



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1. unione delle domande relative alla Rete Trauma delle sezioni A e B in un'unica sezione A-B di sette domande;
2. determinazione del punteggio di ogni sezione come somma delle risposte positive;
3. normalizzazione del punteggio di ogni sezione in base al numero di domande che la compongono così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;
4. somma ponderata dei due nuovi punteggi ottenuti, per sezione, con i pesi prestabiliti (0,8 per la sezione A-B, 0,2 per la sezione G).

Indice Approfondimento Rete Emergenza Urgenza

Descrizione

Rappresenta un'aggregazione delle risposte positive relative alla Rete Emergenza-Urgenza:

sezione A) 6 domande;

sezione B) 1 domanda.

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in tre fasi:

1. unione delle domande relative alla Rete Emergenza-Urgenza delle sezioni A e B in un'unica sezione A-B di sette domande;
2. determinazione del punteggio come somma delle risposte positive;
3. normalizzazione del punteggio in base al numero di domande che la compongono così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1.

Indice Governance della programmazione delle Reti-aspetti generali

Descrizione

Rappresenta un'aggregazione ponderata delle risposte positive non relative alle Reti Cardio, Ictus, Trauma o Emergenza-Urgenza:

sezione A) 11 domande;

sezione B) 11 domande;

sezione C) 15 domande;

sezione D) 4 domande.

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in tre fasi:

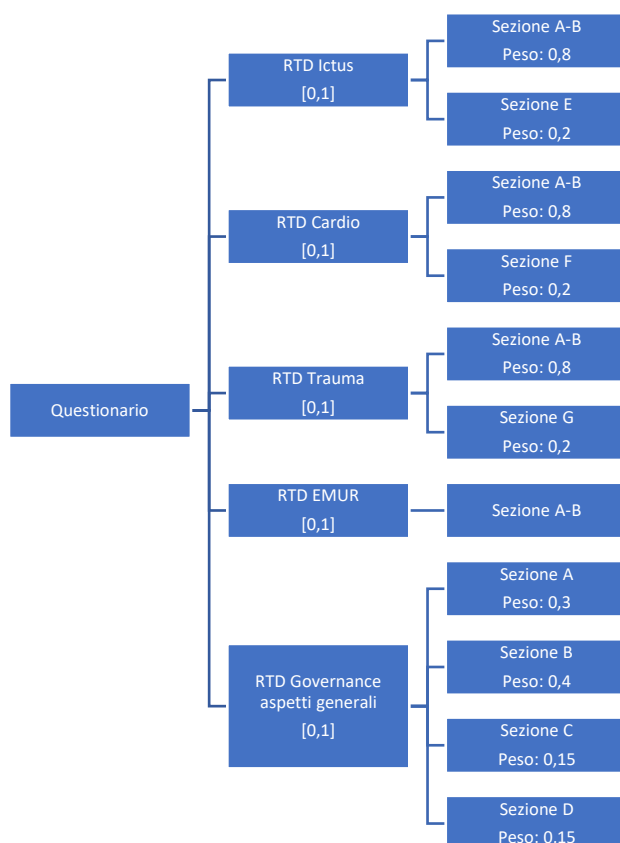
1. determinazione del punteggio di ogni sezione come somma delle risposte positive;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

2. normalizzazione del punteggio di ogni sezione in base al numero di domande che la compongono così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;
3. somma ponderata dei nuovi punteggi, per sezione, ottenuti con i pesi prestabiliti (0,3 per la sezione A, 0,4 per la sezione B, 0,15 per la sezione C e 0,15 per la sezione D).

Di seguito si rappresenta graficamente quanto detto.



2.2 Anagrafica delle strutture ospedaliere delle Regioni/P.A.

A completamento dei dati rilevati mediante la somministrazione del questionario, si è provveduto all'invio alle Regioni/PA per revisione/integrazione, dell'anagrafica delle strutture riportanti il ruolo, funzioni e specialistiche, delle stesse nelle singole reti (esempio: hub e spoke e classificazione in linea con il DM 70/2015), seguita da audit dedicati con ciascuna Regione/P.A. per confermare i dati delle strutture delle singole reti. Si è inoltre provveduto alla verifica delle Stroke Unit attive o programmate e relativi posti letto dedicati.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

2.3 Indicatori

Si riporta di seguito l'elenco degli indicatori di volume, processo ed esito rappresentati a livello nazionale, distinguendo quelli valutativi inclusi nell'ISCO, da quelli descrittivi di approfondimento non valutativi:

Rete Cardiologica

- a) Indicatore di volume:** Volume di ricoveri per Infarto Miocardico Acuto (IMA), volume di ricoveri per Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea (PTCA), volume di ricoveri per interventi chirurgici di by-pass aorto-coronarico (BPAC);
- b) Indicatori compresi nell'Indice SDO:**
 - Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 90' dal ricovero;
 - Mortalità a 30 giorni dal ricovero per IMA;
 - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di BPAC;
- c) Indicatori non compresi nell'Indice SDO:**
 - Individuazione dei “pazienti ad alto rischio ischemico residuo”;
 - Invio a programma di cardiologia riabilitativa (CR) degenziale o ambulatoriale;

Rete Ictus:

- a) Indicatore di volume:** Volume totale di ictus ischemici, ictus emorragici ed emorragie subaracnoidee;
- b) Indicatori compresi nell'Indice SDO:**
 - Mortalità a 30 gg dal ricovero per ictus ischemico;
 - Ictus ischemico: Trattamento con trombolisi;
 - Ictus ischemico: Trattamento con trombectomia;
 - Trattamento chirurgico dell'emorragia subaracnoidea entro 48 ore;
- c) Indicatori non compresi nell'Indice SDO:**
 - Decessi in Pronto Soccorso con diagnosi principale di ictus ischemico, ictus emorragico ed emorragia subaracnoidea;
 - Mortalità a 30 gg dal ricovero per ictus emorragico;
 - Mortalità a 30 gg dal ricovero per emorragia subaracnoidea;
 - Dimissioni con invio a riabilitazione.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Rete Trauma:

- a) **Indicatore di volume:** numero dei traumi severi
- b) **Indicatori compresi nell'Indice SDO:**
 - Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore;
- c) **Indicatori non compresi nell'Indice SDO**
 - Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza pari o superiore a 30 giorni;
 - Mortalità a 1 giorno dal ricovero per un episodio di trauma maggiore;
 - Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore;
 - Mortalità in PS dei pazienti con diagnosi di trauma e triage giallo, arancione o rosso.

Rete Emergenza – Urgenza:

- a) **Indicatore di volume:** Numero accessi in PS per codice colore triage;
- b) **Indicatori compresi nell'Indice SDO:**
 - Percentuale di accessi che hanno ricevuto la visita medica entro il tempo massimo;
 - Percentuale di ricoveri sul totale di accessi con maggiore urgenza;
 - Percentuale di ricoveri da PS sul totale dei ricoveri;
- c) **Indicatori non compresi nell'Indice SDO:**
 - Percentuale di accessi in PS distinta per codice triage trasformati in ricovero;
 - Tempo di permanenza in PS: media e mediana del numero di minuti intercorsi tra l'arrivo e la dimissione al PS dei pazienti per colore triage;
 - Percentuale di abbandono del PS;
 - Proporzione di accessi seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva (OBI) per colore triage;
 - Accessi in PS inviati al ricovero in area medica, chirurgica, critica e materno infantile pediatrica (MIP).

Gli specifici protocolli operativi degli indicatori suddetti sono riportati in Appendice. Per gli indicatori derivanti dal Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas si rimanda agli specifici protocolli scaricabili dal sito <https://pne.agenas.it/>.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

2.4 Indici Sintetici Complessivi di Valutazione (ISCO) per Rete

Si descrive di seguito la metodologia di calcolo degli ISCO per ciascuna Rete.

2.4.1 ISCO Rete Cardiologica per l'emergenza

L'indice ISCO Cardio si compone di due sottodimensioni:

- qualitativa, in base alle risposte fornite dalle Regioni/P.A. nel questionario sul monitoraggio delle Reti Tempo-dipendenti (indice RTD Cardio);
- quantitativa, con l'elaborazione e la sintesi di diversi indicatori desunti dal flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (indice SDO Cardio).

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

Somma ponderata dei punteggi ottenuti nelle due sottodimensioni con peso 0,3 per l'indice RTD Cardio e peso 0,7 per l'indice SDO Cardio.

Indice RTD Cardio

Rappresenta un'aggregazione ponderata delle risposte positive relative alla Rete Cardio:

sezione A) 6 domande;

sezione B) 1 domanda;

sezione F) 9 domande.

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in quattro fasi:

1. unione delle domande relative alla Rete Cardio delle sezioni A e B in un'unica sezione A-B di sette domande;
2. determinazione del punteggio di ogni sezione come somma delle risposte positive;
3. normalizzazione del punteggio di ogni sezione in base al numero di domande che la compongono così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;
4. somma ponderata dei due nuovi punteggi, per sezione, ottenuti con i pesi prestabiliti (0,8 per la sezione A-B, 0,2 per la sezione F).

Fonte calcolo: Questionario Reti Tempo-dipendenti 2024



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indice SDO Cardio

Indice derivante dall'aggregazione di tre indicatori:

- Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni;
- Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (per le Regioni in cui non si effettuano interventi di bypass aorto-coronarico l'indicatore "Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico" non concorre al punteggio finale);
- Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 90' dal ricovero.

Fonte calcolo: Schede di dimissione ospedaliera 2023

Regola di calcolo

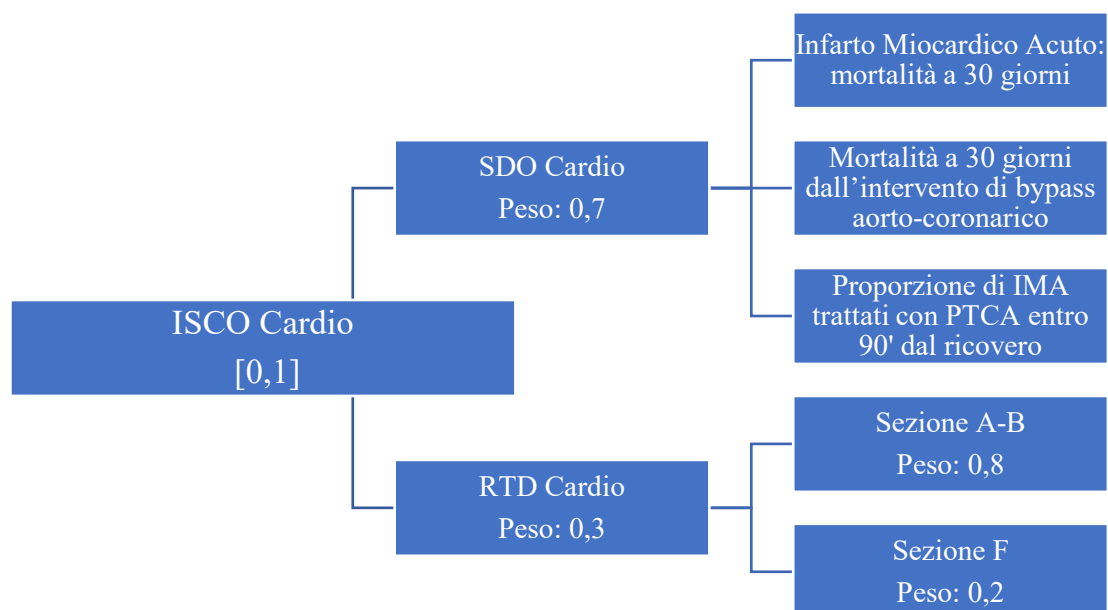
La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in sette fasi:

1. calcolo, per ogni Regione, dei valori degli indicatori;
2. applicazione, per ogni indicatore, della soglia minima data dalla sottrazione tra il valore del primo quartile e la differenza interquartile moltiplicata per 1,5. Se il valore risultante della soglia è inferiore allo 0 attribuzione alla stessa del valore 0;
3. applicazione, per ogni indicatore, della soglia massima data dalla somma tra il valore del terzo quartile e la differenza interquartile moltiplicata per 1,5. Se il valore risultante della soglia è superiore ad 1 attribuzione alla stessa del valore 1;
4. normalizzazione dei valori, per ogni indicatore, in base all'intervallo definito dalle soglie, così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;
5. trasformazione dei punteggi superiori ad 1 nel valore 1 e trasformazione dei punteggi inferiori allo 0 nel valore 0;
6. per gli indicatori "Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni" e "Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico" (più il valore è alto, meno è performante la Regione) calcolo del complemento a 1 del punteggio.
7. somma e successiva normalizzazione dei punteggi in modo che l'indice SDO vari tra 0 e 1.

Di seguito si rappresenta graficamente quanto descritto:



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



2.4.2 ISCO Rete Ictus

L'indice ISCO Ictus si compone di due sottodimensioni:

- qualitativa, in base alle risposte fornite dalle Regioni/P.A. nel questionario sul monitoraggio delle Reti Tempo-dipendenti (indice RTD Ictus);
- quantitativa, con l'elaborazione e la sintesi di diversi indicatori desunti dal flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (indice SDO Ictus).

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

Somma ponderata dei punteggi ottenuti nelle due sottodimensioni con peso 0,3 per l'indice RTD Ictus e peso 0,7 per l'indice SDO Ictus.

Indice RTD Ictus

Rappresenta un'aggregazione ponderata delle risposte positive relative alla Rete Ictus:

sezione A) 6 domande;

sezione B) 1 domanda;

sezione E) 14 domande.

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in quattro fasi:



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1. unione delle domande relative alla Rete Ictus delle sezioni A e B in un'unica sezione A-B di sette domande;
2. determinazione del punteggio di ogni sezione come somma delle risposte positive;
3. normalizzazione del punteggio di ogni sezione in base al numero di domande che la compongono così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;
4. somma ponderata dei due nuovi punteggi ottenuti, per sezione, con i pesi prestabiliti (0,8 per la sezione A-B, 0,2 per la sezione E).

Fonte calcolo: Questionario Reti Tempo-dipendenti 2024

Indice SDO Ictus

Indice derivante dall'aggregazione di quattro indicatori:

- Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni;
- Proporzione di ricoveri per ictus ischemico con trattamento di trombolisi;
- Proporzione di ricoveri per ictus ischemico con trattamento di trombectomia;
- Proporzione di ricoveri con trattamento dell'emorragia subaracnoidea entro 48 ore ponderata per la proporzione di ricoveri per emorragia subaracnoidea con trattamento¹.

Fonte calcolo: Schede di dimissione ospedaliera 2023

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in sette fasi:

1. calcolo, per ogni Regione, dei valori degli indicatori;
2. determinazione, per ogni indicatore, di una soglia minima data dalla sottrazione tra il valore del primo quartile e la differenza interquartile moltiplicata per 1,5. Se il valore risultante della soglia è inferiore allo 0 attribuzione alla stessa del valore 0;
3. determinazione, per ogni indicatore, di una soglia massima data dalla somma tra il valore del terzo quartile e la differenza interquartile moltiplicata per 1,5. Se il valore risultante della soglia è superiore ad 1 attribuzione alla stessa del valore 1;
4. normalizzazione dei valori, per ogni indicatore, in base all'intervallo definito dalle soglie, così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;

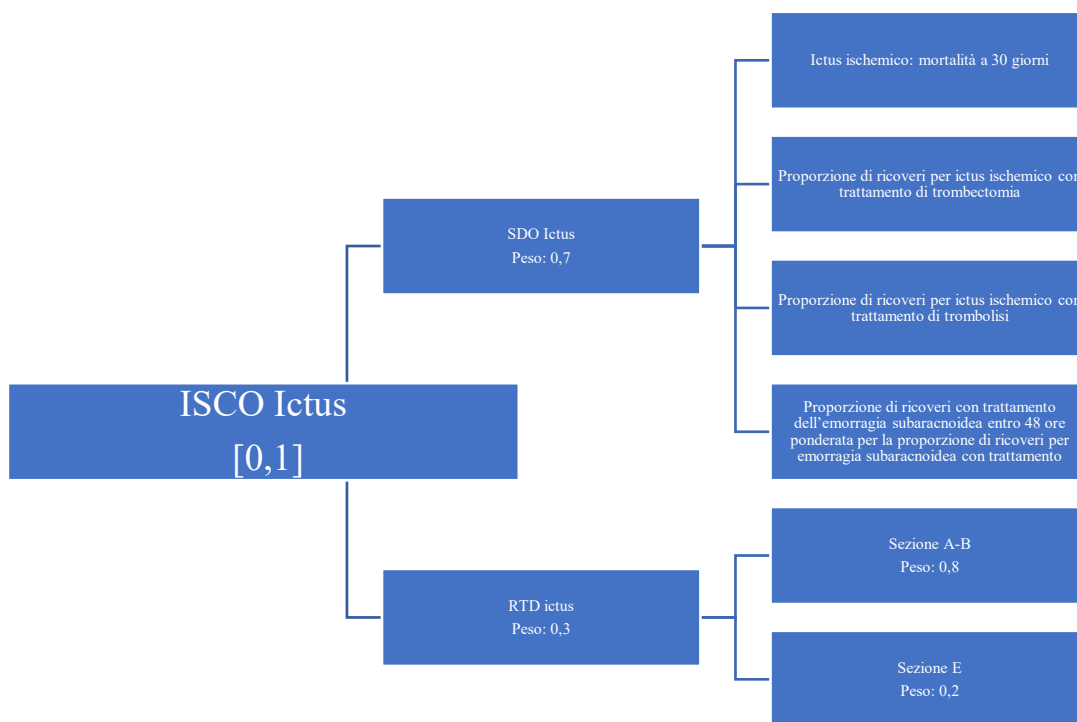
¹ Indicatore dato dalla moltiplicazione tra la proporzione di ricoveri con trattamento dell'emorragia subaracnoidea entro 48 ore e il logaritmo in base 100 della percentuale di ricoveri con trattamento dell'emorragia subaracnoidea entro 48 ore.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

5. trasformazione dei punteggi superiori ad 1 nel valore 1 e trasformazione dei punteggi inferiori allo 0 nel valore 0;
6. per l'indicatore "Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni" (più il valore è alto, meno è performante la Regione) calcolo del complemento a 1 del punteggio.
7. somma e successiva normalizzazione dei punteggi in modo che l'indice SDO vari tra 0 e 1.

Di seguito si rappresenta graficamente quanto descritto.



2.4.3 ISCO Rete Trauma

L'indice ISCO Trauma si compone di due sottodimensioni:

- qualitativa, in base alle risposte fornite dalle Regioni/P.A. nel questionario sul monitoraggio delle Reti Tempo-dipendenti (indice RTD Trauma);
- quantitativa, con l'elaborazione e la sintesi di un indicatore desunto dal flusso dal flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera e dal tracciato PS del flusso Emergenza-Urgenza (indice SDO Trauma).

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

- Somma ponderata dei punteggi ottenuti nelle due sottodimensioni con peso 0,3 per l'indice RTD Trauma e peso 0,7 per l'indice SDO Trauma.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indice RTD Trauma

Descrizione

Rappresenta un'aggregazione ponderata delle risposte positive relative alla Rete Trauma:

sezione A) 6 domande;

sezione B) 1 domanda;

sezione G) 4 domande.

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in quattro fasi:

1. unione delle domande relative alla Rete Trauma delle sezioni A e B in un'unica sezione A-B di sette domande;
2. determinazione del punteggio di ogni sezione come somma delle risposte positive;
3. normalizzazione del punteggio di ogni sezione in base al numero di domande che la compongono così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;
4. somma ponderata dei due nuovi punteggi ottenuti, per sezione, con i pesi prestabiliti (0,8 per la sezione A-B, 0,2 per la sezione E).

Fonte calcolo: Questionario Reti Tempo-dipendenti 2024

Indice ISDO Trauma

Descrizione

Indice derivante dall'indicatore:

- Traumi severi: mortalità a 30 giorni.

Fonte calcolo: Emergenza-urgenza (tracciato PS) 2023, SDO 2023

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in sette fasi:

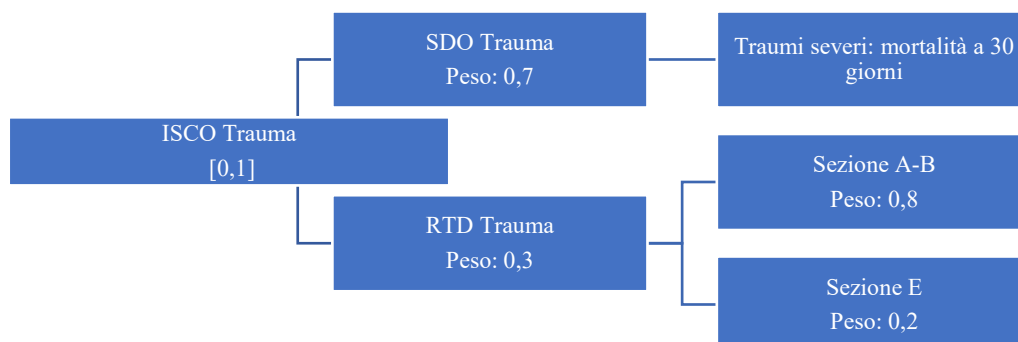
1. calcolo, per ogni Regione, del valore dell'indicatore;
2. determinazione di una soglia minima data dalla sottrazione tra il valore del primo quartile e la differenza interquartile moltiplicata per 1,5. Se il valore risultante della soglia è inferiore allo 0 attribuzione alla stessa del valore 0;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3. determinazione di una soglia massima data dalla somma tra il valore del terzo quartile e la differenza interquartile moltiplicata per 1,5. Se il valore risultante della soglia è superiore ad 1, attribuzione alla stessa del valore 1;
4. normalizzazione dei valori in base all'intervallo definito dalle soglie, così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;
5. trasformazione dei punteggi superiori ad 1 nel valore 1 e trasformazione dei punteggi inferiori allo 0 nel valore 0;
6. calcolo del complemento a 1 del punteggio.
7. somma e successiva normalizzazione del punteggio in modo che l'indice SDO vari tra 0 e 1.

Di seguito si rappresenta graficamente quanto descritto.



2.4.4 ISCO Rete dell’Emergenza-Urgenza

L’indice ISCO Emergenza-Urgenza si compone di due sottodimensioni:

- qualitativa, in base alle risposte fornite dai referenti regionali nel questionario sul monitoraggio delle Reti Tempo-dipendenti (indice RTD EMUR);
- quantitativa, con l’elaborazione e la sintesi di diversi indicatori desunti dal flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera e dal tracciato PS del flusso Emergenza-Urgenza (indice SDO EMUR).

Il punteggio dell’indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

Somma ponderata dei punteggi ottenuti nelle due sottodimensioni con peso 0,3 per l’indice RTD EMUR e peso 0,7 per l’indice SDO EMUR.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indice RTD EMUR

Descrizione

Rappresenta un'aggregazione delle risposte positive relative alla Rete Emergenza-Urgenza:

sezione A) 6 domande;

sezione B) 1 domanda.

Il punteggio dell'indice varia da 0 a 1.

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in tre fasi:

1. unione delle domande relative alla Rete Emergenza-Urgenza delle sezioni A e B in un'unica sezione A-B di sette domande;
2. determinazione del punteggio come somma delle risposte positive;
3. normalizzazione del punteggio in base al numero di domande che la compongono così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1.

Fonte calcolo: Questionario Reti Tempo-dipendenti 2024

Indice ISDO emergenza - urgenza

Descrizione

Indice derivante dall'aggregazione di tre indicatori:

- Tempo di attesa massimo alla visita medica
- Percentuale di accessi con maggiore urgenza seguiti dal ricovero
- Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso sul totale dei ricoveri

Fonte calcolo: Emergenza-urgenza (tracciato PS) 2023, SDO 2023

Regola di calcolo

La metodologia di calcolo dell'indicatore composito si articola in sette fasi:

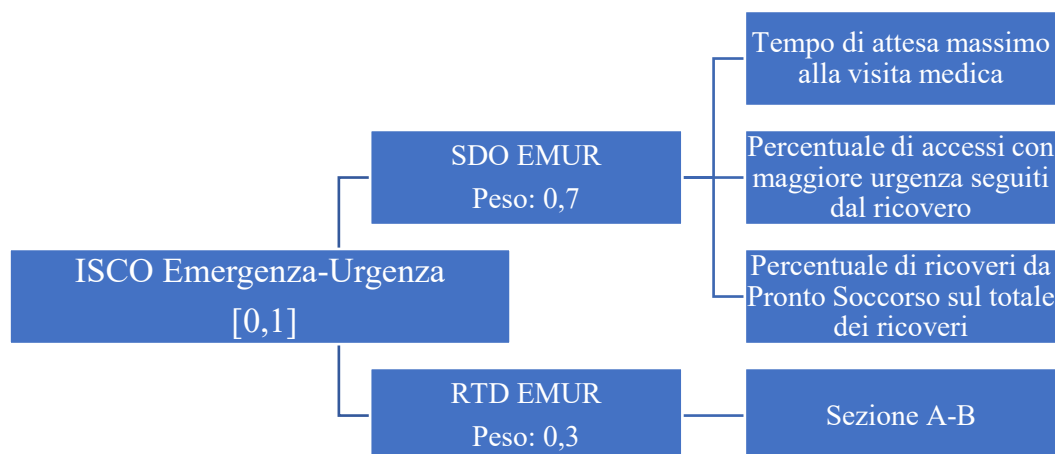
1. calcolo, per ogni Regione, dei valori degli indicatori;
2. determinazione, per ogni indicatore, di una soglia minima data dalla sottrazione tra il valore del primo quartile e la differenza interquartile moltiplicata per 1,5. Se il valore risultante della soglia è inferiore allo 0 attribuzione alla stessa del valore 0;
3. determinazione, per ogni indicatore, di una soglia massima data dalla somma tra il valore del terzo quartile e la differenza interquartile moltiplicata per 1,5. Se il valore risultante della soglia è superiore ad 1, attribuzione alla stessa del valore 1;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

4. normalizzazione dei valori, per ogni indicatore, in base all'intervallo definito dalle soglie, così da ottenere un nuovo punteggio compreso tra 0 e 1;
5. trasformazione dei punteggi superiori ad 1 nel valore 1 e trasformazione dei punteggi inferiori allo 0 nel valore 0;
6. Per gli indicatori “Percentuale di accessi con maggiore urgenza seguiti dal ricovero” e “Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso sul totale dei ricoveri” (più il valore è alto, meno è performante la Regione) calcolo del complemento a 1 del punteggio.
7. Somma ponderata dei punteggi ottenuti nei tre indicatori, con peso 0,4 per l'indicatore “Tempo di attesa massimo alla visita medica” e 0,3 per gli altri due indicatori.
8. Somma e successiva normalizzazione dei punteggi in modo che l'indice SDO vari tra 0 e 1.

Di seguito si rappresenta graficamente quanto descritto.



3. Risultati

Tutte le Regioni e P.A. hanno aderito alla Quarta Indagine Nazionale.

3.1 Livello Nazionale

Di seguito si riportano nella Figura n.1 gli item del Questionario con le risposte delle Regioni/P.A.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

LEGENDA	
SI	NO

Domande	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Valle D'Aosta	Veneto
AREA TEMATICA A - STRUTTURA DI BASE																					
SOTTOAREA A1 - Organizzazione e Direzione / Sistema di Governo																					
A.1.1.1 - Le Reti Regionali Tempo-Dipendenti (TD) (ictus, emergenze cardiologiche, trauma, emergenza-urgenza) sono state formalizzate attraverso un atto regionale (aspetti legislativi/leggi regionali)?																					
A.1.1.2 - E' stato istituito il coordinamento regionale delle reti tempo dipendenti?																					
A.1.10 - La Regione /P.A ha previsto la integrazione dei percorsi delle Reti TD con le strutture territoriali previste dal DM77 per i cambiamenti di setting assistenziale (da ricovero per acuzie alla riabilitazione) per ciò che concerne i processi riabilitativi?																					
A.1.11 - Le strutture fisiche (aziende, reparti ecc.) coinvolte nelle Reti possiedono i requisiti di autorizzazione e accreditamento istituzionale previsti dalla normativa nazionale/regionale (DM 19 dicembre 2022, in attuazione alle disposizioni del D. Lgs. 502/1992 sulle modalità di valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate) e in riferimento al TRAC (La rete deve essere rispondente ai requisiti normativi del TRAC- 1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie; 2. Prestazioni e servizi; 3. Aspetti strutturali; 4. Competenze del personale; 5. Comunicazione; 6. Appropriata clinica e sicurezza; 7. Processi di miglioramento e innovazione; 8. Unimizzazione)?																					
A.1.2.1 - E' definita la composizione del coordinamento della rete ictus?																					
A.1.2.2 - Per la rete ictus: sono presenti dei rappresentanti della Regione/PA?																					
A.1.2.3 - Per la rete ictus: sono presenti dei rappresentanti dei professionisti?																					
A.1.2.4 - Per la rete ictus: sono presenti dei rappresentanti delle direzioni sanitarie?																					
A.1.2.5 - Per la rete ictus: sono presenti dei rappresentanti delle società scientifiche?																					
A.1.2.6 - Per la rete ictus: sono presenti dei rappresentanti delle associazioni dei pazienti?																					
A.1.3.1 - E' definita la composizione del coordinamento della rete delle emergenze cardiologiche?																					
A.1.3.2 - Per la rete delle emergenze cardiologiche: sono presenti dei rappresentanti della Regione/PA?																					
A.1.3.3 - Per la rete delle emergenze cardiologiche: sono presenti dei rappresentanti dei professionisti?																					
A.1.3.4 - Per la rete delle emergenze cardiologiche: sono presenti dei rappresentanti delle direzioni sanitarie?																					
A.1.3.5 - Per la rete delle emergenze cardiologiche: sono presenti dei rappresentanti delle società scientifiche?																					
A.1.3.6 - Per la rete delle emergenze cardiologiche: sono presenti dei rappresentanti delle associazioni dei pazienti?																					
A.1.4.1 - E' definita la composizione del coordinamento della rete trauma?																					
A.1.4.2 - Per la rete trauma: sono presenti dei rappresentanti della Regione/PA?																					
A.1.4.3 - Per la rete trauma: sono presenti dei rappresentanti dei professionisti?																					
A.1.4.4 - Per la rete trauma: sono presenti dei rappresentanti delle direzioni sanitarie?																					
A.1.4.5 - Per la rete trauma: sono presenti dei rappresentanti delle società scientifiche?																					
A.1.4.6 - Per la rete trauma: sono presenti dei rappresentanti delle associazioni dei pazienti?																					
A.1.5.1 - E' definita la composizione del coordinamento della rete dell'emergenza-urgenza?																					
A.1.5.2 - Per la rete dell'emergenza-urgenza: sono presenti dei rappresentanti della Regione/PA?																					
A.1.5.3 - Per la rete dell'emergenza-urgenza: sono presenti dei rappresentanti dei professionisti?																					
A.1.5.4 - Per la rete dell'emergenza-urgenza: sono presenti dei rappresentanti delle direzioni sanitarie?																					
A.1.5.5 - Per la rete dell'emergenza-urgenza: sono presenti dei rappresentanti delle società scientifiche?																					
A.1.5.6 - Per la rete dell'emergenza-urgenza: sono presenti dei rappresentanti delle associazioni dei pazienti?																					
A.1.6 - E' stato nominato un coordinatore unico o per rete?																					
A.1.7 - Il Coordinamento delle Reti ha adottato/aggiornato il "Piano di Rete", condiviso e sottoscritto da tutti gli attori e periodicamente revisionato e monitorato, comprensivo di Piano strategico, Piano annuale di attività in linea con quanto previsto dal DM70/15?																					
A.1.8 - L'atto programmatico/organizzativo delle Reti TD è stato formulato sulla base dell'analisi dei fabbisogni e esiti di presa in carico?																					
A.1.9 - La Regione /P.A. ha attivato un sistema di monitoraggio e indicatori specifici per valutare i meccanismi organizzativi delle Reti?																					



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Domande	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Valle D'Aosta	Veneto
SOTTOAREA A2 - Allocazione delle risorse																					
A.2.12 - La Regione/P.A. ha formalizzato un finanziamento dedicato con relative modalità di tracciabilità (ad esempio: per funzioni governance e assistenziali)?																					
A.2.13 - La dotazione organica (quali-quantitativa) del personale di tutti i nodi della rete è coerente con i parametri/standard fissati a livello nazionale, ove già determinati?																					
A.2.14 - Nel/i piano/i di rete è stata definita la dotazione tecnologica quali-quantitativa della Rete e implementazione dei servizi, chirurgie speciali etc ove necessario?																					
A.2.15 - Il/i Piano/i di Rete prevede lo sviluppo di programmi di formazione di livello regionale (multiprofessionale e multidisciplinare) per gli operatori della rete che comprendano lo sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità di organizzazione e gestione (networking ed attività di Rete), (la programmazione regionale della formazione anche ECM è elemento basilare per il mantenimento ed il miglioramento delle competenze tecnico professionali ed organizzative dei professionisti della rete; le attività vanno programmate annualmente in base alla rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi, alle criticità ed agli obiettivi della rete)?																					
AREA TEMATICA B - MECCANISMI OPERATIVI																					
SOTTOAREA B1 - Percorso del paziente																					
B.1.16 - Sono stati definiti e applicati i criteri per la presa in carico dei pazienti che accedono alla Rete Ictus (standard delle stroke unit) in ottemperanza al DM 70/15?																					
B.1.17 - Sono stati definiti e applicati i criteri per la presa in carico dei pazienti che accedono alla Rete Cardiologica per l'emergenza in ottemperanza al DM 70/15?																					
B.1.18 - Sono stati definiti i criteri dei centri per la presa in carico dei pazienti che accedono alla Rete Trauma in ottemperanza al DM 70/15?																					
B.1.19 - Sono stati definiti i criteri dei centri per la presa in carico dei pazienti che accedere alla Rete Emergenza - Urgenza in ottemperanza al DM 70/15?																					
B.1.20 - Sono presenti figure professionali con funzioni di coordinamento e di facilitazione nel passaggio ai vari setting assistenziali ospedale e territorio (case manager), ospedale-ospedale, territorio-territorio, ecc., adeguate al fabbisogno?																					
SOTTOAREA B2 - Processi assistenziali: PDTA/clinical pathway																					
B.2.21 - Nel Piano di ciascuna delle Reti TD sono individuati i principali PDTA regionali da implementare nella rete (Specificare quali PDTA sono stati individuati e definiti)?																					
B.2.22.1 - Per i PDTA regionali individuati, sono indicati per ciascuna delle Reti i sottopercorsi inerenti: a) I criteri di gravità del quadro clinico del paziente?																					
B.2.22.2 - Per i PDTA regionali individuati, sono indicati per ciascuna delle Reti i sottopercorsi inerenti: b) I pathway e le Linee guida di riferimento?																					
B.2.22.3 - Per i PDTA regionali individuati, sono indicati per ciascuna delle Reti i sottopercorsi inerenti: c) Le flow chart del percorso?																					
B.2.22.4 - Per i PDTA regionali individuati, sono indicati per ciascuna delle Reti i sottopercorsi inerenti: d) La descrizione, per ciascuna fase del percorso, delle categorie assistenziali principali (valutazione clinica, accertamenti, trattamenti, educazione paziente, gestione rischio clinico, ecc.) con la specificazione delle professionalità che devono sviluppare le diverse attività?																					
B.2.22.5 - Per i PDTA regionali individuati, sono indicati per ciascuna delle Reti i sottopercorsi inerenti: e) Gli indicatori di processo, di volume e di esito clinico con i relativi standard di riferimento?																					
B.2.23 - Nei PDTA, in particolare per cardio, ictus e trauma, sono formalizzati e attuati i protocolli di integrazione ospedale-territorio e socio-sanitari (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) per la fase post- acuta (riabilitazione)?																					
B.2.24 - I Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) sono definiti e applicati con la condivisione dei professionisti ospedalieri e territoriali (Indicare nelle note in fondo alla presente sezione le modalità di condivisione multiprofessionale e multidisciplinare)?																					
B.2.25 - E' presente un Programma di peer review (audit interno) annuale interdisciplinare/interprofessionale per la valutazione del grado di applicazione dell'Assigned Pathway e aggiornamento e che analizi eventuali motivi di scostamento dal PDTA stesso (il coordinamento della rete si riunisce e valuta l'aderenza al PDTA)?																					
B.2.26 - Vi è evidenza della presenza di rapporti inter-regionali e/o inter-istituzionali (esempio: accordi di confine)? (In alcune condizioni territoriali ed organizzative può essere necessario, al fine di non interrompere il percorso del paziente, prevedere collegamenti /relazioni interregionali ed inter istituzionali ad esempio nei casi di mobilità di confine)																					



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Domande	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Valle D'Aosta	Veneto
AREA TEMATICA C - PROCESSI SOLIDI																					
SOTTOAREA C1 - Operatori sanitari																					
C.1.27 - E' previsto il Coinvolgimento dei professionisti nella valutazione della rete con particolare riferimento all'integrazione delle varie componenti dei servizi nei PDTA?																					
C.1.28 - E' eseguita una valutazione della qualità dell'assistenza e del benessere dei professionisti?																					
C.1.29 - La rete promuove meccanismi di diffusione dei risultati della presa in carico dei pazienti presso le singole strutture con il coinvolgimento dei professionisti nell'analisi degli output?																					
SOTTOAREA C2 - Comunicazione e trasparenza																					
C.2.30 - Nel sito web della Regione/P.A. sono presenti o previste indicazioni su punti di accesso, servizi, PDTA, centri di riferimento per patologia?																					
C.2.31 - Nel sito web della Regione/P.A. sono previsti i link che indirizzano alle aziende sanitarie coinvolte nelle singole reti TD?																					
C.2.32.1 - La Regione/P.A. in merito alle patologie trattate dalle reti TD, prevede modalità di comunicazione e informazione rivolte ai cittadini rispetto a: Contatti (indirizzi, numeri telefonici) e informazioni circa le strutture?																					
C.2.32.2 - La Regione/P.A. in merito alle patologie trattate dalle reti TD, prevede modalità di comunicazione e informazione rivolte ai cittadini rispetto a: Informazioni sui servizi?																					
C.2.32.3 - La Regione/P.A. in merito alle patologie trattate dalle reti TD, prevede modalità di comunicazione e informazione rivolte ai cittadini rispetto a: Campagne di sensibilizzazione?																					
C.2.32.4 - La Regione/P.A. in merito alle patologie trattate dalle reti TD, prevede modalità di comunicazione e informazione rivolte ai cittadini rispetto a: Brochure informative?																					
C.2.32.5 - La Regione/P.A. in merito alle patologie trattate dalle reti TD, prevede modalità di comunicazione e informazione rivolte ai cittadini rispetto a: Iniziative di prevenzione?																					
C.2.33.1 - Vengono descritte le modalità con cui sono resi pubblici i risultati dati/informazioni relativi a: a) attività della Rete (volumi ed esiti)?																					
C.2.33.2 - Vengono descritte le modalità con cui sono resi pubblici i risultati dati/informazioni relativi a: b) qualità percepita?																					
C.2.33.3 - Vengono descritte le modalità con cui sono resi pubblici i risultati dati/informazioni relativi a: c) umanizzazione dell'assistenza?																					
C.2.33.4 - Vengono descritte le modalità con cui sono resi pubblici i risultati dati/informazioni relativi a: d) azioni di miglioramento?																					
C.2.33.5 - Vengono descritte le modalità con cui sono resi pubblici i risultati dati/informazioni relativi a: e) coinvolgimento delle associazioni di pazienti o cittadini (In un'ottica di trasparenza e di accountability debbono essere resi pubblici i dati raccolti e le eventuali azioni di miglioramento intraprese nonché l'efficacia delle stesse. Indicare nelle note in fondo alla presente sezione le modalità con le quali viene garantita la diffusione delle informazioni/dati)?																					
AREA TEMATICA D - RISULTATI E MONITORAGGIO																					
D.1.34 - E' previsto un sistema formalizzato di monitoraggio e valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati nonché dei meccanismi di integrazione/continuità assistenziale delle Reti TD?																					
D.1.35 - E' previsto un sistema formalizzato di monitoraggio e valutazione della efficienza e produttività (esiti) delle prestazioni/servizi erogati nonché dei meccanismi di integrazione/continuità assistenziale delle Reti TD?																					
D.1.36 - In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, la Regione/PA ha in maniera strutturata indicato delle misure correttive?																					
D.1.37 - Vi è evidenza dell'uso di un sistema standardizzato di codifica in linea con i sistemi riconosciuti a livello nazionale o internazionale (ad esempio, ICD e codici integrativi) anche in previsione dell'interconnessione dei flussi per seguire il percorso del paziente nelle reti?																					



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Domande	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Valle D'Aosta	Veneto
AREA TEMATICA E - APPROFONDIMENTO RETE ICTUS																					
E.1.38 - I bacini di popolazione sono congrui a quanto stabilito nel DM 70/15 rispetto alle unità di neuroradiologia presenti sul territorio (min 1- max 2 milione di abitanti per unità)?																					
E.1.39 - I bacini di popolazione sono congrui a quanto stabilito nel DM 70/15 rispetto alle unità di neurochirurgia presenti sul territorio (min 0,6- max 1,2 milione di abitanti per unità)?																					
E.1.40 - I bacini di popolazione sono congrui a quanto stabilito nel DM 70/15 rispetto alle unità di neurologia presenti sul territorio (min 0,15- max 0,3 milione di abitanti per unità)?																					
E.1.41 - I bacini di popolazione sono congrui a quanto stabilito nel DM 70/15 rispetto alle unità di neurochirurgia pediatrica presenti sul territorio (min 4- max 6 milioni di abitanti per unità)?																					
E.1.42 - I bacini di popolazione sono congrui a quanto stabilito nel DM 70/15 rispetto alle unità di neuroriabilitazione presenti sul territorio (min 0,6- max 1,2 milione di abitanti per unità)?																					
E.1.43 - E' presente e utilizzata una checklist per il personale 118 per il riconoscimento rapido ictus (es. FAST test o Cincinnati)?																					
E.1.44 - E' presente e attivo un sistema di prenotifica dall'ambulanza del 118 per il PS?																					
E.1.45 - E' presente e attivo un sistema di prenotifica dall'ambulanza del 118 per il neurologo vascolare (es. codice ictus)?																					
E.1.46 - E' presente un sistema di telemedicina tra ospedali (consulenza specialistica a distanza neurologica/neuroradiologica/neurochirurgica)?																					
E.1.47 - E' prevista una rivalutazione formale dell'outcome con trasmissione strutturata del dato a 3-6-12 mesi (es. Barthel e/o mRankin)?																					
E.1.48 - E' previsto e utilizzato dall'utenza il percorso neuroriabilitativo dedicato ai pazienti post-ictus (come indicato nel DM 77/2022)?																					
E.1.49 - E' monitorato il numero di posti letto di neuroriabilitazione (cod.75) attivi?																					
E.1.50 - E' monitorato il numero di posti letto di stroke unit attivi?																					
E.1.51 - E' stata adottata la SDO-R?																					
AREA TEMATICA F - APPROFONDIMENTO RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA																					
F.1.52 - I bacini di popolazione sono congrui a quanto stabilito nel DM 70/15 rispetto alle unità di emodinamica presenti sul territorio (min 0,3- max 0,6 milione di abitanti per unità)?																					
F.1.53 - I bacini di popolazione sono congrui a quanto stabilito nel DM 70/15 rispetto alle unità di cardiologia presenti sul territorio (min 0,6- max 1,2 milione di abitanti per unità)?																					
F.1.54 - I bacini di popolazione sono congrui a quanto stabilito nel DM 70/15 rispetto alle unità di cardiologia presenti sul territorio (min 0,15- max 0,3 milione di abitanti per unità)?																					
F.1.55 - I bacini di popolazione sono congrui a quanto stabilito nel DM 70/15 rispetto alle unità coronariche nell'ambito della cardiologia presenti sul territorio (min 0,15- max 0,3 milione di abitanti per unità)?																					
F.1.56 - I bacini di popolazione sono congrui a quanto stabilito nel DM 70/15 rispetto alle unità di cardiologia pediatrica presenti sul territorio (min 4- max 6 milioni di abitanti per unità)?																					
F.1.57 - E' presente un sistema di teletrasmissione dell'ECG da parte del 118?																					
F.1.58 - E' presente un percorso codificato di fast-track con accesso diretto in sala di emodinamica del paziente con diagnosi di IMA-STEMI effettuata attraverso la teletrasmissione dal 118?																					
F.1.59 - E' presente e attivo un sistema di prenotifica per il cardiologo in UTIC?																					
F.1.60 - E' stata adottata la SDO-R?																					
AREA TEMATICA G - APPROFONDIMENTO RETE TRAUMA																					
G.1.61 - E' presente e attivo un sistema di prenotifica per il PS per la gestione del politrauma?																					
G.1.62 - E' presente e attivo un sistema di prenotifica per il rianimatore (o altro team leader nella gestione del politrauma)?																					
G.1.63 - La copertura dell'intera Regione/P.A. è garantita dai mezzi di soccorso sia su strada che elisoccorso sanitario?																					
G.1.64 - E' stata adottata la SDO-R?																					

Figura 1. Rappresentazione generale regionale – item del Questionario



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1 Questionario di rilevazione e valutazione

3.1.1.1 Governance della Programmazione delle Reti – aspetti generali

Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le 4 Aree Tematiche del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi, Processi sociali, Risultati e monitoraggio*), espressi come valore sintetico delle singole aree considerate che varia da 0 a 1.

La Figura 2 identifica con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. con migliore organizzazione di rete (verde) rispetto a quelle con minore (rosso).

Tabella Governance programmazione reti

Regione/P.A.	Governance programmazione reti- aspetti generali
LIGURIA	1
TOSCANA	1
VENETO	0,99
CAMPANIA	0,97
MARCHE	0,96
EMILIA-ROMAGNA	0,93
P.A. TRENTO	0,92
LOMBARDIA	0,91
LAZIO	0,91
FRIULI-VENEZIA GIULIA	0,89
SICILIA	0,88
PUGLIA	0,76
P.A. BOLZANO	0,72
VALLE D'AOSTA	0,67
UMBRIA	0,65
ABRUZZO	0,52
CALABRIA	0,47
PIEMONTE	0,45
BASILICATA	0,39
MOLISE	0,37
SARDEGNA	0,29

Cartografia Governance programmazione reti

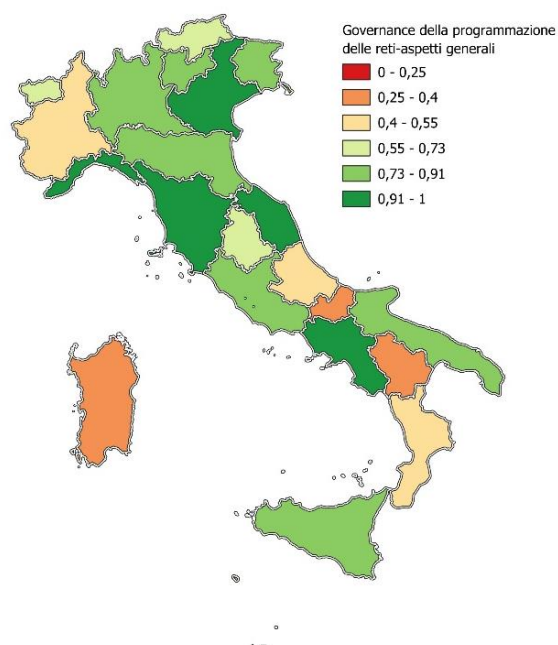


Figura 2. Esiti risposte 4 aree tematiche Questionario



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2 Approfondimenti programmatori per Rete

3.1.1.2.1 Approfondimento Rete Cardiologica- indice RTD Cardio

Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B sulla rete cardiologica ed F del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi e Approfondimenti Rete Cardiologica per l'Emergenza*), espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

La Figura 3 identifica con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. con migliore organizzazione di rete (verde) rispetto a quelle con minore (rosso).

Tabella Governance rete cardiologica

Regione/P.A.	Indice RTD Cardio
CAMPANIA	1
FRIULI-VENEZIA GIULIA	1
LAZIO	1
MARCHE	0,96
VALLE D'AOSTA	0,96
EMILIA-ROMAGNA	0,89
PIEMONTE	0,89
P.A. TRENTO	0,89
PUGLIA	0,89
VENETO	0,89
BASILICATA	0,86
TOSCANA	0,86
LIGURIA	0,82
LOMBARDIA	0,82
SICILIA	0,77
SARDEGNA	0,75
UMBRIA	0,75
P.A. BOLZANO	0,73
MOLISE	0,66
ABRUZZO	0,63
CALABRIA	0,63

Cartografia Governance rete cardiologica

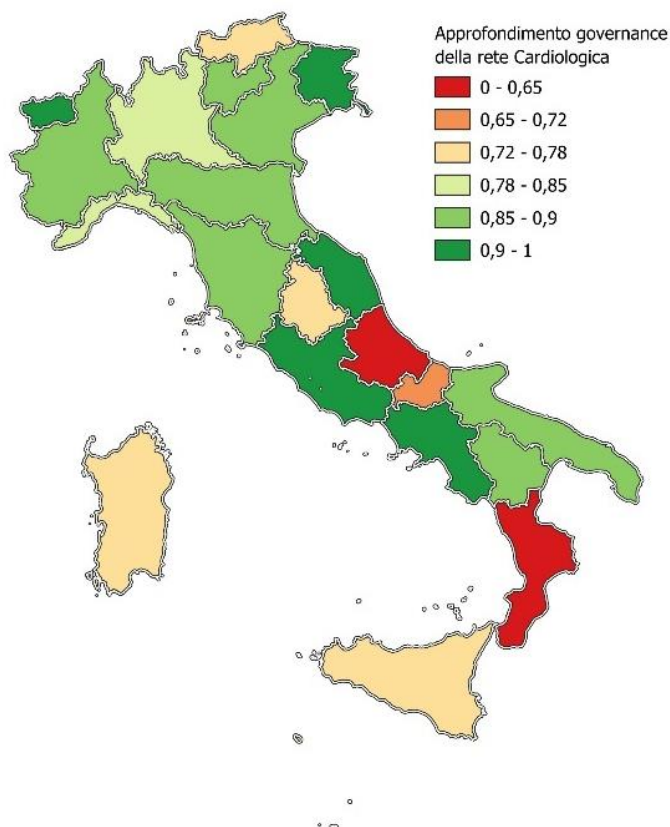


Figura 3. Esiti risposte approfondimento Governance rete cardiologica



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.2 Approfondimento Rete Ictus- indice RTD Ictus

Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B sulla rete ictus ed E del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi e Approfondimenti Rete Ictus*), espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

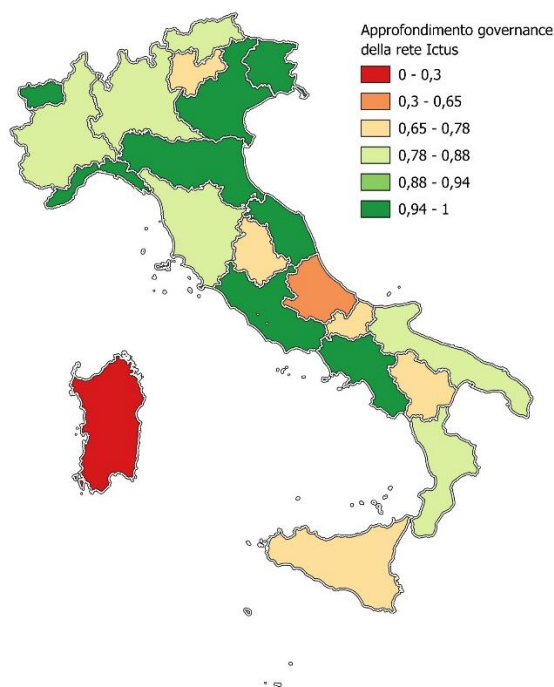
La Figura 4 identifica con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. con migliore organizzazione di rete (verde) rispetto a quelle con minore (rosso).

Tabella Governance rete ictus

Regione/P.A.	Indice RTD Ictus
CAMPANIA	1
EMILIA-ROMAGNA	1
FRIULI-VENEZIA GIULIA	1
LAZIO	1
MARCHE	1
VENETO	1
LIGURIA	0,97
VALLE D'AOSTA	0,96
PUGLIA	0,87
TOSCANA	0,87
CALABRIA	0,86
PIEMONTE	0,86
P.A. BOLZANO	0,86
LOMBARDIA	0,84
P.A. TRENTO	0,77
SICILIA	0,77
UMBRIA	0,77
BASILICATA	0,74
MOLISE	0,74
ABRUZZO	0,64
SARDEGNA	0,27

Figura 4.

Cartografia Governance rete ictus



Esiti risposte approfondimento Governance rete ictus



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.3 Approfondimento Rete Trauma- indice RTD Trauma

Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B sulla rete trauma e G del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi e Approfondimenti Rete Trauma*) espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

La Figura 5 identificano con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. con migliore organizzazione di rete (verde) rispetto a quelle con minore (rosso).

Tabella Governance rete trauma

Regione/P.A.	Indice RTD Trauma
CAMPANIA	1
MARCHE	1
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,90
BASILICATA	0,89
LAZIO	0,89
LIGURIA	0,89
PIEMONTE	0,89
PUGLIA	0,89
TOSCANA	0,89
VALLE D'AOSTA	0,89
VENETO	0,89
LOMBARDIA	0,77
P.A. TRENTO	0,77
SICILIA	0,77
UMBRIA	0,77
MOLISE	0,72
P.A. BOLZANO	0,72
CALABRIA	0,66
ABRUZZO	0,61
EMILIA ROMAGNA	0,31
SARDEGNA	0,31

Cartografia Governance rete trauma

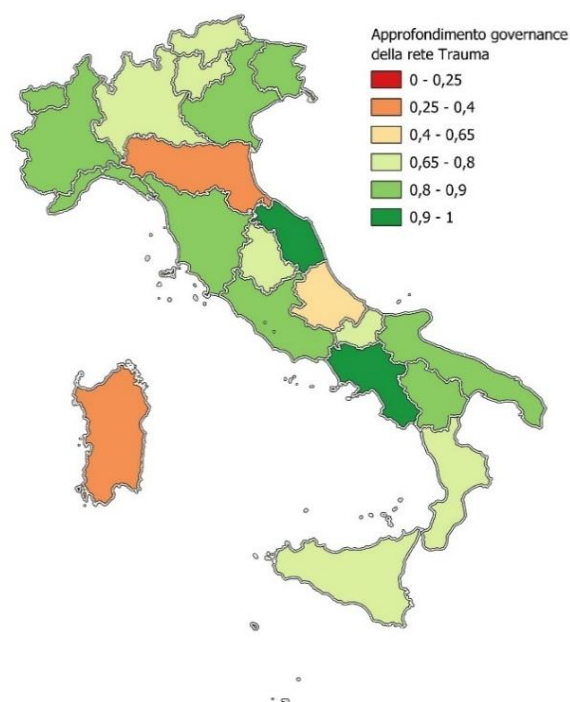


Figura 5. Esiti risposte approfondimento Governance rete trauma



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.4 Approfondimento Rete Emergenza-Urgenza- indice RTD Emur

Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi*) sulla Rete emergenza-urgenza, espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

La Figura 6 identifica con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. con migliore organizzazione di rete (verde) rispetto a quelle con minore (rosso).

Tabella Governance rete emergenza-urgenza

Regione/P.A.	Indice RTD Emur
CAMPANIA	1
LIGURIA	1
MARCHE	1
LOMBARDIA	0,86
PIEMONTE	0,86
EMILIA-ROMAGNA	0,71
FRIULI-VENEZIA GIULIA	0,71
LAZIO	0,71
MOLISE	0,71
P.A. BOLZANO	0,71
PUGLIA	0,71
SARDEGNA	0,71
SICILIA	0,71
TOSCANA	0,71
UMBRIA	0,71
VALLE D'AOSTA	0,71
VENETO	0,71
ABRUZZO	0,57
CALABRIA	0,57
P.A. TRENTO	0,43
BASILICATA	0,00

Cartografia Governance rete emergenza-urgenza

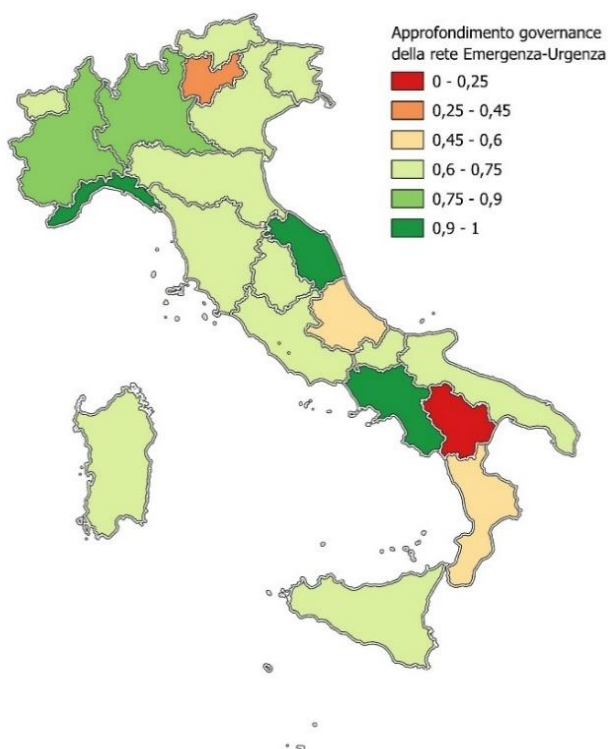


Figura 6. Esiti risposte approfondimento Governance rete emergenza-urgenza



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2 Indicatori

Di seguito sono rappresentati in forma tabellare e cartografica, per ciascuna rete, i volumi e gli esiti degli indicatori calcolati per ogni Regione/P.A. per l'anno 2023. Inoltre, è presente uno specifico approfondimento sulle Stroke Unit per la rete ictus.

3.1.2.1 Rete Cardiologica

3.1.2.1.1 Indicatori di volume

3.1.2.1.1.1 Volume di ricoveri per IMA, volume di ricoveri per PTCA, volume di ricoveri per BPAC

Regione/P.A.	Volume di ricoveri per IMA	Volume di ricoveri per PTCA	Volume di ricoveri per interventi di BPAC
Abruzzo	2.632	2.483	437
Basilicata	863	1.149	128
Calabria	3.924	3.667	382
Campania	9.625	13.435	1.547
Emilia-Romagna	9.079	9.430	1.017
Friuli Venezia Giulia	3.029	1.908	390
Lazio	8.355	13.876	1.569
Liguria	3.108	3.775	201
Lombardia	16.913	27.626	1.823
Marche	2.817	2.425	290
Molise	405	900	141
Piemonte	8.319	13.140	689
P.A. Bolzano	976	728	
P.A. Trento	931	872	107
Puglia	7.433	8.504	1.003
Sardegna	2.741	2.502	258
Sicilia	9.161	10.934	1.054
Toscana	7.110	7.504	756
Umbria	1.829	1.900	114
Valle d 'Aosta	287	548	
Veneto	7.422	9.567	965
ITALIA	106.959	136.873	12.871

Figura 7. Volumi di ricoveri per IMA, PTCA, interventi di BPAC. Fonte: PNE 2023

Nei volumi della rete cardiologica, viene considerata l'erogazione della prestazione come da PNE.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.1.2 Indicatori compresi nell'Indice SDO Cardio

3.1.2.1.2.1 Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 90' dal ricovero

Regione/P.A.	Nr. di episodi per IMA STEMI	Nr. Di episodi per IMA STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90'	Tasso grezzo	Tasso Adj	P-Value
ABRUZZO	714	406	56,9%	58,2%	0,2601
BASILICATA	229	101	44,1%	43,4%	<0,05
CALABRIA	1.009	501	49,7%	49,2%	<0,05
CAMPANIA	3.431	1.658	48,3%	48,2%	<0,05
EMILIA ROMAGNA	2.613	1.611	61,7%	62,6%	<0,05
FRIULI V.G.	693	307	44,3%	44,9%	<0,05
LAZIO	2.894	1.763	60,9%	60,5%	<0,05
LIGURIA	1.156	504	43,6%	44,2%	<0,05
LOMBARDIA	5.850	3.278	56,0%	54,4%	<0,05
MARCHE	727	388	53,4%	54,6%	0,4292
MOLISE	182	94	51,6%	52,0%	0,2976
P.A. BOLZANO	321	172	53,6%	53,4%	0,3584
P.A. TRENTO	218	136	62,4%	62,1%	0,0637
PIEMONTE	2.657	1.710	64,4%	64,5%	<0,05
PUGLIA	1.995	1.123	56,3%	57,4%	0,2853
SARDEGNA	1.076	451	41,9%	42,3%	<0,05
SICILIA	2.854	1.634	57,3%	57,1%	0,3033
TOSCANA	2.367	1.287	54,4%	55,9%	0,8094
UMBRIA	647	354	54,7%	55,7%	0,8156
VALLE D'AOSTA	133	81	60,9%	60,2%	0,3306
VENETO	2.137	1.474	69,0%	68,9%	<0,05
ITALIA	33.903	19.033	56,1%		

Figura 8. Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 90' dal ricovero. Fonte: PNE 2023

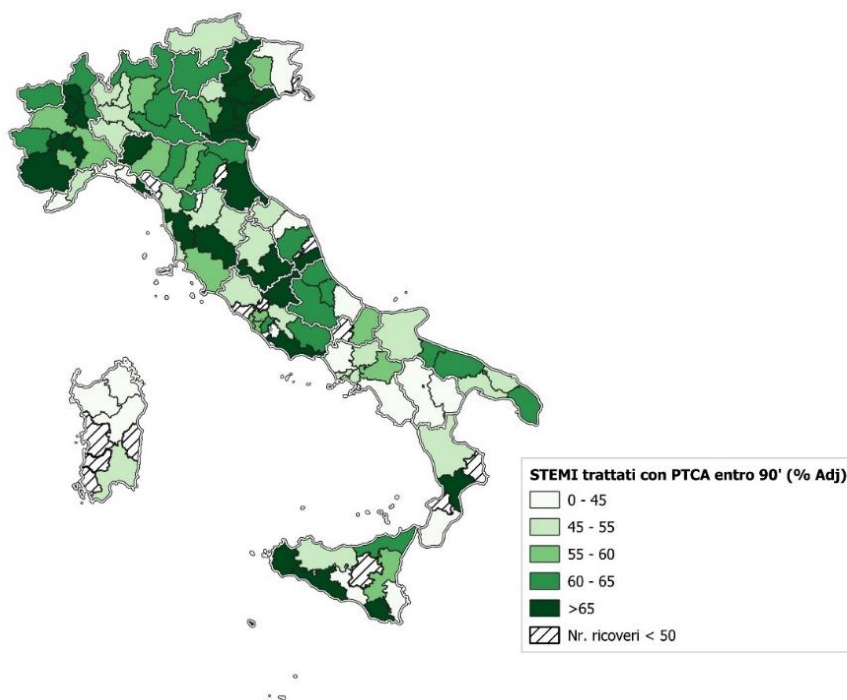


Figura 9. Cartografia IMA STEMI trattati con PTCA entro 90' dal ricovero (%) per area territoriale



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La proporzione di pazienti con infarto miocardico acuto STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti dal ricovero è un indicatore chiave di tempestività nell'assistenza. Il DM 70/2015 prevede il raggiungimento minimo del 60%, mentre secondo i dati ESC (società cardiologica europea) e del Registro GISE (società italiana di cardiologia interventistica), occorrerebbe superare il 65% dei casi.

In Italia, la media si attesta al 56,1%, avvicinandosi alla soglia minima del 60% stabilita dal DM 70/2015. Solo alcune Regioni raggiungono regolarmente la soglia.

3.1.2.1.2.2 Mortalità a 30 giorni dal ricovero per IMA

Regione/P.A.	Nr. episodi di IMA	Nr.episodi di IMA, in cui il paziente risulta deceduto entro 30 gg dal ricovero	Tasso grezzo	Tasso Adj	P-Value
ABRUZZO	1.845	153	8,3%	7,0%	0,9078
BASILICATA	724	48	6,6%	6,5%	0,6946
CALABRIA	2.670	180	6,7%	7,8%	0,6188
CAMPANIA	6.960	513	7,4%	8,3%	0,3747
EMILIA ROMAGNA	6.184	392	6,3%	5,6%	0,1642
FRIULI V.G.	1.761	148	8,4%	5,6%	0,2032
LAZIO	6.565	452	6,9%	7,5%	0,7959
LIGURIA	2.427	191	7,9%	6,5%	0,6428
LOMBARDIA	12.240	843	6,9%	7,5%	0,7857
MARCHE	1.954	137	7,0%	5,8%	0,2977
MOLISE	313	21	6,7%	7,7%	0,7913
PA BOLZANO	543	40	7,4%	6,1%	0,5223
PA TRENTO	474	40	8,4%	8,3%	0,5130
PIEMONTE	5.960	441	7,4%	7,6%	0,7119
PUGLIA	5.039	389	7,7%	7,6%	0,7162
SARDEGNA	2.091	138	6,6%	5,7%	0,2355
SICILIA	6.510	519	8,0%	9,0%	0,1909
TOSCANA	5.076	278	5,5%	4,7%	<0,05
UMBRIA	1.278	73	5,7%	4,7%	<0,05
VALLE D'AOSTA	254	17	6,7%	6,9%	0,9008
VENETO	5.638	445	7,9%	7,5%	0,7685
ITALIA	76.506	5.458	7,1%		

Figura 10. Mortalità a 30 gg dal ricovero per IMA. Fonte: PNE 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

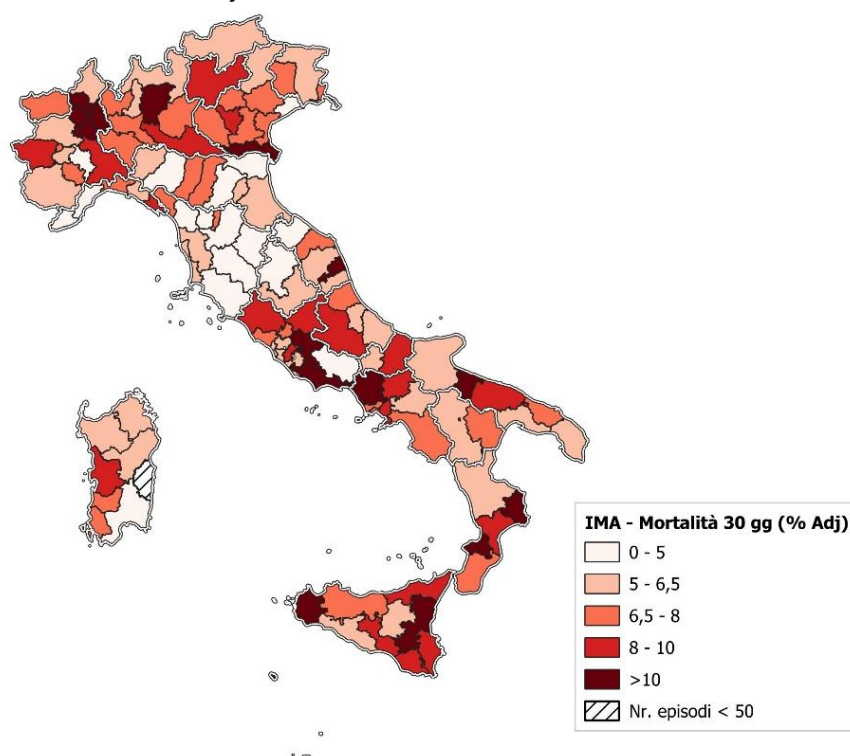


Figura 11. Cartografia Mortalità a 30 gg dal ricovero per IMA per area territoriale

La mortalità a 30 giorni dal ricovero per Infarto Miocardico Acuto (IMA) è un indicatore chiave della qualità dell'assistenza cardiologica e varia in base a diversi fattori, tra cui la tempestività della diagnosi e del trattamento, l'età del paziente, le comorbidità e la tipologia dell'infarto (STEMI o NSTEMI).

Considerando lo standard di Mortalità a 30-gg dal ricovero per IMA < 8% (Ref: Widimsky P et al, *A joint project between EAPCI, Euro-PCR, EUCOMED and the ESC Working Group on Acute Cardiac Care. EuroIntervention* 2009;4(5):555,557 -Greco C. et al. *Trends in mortality and heart failure after acute myocardial infarction in Italy from 2001 to 2011 International Journal of Cardiology* 184 (2015) 115–121) il tasso grezzo a livello nazionale si attesta ampiamente entro lo standard.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.1.2.3 Mortalità a 30 giorni dall'intervento di BPAC

Regione/P.A.	Ricoveri con esecuzione di BPAC isolato	Ricoveri con esecuzione di BPAC isolato, in cui il paziente risulta deceduto entro 30 gg dalla data dell'intervento	Tasso grezzo	Tasso Adj	P-Value
ABRUZZO	746	18	2,41	1,93	0,79
BASILICATA	250	N.D.*	0,40	0,53	0,22
CALABRIA	664	12	1,81	1,51	0,56
CAMPANIA	2.884	71	2,46	1,99	0,49
EMILIA-ROMAGNA	1.862	30	1,61	1,60	0,55
FRIULI-VENEZIA GIULIA	722	5	0,69	0,54	<0,05
LAZIO	2.803	46	1,64	2,04	0,42
LIGURIA	395	6	1,52	1,68	0,86
LOMBARDIA	3.467	64	1,85	2,09	0,26
MARCHE	540	3	0,56	0,60	0,06
MOLISE	254	3	1,18	1,64	0,87
P.A. TRENTO	195	6	3,08	2,50	0,44
PIEMONTE	1.245	15	1,20	1,11	0,07
PUGLIA	1.859	42	2,26	2,06	0,41
SARDEGNA	459	12	2,61	2,47	0,29
SICILIA	1.959	59	3,01	3,02	<0,05
TOSCANA	1.466	8	0,55	0,46	<0,05
UMBRIA	239	9	3,77	3,96	<0,05
VENETO	1.919	21	1,09	1,40	0,25
ITALIA	23.928	431	1,80		

Figura 12. Mortalità a 30 gg dall'intervento di BPAC. Fonte: PNE calcolato per il biennio 2022-2023

*N.D.: dato non divulgabile

Per la P.A. Bolzano e la Regione Valle d'Aosta i tassi non sono calcolati per assenza di volumi.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

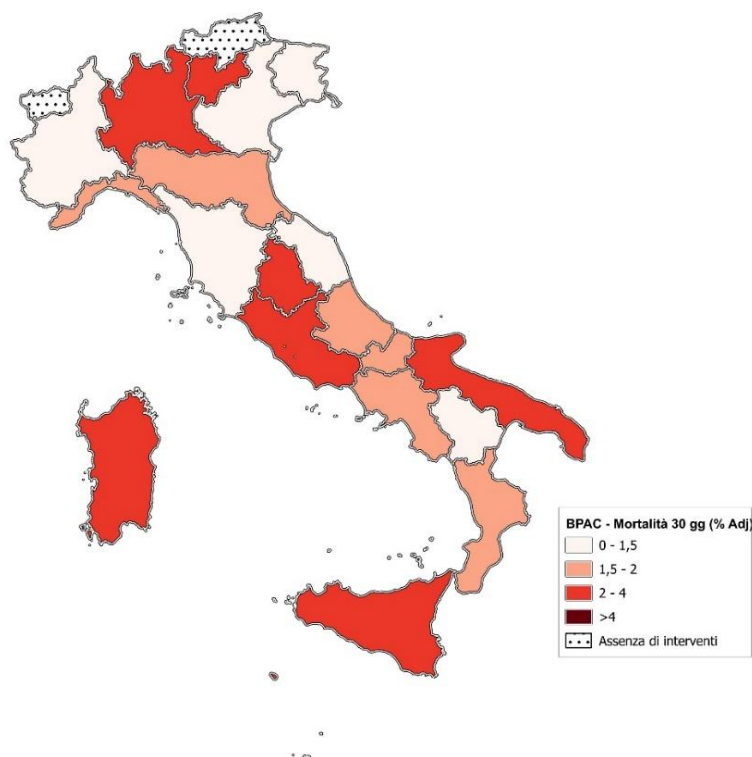


Figura 13. Cartografia Mortalità a 30 gg dall'intervento di BPAC (%Adj) per Regione/P.A.

In relazione al DM n. 70/2015, che per gli interventi di By-pass aorto-coronarico isolato, riporta una soglia massima di mortalità aggiustata per gravità pari al 4%, sebbene tutte le Regioni/P.A. raggiungano lo standard, si nota una difformità regionale con Regioni molto più performanti.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.1.3 Indicatori non compresi nell'Indice SDO Cardio

3.1.2.1.3.1 Individuazione dei “pazienti ad alto rischio ischemico residuo”

Regione/P.A.	Pazienti con diagnosi principale IMA STEMI o NSTEMI	Pazienti con diagnosi principale IMA STEMI o NSTEMI ad alto rischio	Tasso grezzo	Tasso Adj*	P-Value
ABRUZZO	2.145	588	27,41%	27,20%	<0,001
BASILICATA	828	178	21,50%	21,43%	<0,001
CALABRIA	3.405	938	27,55%	28,16%	<0,001
CAMPANIA	8.371	2.050	24,49%	25,44%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	7.302	1.398	19,15%	18,70%	<0,001
FRIULI V.G.	2.268	484	21,34%	20,68%	<0,001
LAZIO	7.531	1.619	21,50%	21,66%	<0,001
LIGURIA	2.704	524	19,38%	18,87%	<0,001
LOMBARDIA	14.015	1.483	10,58%	10,52%	<0,001
MARCHE	2.415	646	26,75%	26,32%	<0,001
MOLISE	377	100	26,53%	26,96%	<0,001
PA BOLZANO	656	47	7,16%	7,05%	<0,001
PA TRENTO	703	45	6,40%	6,26%	<0,001
PIEMONTE	6.801	1.071	15,75%	15,48%	<0,001
PUGLIA	6.038	1.495	24,76%	24,87%	<0,001
SARDEGNA	2.491	561	22,52%	22,46%	<0,001
SICILIA	7.868	2.023	25,71%	26,15%	<0,001
TOSCANA	5.807	1.384	23,83%	23,36%	<0,001
UMBRIA	1.527	195	12,77%	12,48%	<0,001
VALLE D'AOSTA	265	28	10,57%	10,62%	<0,001
VENETO	6.529	947	14,50%	14,21%	<0,001
ITALIA	90.046	17.804	19,77%		

Figura 14. Proporzione di pazienti ad alto rischio rispetto al totale dei ricoveri per sindrome coronarica acuta. Fonte: SDO 2023

*aggiustamento per genere ed età



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

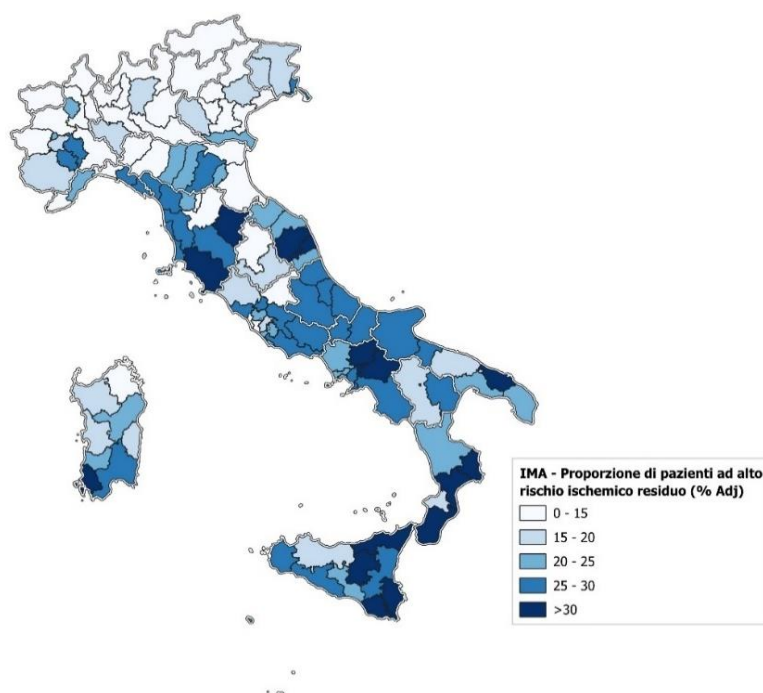


Figura 15. Cartografia Proporzione di pazienti ad alto rischio ischemico residuo (%Adj) per area territoriale

Considerata l'ampia variabilità del valore dell'indicatore tra le Regioni/P.A. non si ritiene che in questo momento l'indicatore possa fornire un orientamento in quanto la selezione della coorte è influenzata dalla non corretta compilazione della SDO in relazione alle comorbidità con conseguente difformità tra le Regioni e P.A..



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.1.3.2 Invio a programma di cardiologia riabilitativa (CR) degenziale o ambulatoriale

Regione/P.A.	Nr. di episodi di sindrome coronarica acuta o insufficienza cardiaca in pazienti con alto rischio ischemico residuo	Nr. di episodi di sindrome coronarica acuta o insufficienza cardiaca in pazienti con alto rischio ischemico residuo indirizzati in riabilitazione	Tasso grezzo	Tasso Adj*	P-Value
ABRUZZO	1.463	215	14,70%	14,72%	<0,001
BASILICATA	556	32	5,76%	5,69%	<0,001
CALABRIA	2.146	306	14,26%	14,49%	<0,001
CAMPANIA	5.102	487	9,55%	9,87%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	4.676	909	19,44%	19,12%	<0,001
FRIULI V.G.	1.269	168	13,24%	13,28%	<0,001
LAZIO	4.962	686	13,83%	13,80%	<0,001
LIGURIA	1.556	305	19,60%	19,45%	<0,001
LOMBARDIA	5.408	1.213	22,43%	22,49%	<0,001
MARCHE	1.814	242	13,34%	13,20%	<0,001
MOLISE	521	35	6,72%	6,72%	<0,001
PA BOLZANO	306	85	27,78%	27,09%	<0,001
PA TRENTO	357	93	26,05%	25,38%	<0,001
PIEMONTE	3.180	682	21,45%	21,54%	<0,001
PUGLIA	4.329	485	11,20%	11,29%	<0,001
SARDEGNA	1.334	57	4,27%	4,32%	<0,001
SICILIA	5.443	434	7,97%	8,06%	<0,001
TOSCANA	4.184	386	9,23%	9,16%	<0,001
UMBRIA	818	91	11,12%	10,92%	<0,001
VALLE D'AOSTA	83	19	22,89%	22,64%	<0,001
VENETO	3.712	557	15,01%	14,81%	<0,001
ITALIA	53.219	7.487	14,07%		

Figura 16. Proporzione di ricoveri di pazienti cardiologici ad alto rischio ischemico residuo indirizzati alla riabilitazione cardiologica.

Fonte: SDO 2023

*aggiustamento per genere ed età

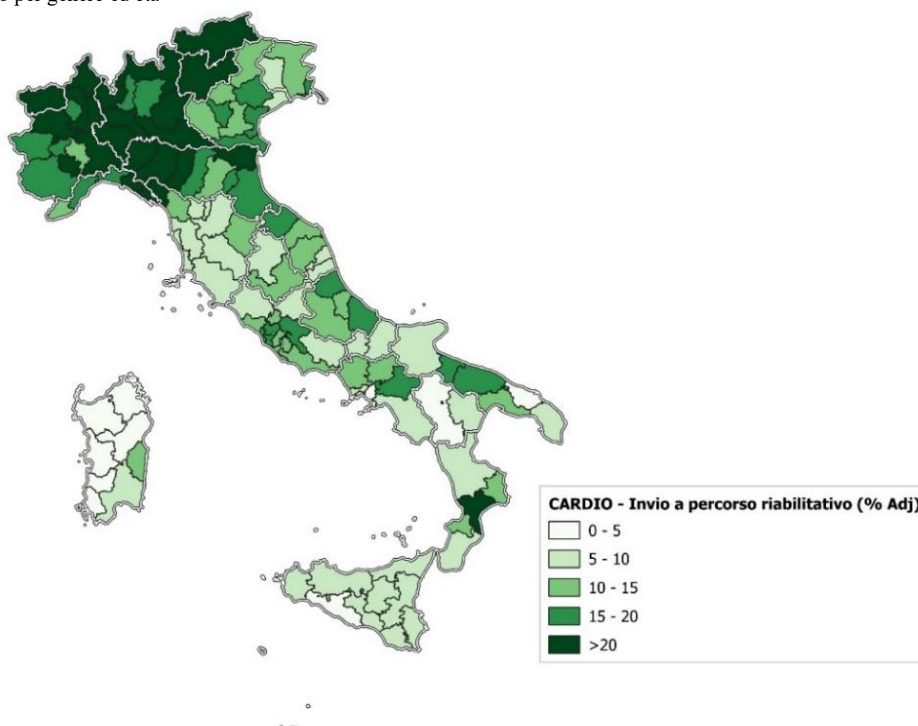


Figura 17. Cartografia Proporzione di ricoveri di pazienti cardiologici ad alto rischio ischemico residuo indirizzati alla riabilitazione cardiologica (% Adj) per area territoriale



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Considerata l'ampia variabilità dei risultati, rispetto all'anno precedente si nota un lieve miglioramento. Ciò supportato dal fatto che la SDO-R nel 2023 fosse ancora in fase sperimentale in alcune regioni, per cui la registrazione e codifica dell'invio del paziente a riabilitazione degenziale e/o ambulatoriale, non è sempre un dato certo.

Il numero di episodi di sindrome coronarica acuta e di insufficienza cardiaca a livello nazionale appare troppo elevato rispetto a quello inviato a percorso riabilitativo.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.2 Rete Ictus

3.1.2.2.1 Indicatori di volume

3.1.2.2.1.1 Volume totale di ictus ischemici, ictus emorragici ed emorragie subaracnoidee

Regione/P.A.	Nr. totale di ictus ischemici	Nr. totale di ictus emorragici	Nr. totale di emorragie subaracnoidee	Nr. totale di ictus
ABRUZZO	1.683	800	109	2.592
BASILICATA	570	318	23	911
CALABRIA	1.830	754	108	2.692
CAMPANIA	5.012	2.016	282	7.310
EMILIA ROMAGNA	6.710	2.568	493	9.771
FRIULI V.G.	1.733	717	125	2.575
LAZIO	6.179	2.972	421	9.572
LIGURIA	2.870	980	139	3.989
LOMBARDIA	11.801	4.168	760	16.729
MARCHE	1.891	904	79	2.874
MOLISE	408	156	35	599
PA BOLZANO	783	285	58	1.126
PA TRENTO	704	211	49	964
PIEMONTE	5.688	2.349	437	8.474
PUGLIA	3.961	1.411	202	5.574
SARDEGNA	1.980	740	103	2.823
SICILIA	5.823	1.895	334	8.052
TOSCANA	5.411	2.284	381	8.076
UMBRIA	1.427	523	95	2.045
VALLE D'AOSTA	164	94	19	277
VENETO	6.488	2.328	388	9.204
ITALIA	73.116	28.473	4.640	106.229

Figura 18. Volume totale di ictus ischemici, ictus emorragici ed emorragie subaracnoidee. Fonte: SDO, EMUR 2023

N.B.: nel calcolo dei volumi di ricoveri da SDO sono esclusi i ricoveri in riabilitazione e dei ricoveri successivi al primo con trasferimento. L'indicatore 'Nr. totale di ictus' e le sue componenti ('Nr. totale di ictus ischemici', 'Nr. totale di ictus emorragici', 'Nr. totale di emorragie subaracnoidee') si costruiscono seguendo i criteri riportati in "Protocollo ICTUS - Volumi totali". Si evidenzia inoltre che, per effetto dei diversi criteri di selezione, l'indicatore 'Nr. totale di ictus' e le sue componenti non possono essere confrontati con gli indicatori PNE "Ictus ischemico: volume di ricoveri", "Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri".

Nei volumi della rete ictus, viene considerata l'erogazione della prestazione come da PNE.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.2.2 Indicatori compresi nell'Indice SDO Ictus

3.1.2.2.2.1 Mortalità a 30 gg dal ricovero per ictus ischemico

Regione/P.A.	Nr. di pazienti ricoverati con diagnosi principale di ictus ischemico	Nr. di pazienti ricoverati con diagnosi principale di ictus ischemico deceduti entro 30 gg dalla data di primo ricovero	Tasso grezzo	Tasso ADJ	P-Value
ABRUZZO	1.228	110	8,96	8,65	0,4
BASILICATA	434	68	15,67	16,57	<0,05
CALABRIA	1.284	162	12,62	14,04	<0,05
CAMPANIA	3.551	371	10,45	12,97	<0,05
EMILIA-ROMAGNA	4.678	439	9,38	8,38	<0,05
FRIULI-VENEZIA GIULIA	1.232	151	12,26	10,15	0,38
LAZIO	4.555	469	10,30	10,60	<0,05
LIGURIA	1.893	215	11,36	10,11	0,32
LOMBARDIA	8.561	708	8,27	8,04	<0,05
MARCHE	1.275	86	6,75	5,95	<0,05
MOLISE	279	39	13,98	14,97	<0,05
PIEMONTE	4.196	417	9,94	9,63	0,65
P.A. BOLZANO	527	47	8,92	8,30	0,41
P.A. TRENTO	466	49	10,52	9,57	0,91
PUGLIA	2.766	288	10,41	11,45	<0,05
SARDEGNA	1.455	118	8,11	8,30	0,19
SICILIA	4.214	428	10,16	11,45	<0,05
TOSCANA	3.578	274	7,66	7,03	<0,05
UMBRIA	1.050	61	5,81	5,32	<0,05
VALLE D'AOSTA	121	9	7,44	5,92	0,18
VENETO	4.793	394	8,22	7,50	<0,05
ITALIA	52.136	4.903	9,40		

Figura 19. Mortalità a 30 giorni dal ricovero per ictus ischemico (%). Fonte: PNE 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

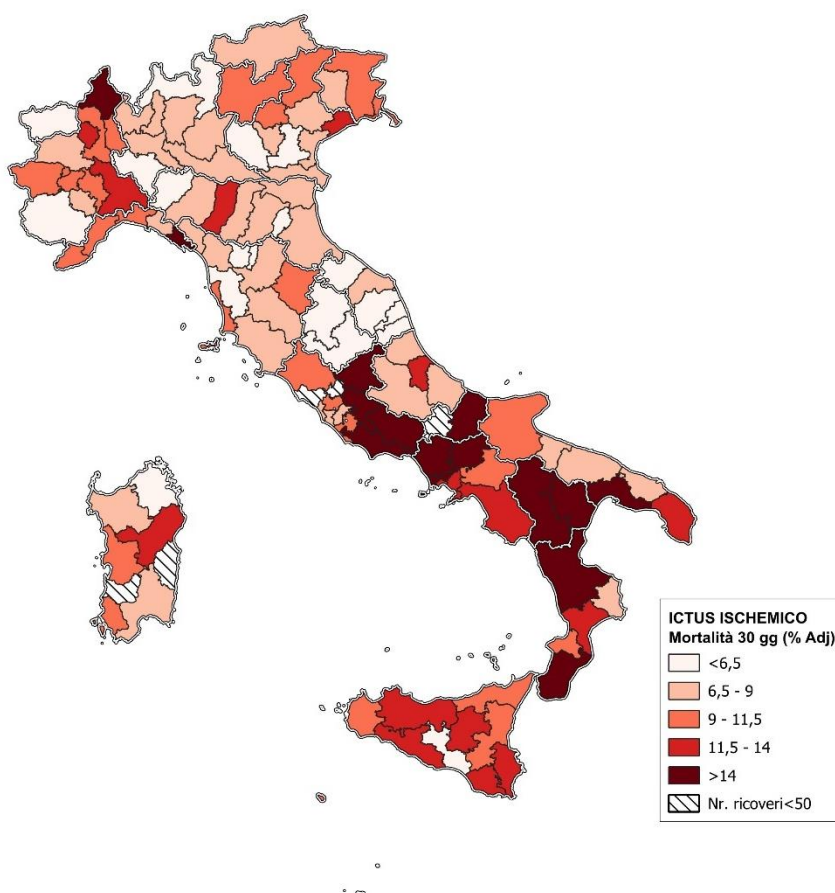


Figura 20. Cartografia Tasso di mortalità a 30 giorni dal ricovero per ictus ischemico (% Adj) per area territoriale

Considerando che lo standard di mortalità a 30 gg, per ictus globale è < 15%, per ischemico < 10% (Fonte: *Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030*), i KPI (Key performance indicators) nazionali sono in linea con lo standard indicato a livello europeo. Particolari criticità sono evidenti in alcune Regioni. La visualizzazione in cartografia ci permette di evidenziare le aree dove poter concentrare gli interventi di ottimizzazione dei servizi e di accesso ai servizi stessi dei pazienti con ictus ischemico.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.2.2.2 Ictus ischemico: Trattamento con trombolisi

Regione/P.A.	Nr. episodi di ictus ischemico	episodi di ictus ischemico con trattamento di trombolisi	
		Nr.	%
ABRUZZO	1.608	259	16,11
BASILICATA	560	34	6,07
CALABRIA	1.704	177	10,39
CAMPANIA	4.774	731	15,31
EMILIA-ROMAGNA	6.440	1.012	15,71
FRIULI-VENEZIA GIULIA	1.681	309	18,38
LAZIO	5.862	638	10,88
LIGURIA	2.788	518	18,58
LOMBARDIA	11.383	1.600	14,06
MARCHE	1.812	306	16,89
MOLISE	398	22	5,53
PIEMONTE	5.541	611	11,03
P.A. BOLZANO	698	134	19,20
P.A. TRENTO	679	113	16,64
PUGLIA	3.816	463	12,13
SARDEGNA	1.909	283	14,82
SICILIA	5.574	587	10,53
TOSCANA	5.224	649	12,42
UMBRIA	1.392	184	13,22
VALLE D'AOSTA	157	21	13,38
VENETO	6.244	1.324	21,20
ITALIA	70.244	9.975	14,20

Figura 21. Proporzione di episodi di ictus ischemico con trattamento di trombolisi. Fonte: SDO 2023

N.B. nella selezione della coorte sono esclusi i ricoveri che costituiscono l'episodio antecedenti o successivi al ricovero in cui avviene la procedura di trombolisi (si veda Protocollo)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

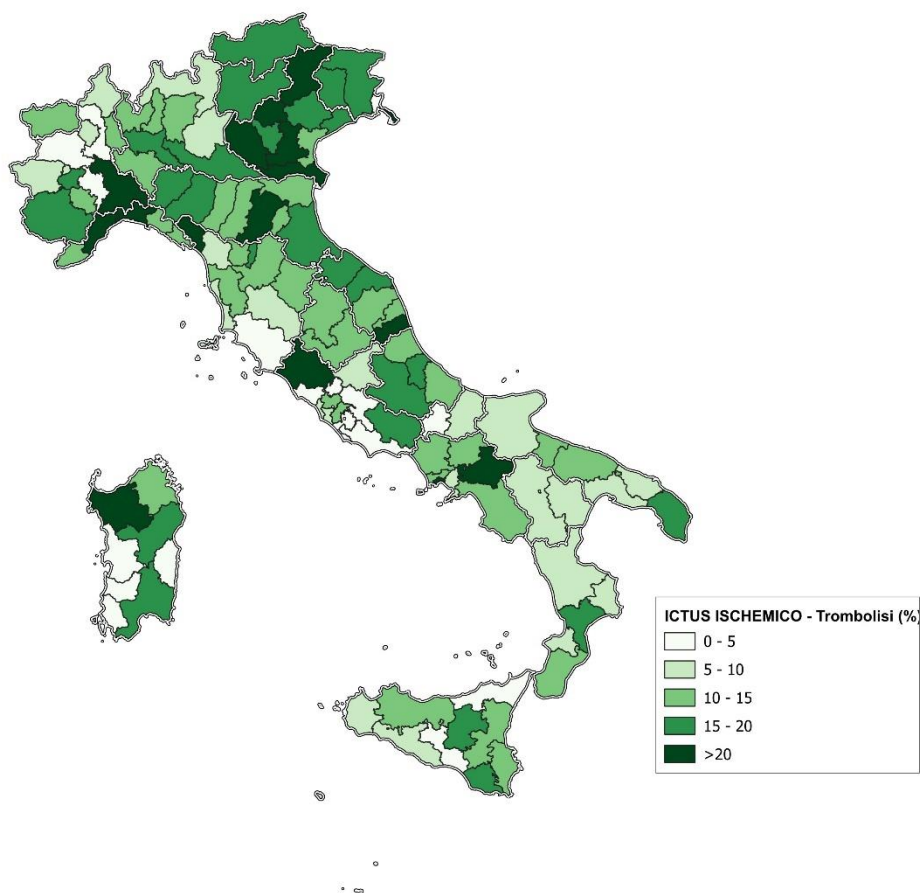


Figura 22. Cartografia % episodi di ictus ischemico trattati con trombolisi per area territoriale

Dai dati dell'Action Plan of Stroke la media europea della trombolisi nel 2023 è stata del 15,4% con grandi variazioni tra i diversi paesi. Nello stesso anno è stato deciso di portare il *rate* desiderabile dal 15% al 20%, in quanto più di 7 paesi, tra i 39 aderenti, mostravano un *rate* superiore al 20%. La media italiana del 14% appare da migliorare.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.2.3 Ictus ischemico: Trattamento con trombectomia

Regione/P.A.	Nr. episodi di ictus ischemico	episodi di ictus ischemico con trattamento di trombectomia	
		Nr.	%
ABRUZZO	1.608	96	5,97
BASILICATA	560	N.D.*	0,18
CALABRIA	1.704	107	6,28
CAMPANIA	4.774	521	10,91
EMILIA-ROMAGNA	6.430	696	10,82
FRIULI-VENEZIA GIULIA	1.680	95	5,65
LAZIO	5.862	689	11,75
LIGURIA	2.783	269	9,67
LOMBARDIA	11.387	1.103	9,69
MARCHE	1.810	93	5,14
MOLISE	398	0	0
PIEMONTE	5.539	367	6,63
P.A. BOLZANO	698	50	7,16
P.A. TRENTO	679	44	6,48
PUGLIA	3.821	174	4,55
SARDEGNA	1.909	135	7,07
SICILIA	5.576	395	7,08
TOSCANA	5.206	446	8,57
UMBRIA	1.392	77	5,53
VALLE D'AOSTA	157	14	8,92
VENETO	6.248	557	8,91
ITALIA	70.221	5.929	8,44

Figura 23. Proporzione di episodi di ictus ischemico con trattamento di trombectomia. Fonte: SDO 2023

* N.D.: dato non divulgabile

N.B. nella selezione della coorte sono esclusi i ricoveri che costituiscono l'episodio antecedenti o successivi al ricovero in cui avviene la procedura di trombectomia (si veda Protocollo)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

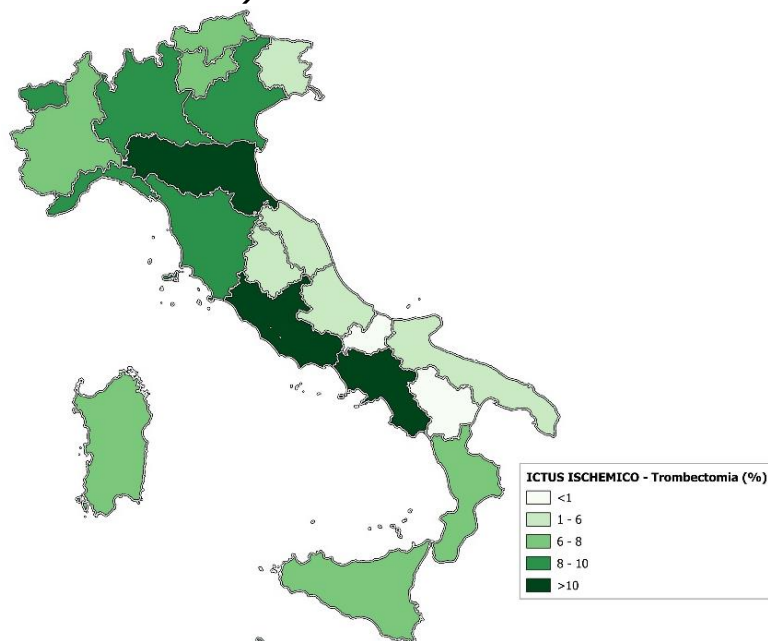


Figura 24. Cartografia % episodi di ictus ischemico trattati con trombectomia per Regione/P.A.

Nel 2023, APS ha portato lo standard dal 5% al 7,5%. L'Italia si posiziona in linea con lo standard, si distinguono in particolare le *performance* positive di Campania, Lazio ed Emilia Romagna.

3.1.2.2.2.4 Trattamento chirurgico dell'emorragia subaracnoidea entro le 48h

Regione/P.A.	Nr. episodi di emorragia subaracnoidea	Nr. episodi di emorragia subaracnoidea con trattamento chirurgico	Nr. episodi di emorragia subaracnoidea con trattamento chirurgico entro 48 ore dal ricovero	% dei trattati entro 48h sul totale dei trattati
ABRUZZO	102	32	26	81,3%
BASILICATA	20	4	4	100,0%
CALABRIA	102	59	56	94,9%
CAMPANIA	261	82	68	82,9%
EMILIA ROMAGNA	467	104	88	84,6%
FRIULI V.G.	109	33	27	81,8%
LAZIO	343	92	80	87,0%
LIGURIA	131	53	45	84,9%
LOMBARDIA	667	282	257	91,1%
MARCHE	69	13	10	76,9%
MOLISE	35	5	3	60,0%
PA BOLZANO	51	21	18	85,7%
PA TRENTO	46	3	3	100,0%
PIEMONTE	385	125	114	91,2%
PUGLIA	182	66	56	84,8%
SARDEGNA	96	22	18	81,8%
SICILIA	285	73	66	90,4%
TOSCANA	331	75	68	90,7%
UMBRIA	82	28	24	85,7%
VALLE D'AOSTA	19	N.D.*	N.D.*	100,0%
VENETO	362	124	113	91,1%
ITALIA	4.145	1.297	1.145	88,3%

Figura 25. Episodi di emorragia subaracnoidea con trattamento chirurgico entro le 48 h successive al ricovero. Fonte: SDO 2023

*N.D.: dato non divulgabile



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

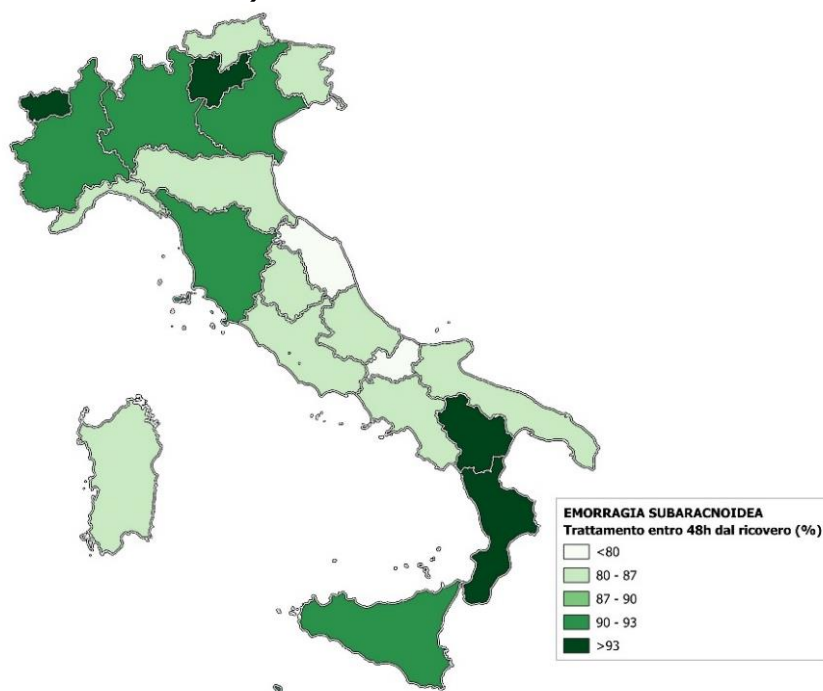


Figura 26. Cartografia Trattamento dell'emorragia subaracnoidea entro 48 h dal ricovero (%) per Regione/P.A.

3.1.2.2.3 Indicatori non compresi nell'Indice SDO Ictus

3.1.2.2.3.1 Decessi in Pronto Soccorso con diagnosi principale di ictus ischemico, ictus emorragico ed emorragia subaracnoidea

Regione/P.A.	ICTUS ISCHEMICO			ICTUS EMORRAGICO			EMORRAGIA SUBARACNOIDEA		
	N. accessi in P.S. con diagnosi di Ictus Ischemico	N. decessi	% decessi	N. accessi in P.S. con diagnosi di Ictus Emorragico	N. decessi	% decessi	N. accessi in P.S. con diagnosi di Ictus Subaracnoideo	N. decessi	% decessi
ABRUZZO	865	4	0,46%	1.036	16	1,54%	121	N.D.*	0,83%
BASILICATA	56	0	0,00%	361	0	0,00%	3	0	0,00%
CALABRIA	459	N.D.*	0,44%	805	4	0,50%	46	0	0,00%
CAMPANIA	2.703	9	0,33%	1.882	34	1,81%	233	0	0,00%
EMILIA ROMAGNA	4.277	6	0,14%	2.876	73	2,54%	511	N.D.*	0,39%
FRIULI V.G.	22	0	0,00%	739	7	0,95%	202	0	0,00%
LAZIO	3.053	34	1,11%	3.315	184	5,55%	426	11	2,58%
LIGURIA	1.088	5	0,46%	1.474	36	2,44%	244	0	0,00%
LOMBARDIA	3.897	13	0,33%	3.451	153	4,43%	375	7	1,87%
MARCHE	649	3	0,46%	1.276	56	4,39%	122	3	2,46%
MOLISE	115	N.D.*	0,87%	187	5	2,67%	4	0	0,00%
PA BOLZANO	436	0	0,00%	386	0	0,00%	39	0	0,00%
PA TRENTO	0	0	0,00%	347	5	1,44%	0	0	0,00%
PIEMONTE	1.976	21	1,06%	2.734	128	4,68%	391	9	2,30%
PUGLIA	2.763	4	0,14%	691	10	1,45%	78	0	0,00%
SARDEGNA	927	N.D.*	0,22%	795	5	0,63%	74	N.D.*	1,35%
SICILIA	1.221	5	0,41%	2.278	25	1,10%	249	N.D.*	0,80%
TOSCANA	5.979	26	0,43%	2.665	79	2,96%	250	5	2,00%
UMBRIA	249	0	0,00%	569	6	1,05%	49	N.D.*	4,08%
VALLE D'AOSTA	120	0	0,00%	110	6	5,45%	40	0	0,00%
VENETO	726	0	0,00%	1.979	21	1,06%	247	N.D.*	0,40%
ITALIA	31.581	135	0,43%	29.956	853	2,85%	3.704	44	1,19%

Figura 27. Volumi di decessi in P.S., differenziati per diagnosi principale di ictus ischemico, ictus emorragico ed emorragia subaracnoidea.

Fonte: EMUR 2023

*N.D.: dato non divulgabile



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Dall'analisi dei decessi in PS si nota che la mortalità in fase iperacuta è inferiore all'1% per ictus ischemico ed inferiore al 2% per l'emorragico; dunque, la mortalità aumenta per le complicanze nei 30 giorni seguenti. Si conclude dunque che la gestione in rete per la fase acuta post PS è cruciale, ricovero in ambiente dedicato.

3.1.2.2.3.2 Mortalità a 30 gg dal ricovero per ictus emorragico

Regione/P.A.	Nr. pazienti ricoverati con diagnosi principale di ictus emorragico	Nr. pazienti ricoverati con diagnosi principale di ictus emorragico deceduti entro 30 gg dalla data di primo ricovero	Tasso grezzo	Tasso ADJ*	P-Value
ABRUZZO	518	79	15,25%	14,72%	<0,001
BASILICATA	212	44	20,75%	21,48%	<0,001
CALABRIA	506	91	17,98%	18,43%	<0,001
CAMPANIA	1.298	261	20,11%	22,04%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	1.508	286	18,97%	18,24%	<0,001
FRIULI V.G.	430	67	15,58%	15,08%	<0,001
LAZIO	1.842	320	17,37%	17,53%	<0,001
LIGURIA	526	108	20,53%	19,95%	<0,001
LOMBARDIA	2.594	444	17,12%	17,14%	<0,001
MARCHE	512	84	16,41%	15,71%	<0,001
MOLISE	40	9	22,50%	21,07%	<0,001
PA BOLZANO	161	22	13,66%	13,69%	<0,001
PA TRENTO	122	21	17,21%	16,34%	<0,001
PIEMONTE	1.252	233	18,61%	18,36%	<0,001
PUGLIA	868	181	20,85%	21,68%	<0,001
SARDEGNA	442	81	18,33%	18,98%	<0,001
SICILIA	1.197	201	16,79%	17,60%	<0,001
TOSCANA	1.320	266	20,15%	19,10%	<0,001
UMBRIA	317	48	15,14%	14,06%	<0,001
VALLE D'AOSTA	61	10	16,39%	15,38%	<0,001
VENETO	1.423	286	20,10%	19,74%	<0,001
ITALIA	17.149	3.142	18,32%		

Figura 28. Mortalità a 30 giorni dal ricovero per ictus emorragico. Fonte: SDO 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

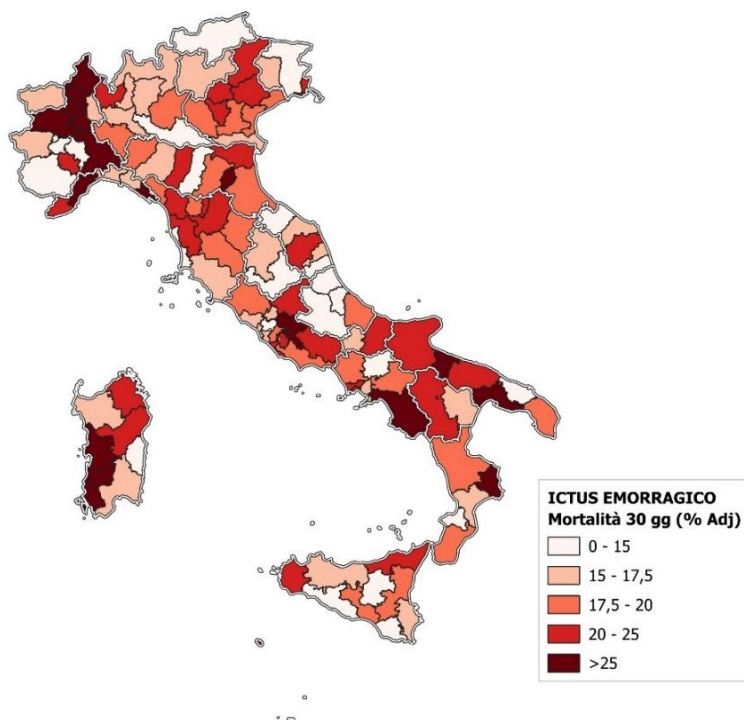


Figura 29. Cartografia Tasso di mortalità a 30 giorni dal ricovero per ictus emorragico (% Adj) per area territoriale

Considerando standard di mortalità a 30 gg per ictus Emorragico < 30% (Fonte: *Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030*), tutte le Regioni/PA rientrano nello standard non presentando criticità di rilievo. La visualizzazione in cartografia ci permette di evidenziare le aree dove poter concentrare gli interventi di ottimizzazione dei servizi e di accesso ai servizi stessi dei pazienti con ictus emorragico.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.2.3.3 Mortalità a 30 gg dal ricovero per emorragia subaracnoidea

Regione/P.A.	Nr. di pazienti ricoverati con diagnosi principale di emorragia subaracnoidea	Nr. di pazienti ricoverati con diagnosi principale di emorragia subaracnoidea deceduti entro 30 gg dalla data di primo ricovero	Tasso grezzo	Tasso ADJ*	P-Value
ABRUZZO	78	13	16,67%	16,91%	<0,001
BASILICATA	19	N.D.*	5,26%	5,79%	0,006
CALABRIA	80	16	20,00%	23,46%	<0,001
CAMPANIA	173	18	10,40%	11,18%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	317	34	10,73%	9,89%	<0,001
FRIULI V.G.	74	N.D.*	2,70%	2,48%	<0,001
LAZIO	284	32	11,27%	11,39%	<0,001
LIGURIA	79	5	6,33%	6,52%	<0,001
LOMBARDIA	462	57	12,34%	12,82%	<0,001
MARCHE	50	5	10,00%	10,05%	<0,001
MOLISE	8	N.D.*	25,00%	21,51%	0,097
PA BOLZANO	32	4	12,50%	12,32%	<0,001
PA TRENTO	33	N.D.*	6,06%	6,01%	<0,001
PIEMONTE	258	32	12,40%	12,01%	<0,001
PUGLIA	131	11	8,40%	9,17%	<0,001
SARDEGNA	64	4	6,25%	6,26%	<0,001
SICILIA	200	26	13,00%	12,93%	<0,001
TOSCANA	222	30	13,51%	11,80%	<0,001
UMBRIA	58	5	8,62%	7,36%	<0,001
VALLE D'AOSTA	14	0	0,00%	0,00%	0,999
VENETO	234	30	12,82%	12,64%	<0,001
ITALIA	2.870	329	11,46%		

Figura 30. Mortalità a 30 giorni dal ricovero per emorragia subaracnoidea. Fonte: SDO 2023

*N.D.: dato non divulgabile



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

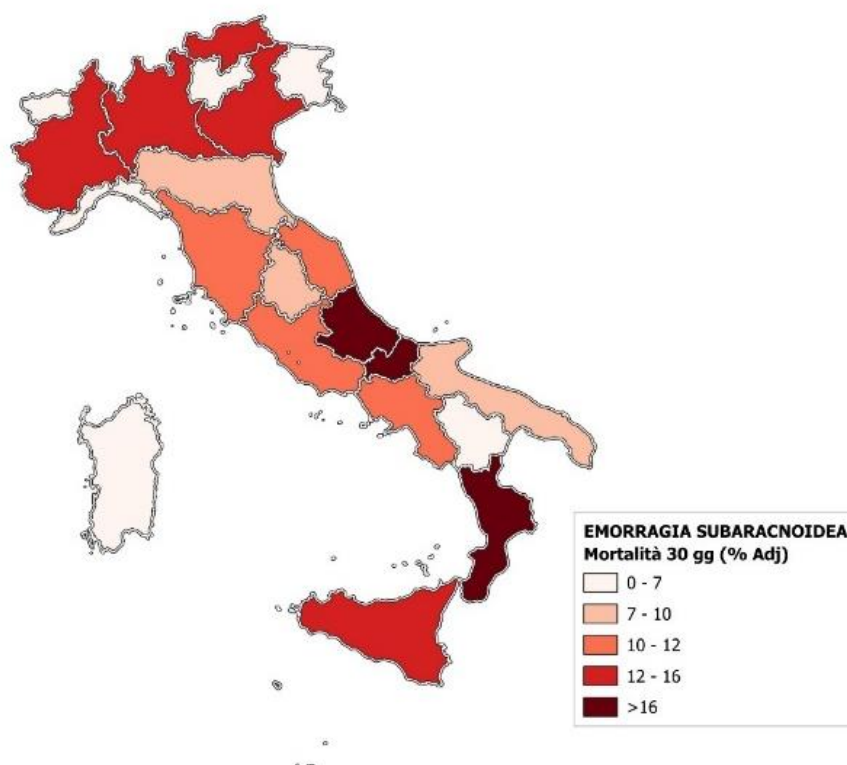


Figura 31. Cartografia Tasso di mortalità a 30 giorni dal ricovero per emorragia subaracnoidea (% Adj) per Regione/P.A.

Nell'Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030 non c'è un riferimento per la mortalità per emorragia subaracnoidea. Si evidenzia in Italia una disomogeneità tra Regioni/PA dei tassi di mortalità, meritevole di approfondimento tecnico focalizzato sull'organizzazione dell'offerta e sull'accesso rispetto a quanto già strutturato.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.2.3.4 Dimissioni con invio a riabilitazione

Regione/P.A.	Nr. ricoveri di pazienti con diagnosi di ictus	Nr. ricoveri di pazienti con diagnosi di ictus indirizzati ad un percorso riabilitativo	Tasso grezzo	TassoAdj	P-value
ABRUZZO	1.931	655	33,92%	33,88%	<0,001
BASILICATA	630	127	20,16%	20,11%	<0,001
CALABRIA	1.910	390	20,42%	20,48%	<0,001
CAMPANIA	5.461	1.332	24,39%	25,46%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	7.365	2.639	35,83%	35,39%	<0,001
FRIULI V.G.	1.831	631	34,46%	33,66%	<0,001
LAZIO	6.879	2.163	31,44%	31,83%	<0,001
LIGURIA	2.906	1.144	39,37%	38,41%	<0,001
LOMBARDIA	12.822	5.011	39,08%	39,34%	<0,001
MARCHE	2.177	774	35,55%	35,09%	<0,001
MOLISE	454	144	31,72%	31,91%	<0,001
PA BOLZANO	770	288	37,40%	37,41%	<0,001
PA TRENTO	722	224	31,02%	30,25%	<0,001
PIEMONTE	6.339	2.461	38,82%	38,74%	<0,001
PUGLIA	4.087	903	22,09%	22,49%	<0,001
SARDEGNA	2.081	483	23,21%	23,15%	<0,001
SICILIA	5.911	1.425	24,11%	24,60%	<0,001
TOSCANA	5.925	1.163	19,63%	19,05%	<0,001
UMBRIA	1.578	338	21,42%	20,65%	<0,001
VALLE D'AOSTA	199	74	37,19%	36,47%	<0,001
VENETO	6.756	1.801	26,66%	26,37%	<0,001
ITALIA	78.734	24.170	30,70%		

Figura 32. % di ricoveri di pazienti con diagnosi di ictus indirizzati ad un percorso riabilitativo. Fonte: SDO 2023

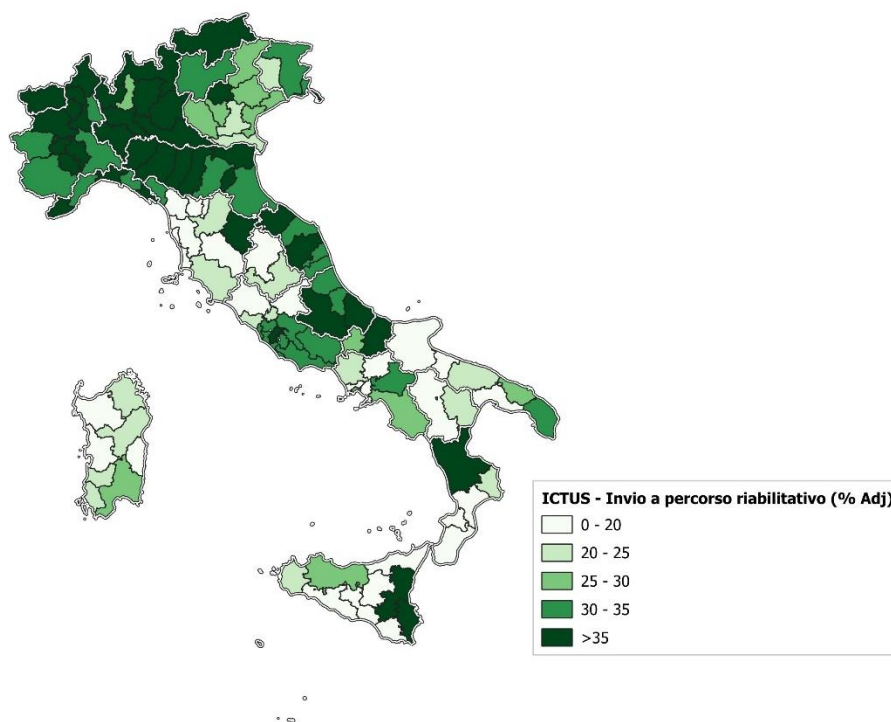


Figura 33. Cartografia % di ricoveri di pazienti con diagnosi di ictus indirizzati ad un percorso riabilitativo per area territoriale



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Dall'analisi comparativa rispetto all'anno precedente, non si nota nessun incremento sostanziale ci si aspetterebbe con l'introduzione della SDO-R una maggiore accuratezza nel rilievo del dato oltre che un'attenzione maggiore all'utilizzo delle strutture e dei percorsi di riabilitazione. Alcuni apparenti mancati invii alle strutture riabilitative potrebbero essere dovuti a diversità nella compilazione delle schede e mancata rilevazione delle stesse.

3.1.2.2.4 Approfondimento Stroke Unit

Di seguito un approfondimento dei posti letto relativi alle Stroke Unit di I livello e di II livello per ogni Regione/PA; sono stati calcolati, in relazione al numero di strutture che possiedono una Stroke Unit, il numero medio di posti letto per Regione/PA.

Inoltre, sono stati indicati i dati relativi ai posti letto medi per Stroke Unit di I livello e II livello che superano le soglie rispettivamente di 6 ed 8 posti letto per struttura come indicato nel DM 70/2015 (indicati in verde).

Regione/P.A.	Numero di pazienti con diagnosi di ictus	Stroke Unit I Livello	Posti letto Stroke Unit I livello	Media Posti Letto Stroke Unit I livello	Stroke Unit II Livello	N. strutture con Stroke Unit II livello	Media Posti Letto Stroke Unit II livello
Abruzzo	2592	6	93	15,50	2	28	14,00
Basilicata	911	1	4	4,00	1	8	8,00
Calabria	2692	4	9	2,25	3	18	6,00
Campania	7310	9	24	2,67	7	42	6,00
Emilia-Romagna	9771	7	56	8,00	5	70	14,00
Friuli - Venezia Giulia	9771	1	7	7,00	2	14	7,00
Lazio	9572	8	38	4,75	6	38	6,33
Liguria	3989	6	23	3,83	3	36	12,00
Lombardia	16729	23	137	5,96	16	107	6,69
Marche	2874	6	28	4,67	1	4	4,00
Molise	599	2	12	6,00	-	-	0,00
Piemonte	599	20	74	3,70	5	36	7,20
Provincia Autonoma Bolzano	1126	-	-	0,00	1	8	8,00
Provincia Autonoma Trento	964	-	-	0,00	1	8	8,00
Puglia	5574	7	30	4,29	5	36	7,20
Sardegna	2823	3	12	4,00	2	19	9,50
Sicilia	8052	13	48	3,69	4	32	8,00
Toscana	8076	4	32	8,00	3	30	10,00
Umbria	2045	4	22	5,50	2	16	8,00
Valle D'Aosta	277	-	-	0,00	1	4	4,00
Veneto	9204	15	79	5,27	8	70	8,75
ITALIA	105.550	139	728	5	78	624	8

Figura 34. Posti letto Stroke Unit

NB: Ai fini del calcolo dei posti medi, non è stato possibile definire per tutte le Regioni/P.A. (casella bianca) i posti letto esclusivamente dedicati alla SU e quindi valutare, in relazione alle soglie da DM 70/15, se le stesse Regioni/P.A. avessero raggiunto lo standard indicato per le SU di I e II livello (casella rossa o verde).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.3 Rete Trauma

In merito alla Rete per la gestione del trauma grave, sia adulto che pediatrico, la metodologia (escludendo la frattura del collo del femore dell'anziano) e le analisi di seguito riportate, sono state costruite e validate da un gruppo di lavoro nazionale coordinato da Agenas "Gruppo Tecnico per l'attuazione e l'evoluzione della rete assistenziale del trauma" istituito con Deliberazione del DG Agenas n. 490 del 18/10/24, allo scopo di meglio definire gli indicatori di processo e di esito sui quali poter intervenire a livello regionale per una migliore gestione dei traumi gravi; la complessità della valutazione della performance della rete del trauma è diversa da quella per singola struttura, per la quale si fa riferimento alla "Linea guida per la gestione integrata del Trauma Maggiore dalla scena dell'evento alla cura definitiva" pubblicata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

Nel presente report è stato inserito un solo indicatore utilizzato per il calcolo dell'ISCO, la mortalità in fase acuta (intraospedaliera e a domicilio immediatamente successiva alla dimissione); nei futuri report il GDL affronterà anche le fasi pre e post ricovero, altrettanto importanti oltre la fase acuta nel determinare l'esito della presa in carico del paziente.

3.1.2.3.1 Indicatore compreso nell'Indice SDO Trauma

3.1.2.3.1.1 Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero	Pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero (%)	Pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero (% Adj)	P-value
ABRUZZO	411	127	30,9%	29,0%	<0,001
BASILICATA	182	68	37,4%	31,1%	<0,001
CALABRIA	473	195	41,2%	50,5%	<0,001
CAMPANIA	1.195	332	27,8%	34,5%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	1.946	563	28,9%	26,4%	<0,001
FRIULI V.G.	602	163	27,1%	23,8%	<0,001
LAZIO	1.964	449	22,9%	20,9%	<0,001
LIGURIA	657	233	35,5%	34,6%	<0,001
LOMBARDIA	3.316	826	24,9%	24,4%	<0,001
MARCHE	530	179	33,8%	32,7%	<0,001
MOLISE	72	24	33,3%	32,8%	<0,001
P.A. BOLZANO	328	73	22,3%	20,7%	<0,001
P.A. TRENTO	245	72	29,4%	37,3%	<0,001
PIEMONTE	1.681	439	26,1%	27,3%	<0,001
PUGLIA	962	356	37,0%	41,7%	<0,001
SARDEGNA	511	199	38,9%	40,5%	<0,001
SICILIA	1.139	345	30,3%	37,2%	<0,001
TOSCANA	1.673	369	22,1%	18,2%	<0,001
UMBRIA	399	127	31,8%	28,4%	<0,001
VALLE D'AOSTA	79	14	17,7%	22,3%	<0,001
VENETO	2.076	534	25,7%	22,8%	<0,001
ITALIA	20.441	5.687	27,8%		

Figura 35. Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore. Fonte: SDO 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

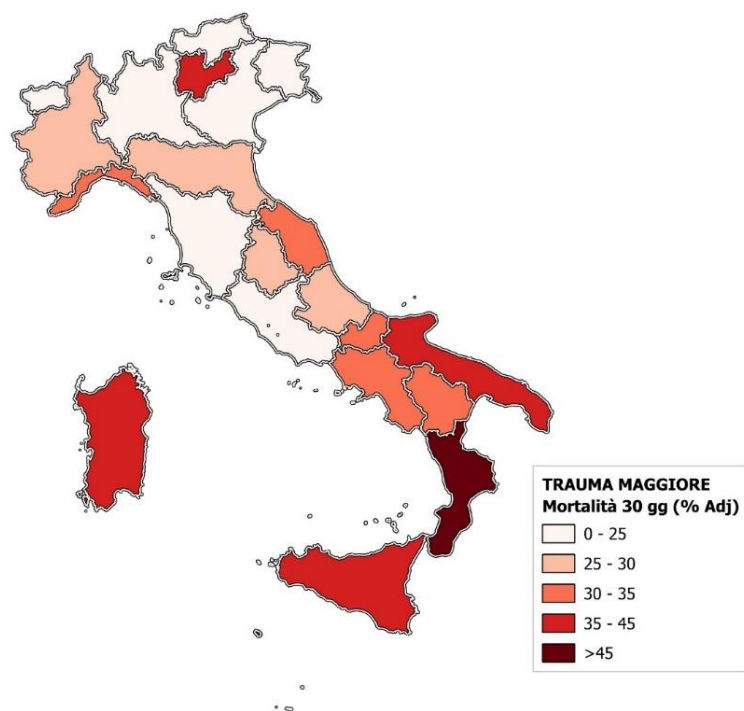


Figura 36. Cartografia Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per Regione/P.A.

Di seguito si riportano le tabelle relative all'indicatore "Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore" diviso per tipologia di strutture facenti parte della rete secondo la classificazione da DM 70/2015, CTS, CTZ e PST.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.3.1.1 Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per CTS

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero	Pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero (%)	Pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero (% Adj)	P-value
ABRUZZO	100	26	26,00%	25,60%	<0,001
BASILICATA	100	26	26,00%	21,23%	<0,001
CAMPANIA	273	88	32,23%	44,90%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	734	189	25,75%	25,43%	<0,001
FRIULI VENEZIA GIULIA	266	54	20,30%	15,88%	<0,001
LAZIO	826	113	13,68%	14,18%	<0,001
LIGURIA	280	72	25,71%	24,93%	<0,001
LOMBARDIA	1426	225	15,78%	15,99%	<0,001
MARCHE	213	62	29,11%	27,24%	<0,001
PIEMONTE	387	36	9,30%	10,30%	<0,001
P. A. BOLZANO	187	40	21,39%	20,53%	<0,001
P. A. TRENTO	200	42	21,00%	23,45%	<0,001
PUGLIA	360	82	22,78%	24,55%	<0,001
SARDEGNA	137	58	42,34%	45,91%	<0,001
SICILIA	539	138	25,60%	30,69%	<0,001
TOSCANA	663	131	19,76%	16,52%	<0,001
UMBRIA	257	80	31,13%	24,32%	<0,001
VENETO	1085	237	21,84%	19,55%	<0,001
ITALIA	8033	1699	21,15%		

Figura 37. Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per CTS. Fonte: SDO 2023

3.1.2.3.1.2 Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per CTZ

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero	Pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero (%)	Pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero (% Adj)	P-value
ABRUZZO	172	51	29,65%	29,44%	<0,001
BASILICATA	48	30	62,50%	60,07%	0,493
CALABRIA	382	144	37,70%	50,86%	<0,001
CAMPANIA	545	123	22,57%	29,42%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	916	256	27,95%	24,11%	<0,001
FRIULI VENEZIA GIULIA	189	67	35,45%	36,47%	<0,001
LAZIO	383	120	31,33%	33,37%	<0,001
LIGURIA	136	44	32,35%	33,14%	<0,001
LOMBARDIA	1171	309	26,39%	25,54%	<0,001
MARCHE	287	106	36,93%	30,77%	<0,001
MOLISE	24	8	33,33%	30,70%	0,010
PIEMONTE	579	149	25,73%	27,94%	<0,001
P. A. BOLZANO	133	27	20,30%	14,43%	<0,001
P. A. TRENTO	27	12	44,44%	38,24%	0,032
PUGLIA	432	193	44,68%	51,03%	<0,001
SARDEGNA	295	121	41,02%	41,88%	<0,001
SICILIA	398	154	38,69%	44,27%	<0,001
TOSCANA	811	171	21,09%	16,58%	<0,001
UMBRIA	75	22	29,33%	28,07%	<0,001
VALLE D'AOSTA	79	14	17,72%	23,61%	<0,001
VENETO	828	236	28,50%	21,84%	<0,001
ITALIA	7910	2357	29,80%		

Figura 38. Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per CTZ. Fonte: SDO 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.3.1.3 Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per PST

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero	Pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero (%)	Pazienti deceduti entro 30 gg dal ricovero (% Adj)	P-value
ABRUZZO	85	33	38,82%	44,85%	0,01227518
BASILICATA	32	12	37,50%	22,56%	<0,001
CALABRIA	74	40	54,05%	66,07%	0,985448466
CAMPANIA	299	104	34,78%	45,82%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	93	40	43,01%	37,04%	<0,001
FRIULI VENEZIA GIULIA	131	28	21,37%	17,95%	<0,001
LAZIO	615	175	28,46%	23,87%	<0,001
LIGURIA	166	78	46,99%	48,35%	0,003235583
LOMBARDIA	420	167	39,76%	34,21%	<0,001
MOLISE	22	11	50,00%	64,37%	0,917
PIEMONTE	525	176	33,52%	38,28%	<0,001
P. A. BOLZANO	8	6	75,00%	75,60%	0,757
P. A. TRENTO	15	15	100,00%	132,49%	0,999
PUGLIA	142	68	47,89%	49,12%	0,008
SARDEGNA	10	9	90,00%	107,62%	0,171
SICILIA	45	15	33,33%	30,31%	<0,001
TOSCANA	153	39	25,49%	18,68%	<0,001
VENETO	123	36	29,27%	21,60%	<0,001
ITALIA	2958	1052	35,56%		

Figura 39. Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per PST. Fonte: SDO 2023

Si conferma ancor di più nella mortalità a 30 giorni, indicatore nel presente rapporto considerato valutativo per l'ISCO, la relazione positiva con la qualifica del centro. È dunque dimostrato che maggiore è la qualifica del centro, minore è la mortalità.

La mortalità a 30 giorni media nazionale risulta essere di circa il 27%. Le diverse percentuali di mortalità in letteratura (Brinck 16%; Ghorbany 4,6%; Bhandarkar 12%²) sono legate ai criteri di inclusione diversi relativi al registro dei traumi gravi presenti in paesi diversi dall'Italia dunque gli *outcome* sono differenti. In Italia, Lombardia a parte, non vi sono registri con score anatomici, per cui nel presente lavoro è stata usata una proxy (diagnosi trauma + criterio di gravità da SDO). Il tentativo di definire uno standard al quale tendere indicato come il 24%, è la mortalità ospedaliera dei traumi gravi della Lombardia 2008-2010, unico riferimento in Italia su un registro *population-based*.

² Brinck T et al: Trauma registry survival outcome follow up: 30 days is mandatory and appears sufficient. *Injury* 2021; 52 (2): 142-146 doi: 10.1016/j.injury.2020.11.011 .

Poya Ghorbany, et al: Clinical review is essential to evaluate 30 day mortality after trauma. *Scand J Resusc Emerg Med* 2014; doi 10.1186/1757-7241-22-18.

Prashant Bhanarkar et al: An analysis of 30 day in-hospital mortality in four urban university hospital using the australia india trauma registry. *World J Surg* 2020; 45: 380-389.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Altre analisi aggiuntive di approfondimento che non sono entrate nella fase valutativa sono quelle riportate nei paragrafi seguenti.

3.1.2.3.2 Indicatori non compresi nell'Indice SDO Trauma

3.1.2.3.2.1 Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza pari o superiore a 30 giorni

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di ricoveri con degenza $\geq$ 30gg	Ricoveri con degenza $\geq$ 30gg (%)	Ricoveri con degenza $\geq$ 30gg (% Adj)	P-value
ABRUZZO	411	91	22,1%	22,4%	<0,001
BASILICATA	182	26	14,3%	14,7%	<0,001
CALABRIA	473	61	12,9%	12,8%	<0,001
CAMPANIA	1.195	235	19,7%	19,3%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	1.946	325	16,7%	16,9%	<0,001
FRIULI V.G.	602	129	21,4%	21,5%	<0,001
LAZIO	1.964	402	20,5%	20,6%	<0,001
LIGURIA	657	129	19,6%	19,9%	<0,001
LOMBARDIA	3.316	689	20,8%	20,7%	<0,001
MARCHE	530	125	23,6%	23,7%	<0,001
MOLISE	72	16	22,2%	22,4%	<0,001
PA BOLZANO	328	22	6,7%	6,6%	<0,001
PA TRENTO	245	43	17,6%	17,2%	<0,001
PIEMONTE	1.681	334	19,9%	19,6%	<0,001
PUGLIA	962	170	17,7%	17,7%	<0,001
SARDEGNA	511	135	26,4%	26,6%	<0,001
SICILIA	1.139	235	20,6%	20,3%	<0,001
TOSCANA	1.673	253	15,1%	15,3%	<0,001
UMBRIA	399	89	22,3%	22,7%	<0,001
VALLE D'AOSTA	79	13	16,5%	15,8%	<0,001
VENETO	2.076	435	21,0%	21,0%	<0,001
ITALIA	20.441	3.957	19,4%		

Figura 40. Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza $\geq$ 30 giorni. Fonte: SDO 2023

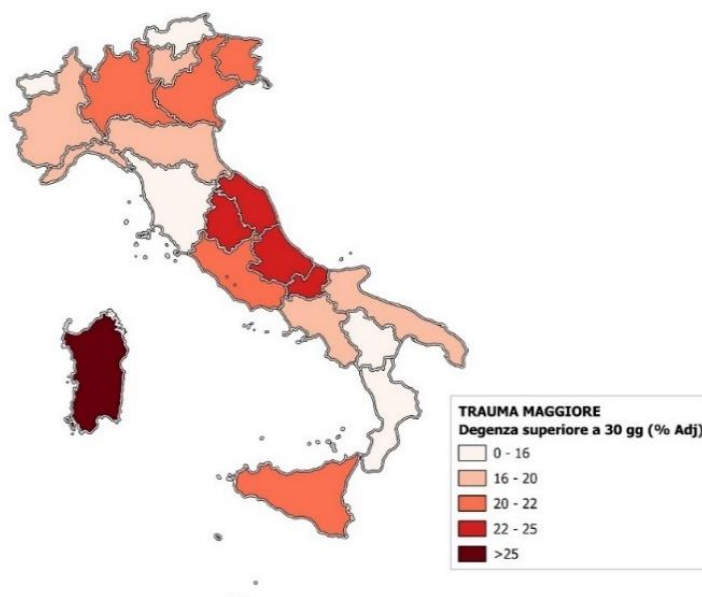


Figura 41. Cartografia Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza $\geq$ 30 giorni per Regione/P.A.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Di seguito si riportano le tabelle relative all'indicatore "Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza pari o superiore a 30 giorni" diviso per tipologia di strutture facenti parte della rete secondo la classificazione da DM 70/2015, Centri Trauma ad alta Specializzazione (CTS), Centri Trauma di Zona (CTZ) e Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST).

3.1.2.3.2.1.1 Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza pari o superiore a 30 giorni per CTS

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di ricoveri con degenza $\geq$ 30gg	Ricoveri con degenza $\geq$ 30gg (%)	Ricoveri con degenza $\geq$ 30gg (% Adj)	P-value
ABRUZZO	100	27	27,00%	27,26%	<0,001
BASILICATA	100	20	20,00%	20,11%	<0,001
CAMPANIA	273	74	27,11%	27,08%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	734	127	17,30%	17,26%	<0,001
FRIULI VENEZIA GIULIA	266	56	21,05%	20,92%	<0,001
LAZIO	826	220	26,63%	26,65%	<0,001
LIGURIA	280	75	26,79%	26,98%	<0,001
LOMBARDIA	1426	390	27,35%	27,29%	<0,001
MARCHE	213	55	25,82%	25,82%	<0,001
PIEMONTE	387	103	26,61%	26,49%	<0,001
P.A. BOLZANO	187	13	6,95%	6,95%	<0,001
P.A. TRENTO	200	39	19,50%	19,45%	<0,001
PUGLIA	360	96	26,67%	26,74%	<0,001
SARDEGNA	137	37	27,01%	26,92%	<0,001
SICILIA	539	124	23,01%	22,97%	<0,001
TOSCANA	663	146	22,02%	22,13%	<0,001
UMBRIA	257	66	25,68%	25,85%	<0,001
VENETO	1085	232	21,38%	21,43%	<0,001
ITALIA	8.033	1.900	23,65%		

Figura 42. Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza $\geq$ 30 giorni per CTS. Fonte: SDO 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.3.2.1.2 Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza pari o superiore a 30 giorni per CTZ

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di ricoveri con degenza $\geq$ 30gg	Ricoveri con degenza $\geq$ 30gg (%)	Ricoveri con degenza $\geq$ 30gg (% Adj)	P-value
ABRUZZO	172	32	18,60%	18,53%	<0,001
BASILICATA	48	5	10,42%	11,04%	<0,001
CALABRIA	382	57	14,92%	14,49%	<0,001
CAMPANIA	545	107	19,63%	19,11%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	916	147	16,05%	16,23%	<0,001
FRIULI VENEZIA GIULIA	189	41	21,69%	21,77%	<0,001
LAZIO	383	97	25,33%	25,10%	<0,001
LIGURIA	136	19	13,97%	13,89%	<0,001
LOMBARDIA	1171	225	19,21%	18,99%	<0,001
MARCHE	287	69	24,04%	24,67%	<0,001
MOLISE	24	9	37,50%	38,56%	0,2611542
PIEMONTE	579	106	18,31%	17,99%	<0,001
P.A. BOLZANO	133	9	6,77%	6,81%	<0,001
P.A. TRENTO	27	3	11,11%	11,62%	<0,001
PUGLIA	432	56	12,96%	12,97%	<0,001
SARDEGNA	295	78	26,44%	26,56%	<0,001
SICILIA	398	80	20,10%	19,95%	<0,001
TOSCANA	811	88	10,85%	10,98%	<0,001
UMBRIA	75	14	18,67%	18,91%	<0,001
VALLE D'AOSTA	79	13	16,46%	15,63%	<0,001
VENETO	828	165	19,93%	20,46%	<0,001
ITALIA	7.910	1.420	17,95%		

Figura 43. Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza $\geq$ 30 giorni per CTZ. Fonte: SDO 2023

3.1.2.3.2.1.3 Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza pari o superiore a 30 giorni per PST

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di ricoveri con degenza $\geq$ 30gg	Ricoveri con degenza $\geq$ 30gg (%)	Ricoveri con degenza $\geq$ 30gg (% Adj)	P-value
ABRUZZO	85	13	15,29%	15,23%	<0,001
BASILICATA	32	N.D.*	3,13%	3,27%	<0,001
CALABRIA	74	4	5,41%	5,36%	<0,001
CAMPANIA	299	34	11,37%	11,07%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	93	16	17,20%	17,51%	<0,001
FRIULI VENEZIA GIULIA	131	30	22,90%	22,75%	<0,001
LAZIO	615	75	12,20%	12,33%	<0,001
LIGURIA	166	24	14,46%	14,59%	<0,001
LOMBARDIA	420	46	10,95%	11,16%	<0,001
MOLISE	22	N.D.*	9,09%	9,02%	0,002
PIEMONTE	525	97	18,48%	18,11%	<0,001
P.A. BOLZANO	8	0	0,00%	0,00%	1,000
P.A. TRENTO	15	N.D.*	6,67%	7,05%	0,013
PUGLIA	142	12	8,45%	8,55%	<0,001
SARDEGNA	10	0	0,00%	0,00%	1,000
SICILIA	45	5	11,11%	11,29%	<0,001
TOSCANA	153	13	8,50%	8,59%	<0,001
VENETO	123	30	24,39%	24,73%	<0,001
ITALIA	2.958	403	13,62%		

Figura 44. Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza $\geq$ 30 giorni per PST. Fonte: SDO 2023

N.D.*: dato non divulgabile



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.3.2.2 Mortalità a 1 giorno dal ricovero per un episodio di trauma maggiore

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di pazienti deceduti entro 1 gg dal ricovero	Pazienti deceduti entro 1 gg dal ricovero (%)	Pazienti deceduti entro 1 gg dal ricovero (% Adj)	P-value
ABRUZZO	411	23	5,6%	5,4%	<0,001
BASILICATA	182	13	7,1%	6,2%	<0,001
CALABRIA	473	23	4,9%	4,9%	<0,001
CAMPANIA	1195	41	3,4%	3,8%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	1946	82	4,2%	4,0%	<0,001
FRIULI V.G.	602	19	3,2%	3,0%	<0,001
LAZIO	1964	60	3,1%	3,0%	<0,001
LIGURIA	657	34	5,2%	4,9%	<0,001
LOMBARDIA	3316	127	3,8%	3,9%	<0,001
MARCHE	530	17	3,2%	3,0%	<0,001
MOLISE	72	6	8,3%	8,1%	<0,001
P.A. BOLZANO	328	11	3,4%	3,4%	<0,001
P.A. TRENTO	245	9	3,7%	4,1%	<0,001
PIEMONTE	1681	56	3,3%	3,5%	<0,001
PUGLIA	962	44	4,6%	4,6%	<0,001
SARDEGNA	511	30	5,9%	5,6%	<0,001
SICILIA	1139	38	3,3%	3,7%	<0,001
TOSCANA	1673	57	3,4%	3,3%	<0,001
UMBRIA	399	19	4,8%	4,4%	<0,001
VALLE D'AOSTA	79	N.D.*	2,5%	3,1%	<0,001
VENETO	2076	55	2,6%	2,6%	<0,001
ITALIA	20.441	766	3,7%		

Figura 45. Mortalità a 1 giorno dal ricovero per un episodio di trauma maggiore. Fonte: SDO 2023

N.D.*: dato non divulgabile

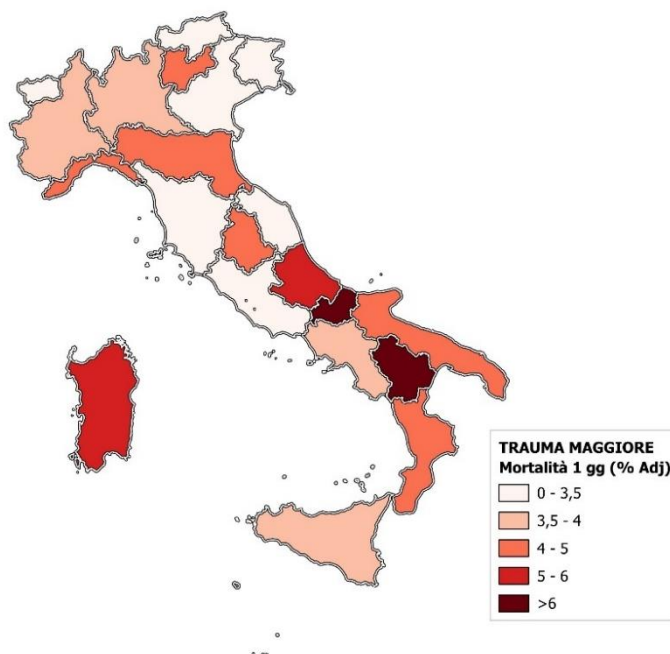


Figura 46. Cartografia Mortalità a 1 giorno dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per Regione/P.A.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.3.2.3 Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero	Pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero (%)	Pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero (% Adj)	P-value
ABRUZZO	411	61	14,8%	13,6%	<0,001
BASILICATA	182	33	18,1%	14,5%	<0,001
CALABRIA	473	105	22,2%	24,0%	<0,001
CAMPANIA	1.195	159	13,3%	15,5%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	1.946	332	17,1%	16,2%	<0,001
FRIULI V.G.	602	87	14,5%	13,3%	<0,001
LAZIO	1.964	228	11,6%	11,2%	<0,001
LIGURIA	657	118	18,0%	16,7%	<0,001
LOMBARDIA	3.316	479	14,4%	14,8%	<0,001
MARCHE	530	86	16,2%	15,0%	<0,001
MOLISE	72	16	22,2%	22,2%	<0,001
PA BOLZANO	328	47	14,3%	14,6%	<0,001
PA TRENTO	245	46	18,8%	23,1%	<0,001
PIEMONTE	1.681	232	13,8%	14,5%	<0,001
PUGLIA	962	194	20,2%	20,9%	<0,001
SARDEGNA	511	130	25,4%	25,8%	<0,001
SICILIA	1.139	161	14,1%	16,1%	<0,001
TOSCANA	1.673	220	13,2%	12,0%	<0,001
UMBRIA	399	71	17,8%	16,1%	<0,001
VALLE D'AOSTA	79	10	12,7%	16,9%	<0,001
VENETO	2.076	276	13,3%	12,3%	<0,001
ITALIA	20.441	3.091	15,1%		

Figura 47. Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore. Fonte: SDO 2023

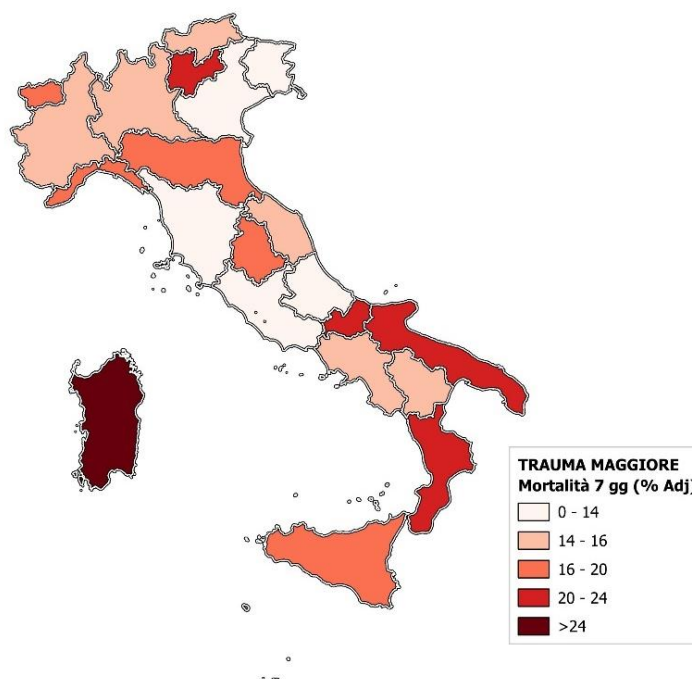


Figura 48. Cartografia Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per Regione/P.A.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Di seguito si riportano le tabelle relative all'indicatore "Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore" diviso per tipologia di strutture facenti parte della rete secondo la classificazione da DM 70/2015, CTS, CTZ e PST.

3.1.2.3.2.3.1 Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per CTS

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero	Pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero (%)	Pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero (% Adj)	P-value
ABRUZZO	100	15	15,00%	14,50%	<0,001
BASILICATA	100	11	11,00%	8,91%	<0,001
CAMPANIA	273	51	18,68%	22,93%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	734	120	16,35%	16,23%	<0,001
FRIULI VENEZIA GIULIA	266	31	11,65%	9,86%	<0,001
LAZIO	826	57	6,90%	7,45%	<0,001
LIGURIA	280	36	12,86%	12,15%	<0,001
LOMBARDIA	1426	140	9,82%	10,43%	<0,001
MARCHE	213	34	15,96%	14,50%	<0,001
PIEMONTE	387	25	6,46%	7,60%	<0,001
P.A. BOLZANO	187	27	14,44%	14,43%	<0,001
P.A. TRENTO	200	29	14,50%	16,29%	<0,001
PUGLIA	360	38	10,56%	10,87%	<0,001
SARDEGNA	137	38	27,74%	27,47%	<0,001
SICILIA	539	61	11,32%	12,45%	<0,001
TOSCANA	663	88	13,27%	12,04%	<0,001
UMBRIA	257	48	18,68%	14,93%	<0,001
VENETO	1085	138	12,72%	11,80%	<0,001
ITALIA	8.033	987	12,29%		

Figura 49. Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per CTS. Fonte: SDO 2023

3.1.2.3.2.3.2 Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per CTZ

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero	Pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero (%)	Pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero (% Adj)	P-value
ABRUZZO	172	26	15,12%	14,98%	<0,001
BASILICATA	48	17	35,42%	27,67%	<0,001
CALABRIA	382	78	20,42%	25,02%	<0,001
CAMPANIA	545	51	9,36%	11,68%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	916	147	16,05%	14,76%	<0,001
FRIULI VENEZIA GIULIA	189	36	19,05%	18,82%	<0,001
LAZIO	383	59	15,40%	15,93%	<0,001
LIGURIA	136	18	13,24%	12,95%	<0,001
LOMBARDIA	1171	179	15,29%	15,64%	<0,001
MARCHE	287	46	16,03%	12,97%	<0,001
MOLISE	24	7	29,17%	29,47%	0,007
PIEMONTE	579	82	14,16%	15,70%	<0,001
P.A. BOLZANO	133	19	14,29%	12,31%	<0,001
P.A. TRENTO	27	9	33,33%	30,03%	0,004
PUGLIA	432	111	25,69%	26,47%	<0,001
SARDEGNA	295	80	27,12%	27,40%	<0,001
SICILIA	398	79	19,85%	21,02%	<0,001
TOSCANA	811	91	11,22%	9,90%	<0,001
UMBRIA	75	7	9,33%	8,47%	<0,001
VALLE D'AOSTA	79	10	12,66%	17,87%	<0,001
VENETO	828	104	12,56%	10,13%	<0,001
ITALIA	7910	1256	15,88%		

Figura 50. Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per CTZ. Fonte: SDO 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.3.2.3.3 Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per PST

Regione/P.A.	Nr. traumi severi	Nr. di pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero	Pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero (%)	Pazienti deceduti entro 7 gg dal ricovero (% Adj)	P-value
ABRUZZO	85	13	15,29%	16,48%	<0,001
BASILICATA	32	5	15,63%	10,26%	<0,001
CALABRIA	74	22	29,73%	31,75%	<0,001
CAMPANIA	299	52	17,39%	22,04%	<0,001
EMILIA ROMAGNA	93	18	19,35%	15,86%	<0,001
FRIULI VENEZIA GIULIA	131	13	9,92%	9,61%	<0,001
LAZIO	615	94	15,28%	14,49%	<0,001
LIGURIA	166	44	26,51%	26,24%	<0,001
LOMBARDIA	420	86	20,48%	17,98%	<0,001
MOLISE	22	6	27,27%	31,55%	0,018
PIEMONTE	525	87	16,57%	18,60%	<0,001
P.A. BOLZANO	8	N.D.*	12,50%	7,59%	0,009
P.A. TRENTO	15	7	46,67%	38,02%	0,064
PUGLIA	142	37	26,06%	25,77%	<0,001
SARDEGNA	10	6	60,00%	64,04%	0,767
SICILIA	45	6	13,33%	12,18%	<0,001
TOSCANA	153	23	15,03%	13,16%	<0,001
VENETO	123	21	17,07%	14,71%	<0,001
ITALIA	2.958	541	18,29%		

Figura 51. Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore per PST. Fonte: SDO 2023

N.D.*: dato non divulgabile

Le tabelle precedenti dimostrano che la mortalità già a 7 giorni si riduce in relazione all'aumento della qualifica del centro.

3.1.2.3.3 Mortalità in PS dei pazienti con diagnosi di trauma e triage giallo, arancione o rosso

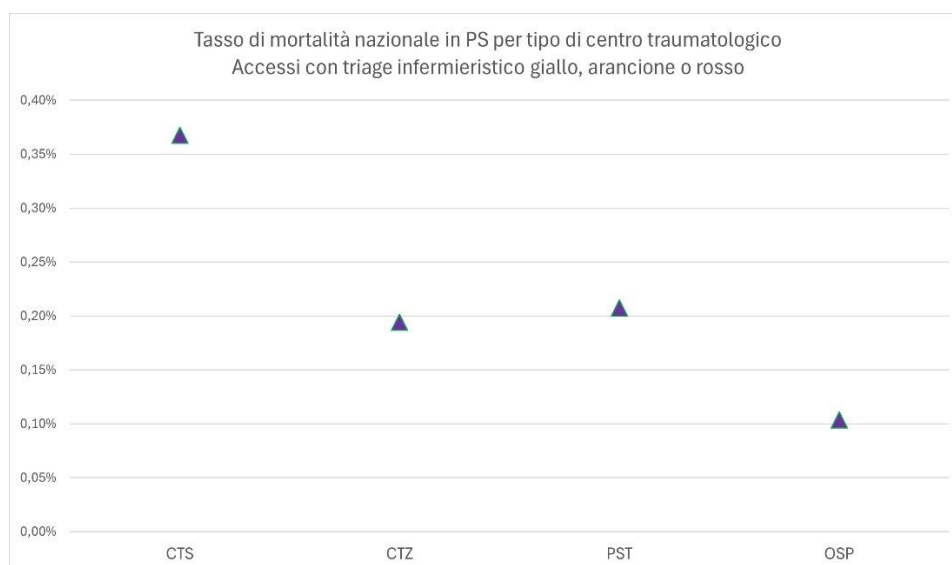


Figura 52. In ordinata % di Mortalità in PS sul totale dei pazienti con diagnosi di trauma maggiore e triage giallo, arancione o rosso per Regione/P.A., in relazione alla tipologia strutture in ascissa. Fonte: EMUR 2023

N.B.: Per OSP si intendono tutti le restanti strutture che non appartengono alla rete Trauma.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

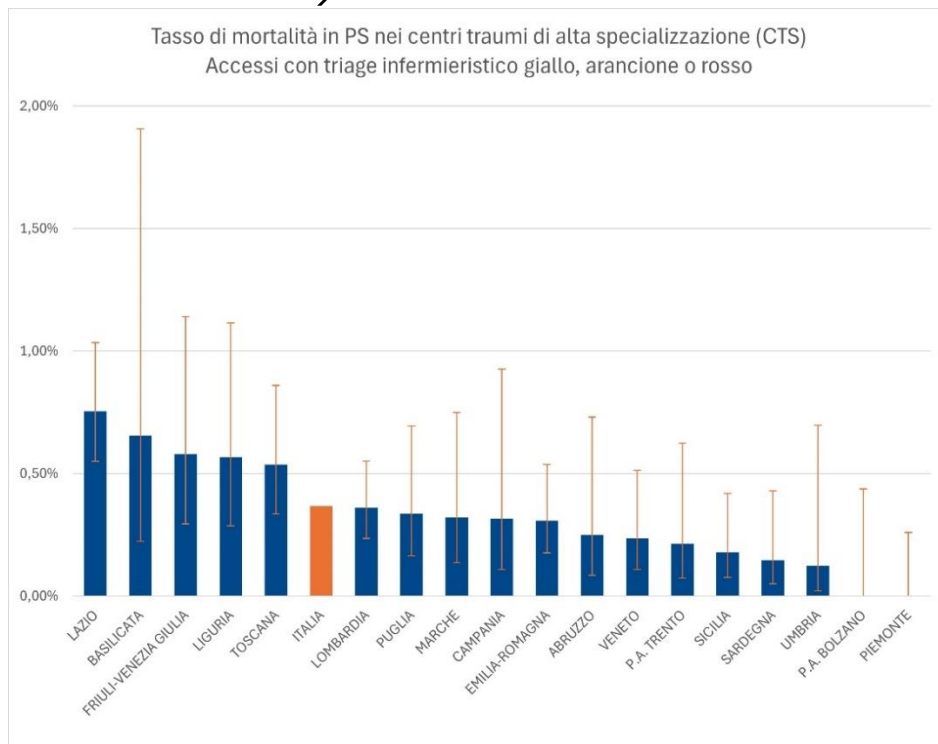


Figura 53. Mortalità in PS dei pazienti con diagnosi di trauma e triage giallo, arancione o rosso nei CTS per Regione/P.A. Fonte: EMUR 2023

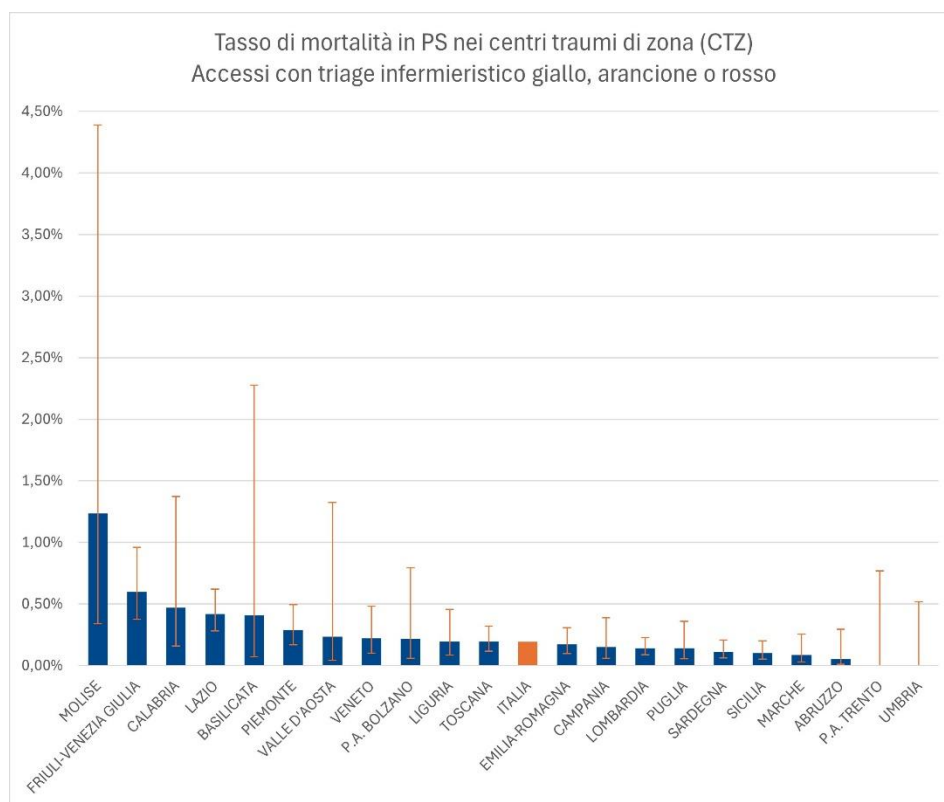


Figura 54. Mortalità in PS dei pazienti con diagnosi di trauma e triage giallo, arancione o rosso nei CTZ per Regione/P.A. Fonte: EMUR 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

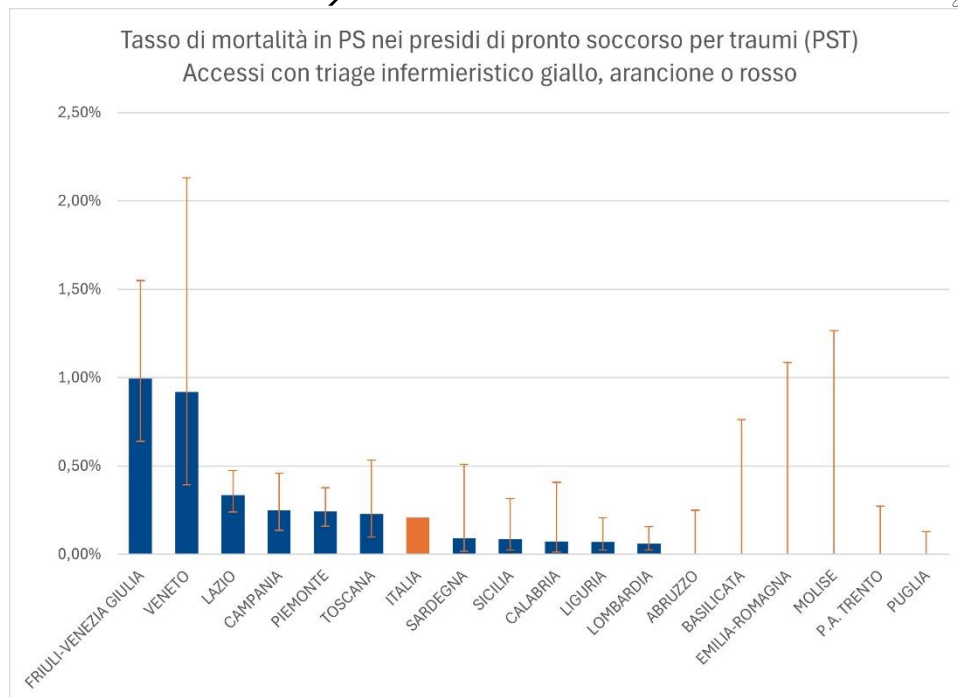


Figura 55. Mortalità in PS dei pazienti con diagnosi di trauma e triage giallo, arancione o rosso nei PST per Regione/P.A. Fonte: EMUR 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.4 Rete Emergenza-Urgenza

3.1.2.4.1 Indicatori di volume

3.1.2.4.1.1 Numero di accessi in PS per codice colore triage

Regione/P.A.	Nr. accessi con codice BIANCO	% accessi con codice BIANCO	Nr. accessi con codice VERDE	% accessi con codice VERDE	Nr. accessi con codice AZZURRO	% accessi con codice AZZURRO	Nr. accessi con codice GIALLO	% accessi con codice GIALLO	Nr. accessi con codice ARANCIONE	% accessi con codice ARANCIONE	Nr. accessi con codice ROSSO	% accessi con codice ROSSO	Totali
ABRUZZO	21.646	5,11%	249.838	58,98%	0	0,00%	139.686	32,98%	0	0,00%	12.422	2,93%	423.592
BASILICATA	12.052	7,92%	69.224	45,48%	47.511	31,22%	939	0,62%	20.830	13,69%	1.646	1,08%	152.202
CALABRIA	55.006	11,63%	196.140	41,46%	115.800	24,48%	36.064	7,62%	57.926	12,25%	12.110	2,56%	473.046
CAMPANIA	58.622	3,99%	973.396	66,20%	99.108	6,74%	274.317	18,66%	37.552	2,55%	27.409	1,86%	1.470.404
EMILIA ROMAGNA	208.908	12,28%	863.308	50,74%	432.112	25,40%	0	0,00%	154.227	9,06%	42.847	2,52%	1.701.402
FRIULI VENEZIA GIULIA	57.024	14,11%	83.825	20,74%	168.570	41,71%	23	0,01%	87.725	21,71%	6.992	1,73%	404.159
LAZIO	45.899	2,96%	575.923	37,17%	591.080	38,15%	0	0,00%	265.103	17,11%	71.412	4,61%	1.549.417
LIGURIA	27.314	5,07%	232.371	43,12%	167.301	31,05%	0	0,00%	92.475	17,16%	19.419	3,60%	538.880
LOMBARDIA	263.304	8,93%	1.817.136	61,66%	378.574	12,85%	272.311	9,24%	176.301	5,98%	39.403	1,34%	2.947.029
MARCHE	20.987	4,27%	248.919	50,67%	144.916	29,50%	0	0,00%	62.087	12,64%	14.361	2,92%	491.270
MOLISE	2.206	2,27%	44.896	46,27%	35.962	37,06%	0	0,00%	12.112	12,48%	1.854	1,91%	97.030
P.A. BOLZANO	12.274	5,21%	156.232	66,31%	52.024	22,08%	0	0,00%	12.788	5,43%	2.286	0,97%	235.604
P.A. TRENTO	21.791	10,49%	101.656	48,95%	51.400	24,75%	0	0,00%	28.879	13,91%	3.948	1,90%	207.674
PIEMONTE	152.709	9,84%	805.733	51,92%	359.591	23,17%	0	0,00%	204.504	13,18%	29.295	1,89%	1.551.832
PUGLIA	31.739	3,01%	486.573	46,12%	303.189	28,74%	0	0,00%	201.737	19,12%	31.746	3,01%	1.054.984
SARDEGNA	35.006	8,11%	220.953	51,19%	59	0,01%	157.941	36,59%	80	0,02%	17.611	4,08%	431.650
SICILIA	74.033	4,98%	893.967	60,09%	25.558	1,72%	450.885	30,31%	2.198	0,15%	40.965	2,75%	1.487.606
TOSCANA	180.473	13,00%	468.970	33,78%	610.576	43,98%	0	0,00%	107.756	7,76%	20.510	1,48%	1.388.285
UMBRIA	29.380	9,84%	158.198	52,98%	69.772	23,37%	700	0,23%	34.277	11,48%	6.274	2,10%	298.601
VALLE D'AOSTA	10.742	23,37%	28.638	62,31%	1.716	3,73%	3.388	7,37%	860	1,87%	617	1,34%	45.961
VENETO	939.558	57,58%	298.807	18,31%	154.123	9,45%	10.922	0,67%	198.363	12,16%	29.854	1,83%	1.631.627
ITALIA	2.260.673	12,17%	8.974.703	48,30%	3.808.942	20,50%	1.347.176	7,25%	1.757.780	9,46%	432.981	2,33%	18.582.255

Figura 56. Numero accessi alla rete per codice colore triage. Fonte: EMUR 2023

La tabella mostra gli accessi per codice, includendo l'azzurro che tuttavia non è presente in tutte le Regioni; si nota ancora un eccesso di accessi di codici bianchi in alcune Regioni, il bianco presuppone un minore impatto in esami diagnostici rispetto al verde, può essere ipotizzato un bilanciamento economico compensativo verdi- bianchi, in quelle regioni dove la prestazione dei bianchi è a pagamento. Auspicabile il sempre minore utilizzo di codici bianchi avendo a pieno regime le strutture territoriali.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.4.2 Indicatori compresi nell'indice SDO EMUR

3.1.2.4.2.1 Percentuale di ricoveri sul totale di accessi con maggiore urgenza (azzurro, giallo, arancione e rosso)

Regione/P.A.	Accessi con maggiore urgenza con transito in OBI ed invio a ricovero (stima)	Accessi con maggiore urgenza (triage Azzurro, Giallo, Arancione o Rosso)	Accessi con maggiore urgenza con invio a ricovero	Ricoveri	Ricoveri post OBI (stimati)	Percentuale di ricovero degli accessi con maggiore urgenza (con transito in obi o meno)	Accessi con maggiore urgenza (triage Azzurro, Giallo, Arancione o Rosso)
ABRUZZO	3.270	152.108	45.789	30,10%	2,15%	32%	152.108
BASILICATA	2.852	70.926	19.562	27,58%	4,02%	32%	70.926
CALABRIA	1.242	221.900	71.367	32,16%	0,56%	33%	221.900
CAMPANIA	6.149	438.386	163.978	37,40%	1,40%	39%	438.386
EMILIA-ROMAGNA	19.330	629.186	151.814	24,13%	3,07%	27%	629.186
FRIULI-VENEZIA GIULIA	18.677	263.310	28.348	10,77%	7,09%	18%	263.310
LAZIO	8.421	927.595	261.694	28,21%	0,91%	29%	927.595
LIGURIA	6.366	279.195	72.258	25,88%	2,28%	28%	279.195
LOMBARDIA	0	866.589	192.883	22,26%	0,00%	22%	866.589
MARCHE	2.055	221.364	50.496	22,81%	0,93%	24%	221.364
MOLISE	23	49.928	12.920	25,88%	0,05%	26%	49.928
P.A. BOLZANO	1.165	67.098	17.248	25,71%	1,74%	27%	67.098
P.A. TRENTO	0	84.227	18.688	22,19%	0,00%	22%	84.227
PIEMONTE	8.546	593.390	128.136	21,59%	1,44%	23%	593.390
PUGLIA	1.797	536.672	148.417	27,66%	0,33%	28%	536.672
SARDEGNA	N.D.*	175.691	55.337	31,50%	0,00%	31%	175.691
SICILIA	6.431	519.606	151.429	29,14%	1,24%	30%	519.606
TOSCANA	17.159	738.842	142.063	19,23%	2,32%	22%	738.842
UMBRIA	0	111.023	40.486	36,47%	0,00%	36%	111.023
VALLE D'AOSTA	62	6.581	2.866	43,55%	0,94%	44%	6.581
VENETO	16.415	393.262	81.060	20,61%	4,17%	25%	393.262
ITALIA	119.961	7.346.879	1.856.839	25,27%	1,63%	27%	7.346.879

Figura 57. Percentuale di ricoveri sul totale di accessi con maggiore urgenza. Fonte: EMUR 2023

N.D.*: dato non divulgabile

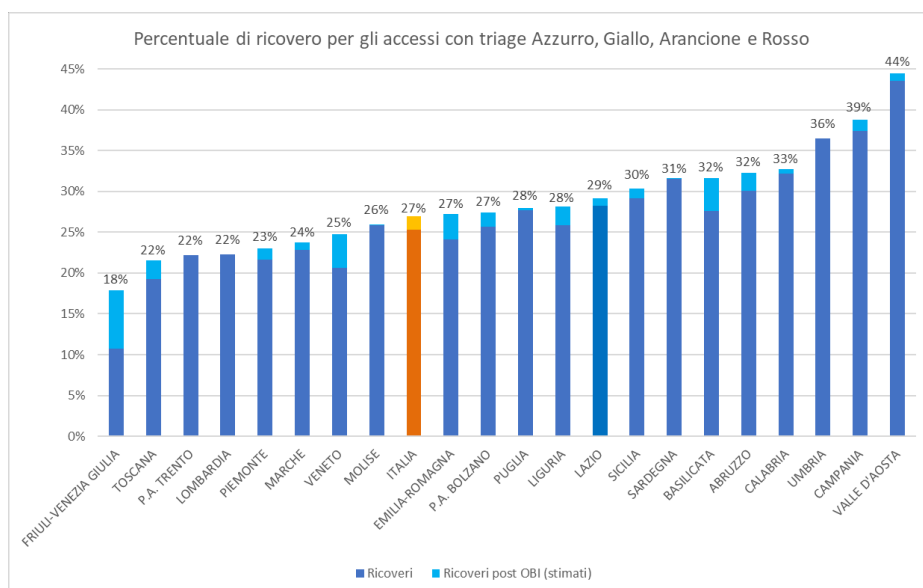


Figura 58. Rappresentazione Percentuale di ricoveri sul totale di accessi con maggiore urgenza



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

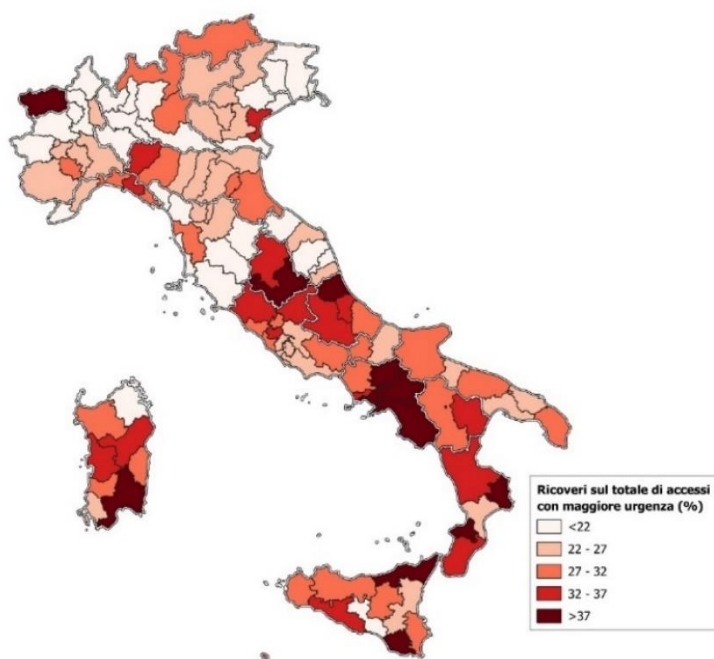


Figura 59. Cartografia Percentuale di ricoveri sul totale di accessi con maggiore urgenza

L'indicatore proposto e rientrante nella valutazione ISCO va interpretato come la capacità di trattare in ambito emergenziale le urgenze a maggior impatto assistenziale; quindi, al di sotto della media nazionale più basso è l'indicatore più virtuosa è l'organizzazione dell'emergenza - urgenza.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.4.2.2 Percentuale di accessi in PS con visita medica entro il tempo massimo (escludendo i codici rossi)

Regione/P.A.	BIANCO			VERDE			AZZURRO			GIALLO			ARANCIONE		
	Accessi*	Accessi con visita medica entro 240'	Accessi con visita medica entro 240' (%)	Accessi*	Accessi con visita medica entro 120' (%)	Accessi con visita medica entro 120'	Accessi*	Accessi con visita medica entro 60'	Accessi con visita medica entro 60' (%)	Accessi*	Accessi con visita medica entro 15'	Accessi con visita medica entro 15' (%)	Accessi*	Accessi con visita medica entro 15'	Accessi con visita medica entro 15' (%)
ABRUZZO	18.904	18.278	97%	230.698	181.593	79%	0	0	-	136.716	43.456	32%	0	0	-
BASILICATA	11.334	10.874	96%	67.850	57.744	85%	47.366	39.473	83%	932	893	96%	20.820	18.294	88%
CALABRIA	53.920	52.062	97%	190.229	166.405	87%	112.122	81.737	73%	35.704	11.159	31%	57.215	24.069	42%
CAMPANIA	50.838	49.359	97%	900.342	784.028	87%	97.035	76.603	79%	262.388	90.957	35%	37.345	16.335	44%
EMILIA ROMAGNA	186.127	174.996	94%	811.604	601.153	74%	421.078	209.574	50%	0	0	-	153.504	57.157	37%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	51.370	47.797	93%	79.488	63.083	79%	162.204	92.597	57%	23	15	65%	87.024	39.920	46%
LAZIO	37.059	32.923	89%	537.101	424.244	79%	569.107	310.299	55%	0	0	-	262.658	66.850	25%
LIGURIA	23.524	21.324	91%	223.733	182.107	81%	163.462	88.676	54%	0	0	-	91.926	28.429	31%
LOMBARDIA	238.332	217.040	91%	1.762.953	1.344.999	76%	373.610	243.865	65%	271.292	107.528	40%	175.759	84.496	48%
MARCHE	17.450	16.524	95%	231.121	182.539	79%	140.134	85.374	61%	0	0	-	61.674	34.224	55%
MOLISE	1.900	1.811	95%	43.388	40.823	94%	35.331	30.009	85%	0	0	-	12.068	7.261	60%
P.A. BOLZANO	11.186	10.260	92%	152.756	129.102	85%	51.686	39.150	76%	0	0	-	12.763	4.006	31%
P.A. TRENTO	18.068	17.185	95%	96.784	75.239	78%	50.783	35.894	71%	0	0	-	28.765	18.011	63%
PIEMONTE	140.881	126.919	90%	781.491	609.670	78%	355.517	217.564	61%	0	0	-	203.906	79.170	39%
PUGLIA	29.019	28.120	97%	462.417	389.724	84%	291.672	195.860	67%	0	0	-	199.588	66.258	33%
SARDEGNA	29.824	27.828	93%	202.193	148.800	74%	59	24	41%	153.600	43.501	28%	80	19	24%
SICILIA	45.509	42.625	94%	822.746	673.772	82%	24.050	15.441	64%	438.460	155.729	36%	2.184	1.370	63%
TOSCANA	170.540	166.863	98%	447.582	356.966	80%	598.316	333.709	56%	0	0	-	107.601	55.080	51%
UMBRIA	27.860	26.837	96%	154.742	131.872	85%	69.209	48.049	69%	698	267	38%	34.208	16.571	48%
VALLE D'AOSTA	10.742	9.551	89%	28.638	21.026	73%	1.716	1.071	62%	3.388	2.030	60%	860	289	34%
VENETO	932.402	887.526	95%	297.951	262.963	88%	153.926	126.108	82%	10.917	4.547	42%	198.043	87.795	44%
ITALIA	2.106.789	1.986.702	94%	8.525.807	6.827.852	80%	3.718.383	2.271.077	61%	1.314.118	460.082	35%	1.747.991	705.604	40%

Figura 60. Percentuale di accessi con visita medica entro il tempo massimo per triage in accordo con le "Linee di indirizzo nazionali sul triage ospedaliero, Intesa Conferenza Stato-Regioni (agosto 2019)". Fonte: EMUR 2023

Di seguito l'indicatore composito indica la media degli accessi che ricevono la visita medica entro il limite di tempo massimo pesata per triage infermieristico.

Regione/P.A.	Accessi totali	Accessi con visita sotto soglia	Media accessi sotto soglia	Accessi sotto soglia pesati	Somma pesi	Media pesata sotto soglia
ABRUZZO	386.318	243.327	63,0%	321.317	546529,5	59%
BASILICATA	148.302	127.278	85,8%	180.414	210466,5	86%
CALABRIA	449.190	335.432	74,7%	450.340	636801,25	71%
CAMPANIA	1.347.948	1.017.282	75,5%	1.336.143	1855687	72%
EMILIA ROMAGNA	1.572.313	1.042.880	66,3%	1.355.112	2139257	63%
FRIULI V.G.	380.109	243.412	64,0%	345.413	568124,25	61%
LAZIO	1.405.925	834.316	59,3%	1.162.377	2087411,75	56%
LIGURIA	502.645	320.536	63,8%	438.830	732235,25	60%
LOMBARDIA	2.821.946	1.997.928	70,8%	2.621.252	3828717,25	68%
MARCHE	450.379	318.661	70,8%	441.207	639900,25	69%
MOLISE	92.687	79.904	86,2%	112.375	133267,5	84%
P.A. BOLZANO	228.391	182.518	79,9%	238.375	305186	78%
P.A. TRENTO	194.400	146.329	75,3%	201.097	272752,5	74%
PIEMONTE	1.481.795	1.033.323	69,7%	1.373.693	2058832,25	67%
PUGLIA	982.696	679.962	69,2%	941.581	1443724,25	65%
SARDEGNA	385.756	220.172	57,1%	290.029	551613,75	53%
SICILIA	1.332.949	888.937	66,7%	1.183.267	1881689,5	63%
TOSCANA	1.324.039	912.618	68,9%	1.223.794	1842693,5	66%
UMBRIA	286.717	223.596	78,0%	297.360	394738,5	75%
VALLE D'AOSTA	45.344	33.967	74,9%	41.571	56762,5	73%
VENETO	1.593.239	1.368.939	85,9%	1.588.939	1950920,5	81%
ITALIA	17.413.088	12.251.317	70,4%	16.144.484	24137310,75	67%

Figura 61. Media pesata degli accessi totali (esclusi i codici rossi) con tempo di attesa alla visita inferiore al tempo massimo in accordo con le "Linee di indirizzo nazionali sul triage ospedaliero, Intesa Conferenza Stato-Regioni (agosto 2019)". Fonte: EMUR 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

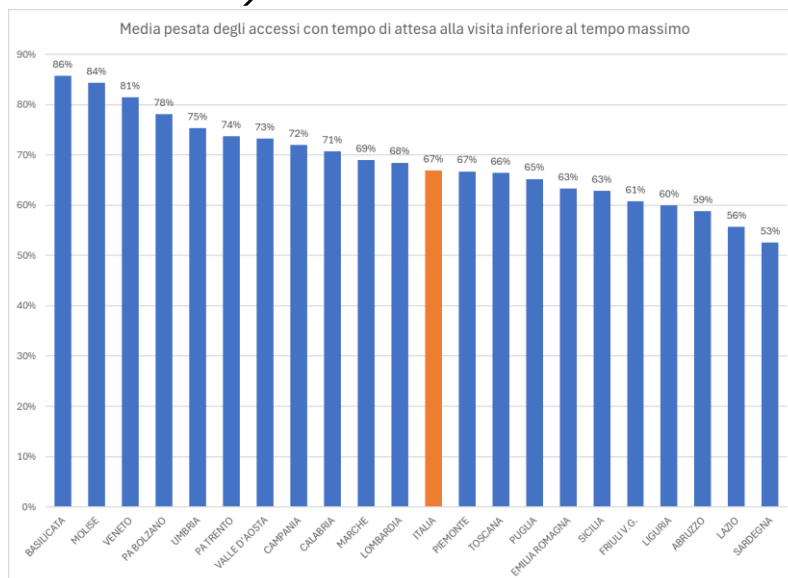


Figura 62. Rappresentazione Media pesata degli accessi con tempo di attesa alla visita inferiore al tempo massimo

Nelle figure precedenti vengono indicate le Regioni/P. A. che sono evidentemente al di sotto della media nazionale.

3.1.2.4.2.3 Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso sul totale dei ricoveri

Regione / P.A.	Ricoveri da Pronto Soccorso	Ricoveri da Osservazione Breve Intensiva	Totale Ricoveri	% Ricoveri da Pronto Soccorso / Totale Ricoveri	% Ricoveri da Osservazione Breve Intensiva / Totale Ricoveri	% Ricoveri da Pronto Soccorso e O.B.I. / Totale Ricoveri
ABRUZZO	59.950	70	127.250	47,11%	0,06%	47,17%
BASILICATA	25.183	5	44.576	56,49%	0,01%	56,51%
CALABRIA	69.817	1.279	142.533	48,98%	0,90%	49,88%
CAMPANIA	199.580	1.574	477.486	41,80%	0,33%	42,13%
EMILIA-ROMAGNA	221.407	17.753	569.501	38,88%	3,12%	41,99%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	52.716	589	121.185	43,50%	0,49%	43,99%
LAZIO	290.354	35	594.335	48,85%	0,01%	48,86%
LIGURIA	76.743	7.114	165.573	46,35%	4,30%	50,65%
LOMBARDIA	408.066	19.802	1.024.667	39,82%	1,93%	41,76%
MOLISE	63.389	18	147.913	42,86%	0,01%	42,87%
MARCHE	11.990	N.D.*	29.374	40,82%	0,00%	40,82%
PIEMONTE	170.607	2.789	454.869	37,51%	0,61%	38,12%
P.A. BOLZANO	31.673	354	64.289	49,27%	0,55%	49,82%
P.A. TRENTO	25.667	17	57.062	44,98%	0,03%	45,01%
PUGLIA	166.057	3.795	383.853	43,26%	0,99%	44,25%
SARDEGNA	66.066	378	144.147	45,83%	0,26%	46,09%
SICILIA	185.537	1.665	426.799	43,47%	0,39%	43,86%
TOSCANA	156.382	15.087	371.788	42,06%	4,06%	46,12%
UMBRIA	50.420	2.690	93.843	53,73%	2,87%	56,59%
VALLE D'AOSTA	6.843	82	13.718	49,88%	0,60%	50,48%
VENETO	197.721	25.305	502.302	39,36%	5,04%	44,40%
ITALIA	2.536.168	100.402	5.957.063	42,57%	1,69%	44,26%

Figura 63. Ricoveri da PS sul totale dei ricoveri. Fonte: SDO 2023

N.D.*: dato non divulgabile



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

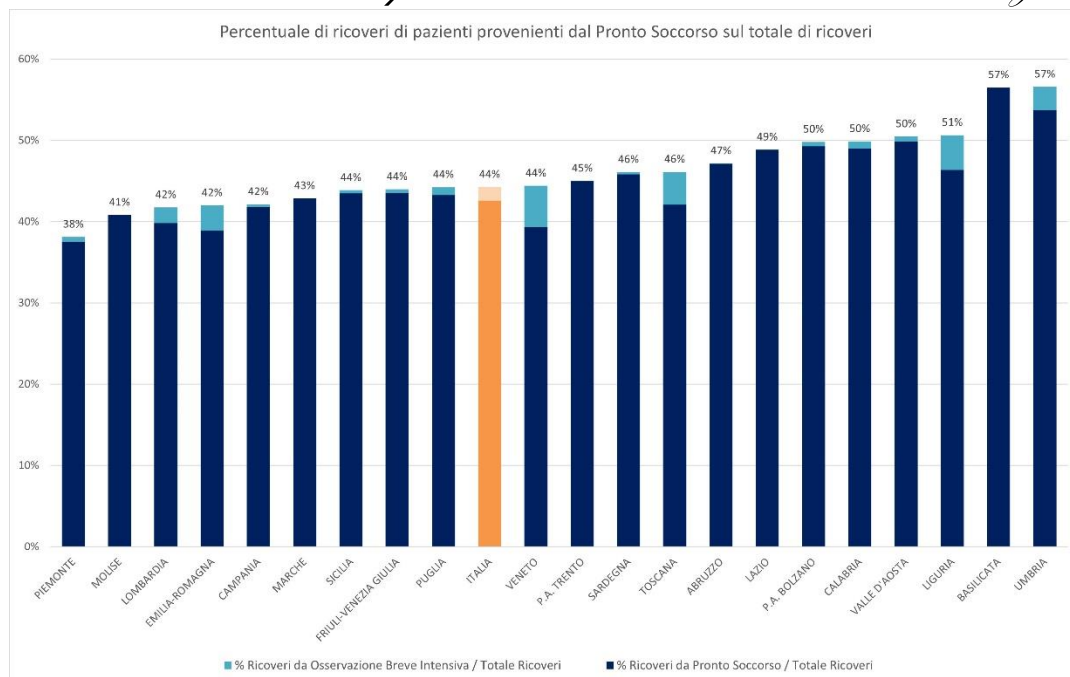


Figura 64. Rappresentazione % dei ricoveri da P.S. sul totale dei ricoveri

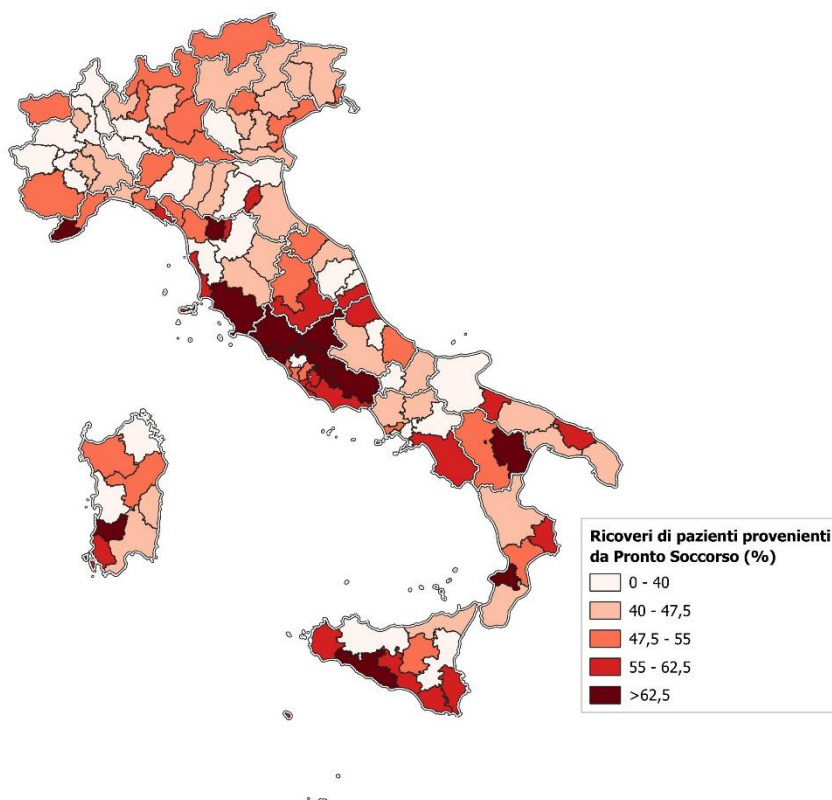


Figura 65. Cartografia “% dei ricoveri da P.S. sul totale dei ricoveri” per area territoriale



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

L'indicatore rappresenta la pressione dei ricoveri provenienti da PS o OBI sulla organizzazione dei ricoveri ordinari in ciascuna unità operativa (inclusa la lungodegenza che non dovrebbe ricevere dal PS). Il 42% media italiana dei ricoveri viene dunque dal PS, le Regioni dove l'organizzazione dell'emergenza – urgenza è più solida, sono quelle che ricoverano meno e sono al di sotto della media italiana.

L'approfondimento seguente nasce dalla necessità di visualizzare realmente la destinazione del ricovero in base alle aree medica, chirurgica, critica e materno infantile- pediatrica; dai dati emerge una prassi organizzativo- culturale, indice che ancora oggi il ricovero vicaria la presa in carico e la risoluzione del problema in area emergenziale, penalizzando in particolare l'area medica (tra cui geriatria, medicina interna e oncologia medica) e l'organizzazione dei ricoveri in elezione.

Approfondimento sugli Accessi in PS inviati al ricovero in area medica, chirurgica, critica e materno infantile pediatrica (MIP) – non rientrante nell'Indice SDO EMUR

REGIONE/P.A.	AREA MEDICA	AREA CHIRURGICA	AREA CRITICA	AREA MIP	% AREA MEDICA	% AREA CHIRURGICA	% AREA CRITICA	% MIP
ABRUZZO	25.928	14.412	4.362	7.072	50,08%	27,84%	8,43%	13,66%
BASILICATA	11.976	5.627	1.859	2.940	53,46%	25,12%	8,30%	13,12%
CALABRIA	26.897	14.573	8.520	11.272	43,90%	23,79%	13,91%	18,40%
CAMPANIA	63.345	53.186	24.966	34.196	36,05%	30,27%	14,21%	19,46%
EMILIA-ROMAGNA	117.597	38.555	34.149	25.731	54,43%	17,85%	15,81%	11,91%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	30.628	10.594	4.603	1.676	64,48%	22,30%	9,69%	3,53%
LAZIO	120.262	53.683	36.805	36.061	48,73%	21,75%	14,91%	14,61%
LIGURIA	38.088	14.892	18.701	5.768	49,18%	19,23%	24,15%	7,45%
LOMBARDIA	196.988	95.408	22.444	57.237	52,94%	25,64%	6,03%	15,38%
MARCHE	31.328	12.967	6.234	5.809	55,61%	23,02%	11,07%	10,31%
MOLISE	4.711	3.466	1.438	1.308	43,13%	31,73%	13,16%	11,97%
PIEMONTE	90.039	32.466	12.957	19.499	58,10%	20,95%	8,36%	12,58%
P.A. BOLZANO	15.321	9.789	1.809	2.179	52,65%	33,64%	6,22%	7,49%
P.A. TRENTO	13.760	5.983	1.057	3.247	57,22%	24,88%	4,40%	13,50%
PUGLIA	70.728	41.423	9.440	22.310	49,15%	28,79%	6,56%	15,50%
SARDEGNA	35.408	16.559	3.969	4.775	58,32%	27,28%	6,54%	7,87%
SICILIA	69.117	41.936	17.669	30.158	43,50%	26,39%	11,12%	18,98%
TOSCANA	94.482	33.516	15.400	14.498	59,84%	21,23%	9,75%	9,18%
UMBRIA	30.909	9.345	2.370	5.380	64,39%	19,47%	4,94%	11,21%
VALLE D'AOSTA	3.339	1.555	1.085	224	53,83%	25,07%	17,49%	3,61%
VENETO	122.062	47.378	13.476	21.727	59,65%	23,15%	6,59%	10,62%
ITALIA	1.212.913	557.313	243.313	313.067	52,13%	23,95%	10,46%	13,46%

Figura 66. % Accessi in PS inviati al ricovero in area medica, chirurgica, critica e materno infantile pediatrica. Fonte: EMUR 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.4.3 Indicatori non compresi nell'indice SDO EMUR

3.1.2.4.3.1 Proporzione di accessi seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva per colore triage

Regione/P.A.	Nr. accessi con triage bianco	Nr.accessi con triage bianco e trasferimento in OBI	% accessi con triage bianco e trasferimento in OBI	Nr. accessi con triage verde	Nr.accessi con triage verde e trasferimento in OBI	% accessi con triage verde e trasferimento in OBI	Nr. accessi con triage azzurro	Nr.accessi con triage azzurro e trasferimento in OBI	% accessi con triage azzurro e trasferimento in OBI	Nr. accessi con triage giallo	Nr.accessi con triage giallo e trasferimento in OBI	% accessi con triage giallo e trasferimento in OBI	Nr. accessi con triage arancione	Nr.accessi con triage arancione e trasferimento in OBI	% accessi con triage arancione e trasferimento in OBI	Nr. accessi con triage rosso	Nr.accessi con triage rosso e trasferimento in OBI	% accessi con triage rosso e trasferimento in OBI
ABRUZZO	21.646	11	0,05%	249.838	1.680	0,67%	-	-	-	139.686	7.609	5,45%	-	-	-	12.422	893	7,19%
BASILICATA	12.052	49	0,41%	69.224	1.594	2,30%	47.511	4.759	10,02%	939	-	0,00%	20.830	4.148	19,91%	1.646	275	16,71%
CALABRIA	55.006	35	0,06%	196.140	66	0,03%	115.800	744	0,64%	36.064	28	0,08%	57.926	2.731	4,71%	12.110	355	2,93%
CAMPANIA	58.622	35	0,06%	973.396	7.587	0,78%	99.108	1.029	1,04%	274.317	11.864	4,32%	37.552	337	0,90%	27.409	1.361	4,97%
EMILIA ROMAGNA	208.908	933	0,45%	863.308	20.406	2,36%	432.112	38.806	8,98%	-	-	-	154.227	22.349	14,49%	42.847	5.440	12,70%
FRIULI VENEZIA GIULIA	57.024	1.050	1,84%	83.825	3.384	4,04%	168.570	21.034	12,48%	23	6	26,09%	87.725	24.935	28,42%	6.992	2.268	32,44%
LAZIO	45.899	73	0,16%	575.923	4.978	0,86%	591.080	16.926	2,86%	-	-	-	265.103	12.758	4,81%	71.412	3.830	5,36%
LIGURIA	27.314	52	0,19%	232.371	3.427	1,47%	167.301	9.442	5,64%	-	-	-	92.475	8.939	9,67%	19.419	2.050	10,56%
LOMBARDIA	263.304	-	0,00%	1.817.136	-	0,00%	378.574	-	0,00%	272.311	-	0,00%	176.301	-	0,00%	39.403	-	0,00%
MARCHE	20.987	22	0,10%	248.919	1.952	0,78%	144.916	4.866	3,36%	-	-	-	62.087	4.288	6,91%	14.361	989	6,89%
MOLISE	2.206	N.D.*	0,05%	44.896	26	0,06%	35.962	42	0,12%	-	-	-	12.112	29	0,24%	1.854	7	0,38%
P.A. BOLZANO	12.274	40	0,33%	156.232	2.883	1,85%	52.024	4.091	7,86%	-	-	-	12.788	1.284	10,04%	2.286	204	8,92%
P.A. TRENTO	21.791	-	0,00%	101.656	-	0,00%	51.400	-	0,00%	-	-	-	28.879	-	0,00%	3.948	-	0,00%
PIEMONTE	152.709	250	0,16%	805.733	10.354	1,29%	359.591	12.864	3,58%	-	-	-	204.504	12.562	6,14%	29.295	2.111	7,21%
PUGLIA	31.739	N.D.*	0,00%	486.573	357	0,07%	303.189	1.551	0,51%	-	-	-	201.737	3.267	1,62%	31.746	297	0,94%
SARDEGNA	35.006	-	0,00%	220.953	-	0,00%	59	N.D.*	1,69%	157.941	-	0,00%	80	N.D.*	2,50%	17.611	N.D.*	0,01%
SICILIA	74.033	126	0,17%	893.967	12.779	1,43%	25.558	255	1,00%	450.885	20.277	4,50%	2.198	91	4,14%	40.965	2.572	6,28%
TOSCANA	180.473	1.918	1,06%	468.970	5.545	1,18%	610.576	42.188	6,91%	-	-	-	107.756	12.608	11,70%	20.510	2.633	12,84%
UMBRIA	29.380	-	0,00%	158.198	-	0,00%	69.772	-	0,00%	700	-	0,00%	34.277	-	0,00%	6.274	-	0,00%
VALLE D'AOSTA	10.742	49	0,46%	28.638	506	1,77%	1.716	-	0,00%	3.388	140	4,13%	860	-	0,00%	617	21	3,40%
VENETO	939.558	28.230	3,00%	298.807	26.798	8,97%	154.123	20.107	13,05%	10.922	1.540	14,10%	198.363	25.912	13,06%	29.854	4.426	14,83%
ITALIA	2.260.673	32.875	1,45%	8.974.703	104.322	1,16%	3.808.942	178.705	4,69%	1.347.176	41.464	3,08%	1.757.780	136.240	7,75%	432.981	29.733	6,87%

Figura 67. % accessi e trasferimento in OBI per colore triage. Fonte: EMUR 2023

N.D.*: dato non divulgabile

La figura mette in evidenza come l'utilizzo del ricovero in OBI spesso sia inappropriato, perché in relazione al codice triage, sarebbe opportuna la presenza in OBI di pochissimi bianchi (media nazionale 1,45%) e verdi (media nazionale 1,16%) che andrebbero dimessi, così come i rossi che dovrebbero essere avviati nei reparti specialistici; sarebbe dunque opportuno che in OBI fossero ricoverati gli azzurri (media nazionale 4,69%), arancio (media nazionale 7,75%) e gialli (media nazionale 3,08%).

Si fa presente che Regioni come Lombardia e Umbria che hanno volume uguale a 0, in quanto il presente indicatore è calcolato da flussi EMUR diversamente da quanto appare nella figura relativa all'indicatore "Ricoveri da Ps sul totale dei ricoveri" calcolato da flusso SDO; si evince un problema di codifiche nel flusso EMUR.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.4.3.2 Percentuale di accessi in PS per codice triage trasformati in ricoveri

Regione / P.A.	Valori assoluti									Valori percentuali								
	Nr. di accessi	Nr. di accessi esitati in ricovero	Nr. di accessi bianchi esitati in ricovero	Nr. di accessi verdi esitati in ricovero	Nr. di accessi azzurri esitati in ricovero	Nr. di accessi gialli esitati in ricovero	Nr. di accessi arancioni esitati in ricovero	Nr. di accessi rossi esitati in ricovero	Nr. di accessi con triage non eseguito esitati in ricovero	Nr. di accessi esitati in ricovero / Nr. di accessi (%)	Nr. di accessi bianchi esitati in ricovero / Nr. di accessi (%)	Nr. di accessi verdi esitati in ricovero / Nr. di accessi (%)	Nr. di accessi azzurri esitati in ricovero / Nr. di accessi (%)	Nr. di accessi gialli esitati in ricovero / Nr. di accessi (%)	Nr. di accessi arancioni esitati in ricovero / Nr. di accessi (%)	Nr. di accessi rossi esitati in ricovero / Nr. di accessi (%)	Nr. di accessi con triage non eseguito esitati in ricovero / Nr. di accessi (%)	
ABRUZZO	423.622	63.549	887	16.872	0	37.570	0	8.219	N.D.*	15,00%	0,21%	3,98%	0,00%	8,87%	0,00%	1,94%	0,00%	
BASILICATA	152.219	24.155	303	4.290	9.908	248	8.269	1.137	0	15,87%	0,20%	2,82%	6,51%	0,16%	5,43%	0,75%	0,00%	
CALABRIA	473.143	96.195	3.730	21.096	29.088	13.356	21.131	7.792	N.D.*	20,33%	0,79%	4,46%	6,15%	2,82%	4,47%	1,65%	0,00%	
CAMPANIA	1.470.576	296.030	2.115	130.043	28.518	99.711	17.502	18.061	80	20,13%	0,14%	8,84%	1,94%	6,78%	1,19%	1,23%	0,01%	
EMILIA ROMAGNA	1.701.549	196.278	3.131	41.333	77.135	0	49.870	24.809	0	11,54%	0,18%	2,43%	4,53%	0,00%	2,93%	1,46%	0,00%	
FRIULI V.G.	404.184	30.749	915	1.486	11.025	N.D.*	14.196	3.125	0	7,61%	0,23%	0,37%	2,73%	0,00%	3,51%	0,77%	0,00%	
LAZIO	1.551.553	302.643	838	39.308	119.454	0	102.181	40.059	803	19,51%	0,05%	2,53%	7,70%	0,00%	6,59%	2,58%	0,05%	
LIGURIA	538.883	81.740	235	9.247	28.456	0	31.543	12.259	0	15,17%	0,04%	1,72%	5,28%	0,00%	5,85%	2,27%	0,00%	
LOMBARDIA	2.949.328	303.401	3.600	106.459	48.583	68.915	50.553	24.832	459	10,29%	0,12%	3,61%	1,65%	2,34%	1,71%	0,84%	0,02%	
MARCHE	491.297	60.963	146	10.321	23.235	0	19.586	7.675	0	12,41%	0,03%	2,10%	4,73%	0,00%	3,99%	1,56%	0,00%	
MOLISE	97.050	15.983	31	3.032	7.405	0	4.366	1.149	0	16,47%	0,03%	3,12%	7,63%	0,00%	4,50%	1,18%	0,00%	
PA BOLZANO	281.181	26.740	155	6.673	10.154	0	5.542	1.552	2.664	9,51%	0,06%	2,37%	3,61%	0,00%	1,97%	0,55%	0,95%	
PA TRENTO	207.760	22.457	547	3.189	7.161	0	8.705	2.822	33	10,81%	0,26%	1,53%	3,45%	0,00%	4,19%	1,36%	0,02%	
PIEMONTE	1.551.832	172.461	2.084	42.241	52.438	0	57.937	17.761	0	11,11%	0,13%	2,72%	3,38%	0,00%	3,73%	1,14%	0,00%	
PUGLIA	1.055.523	183.512	1.944	33.145	54.820	0	72.027	21.570	6	17,39%	0,18%	3,14%	5,19%	0,00%	6,82%	2,04%	0,00%	
SARDEGNA	431.826	69.882	1.181	13.364	11	43.549	22	11.755	0	16,18%	0,27%	3,09%	0,00%	10,08%	0,01%	2,72%	0,00%	
SICILIA	1.491.571	235.699	797	81.638	3.782	124.605	885	22.157	1.835	15,80%	0,05%	5,47%	0,25%	8,35%	0,06%	1,49%	0,12%	
TOSCANA	1.388.338	156.957	4.660	10.234	87.365	0	42.972	11.726	0	11,31%	0,34%	0,74%	6,29%	0,00%	3,10%	0,84%	0,00%	
UMBRIA	302.990	53.621	1.474	11.592	18.391	264	16.714	3.117	69	17,70%	0,49%	3,83%	6,07%	0,09%	5,52%	1,69%	0,02%	
VALLE D'AOSTA	45.961	7.001	254	3.881	556	1.481	395	434	0	15,23%	0,55%	8,44%	1,21%	3,22%	0,86%	0,94%	0,00%	
VENETO	1.630.997	141.166	30.137	29.989	25.540	1.842	37.353	16.303	N.D.*	8,66%	1,85%	1,84%	1,57%	0,11%	2,29%	1,00%	0,00%	
ITALIA	18.641.383	2.541.182	59.164	619.433	643.025	391.543	561.749	260.314	5.954	13,63%	0,32%	3,32%	3,45%	2,10%	3,01%	1,40%	0,03%	

Figura 68. % di ricoveri sul totale degli accessi in P.S. per codice triage. Fonte: EMUR 2023

N.D.*: dato non divulgabile



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

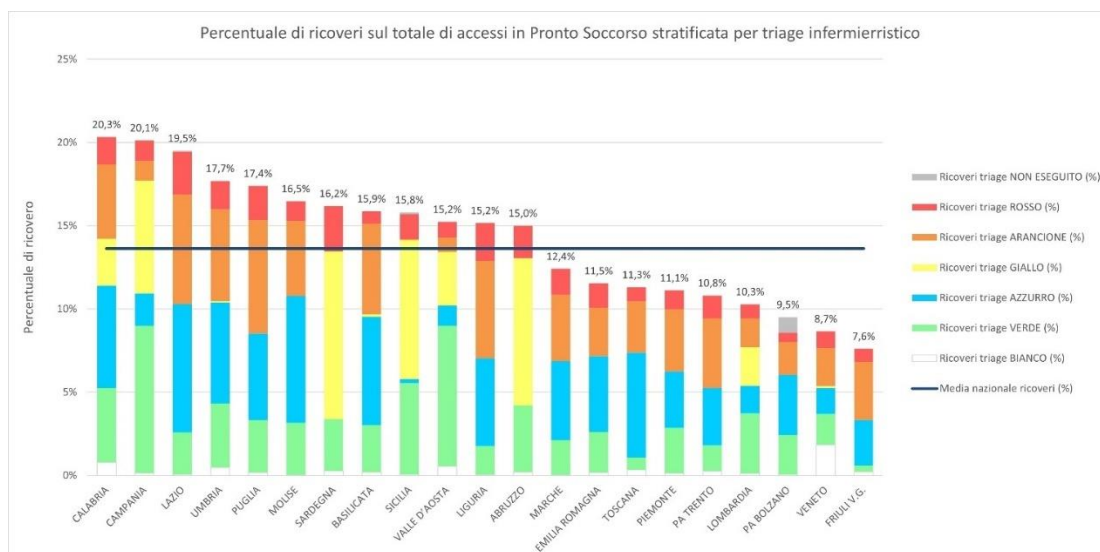


Figura 69. Rappresentazione % di ricoveri sul totale degli accessi in P.S. per codice triage

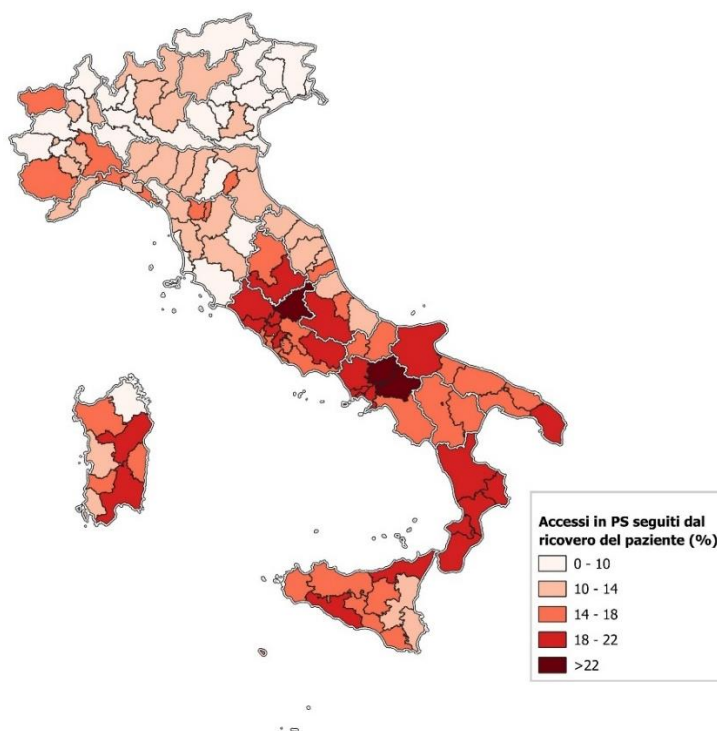


Figura 70. Cartografia % accessi in P.S. seguiti da ricovero del paziente per area territoriale

La percentuale (%) di tutti i ricoveri provenienti da Pronto Soccorso, indipendentemente da colore triage, non dovrebbe superare il 10-12%, nelle figure si evidenzia come la media italiana si attesti di poco al di sopra. Si sottolinea, inoltre, la virtuosità dell'area del nord-est, Friuli VG, PA Bolzano e Veneto con valori nettamente inferiori al 10%.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.4.3.3 Tempo di permanenza in PS: media e mediana del numero di minuti intercorsi tra l'arrivo e la dimissione al Pronto soccorso dei pazienti per colore triage

Regione/P.A.	BIANCO			VERDE			AZZURRO			GIALLO			ARANCIONE			ROSSO			TOTALE		
	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana
ABRUZZO	16.674	132,68	94,00	222.790	221,05	155,00				129.230	416,31	254,00				11.318	502,23	249,00	380.012	292	181
BASILICATA	10.903	129,12	100,00	66.654	172,75	128,00	47.006	243,52	155,00	891	34,30	7,00	20.686	307,37	166,00	1.623	290,65	132,00	147.763	211,4	138
CALABRIA	52.991	134,83	80,00	179.987	182,17	110,00	105.153	320,45	181,00	34.971	360,31	221,00	55.117	352,79	198,00	11.420	384,00	160,00	439.639	250,3	137
CAMPANIA	45.775	111,67	69,00	830.784	175,02	114,00	91.984	322,45	186,00	239.697	371,94	212,00	34.202	577,10	351,00	24.495	486,78	207,00	1.266.937	237,6	136
EMILIA ROMAGNA	183.022	124,23	76,00	798.662	221,03	149,00	409.644	407,19	275,00				148.564	448,27	270,00	41.504	423,89	231,00	1.581.396	284,7	178
FRIULI VENEZIA GIULIA	50.605	164,47	105,00	78.297	214,47	132,00	158.776	349,02	211,00	20	562,00	397,00	83.718	468,93	273,00	6.795	423,56	171,00	378.211	324,4	187
LAZIO	33.498	149,28	99,00	508.718	198,36	129,00	521.234	385,70	216,00				230.408	609,52	329,00	59.358	705,01	368,00	1.353.216	361,5	186
LIGURIA	21.804	139,29	89,00	217.021	181,02	115,00	155.057	400,77	240,00				85.470	521,59	293,00	17.598	577,37	281,00	496.950	320,4	175
LOMBARDIA	234.774	150,18	106,00	1.746.749	221,32	151,00	370.225	295,09	202,00	269.189	366,23	248,00	174.434	374,18	256,00	39.165	386,17	228,00	2.834.536	250,5	167
MARCHE	17.038	127,73	84,00	224.471	203,09	127,00	133.199	421,10	269,00				57.642	548,95	316,00	13.046	630,93	312,00	445.396	322,7	184
MOLISE	1.822	146,37	111,00	42.285	159,38	112,00	34.510	283,84	174,00				11.629	376,39	207,00	1.782	429,18	186,00	92.028	238,4	144
P.A. BOLZANO	10.747	142,70	104,00	150.884	146,01	102,00	51.191	223,35	135,00				12.660	240,32	149,00	2.255	184,87	107,00	227.737	168,9	111
P.A. TRENTO	18.067	124,19	92,00	96.784	172,42	139,00	50.783	200,88	172,00				28.765	213,84	185,00	3.946	175,51	149,00	198.345	181,4	149
PIEMONTE	140.582	166,42	130,00	773.376	228,39	140,00	346.889	374,85	212,00				195.560	517,41	288,00	27.530	599,14	300,00	1.483.937	301,7	169
PUGLIA	27.788	104,41	66,00	437.541	173,27	120,00	279.710	280,19	197,00				191.873	383,91	255,00	30.779	371,48	206,00	967.691	250,3	161
SARDEGNA	28.445	125,40	78,00	193.049	243,21	176,00	50	577,00	512,00	146.346	384,61	285,00	50	734,44	530,50	17.142	278,40	169,00	385.082	289,9	205
SICILIA	31.705	135,33	84,00	764.252	225,88	133,00	21.948	307,45	161,00	398.565	466,55	279,00	1.857	575,94	295,00	36.201	552,48	265,00	1.254.528	311,4	171
TOSCANA	168.331	103,29	62,00	437.982	191,12	132,00	559.787	441,52	268,00				97.892	587,07	315,00	18.612	587,85	277,00	1.282.604	324,9	178
UMBRIA	27.832	111,98	77,00	154.551	156,48	114,00	69.016	245,21	190,00	696	257,35	203,00	34.051	281,56	215,00	6.255	202,97	145,00	292.401	189	137
VALLE D'AOSTA	10.727	173,48	107,00	28.446	289,03	183,00	1.707	363,14	257,00	3.331	418,96	261,00	851	391,95	264,00	607	352,19	172,00	45.669	276,9	170
VENETO	921.389	179,93	127,00	294.789	247,51	160,00	151.765	327,66	209,00	10.682	380,86	247,00	194.451	368,08	249,00	29.149	371,86	219,00	1.602.225	234	154
ITALIA	2.054.519	155,15	105	8.248.072	207,47	136	3.559.634	361,44	222	1.233.618	406,98	254	1.659.880	458,96	268	400.580	489,64	237	17.156.303	278,4	165

Figura 71. Tempo di permanenza in P.S. per colore triage. Fonte: EMUR 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.2.4.3.4 Percentuale di abbandono del PS

Regione/P.A.	Nr. accessi al PS con abbandono del paziente prima della visita medica o in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica	Nr. Accessi al PS	% accessi con abbandono del paziente prima della visita medica o in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica
ABRUZZO	36.235	423.622	8,55%
BASILICATA	4.116	152.219	2,70%
CALABRIA	26.261	473.143	5,55%
CAMPANIA	179.002	1.470.765	12,17%
EMILIA ROMAGNA	103.627	1.701.549	6,09%
FRIULI VENEZIA GIULIA	21.688	404.184	5,37%
LAZIO	128.331	1.551.553	8,27%
LIGURIA	30.312	538.883	5,62%
LOMBARDIA	112.511	2.949.328	3,81%
MARCHE	34.654	491.297	7,05%
MOLISE	3.888	97.050	4,01%
P.A. BOLZANO	8.113	281.181	2,89%
P.A. TRENTO	9.330	207.760	4,49%
PIEMONTE	41.170	1.551.832	2,65%
PUGLIA	81.292	1.055.523	7,70%
SARDEGNA	43.753	431.826	10,13%
SICILIA	205.271	1.491.571	13,76%
TOSCANA	68.946	1.388.338	4,97%
UMBRIA	5.646	302.990	1,86%
VALLE D'AOSTA	0	45.961	0,00%
VENETO	22.675	1.631.658	1,39%
ITALIA	1.166.821	18.642.233	6,26%

Figura 72. % di accessi al PS con abbandono del paziente. Fonte: EMUR 2023

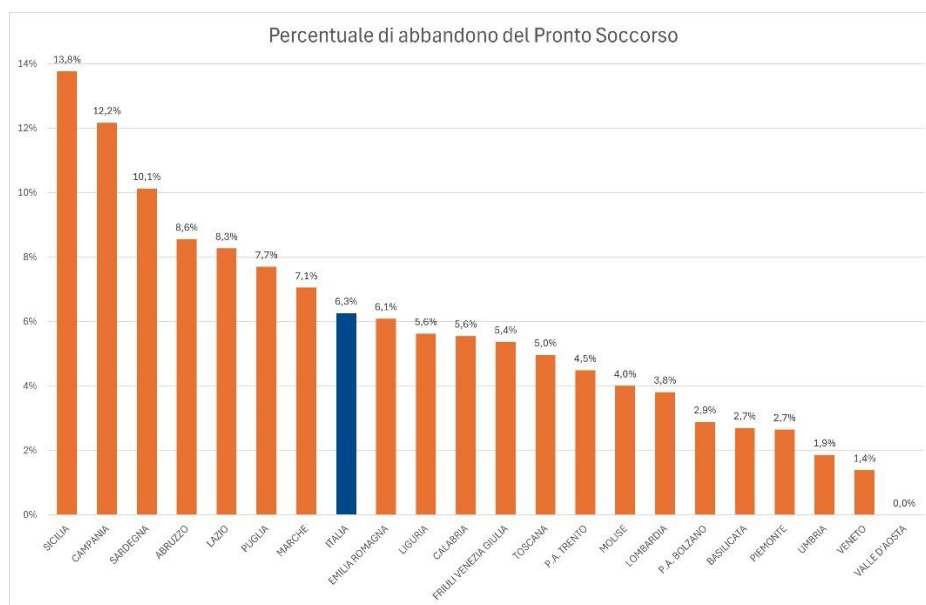


Figura 73. Rappresentazione % di accessi al PS con abbandono del paziente



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

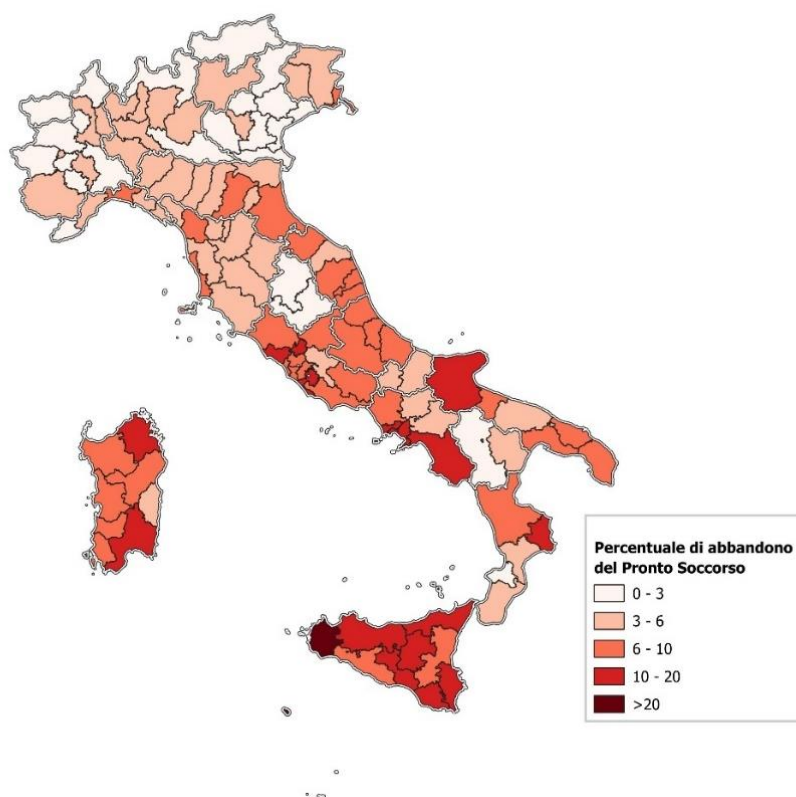


Figura 74. Cartografia % di abbandono del PS per area territoriale

L'indicatore % di abbandono del PS, rappresenta un altro segno di inappropriatazza; quindi, l'abbandono elevato non è direttamente un indice di una disfunzionalità organizzativa del PS ma di un probabile accesso inappropriato.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.3 Indici Sintetici Complessivi di Valutazione (ISCO) per Rete

Gli Indici Sintetici Complessivi di Valutazione (ISCO) di seguito rappresentati per Rete, tengono conto della somma dei risultati del Questionario, includente la parte specifica di ciascuna rete e degli Indicatori individuati per rete per il calcolo della performance regionale (come descritti nel paragrafo 2.4 relativo alla metodologia), rispettivamente con un peso pari al 30% e al 70%.

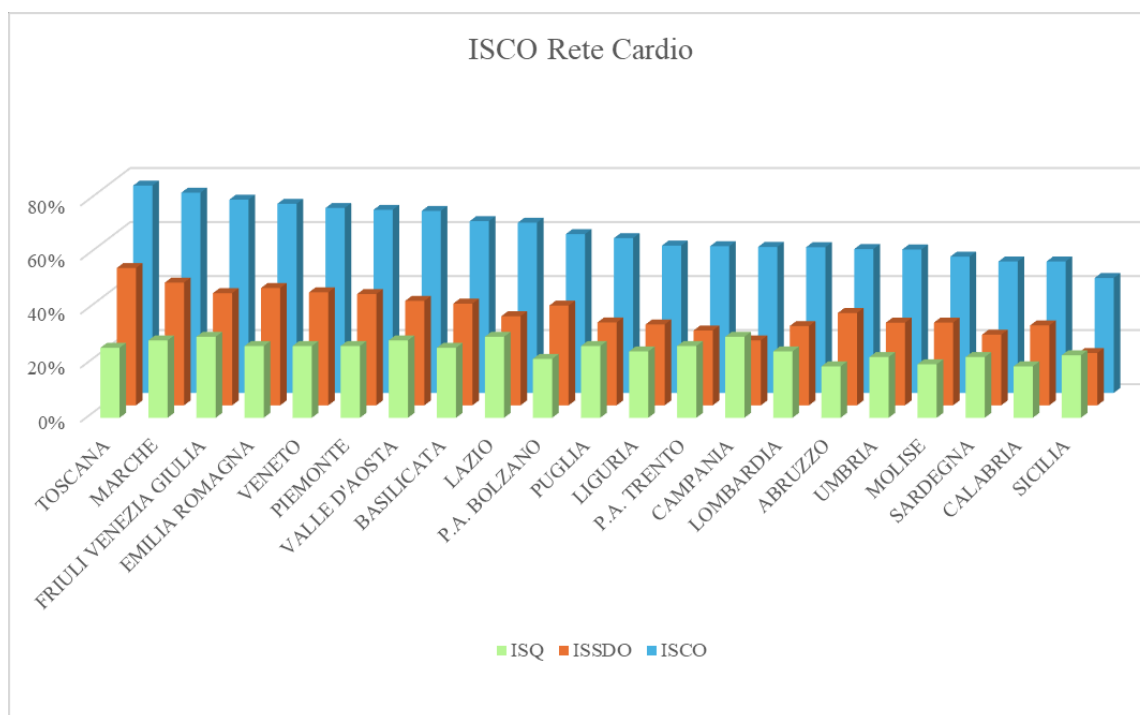


Figura 75. Rappresentazione ISCO Rete Cardiologica per l'emergenza

La rappresentazione mostra che la componente organizzativa definita in gran parte nel questionario (ISQ) ma rappresentata dagli esiti, è strategica per i risvolti di esito (ISSDO). Il suggerimento è che una migliore pianificazione organizzativa, potrebbe essere un punto di svolta per migliorare il trend complessivo della rete, garantire la continuità dei percorsi acuti/post-acuti, raggiungendo anche le aree più interne delle Regioni/P.A. che hanno ricadute sulle tempistiche di presa in carico e sugli esiti di mortalità.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

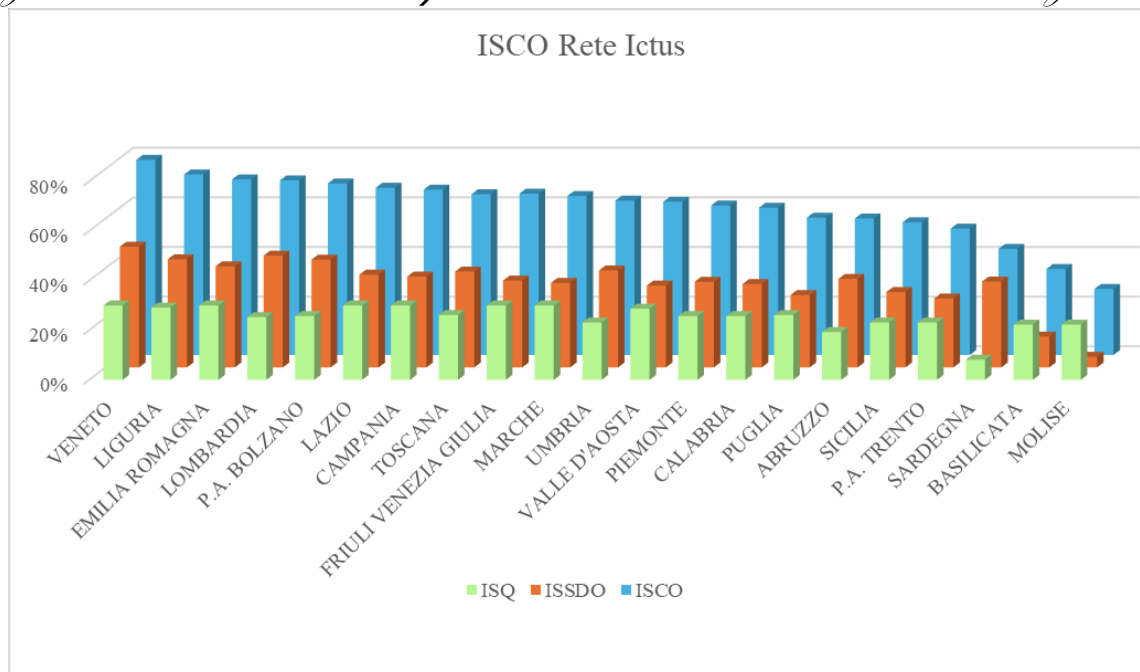


Figura 76. Rappresentazione ISCO Rete Ictus

L'analisi delle reti ictus rappresenta un utile strumento per individuare aree di miglioramento e disegnare interventi specifici di tipo organizzativo e gestionale a livello regionale, provinciale e locale. Il modello a cui si tende fa riferimento all'obiettivo imposto dall'Europa sia in termini di rapido intervento, diagnosi e terapia, sia in termini di esiti a breve e lungo termine che hanno un impatto sociale importante. Altrettanto emerge che la traduzione delle evidenze cliniche (*evidenze based medicine*) in modelli organizzativi innovativi, flessibili e sostenibili per valorizzare le competenze del singolo operatore rende possibile l'ottimizzazione di un team multiprofessionale in una ottica di "rete diffusa".



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

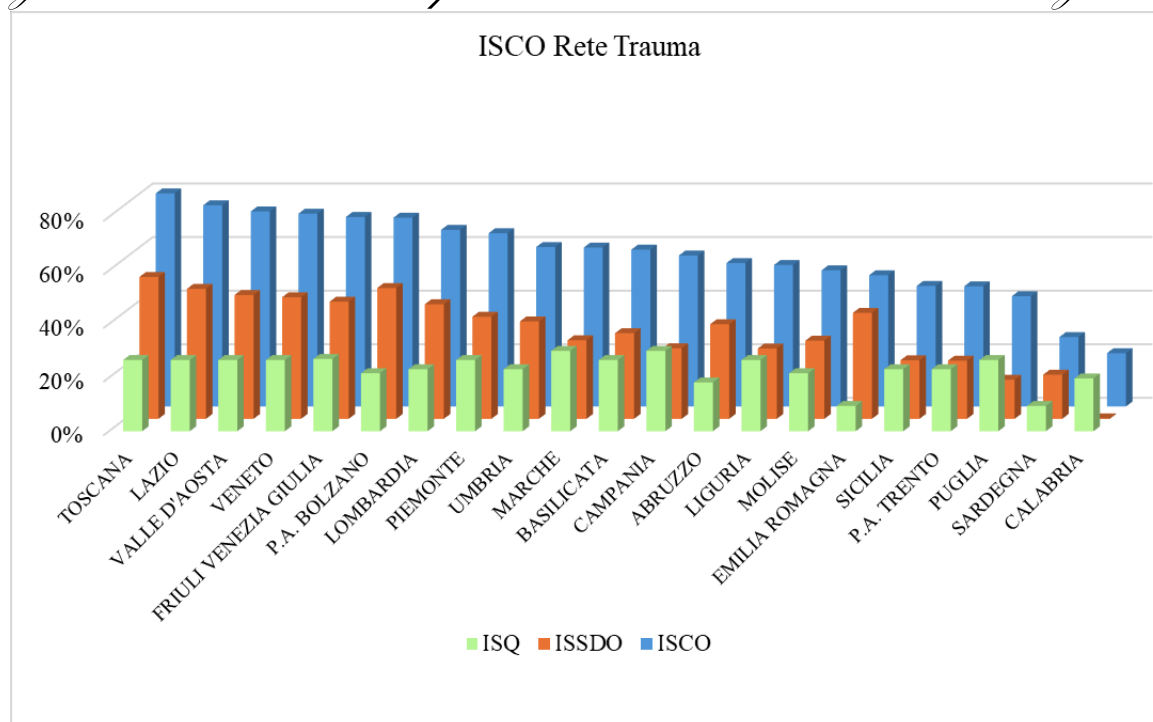


Figura 77. Rappresentazione ISCO Rete Trauma

Per la rete trauma, Agenas ha iniziato un lavoro di approfondimento sugli indicatori di processo e di esito che però includeranno anche le modalità di superamento delle problematiche legate alla qualità e alle fonti dei dati e alle codifiche delle prestazioni. Altrettanto importante, oltre che l'organizzazione dell'area critica (*shock room*) intra-ospedaliera, sarà l'analisi del pre (tempi di arrivo dei soccorsi, trasporti, disagi nella viabilità ecc.) e del post (riabilitazione ecc.).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

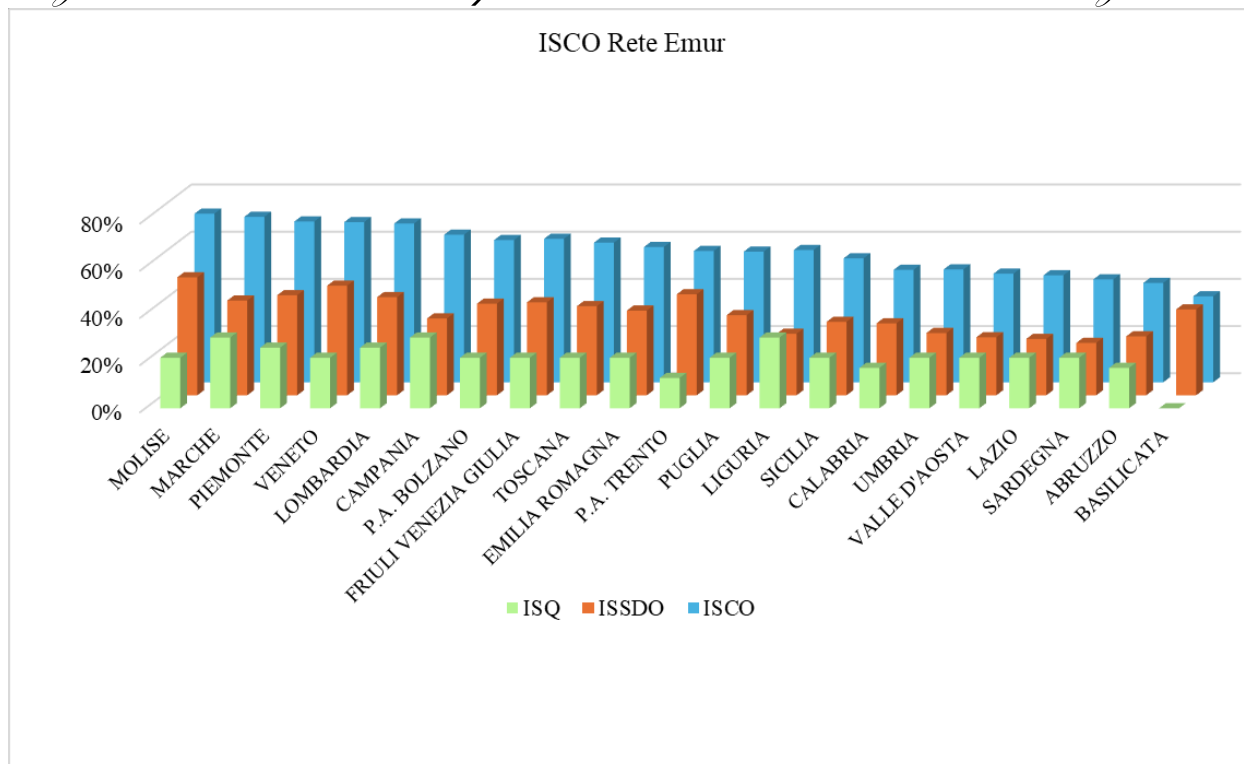


Figura 78. Rappresentazione ISCO Rete Emergenza Urgenza

La valutazione della Rete dell'emergenza urgenza, oltre che essere condizionata dalla distribuzione sul territorio dei centri a vari livelli di complessità, dal bacino di utenza afferente, dall'accesso inappropriato al PS, deve tener conto della nota carenza di organico strutturato e della frequente non aderenza ai PDTA. Le aree di decompressione, ma sempre di pertinenza della gestione del singolo centro, costituite dall'OBI e dalla semi-intensiva, costituiscono un importante snodo organizzativo per la presa in carico e la risoluzione del singolo caso nell'area dell'emergenza, ove non sia necessario un ricovero specialistico. La prima conseguenza è migliorare la pressione sui ricoveri ordinari in reparti specialistici.

3.1.4 Conclusioni valutazione nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Tempo-dipendenti

La quarta indagine punta ad una puntuale valutazione verticale delle singole reti tempo dipendenti cercando di non dimenticare la specificità, pur nella diversità dei processi globali, dall'accesso all'area delle emergenze alla complessa distribuzione e definizione dei percorsi, PDTA patologia specifici.

La componente predominante delle analisi del processo valutativo è rappresentata dagli indicatori che costituiscono il 70%, che si accompagnano ad una componente compilata dalle Regioni/P.A. di programmazione sanitaria; questa combinazione permette di focalizzarsi definendo gli interventi sui processi organizzativi tra i diversi nodi delle Reti e le diverse funzioni.

La Rete Cardiologica per l'Emergenza:



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La Rete Cardiologica per l'emergenza sul territorio nazionale fisiologicamente è meno performante nelle zone più interne, dove la tempistica dei 90' per la PTCA e la relativa ricaduta in termini di mortalità sono più rilevanti. Strategicamente una migliore riorganizzazione, come suggerito, per alcune zone potrebbe essere un punto di svolta per migliorare il trend. Netamente da migliorare l'invio a programmi di riabilitazione specifica, dove l'organizzazione e il recupero residenziale è scarsamente diffuso sul territorio nazionale e in modo disarmonico.

Futuri utili approfondimenti per la Rete cardiologica dell'emergenza:

- Approfondire e diffondere l'utilizzo di indicatori di percorso clinico;
- implementare l'avvio a programmi riabilitativi utilizzando percorsi definiti all'interno delle strutture del DM77.

La Rete Ictus

L'analisi delle performance della rete ictus mostra variazioni significative tra le varie regioni e al loro interno. Queste disparità possono essere attribuite in parte al modo in cui sono organizzati i servizi sanitari, all'incompleta integrazione territorio-ospedale-territorio, e alla necessità di adeguare la governance ed i percorsi clinici per le persone colpite da ictus agli standard di cura aggiornati e basati sulle evidenze.

La cornice di riferimento è quella delle policies, linee guida e delle buone pratiche basate sulle evidenze cui l'Italia contribuisce in maniera significativa a livello Europeo.

L'analisi pertanto è intesa come strumento utile per individuare aree di miglioramento e disegnare interventi specifici di tipo organizzativo e gestionale a livello regionale, provinciale e locale. Laddove sia necessario, l'Agenzia è disponibile a fornire il supporto tecnico necessario alla piena realizzazione di piani di rete progettati su evidenze tecnico-scientifiche, organizzative adeguati alle caratteristiche regionali, per la adeguata presa in carico della persona con ictus cerebrale.

In relazione ad un indicatore molto usato nelle valutazioni intraregionali di performance della rete, il "door in door out", che utilizza flussi regionali, non è stato altrettanto rappresentativo nella reale situazione italiana utilizzando i flussi nazionali, e per tale motivo non è stato inserito nel presente rapporto.

Futuri utili approfondimenti per la Rete Ictus:

- individuare indicatori di processo e outcome delle fasi di transizione per disegnare azioni di miglioramento e mettere in atto strategie di presa in carico dei soggetti con ictus, incentrate sui bisogni e caratteristiche individuali (personalizzazione delle cure), modello che può trovare il giusto percorso nell'assetto territoriale definito dal DM 77/2022;
- raccogliere le evidenze cliniche al fine di promuovere modelli organizzativi innovativi che puntino ad un team multiprofessionale che lavora anche utilizzando la telemedicina (telestroke) nell'ottica di presa in carico tempo-dipendente più efficace e con meno esiti a lungo-termini.

La Rete Trauma:



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La rete trauma si embrica a più livelli con la rete dell'emergenza - urgenza e delle specialistiche ad alto impatto assistenziale; quindi, sarà necessario discriminare meglio la dinamica e le funzioni per ciascuna Regione/P.A. di conseguenza dall'analisi riportata si evidenzia che la mortalità a 7 e ancor di più a 30 giorni, è inversamente proporzionale alla qualifica e specializzazione del centro che prende in carico il paziente con trauma grave. Si evince dunque, che maggiore è la qualifica del centro, minore è la mortalità.

Futuri utili approfondimenti per la Rete Trauma:

identificare delle modalità di superamento delle problematiche legate alla qualità e alle fonti dei dati e alle codifiche delle prestazioni.

Il GDL Agenas valuterà gli esiti delle fasi che precedono la fase acuta intraospedaliera, cioè dalla pre-ospedaliera (tempistiche di arrivo dei soccorsi, trasporto ecc) alla post-ospedaliera (riabilitazione, dimensione socio-culturale).

La Rete Emergenza - Urgenza:

Le difformità sono ancora importanti sugli esiti in particolare sulla Rete dell'emergenza – urgenza. Importante capire come migliorare il sistema dell'emergenza ospedaliera e relativo impatto sulle reti tempo dipendenti nel presente e nel futuro. Potenziare il modello della gestione della non urgenza e il rapporto con la Medicina del Territorio, alla luce del DM77.

Problemi organizzativi principali dell'area emergenziale:

- sovraffollamento legato ad accesso inappropriato al PS;
- la carenza di organico, la non aderenza ai PDTA e le problematiche logistiche di trasporto influiscono sul tempo di permanenza;
- il boarding presenta una serie di variabili: dimissioni, ricoveri e attese di ricovero, con conseguente sovraffollamento del PS e/o in OBI per carenza di posti letto in reparti specialistici riceventi, influenza il tempo di permanenza in PS;
- mantenere i ricoveri da PS entro il 30%, favorendo così il rispetto delle liste d'attesa dei ricoveri in elezione e/o programmati da parte dei reparti.

Una possibile soluzione potrebbe essere quella di investire sul potenziamento delle medicine d'urgenza, creando le semintensive per decongestionare, ove realmente necessario, in relazione alla gravità del paziente i reparti specialistici.

Inoltre, la reale funzionalità della rete di cure palliative e della presa in carico territoriale ridurrebbe quella percentuale inappropriata di accessi al PS dei pazienti con malattia avanzata e/o geriatrico.

Futuri utili approfondimenti per la Rete Emergenza – Urgenza:

- verifica e ottimizzazione dei flussi di dati (l'inadeguatezza/incompletezza del flusso EMUR;
- inserimento della Sepsis nelle reti tempo dipendenti (alla luce della letteratura scientifica e dei dati di mortalità);
- standard organizzativi e tecnologici (con particolare riferimento agli organici in rapporto alla nuova complessità);



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- reclutamento del personale (il tema di come valorizzare i professionisti, aumentare l'attrattività e formazione (specializzandi, non specialisti);
- articolazione delle strutture MEU: PS, OBI, degenze e terapie semintensive di MEU;
- integrazione tra fase preospedaliera e fase ospedaliera dell'emergenza urgenza (unicità del ruolo, dipartimenti integrati)
- boarding: piano nazionale di gestione del boarding e indicatori di monitoraggio;
- comunicazione (educazione al buon uso dei servizi, prevenzione dei conflitti).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

APPENDICE

Premessa

La tutela statistica della riservatezza per dati aggregati

Si considerano dati aggregati le combinazioni di modalità alle quali è associata una frequenza non inferiore a una soglia prestabilita, ovvero un'intensità data dalla sintesi dei valori assunti da un numero di unità statistiche pari alla suddetta soglia. Il valore minimo attribuibile alla soglia è pari a tre. Le celle che non rispondono al criterio della soglia adottato o dalle quali si possono trarre riferimenti individuali secondo altri criteri vengono definite "sensibili" o "a rischio" (unsafe). Ferma restando l'integrità del dato pubblicato, ovvero non facendo ricorso a metodi perturbativi che alterano il dato elementare a priori cioè prima della pubblicazione della tabella, o a posteriori, cioè, che modificano la tabella contenente delle celle sensibili³ il problema della protezione di una tabella, nella fase operativa, si riduce ad oscurare le celle sensibili e, al tempo stesso, verificare che il valore relativo a tali celle non possa essere ricavato in altro modo. Per evitare ciò si ricorre ad alzare la soglia di riservatezza, effettuando se necessario delle ulteriori soppressioni (soppressioni secondarie)⁴.

Protocolli degli indicatori

1. Rete cardiologica

1.1. Volume di ricoveri per IMA - fonte PNE

https://pne.agenas.it/assets/documentation/protocolli/pro_122.pdf

1.2. Volume di ricoveri per PTCA: ricoveri con almeno un intervento in angioplastica -

fonte PNE https://pne.agenas.it/assets/documentation/protocolli/pro_113.pdf

1.3. Volume di ricoveri per interventi chirurgici di by-pass aorto-coronarico (BPAC) -

fonte PNE https://pne.agenas.it/assets/documentation/protocolli/pro_115.pdf

1.4. Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 90' dal ricovero - fonte PNE

https://pne.agenas.it/assets/documentation/protocolli/pro_621.pdf

1.5. Mortalità a 30 giorni dal ricovero per IMA - fonte PNE

https://pne.agenas.it/assets/documentation/protocolli/pro_1.pdf

1.6. Mortalità a 30 giorni dall'intervento di BPAC - fonte PNE calcolato per il biennio

2022-2023 https://pne.agenas.it/assets/documentation/protocolli/pro_14.pdf

1.7. Individuazione dei "pazienti ad alto rischio ischemico residuo"

Definizione

³ Cox, L.H. (1987). A constructive procedure for unbiased controlled rounding. Journal of the American Statistical Association, 82, 398, 520-524.

⁴ Istat (2013). Collana Metodi e Norme: Manuale tutela riservatezza, 24-25.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Proporzione di episodi di IMA STEMI o NSTEMI in pazienti ad alto rischio (malattia coronarica multivasale e/o arteriopatia periferica e/o diabete e/o insufficienza renale e/o rivascolarizzazione incompleta) rispetto al totale di episodi di IMA STEMI o NSTEMI.

L'episodio di IMA STEMI o NSTEMI è costituito dal primo ricovero con diagnosi principale di IMA STEMI o NSTEMI e dai successivi ricoveri con diagnosi principale di IMA STEMI o NSTEMI con provenienza trasferimento⁵ e con data di ricovero inferiore a due giorni dalla data di dimissione del ricovero precedente con diagnosi principale di IMA STEMI o NSTEMI (ricovero indice).

Numeratore: Numero di episodi di IMA STEMI o NSTEMI in pazienti ad alto rischio (malattia coronarica multivasale e/o arteriopatia periferica e/o diabete e/o insufficienza renale e/o rivascolarizzazione incompleta)

Denominatore: Numero di episodi di IMA STEMI o NSTEMI

Livello di analisi

Regionale e per area territoriale⁶

Fonti informative e Intervalli di osservazione

SDO 2023

Selezione della coorte

Tipo assistenza: acuti

Modalità ricovero: ordinario

Sede struttura di ricovero: Italia

Codici ICD-9-CM: diagnosi principale o secondaria di sindrome coronarica acuta (410.XX)

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) Ricoveri di pazienti non residenti in Italia
- 2) Ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni
- 3) Ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore e dimissione a domicilio o contro il parere del medico
- 4) Ricoveri con una delle seguenti discipline di ammissione: 'Recupero e riabilitazione funzionale'

⁵ Nello specifico, provenienza "trasferito da altra struttura" (05 = "paziente trasferito da un istituto di cura pubblico", 06 = "paziente trasferito da un istituto di cura privato Accreditato", 07 = "paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato", 08 = "paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura")

⁶ L'area è una classificazione di Agenas per definire contesti più omogenei (sia in termini demografici che di estensione) rispetto all'attuale suddivisione in ASL del territorio, in cui sovente i confini dell'ASL si sovrappongono a quelli della Provincia, ad eccezione di Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Marche e Molise in cui l'estensione dell'ASL può corrispondere a più Province della stessa Regione (Toscana e Friuli-Venezia Giulia) o all'intera Regione (Marche e Molise). Per queste Regioni si è considerata la Provincia come unità d'analisi territoriale.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

(56), 'Lungodegenti' (60)

- 5) Ricoveri costituenti un episodio di IMA STEMI o NSTEMI successivi al primo ricovero con diagnosi principale di IMA STEMI o NSTEMI

Definizione di esito

Diagnosi secondarie ad alto rischio residuo:

- diabete ('250.XX')
- infarto miocardico pregresso ('412')
- malattia renale cronica, stadio IV (grave) ('585.4')
- malattia renale cronica, stadio V ('585.5')
- malattia renale cronica, stadio finale ('585.6')
- stroke ischemico ('433.X1', '434.X1', '436.XX'), escluso lo Stroke emorragico ('4320' '4321' '4329' '430' '431')
- aterosclerosi delle arterie native degli arti con claudicazione intermittente ('440.21')

Definizione di fattori di rischio e/o fattori protettivi utilizzati nel modello di risk adjustment

- Genere
- Età

1.8. Invio a programma di cardiologia riabilitativa (CR) degenziale o ambulatoriale

Definizione

Proporzione di episodi di sindrome coronarica acuta oppure insufficienza cardiaca in pazienti con alto rischio ischemico residuo con invio alla riabilitazione cardiologica.

L'episodio di sindrome coronarica acuta oppure insufficienza cardiaca in pazienti con invio alla riabilitazione cardiologica è costituito dal primo ricovero per sindrome coronarica acuta oppure insufficienza cardiaca in stato di acuzie e dai successivi ricoveri per sindrome coronarica acuta oppure insufficienza cardiaca in stato di acuzie avvenuti entro 30 giorni dal precedente (ricovero indice).

Numeratore: Numero di episodi di sindrome coronarica acuta oppure insufficienza cardiaca in pazienti con alto rischio ischemico residuo con invio ad un percorso riabilitativo

Denominatore: Numero di episodi di sindrome coronarica acuta oppure insufficienza cardiaca in pazienti con alto rischio ischemico residuo

Livello di analisi



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Regionale e per area territoriale⁷

Fonti informative e Intervalli di osservazione

SDO 2023

Selezione della coorte

Tipo assistenza: acuti

Modalità ricovero: ordinario

Sede struttura di ricovero: Italia

Codici ICD-9-CM: diagnosi principale o secondaria di sindrome coronarica acuta (410.XX) o insufficienza cardiaca ('428.XX');

diagnosi secondarie ad alto rischio residuo:

- diabete ('250.XX')
- infarto miocardico pregresso ('412')
- malattia renale cronica, stadio IV (grave) ('585.4')
- malattia renale cronica, stadio V ('585.5')
- malattia renale cronica, stadio finale ('585.6')
- stroke ischemico ('433.X1', '434.X1', '436.XX'), escluso lo Stroke emorragico ('4320' '4321' '4329' '430' '431')
- aterosclerosi delle arterie native degli arti con claudicazione intermittente ('440.21')

Orizzonte temporale: dimissioni avvenute tra il 1° gennaio 2023 ed il 30 novembre 2023

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) Ricoveri di pazienti non residenti in Italia
- 2) Ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni
- 3) Ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore e dimissione a domicilio o contro il parere del medico
- 4) Ricoveri con una delle seguenti discipline di ammissione: 'Recupero e riabilitazione funzionale' (56), 'Lungodegenti' (60)
- 5) Ricoveri con esito "decesso"
- 6) Ricoveri con diagnosi principale di sindrome coronarica acuta oppure insufficienza cardiaca e contestualmente ad alto rischio ischemico residuo con dimissione a domicilio, contro il parere

⁷ L'area è una classificazione di Agenas per definire contesti più omogenei (sia in termini demografici che di estensione) rispetto all'attuale suddivisione in ASL del territorio, in cui sovente i confini dell'ASL si sovrappongono a quelli della Provincia, ad eccezione di Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Marche e Molise in cui l'estensione dell'ASL può corrispondere a più Province della stessa Regione (Toscana e Friuli-Venezia Giulia) o all'intera Regione (Marche e Molise). Per queste Regioni si è considerata la Provincia come unità d'analisi territoriale.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

del medico o con trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti (rispettivamente codici 02, 05 e 06), susseguiti dal decesso del paziente nei 30 giorni successivi alla dimissione e non susseguiti dall'inizio di un percorso riabilitativo dello stesso paziente (ved. Definizione di esito).

- 7) Ricoveri con percorso riabilitativo (ved. Definizione di esito) successivi al primo ricovero con percorso riabilitativo e antecedenti ad eventuali ulteriori ricoveri con diagnosi principale di sindrome coronarica acuta oppure insufficienza cardiaca e contestualmente ad alto rischio ischemico residuo in stato di acuzie
- 8) Ricoveri con diagnosi principale di sindrome coronarica acuta oppure insufficienza cardiaca e contestualmente ad alto rischio ischemico residuo in stato di acuzie susseguiti nei 30 giorni successivi alla dimissione da un seguente ricovero con diagnosi principale di sindrome coronarica acuta oppure insufficienza cardiaca e contestualmente ad alto rischio ischemico residuo in stato di acuzie⁸

Definizione di esito

- Ricovero con invio a strutture riabilitative in dimissione (codici 07, 08 e 03, il quale comprende le strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)
- Ricovero con dimissione a domicilio, contro il parere del medico o con trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti (codici 02, 05 e 06) seguiti entro i successivi 30 giorni da un secondo ricovero dello stesso paziente caratterizzato da un percorso riabilitativo (codici disciplina di ammissione 56, 60)

Definizione di fattori di rischio e/o fattori protettivi utilizzati nel modello di risk adjustment

- Genere
- Età

2. Rete ictus

2.1. Volume totale di ictus ischemici, ictus emorragici ed emorragie subaracnoidee

Definizione

L'indicatore misura il volume totale di ictus ischemici, ictus emorragici ed emorragie subaracnoidee prendendo in considerazione i ricoveri con diagnosi principale di ictus (SDO) e gli accessi di pazienti in Pronto Soccorso con diagnosi principale di ictus giunti deceduti o seguiti dal decesso (EMUR).

Fonti informative

SDO, EMUR

Intervalli di osservazione

⁸ Questo per poter considerare una sola volta il paziente che viene operato più volte in tempi ravvicinati per lo stesso episodio di ictus



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Unità di analisi

Regione

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Selezione coorte

- Totale di ricoveri con una delle seguenti diagnosi principali: ictus ischemico (codici ICD-9-CM 433.x1, 434.x1, 436), ictus emorragico (codici ICD-9-CM 431, 432.X), emorragia subaracnoidea (codici ICD-9-CM 430)
- Età ≥ 18 anni
- regime di ricovero ordinario

Criteri di esclusione

- ricoveri di pazienti successivi al primo ricovero con provenienza "trasferito da altra struttura" (05 = "paziente trasferito da un istituto di cura pubblico", 06 = "paziente trasferito da un istituto di cura privato Accreditato", 07 = "paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato", 08 = "paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura")
- ricoveri di pazienti con una delle seguenti discipline di ammissione: 'Recupero e riabilitazione funzionale' (56), 'Lungodegenti' (60), 'Neuro-riabilitazione' (75)

Osservazione

I codici paziente non univoci non sono considerati nel criterio di esclusione dei ricoveri successivi al primo trasferiti da altra struttura

Emergenza-Urgenza (EMUR)

Selezione coorte

- Totale di accessi in Pronto Soccorso con esito trattamento "Deceduto in Pronto Soccorso" o "Giunto cadavere" ed una delle seguenti diagnosi principali: ictus ischemico (codici ICD-9-CM 433.x1, 434.x1, 436), ictus emorragico (codici ICD-9-CM 431, 432.X), emorragia subaracnoidea (codici ICD-9-CM 430)
- Età ≥ 18 anni o età presunta ≥ 15 anni (in caso di anno di nascita mancante)

2.2. Decessi in Pronto Soccorso con diagnosi principale di ictus ischemico, ictus emorragico ed emorragia subaracnoidea

Definizione

L'indicatore misura il volume totale di decessi in Pronto Soccorso con diagnosi principale di ictus ischemico, ictus emorragico ed emorragia subaracnoidea.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Fonti informative

EMUR

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Unità di analisi

Regionale e per area territoriale

Selezione coorte

- Totale di accessi in Pronto Soccorso con una delle seguenti diagnosi principali: ictus ischemico (codici ICD-9-CM 433.x1, 434.x1, 436), ictus emorragico (codici ICD-9-CM 431, 432.X), emorragia subaracnoidea (codici ICD-9-CM 430)
- Età ≥ 18 anni o età presunta ≥ 15 anni (in caso di anno di nascita mancante)

Definizione di esito

L'esito è "Deceduto in Pronto Soccorso" o "Giunto cadavere"

2.3. Mortalità a 30 gg dal primo ricovero per ictus ischemico - fonte PNE

https://pne.agenas.it/assets/documentation/protocolli/pro_18.pdf

2.4. Mortalità a 30 gg dal primo ricovero per ictus emorragico

Definizione

Proporzione di morti a trenta giorni dalla data di primo ricovero in ospedale per ictus emorragico.

Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus emorragico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di primo ricovero

Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus emorragico

Fonti informative

Le fonti dei dati sono la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Tributaria

Intervalli di osservazione

- intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2021 – 30 novembre 2023;
- intervallo di follow-up: 1 mese a partire dalla data di ricovero

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi principale di ictus emorragico (codici ICD-9-CM 431, 432.X) in pazienti di età ≥ 35 anni, avvenuti in strutture italiane, con data di dimissione dal 1°



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

gennaio 2023 al 30 novembre 2023.

Criteri di esclusione

- ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- ricoveri di pazienti con età < 35 anni e superiore a 100;
- trasferiti da altro istituto;
- ricoveri con diagnosi di ictus ischemico (codici ICD-9-CM 433.x1, 434.x1, 436 in qualsiasi campo diagnosi);
- ricoveri con diagnosi di ictus emorragico subaracnoideo (codici ICD-9-CM 430 in qualsiasi campo diagnosi);
- ricoveri con diagnosi di disturbi psichici (codici ICD-9-CM 290-319 in qualsiasi campo diagnosi);
- ricoveri con diagnosi di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9 in qualsiasi campo diagnosi);
- ricoveri con diagnosi di parto o altre specialità ostetriche (codice DRG 370-384 o codice ICD9CM 72-75 in qualsiasi campo procedura);
- ricoveri di pazienti deceduti entro 2 giorni dalla data di ricovero;
- ricoveri preceduti da altro ricovero con diagnosi di ictus entro 1 anno (430, 431, 432.X, 433.x1, 434.x1, 436) dalla data di primo ricovero.

Definizione di esito e accertamento dello stato in vita

L'esito è la morte entro 30 giorni dalla data di ricovero.

L'accertamento dello stato in vita viene effettuato, sulla base del SDO, sia nel ricovero indice sia in eventuali ricoveri successivi del paziente entro 30 giorni, e sulla base dell'Anagrafe Tributaria.

L'analisi è effettuata su base annuale.

Condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment comprendono: il genere e l'età.

2.5. Mortalità a 30 gg dal primo ricovero per emorragia subaracnoidea

Definizione

Proporzione di morti a trenta giorni dalla data di primo ricovero in ospedale per ictus emorragico subaracnoideo.

Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus emorragico subaracnoideo deceduti entro trenta giorni dalla data di primo ricovero.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi principale ictus emorragico subaracnoideo.

Fonti informative

Le fonti dei dati sono la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Tributaria.

Intervalli di osservazione

- intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2021 – 30 novembre 2023;
- intervallo di follow-up: 1 mese a partire dalla data di ricovero.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi principale di ictus emorragico subaracnoideo (codici ICD-9-CM 430) in pazienti di età ≥ 18 anni, avvenuti in strutture italiane, con dimissione dal 1 gennaio 2023 al 30 novembre 2023.

Criteri di esclusione

- ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- ricoveri di pazienti con età < 18 anni e superiore a 100;
- trasferiti da altro istituto;
- ricoveri con diagnosi di ictus ischemico (codici ICD-9-CM 433.x1, 434.x1, 436 in qualsiasi campo diagnosi);
- ricoveri con diagnosi di ictus emorragico (codici ICD-9-CM 431, 432.X in qualsiasi campo diagnosi);
- ricoveri con diagnosi di disturbi psichici (codici ICD-9-CM 290-319 in qualsiasi campo diagnosi);
- ricoveri con diagnosi di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9 in qualsiasi campo diagnosi);
- ricoveri con diagnosi di parto o altre specialità ostetriche (codice DRG 370-384 o codice ICD9CM 72-75 in qualsiasi campo procedura);
- ricoveri di pazienti deceduti entro 2 giorni dalla data di ricovero;
- ricoveri preceduti da altro ricovero con diagnosi di ictus entro 1 anno (430, 431, 432.X, 433.x1, 434.x1, 436) dalla data di ricovero.

Definizione di esito e accertamento dello stato in vita

L'esito è la morte entro 30 giorni dalla data di ricovero.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

L'accertamento dello stato in vita viene effettuato, sulla base del SDO, sia nel ricovero indice sia in eventuali ricoveri successivi del paziente entro 30 giorni, e sulla base dell'Anagrafe Tributaria.

L'analisi è effettuata su base annuale.

Identificazione e definizione delle condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment comprendono: il genere e l'età.

2.6. Ictus ischemico: Trattamento con trombolisi

Definizione

Proporzione di episodi di ictus ischemico con trattamento di trombolisi

L'episodio di ictus ischemico è costituito dal primo ricovero con diagnosi principale di ictus ischemico e dai successivi ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico con provenienza trasferimento e con data di ricovero inferiore a due giorni dalla data di dimissione del ricovero precedente con diagnosi principale di ictus ischemico (ricovero indice).

Numeratore: Volume di episodi di ictus ischemico con trattamento di trombolisi

Denominatore: Volume di episodi di ictus ischemico

Livello di analisi

Regionale e per area territoriale

Fonti informative e Intervalli di osservazione

SDO 2023

Selezione della coorte

Modalità ricovero: ordinario

Sede struttura di ricovero: Italia

Codici ICD-9-CM: diagnosi principale di ictus ischemico ('433.01' '433.11' '433.21' '433.31' '433.81' '433.91' '434.01' '434.11' '434.91' '436') e procedura principale o secondaria (primi cinque campi) di trombolisi ('99.10').

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) Codici ICD-9-CM: diagnosi principale o secondaria di ictus emorragico ('432.0' '432.1' '432.9' '430' '431')
- 2) Ricoveri con una delle seguenti discipline di ammissione: 'Recupero e riabilitazione funzionale' (56), 'Lungodegenti' (60), 'Neuro-riabilitazione' (75)
- 3) Ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18
- 4) Ricoveri costituenti un episodio di ictus ischemico successivi al primo ricovero con diagnosi



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

principale di ictus ischemico e con trattamento di trombolisi

- 5) Ricoveri costituenti un episodio di ictus ischemico antecedenti al primo ricovero con diagnosi principale di ictus ischemico e con trattamento di trombolisi
- 6) In caso di assenza di trattamento di trombolisi in tutti i ricoveri costituenti un episodio di ictus ischemico, ricoveri costituenti un episodio di ictus ischemico successivi al primo

Definizione di esito

Ricovero con procedura principale o secondaria (primi cinque campi) di trombolisi ('99.10')

2.7. Ictus ischemico: Trattamento con trombectomia

Definizione

Proporzione di episodi di ictus ischemico con trattamento di trombectomia

L'episodio di ictus ischemico è costituito dal primo ricovero con diagnosi principale di ictus ischemico e dai successivi ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico con provenienza trasferimento⁹ e con data di ricovero inferiore a due giorni dalla data di dimissione del ricovero precedente con diagnosi principale di ictus ischemico (ricovero indice).

Numeratore: Volume di episodi di ictus ischemico con trattamento di trombectomia

Denominatore: Volume di episodi di ictus ischemico

Livello di analisi

Regionale e per area territoriale¹⁰

Fonti informative e Intervalli di osservazione

SDO 2023

Selezione della coorte

Modalità ricovero: ordinario

Sede struttura di ricovero: Italia

Codici ICD-9-CM: diagnosi principale di ictus ischemico ('433.01' '433.11' '433.21' '433.31')

⁹ Nello specifico, provenienza "trasferito da altra struttura" (05 = "paziente trasferito da un istituto di cura pubblico", 06 = "paziente trasferito da un istituto di cura privato Accreditato", 07 = "paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato", 08 = "paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura")

¹⁰ L'area è una classificazione di Agenas per definire contesti più omogenei (sia in termini demografici che di estensione) rispetto all'attuale suddivisione in ASL del territorio, in cui sovente i confini dell'ASL si sovrappongono a quelli della Provincia, ad eccezione di Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Marche e Molise in cui l'estensione dell'ASL può corrispondere a più Province della stessa Regione (Toscana e Friuli-Venezia Giulia) o all'intera Regione (Marche e Molise). Per queste Regioni si è considerata la Provincia come unità d'analisi territoriale.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

‘433.81’ ‘433.91’ ‘434.01’ ‘434.11’ ‘434.91’ ‘436’)

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) Codici ICD-9-CM: diagnosi principale o secondaria di ictus emorragico o emorragia subaracnoidea (‘432.0’ ‘432.1’ ‘432.9’ ‘430’ ‘431’)
- 2) Ricoveri di pazienti con una delle seguenti discipline di ammissione: ‘Recupero e riabilitazione funzionale’ (56), ‘Lungodegenti’ (60), ‘Neuro-riabilitazione’ (75)
- 3) Ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18
- 4) Ricoveri costituenti un episodio di ictus ischemico successivi al primo ricovero con diagnosi principale di ictus ischemico e con trattamento di trombectomia
- 5) Ricoveri costituenti un episodio di ictus ischemico antecedenti al primo ricovero con diagnosi principale di ictus ischemico e con trattamento di trombectomia
- 6) In caso di assenza di trattamento di trombectomia in tutti i ricoveri costituenti un episodio di ictus ischemico, ricoveri costituenti un episodio di ictus ischemico successivi al primo

Definizione di esito

Ricovero con procedura principale o secondaria (primi cinque campi) di trombectomia (‘39.74’)

2.8. Trattamento chirurgico dell'emorragia subaracnoidea entro le 48h

Definizione

Proporzione di episodi di emorragia subaracnoidea con trattamento chirurgico entro le 48 ore successive al ricovero sul totale di episodi di emorragia subaracnoidea con trattamento chirurgico.

L'episodio di emorragia subaracnoidea è costituito dal primo ricovero con diagnosi principale di emorragia subaracnoidea e dai successivi ricoveri con diagnosi principale di emorragia subaracnoidea con provenienza trasferimento e con data di ricovero inferiore a due giorni dalla data di dimissione del ricovero precedente con diagnosi principale di emorragia subaracnoidea (ricovero indice).

Numeratore: Numero di episodi di emorragia subaracnoidea con trattamento chirurgico entro le 48 ore successive al ricovero

Denominatore: Numero di episodi di emorragia subaracnoidea con trattamento chirurgico

Livello di analisi

Regionale e per area territoriale¹¹

Fonti informative e Intervalli di osservazione

¹¹ L'area è una classificazione di Agenas per definire contesti più omogenei (sia in termini demografici che di estensione) rispetto all'attuale suddivisione in ASL del territorio, in cui sovente i confini dell'ASL si sovrappongono a quelli della Provincia, ad eccezione di Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Marche e Molise in cui l'estensione dell'ASL può corrispondere a più Province della stessa Regione (Toscana e Friuli-Venezia Giulia) o all'intera Regione (Marche e Molise). Per queste Regioni si è considerata la Provincia come unità d'analisi territoriale.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

SDO 2023

Selezione della coorte

Modalità ricovero: ordinario

Sede struttura di ricovero: Italia

Codici ICD-9-CM nel ricovero indice: diagnosi principale di ictus emorragico subaracnoideo ('430') e trattamento chirurgico in procedura principale o secondaria (prime cinque posizioni) '39.51' '39.52' '39.74' '38.41' '38.31' '38.61' '39.72' '38.42' '38.32' '38.62' '01.2X'.

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) Ricoveri di pazienti con età minore di 18 anni e maggiore di 100 anni
- 2) Codici ICD-9-CM nel ricovero indice: diagnosi principale o secondaria (prime cinque posizioni) di ictus ischemico ('433.01' '433.11' '433.21' '433.31' '433.81' '433.91' '434.01' '434.11' '434.91' '436') o ictus emorragico ('431' '432.0' '432.1' '432.9')
- 3) Ricoveri con una delle seguenti discipline di ammissione: 'Recupero e riabilitazione funzionale' (56), 'Lungodegenti' (60), 'Neuro-riabilitazione' (75)
- 4) Ricoveri costituenti un episodio di emorragia subaracnoidea successivi al primo ricovero con diagnosi principale di emorragia subaracnoidea con trattamento chirurgico
- 5) Ricoveri costituenti un episodio di emorragia subaracnoidea antecedenti al primo ricovero con diagnosi principale di emorragia subaracnoidea con trattamento chirurgico
- 6) In caso di assenza di trattamento chirurgico in tutti i ricoveri costituenti un episodio di emorragia subaracnoidea, ricoveri costituenti un episodio di emorragia subaracnoidea successivi al primo

Definizione di esito

Tempo tra ricovero e primo trattamento chirurgico per ictus emorragico subaracnoideo non superiore alle 48 ore.

2.9. Dimissioni con invio a riabilitazione (%)

Definizione

Percentuale di episodi di ictus seguiti da un percorso riabilitativo. L'episodio di ictus è costituito dal primo ricovero per ictus in stato di acuzie e dai successivi ricoveri per ictus in stato di acuzie avvenuti entro 30 giorni dal precedente (ricovero indice).

- Numeratore: Numero di episodi di ictus seguiti da un percorso riabilitativo

- Denominatore: Numero di episodi di ictus

Livello di analisi



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Regionale e per area territoriale¹²

Fonti informative e Intervalli di osservazione

SDO 2023

Selezione della coorte

Modalità ricovero: ordinario

Sede struttura di ricovero: Italia

Codici ICD-9-CM: diagnosi principale di emorragia subaracnoidea ('430'), diagnosi principale di ictus emorragico ('432.0' '432.1' '432.9' '431') o di ictus ischemico ('433.01' '433.11' '433.21' '433.31' '433.81' '433.91' '434.01' '434.11' '434.91' '436')

Orizzonte temporale: dimissioni avvenute tra il 1° gennaio 2023 ed il 30 novembre 2023

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) Ricoveri di pazienti non residenti in Italia
- 2) Ricoveri di pazienti con età minore di 18 anni e superiore ai 100 anni
- 3) Ricoveri con una delle seguenti discipline di ammissione: 'Recupero e riabilitazione funzionale' (56), 'Lungodegenti' (60), 'Neuro-riabilitazione' (75)
- 4) Ricoveri con esito "decesso"
- 5) Ricoveri con diagnosi di ictus con dimissione a domicilio, contro il parere del medico o con trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti (rispettivamente codici 02, 05 e 06), susseguiti dal decesso del paziente nei 30 giorni successivi alla dimissione e non susseguiti dall'inizio di un percorso riabilitativo dello stesso paziente (ved. Definizione di esito)
- 6) Ricoveri con percorso riabilitativo (ved. Definizione di esito) successivi al primo ricovero con percorso riabilitativo e antecedenti ad eventuali ulteriori ricoveri con diagnosi di ictus in stato di acuzie
- 7) Ricoveri con diagnosi di ictus in stato di acuzie susseguiti nei 30 giorni successivi alla dimissione da un seguente ricovero con diagnosi di ictus in stato di acuzie¹³

Definizione di esito

¹² L'area è una classificazione di Agenas per definire contesti più omogenei (sia in termini demografici che di estensione) rispetto all'attuale suddivisione in ASL del territorio, in cui sovente i confini dell'ASL si sovrappongono a quelli della Provincia, ad eccezione di Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Marche e Molise in cui l'estensione dell'ASL può corrispondere a più Province della stessa Regione (Toscana e Friuli-Venezia Giulia) o all'intera Regione (Marche e Molise). Per queste Regioni si è considerata la Provincia come unità d'analisi territoriale.

¹³ Questo per poter considerare una sola volta il paziente che viene operato più volte in tempi ravvicinati per lo stesso episodio di ictus



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Ricovero con invio a strutture riabilitative in dimissione (codici 07, 08 e 03, il quale comprende le strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)
- Ricovero con dimissione a domicilio, contro il parere del medico o con trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti (codici 02, 05 e 06) seguiti entro i successivi 30 giorni da un secondo ricovero dello stesso paziente caratterizzato da un percorso riabilitativo (codici disciplina di ammissione 56, 60, 75)

Definizione di fattori di rischio e/o fattori protettivi utilizzati nel modello di risk adjustment

- Genere
- Età

3. Rete trauma

3.1. Proporzione di episodi di trauma maggiore con degenza pari o superiore a 30 giorni

Definizione

Proporzione di episodi di trauma maggiore (traumi con ricovero in terapia intensiva, deceduti, con ventilazione meccanica, con tracheostomia oppure con monitoraggio emodinamico invasivo) con degenza pari o superiore a 30 giorni.

L'episodio di trauma maggiore è costituito dal ricovero e, in caso di trasferimenti, dai successivi ricoveri avvenuti entro ventiquattro ore dalla dimissione del ricovero precedente per trauma maggiore.

Numeratore: Numero di episodi di trauma maggiore con degenza pari o superiore a trenta giorni.

Denominatore: Numero di episodi di trauma maggiore.

Fonti informative

Le fonti dei dati sono la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Tributaria.

Intervalli di osservazione:

- intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2021 – 31 dicembre 2023;
- intervallo di follow-up: 1 mese a partire dalla data di ricovero.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di traumatismi (codici ICD-9-CM 800-939.X e 950.X-959.X (traumatismi con esclusione delle ustioni) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture italiane, con data di ricovero dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023 e data di dimissione entro il 31 dicembre 2023.

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- 2) ricoveri di pazienti con età > 64 anni con unica diagnosi traumatologica con codice ICD-9 CM 820.0-821.9 (fratture di femore nell'anziano) in qualsiasi posizione;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- 3) ricoveri di pazienti con prima sede di ricovero in istituto pubblico o privato di riabilitazione o con durata del ricovero inferiore a 1 giorno non esitato in decesso;
- 4) ricoveri di pazienti che non presentano almeno una tra le seguenti tre caratteristiche:
 - a. modalità di dimissione 'deceduto'
 - b. reparto 49 (terapia intensiva) in ingresso, dimissione o transito
 - c. segnalazione di almeno una delle seguenti procedure: ventilazione meccanica (codici ICD-9-CM 96.70-96.72), o tracheostomia (codici ICD-9-CM 31.1-31.29), o monitoraggio emodinamico invasivo (codici ICD-9-CM 89.60-89.69)
- 5) ricoveri di pazienti dimessi con un trasferimento (codice dimissione '06'=trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; '07'=trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura; '08'=trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione) e seguiti da un altro ricovero entro ventiquattro ore;

Definizione di esito

L'esito è la degenza pari o superiore a 30 giorni dalla data del primo ricovero che costituisce l'episodio di trauma maggiore.

L'analisi è effettuata su base annuale.

Attribuzione dell'esito

L'evento viene attribuito all'ultima struttura in cui è avvenuto l'episodio di trauma maggiore.

Identificazione delle condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment comprendono: il genere e l'età.

3.2. Mortalità a 1 giorno dal ricovero per un episodio di trauma maggiore

Definizione

Proporzione di morti ad un giorno dalla data di ricovero per un episodio di trauma maggiore (traumi con ricovero in terapia intensiva, deceduti, con ventilazione meccanica, con tracheostomia oppure con monitoraggio emodinamico invasivo).

L'episodio di trauma maggiore è costituito dal ricovero e, in caso di trasferimenti, dai successivi ricoveri avvenuti entro ventiquattro ore dalla dimissione del ricovero precedente per trauma maggiore.

Numeratore: Numero di episodi di trauma maggiore, in cui il paziente risulta deceduto entro un giorno dalla data del primo ricovero.

Denominatore: Numero di episodi di trauma maggiore.

Fonti informative

Le fonti dei dati sono la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Tributaria.

Intervalli di osservazione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2021 – 31 dicembre 2023;
- intervallo di follow-up: 1 mese a partire dalla data di ricovero.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di traumatismi (codici ICD-9-CM 800-939.X e 950.X-959.X (traumatismi con esclusione delle ustioni) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture italiane, con data di ricovero dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023 e data di dimissione entro il 31 dicembre 2023.

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- 2) ricoveri di pazienti con età > 64 anni con unica diagnosi traumatologica con codice ICD-9 CM 820.0-821.9 (fratture di femore nell'anziano) in qualsiasi posizione;
- 3) ricoveri di pazienti con prima sede di ricovero in istituto pubblico o privato di riabilitazione o con durata del ricovero inferiore a 1 giorno non esitato in decesso;
- 4) ricoveri di pazienti che non presentano almeno una tra le seguenti tre caratteristiche:
 - a. modalità di dimissione 'deceduto'
 - b. reparto 49 (terapia intensiva) in ingresso, dimissione o transito
 - c. segnalazione di almeno una delle seguenti procedure: ventilazione meccanica (codici ICD-9-CM 96.70-96.72), o tracheostomia (codici ICD-9-CM 31.1-31.29), o monitoraggio emodinamico invasivo (codici ICD-9-CM 89.60-89.69)
- 5) ricoveri di pazienti dimessi con un trasferimento (codice dimissione '06'=trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; '07'=trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura; '08'=trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione) e seguiti da un altro ricovero entro ventiquattro ore;

Definizione di esito e accertamento dello stato in vita

L'esito è la morte entro 1 giorno dalla data del primo ricovero che costituisce l'episodio di trauma maggiore.

L'accertamento dello stato in vita viene effettuato, sulla base del SDO, sia nel ricovero sia in eventuali ricoveri successivi del paziente entro 1 giorno, e sulla base dell'Anagrafe Tributaria.

L'analisi è effettuata su base annuale.

Attribuzione dell'esito

L'evento viene attribuito all'ultima struttura in cui è avvenuto l'episodio di trauma maggiore.

Identificazione delle condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment comprendono: il genere e l'età.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.3. Mortalità a 7 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore

Definizione

Proporzione di morti a sette giorni dalla data di ricovero per un episodio di trauma maggiore (traumi con ricovero in terapia intensiva, deceduti, con ventilazione meccanica, con tracheostomia oppure con monitoraggio emodinamico invasivo).

L'episodio di trauma maggiore è costituito dal ricovero e, in caso di trasferimenti, dai successivi ricoveri avvenuti entro ventiquattro ore dalla dimissione del ricovero precedente per trauma maggiore.

Numeratore: Numero di episodi di trauma maggiore, in cui il paziente risulta deceduto entro sette giorni dalla data del primo ricovero.

Denominatore: Numero di episodi di trauma maggiore.

Fonti informative

Le fonti dei dati sono la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Tributaria.

Intervalli di osservazione

- intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2021 – 31 dicembre 2023;
- intervallo di follow-up: 1 mese a partire dalla data di ricovero.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di traumatismi (codici ICD-9-CM 800-939.X e 950.X-959.X (traumatismi con esclusione delle ustioni) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture italiane, con data di ricovero dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023 e data di dimissione entro il 31 dicembre 2023.

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- 2) ricoveri di pazienti con età > 64 anni con unica diagnosi traumatologica con codice ICD-9 CM 820.0-821.9 (fratture di femore nell'anziano) in qualsiasi posizione;
- 3) ricoveri di pazienti con prima sede di ricovero in istituto pubblico o privato di riabilitazione o con durata del ricovero inferiore a 1 giorno non esitato in decesso;
- 4) ricoveri di pazienti che non presentano almeno una tra le seguenti tre caratteristiche:
 - a. modalità di dimissione 'deceduto'
 - b. reparto 49 (terapia intensiva) in ingresso, dimissione o transito
 - c. segnalazione di almeno una delle seguenti procedure: ventilazione meccanica (codici ICD-9-CM 96.70-96.72), o tracheostomia (codici ICD-9-CM 31.1-31.29), o monitoraggio emodinamico invasivo (codici ICD-9-CM 89.60-89.69)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- 5) ricoveri di pazienti dimessi con un trasferimento (codice dimissione '06'=trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; '07'=trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura; '08'=trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione) e seguiti da un altro ricovero entro ventiquattro ore;

Definizione di esito e accertamento dello stato in vita

L'esito è la morte entro 7 giorni dalla data del primo ricovero che costituisce l'episodio di trauma maggiore.

L'accertamento dello stato in vita viene effettuato, sulla base del SDO, sia nel ricovero sia in eventuali ricoveri successivi del paziente entro 7 giorni, e sulla base dell'Anagrafe Tributaria.

L'analisi è effettuata su base annuale.

Attribuzione dell'esito

L'evento viene attribuito all'ultima struttura in cui è avvenuto l'episodio di trauma maggiore.

Identificazione delle condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment comprendono: il genere e l'età.

3.4. Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore

Definizione

Proporzione di morti a trenta giorni dalla data di ricovero per un episodio di trauma maggiore (traumi con ricovero in terapia intensiva, deceduti, con ventilazione meccanica, con tracheostomia oppure con monitoraggio emodinamico invasivo).

L'episodio di trauma maggiore è costituito dal ricovero e, in caso di trasferimenti, dai successivi ricoveri avvenuti entro ventiquattro ore dalla dimissione del ricovero precedente per trauma maggiore.

Numeratore: Numero di episodi di trauma maggiore, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data del primo ricovero.

Denominatore: Numero di episodi di trauma maggiore.

Fonti informative

Le fonti dei dati sono la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Tributaria.

Intervalli di osservazione

- intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2021 – 31 dicembre 2023;
- intervallo di follow-up: 1 mese a partire dalla data di ricovero.

Selezione della coorte



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, con diagnosi di traumatismi (codici ICD-9-CM 800-939.X e 950.X-959.X (traumatismi con esclusione delle ustioni) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture italiane, con data di ricovero dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023 e data di dimissione entro il 31 dicembre 2023.

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) ricoveri di pazienti non residenti in Italia;
- 2) ricoveri di pazienti con età > 64 anni con unica diagnosi traumatologica con codice ICD-9 CM 820.0-821.9 (fratture di femore nell'anziano) in qualsiasi posizione;
- 3) ricoveri di pazienti con prima sede di ricovero in istituto pubblico o privato di riabilitazione o con durata del ricovero inferiore a 1 giorno non esitato in decesso;
- 4) ricoveri di pazienti che non presentano almeno una tra le seguenti tre caratteristiche:
 - a. modalità di dimissione 'deceduto'
 - b. reparto 49 (terapia intensiva) in ingresso, dimissione o transito
 - c. segnalazione di almeno una delle seguenti procedure: ventilazione meccanica (codici ICD-9-CM 96.70-96.72), o tracheostomia (codici ICD-9-CM 31.1-31.29), o monitoraggio emodinamico invasivo (codici ICD-9-CM 89.60-89.69)
- 5) ricoveri di pazienti dimessi con un trasferimento (codice dimissione '06'=trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; '07'=trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura; '08'=trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione) e seguiti da un altro ricovero entro ventiquattro ore;

Definizione di esito e accertamento dello stato in vita

L'esito è la morte entro 30 giorni dalla data del primo ricovero che costituisce l'episodio di trauma maggiore.

L'accertamento dello stato in vita viene effettuato, sulla base del SDO, sia nel ricovero sia in eventuali ricoveri successivi del paziente entro 30 giorni, e sulla base dell'Anagrafe Tributaria.

L'analisi è effettuata su base annuale.

Attribuzione dell'esito

L'evento viene attribuito all'ultima struttura in cui è avvenuto l'episodio di trauma maggiore.

Identificazione delle condizioni di rischio aggiuntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment comprendono: il genere e l'età.

3.5. Mortalità in PS dei pazienti con diagnosi di trauma e triage giallo, arancione o rosso

Definizione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di trauma e triage giallo, arancione o rosso seguiti dal decesso del paziente

Livello di analisi

Regione, area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Accessi in Pronto Soccorso (PS) con codice triage all'accesso "1", "R", "2" o "G", diagnosi di trauma ed esito decesso (esito trattamento '4').

Denominatore: Accessi in Pronto Soccorso (PS) con codice triage all'accesso "1", "R", "2" o "G" e diagnosi di trauma.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità: Tutti gli accessi con codice triage all'accesso "1", "R", "2" o "G" e diagnosi di traumatismi con esclusione delle ustioni (codici ICD-9-CM 800-939.X e 950.X-959.X) in qualsiasi posizione, con data di accesso in Pronto Soccorso dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023.

Criteri consecutivi di esclusione

- 1) accessi di pazienti con età > 64 anni con unica diagnosi traumatologica con codice ICD-9 CM 820.0-821.9 (fratture di femore nell'anziano) in qualsiasi posizione;
- 2) accessi di pazienti con età o età presunta inferiore ai 15 anni
- 3) accessi di pazienti con modalità di arrivo "autonomo" o "non rilevato" (rispettivamente modalità arrivo '3' '9')
- 4) accessi di pazienti con invio in Osservazione Breve Intensiva (esito trattamento '10')

4. Rete emergenza-urgenza

4.1. Numero accessi in Pronto Soccorso per codice triage all'accesso bianco

Definizione

Numero di accessi in PS con triage all'accesso bianco

Livello di analisi

Regionale e per area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione accessi

Criteri di eleggibilità: Tutti gli accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "5" o "B" tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.

4.2. Numero accessi in Pronto Soccorso per codice triage all'accesso verde

Definizione

Numero di accessi in PS con triage all'accesso verde

Livello di analisi

Regionale e per area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione accessi

Criteri di eleggibilità: Tutti gli accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "4" o "V" tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.

4.3. Numero accessi in Pronto Soccorso per codice triage all'accesso azzurro

Definizione

Numero di accessi in PS con triage all'accesso azzurro

Livello di analisi

Regionale e per area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione accessi



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Criteri di eleggibilità: Tutti gli accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "3" tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.

4.4. Numero accessi in Pronto Soccorso per codice triage all'accesso giallo

Definizione

Numero di accessi in PS con triage all'accesso giallo

Livello di analisi

Regionale e per area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione accessi

Criteri di eleggibilità: Tutti gli accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "G" tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.

4.5. Numero accessi in Pronto Soccorso per codice triage all'accesso arancione

Definizione

Numero di accessi in PS con triage all'accesso arancione

Livello di analisi

Regionale e per area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione accessi

Criteri di eleggibilità: Tutti gli accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "2" tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

4.6. Numero accessi in Pronto Soccorso per codice triage all'accesso rosso

Definizione

Numero di accessi in PS con triage all'accesso rosso

Livello di analisi

Regionale e per area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione accessi

Criteri di eleggibilità: Tutti gli accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "1" o "R" tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.

4.7. Percentuale di accessi in Pronto Soccorso trasformati in ricovero sul totale di accessi

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi.

Livello di analisi

Regione, area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Accessi di pazienti seguiti dal ricovero del paziente (esito '2') o dal rifiuto del ricovero (esito '5')

Denominatore: Totale accessi di pazienti in Pronto Soccorso

Criteri di esclusione: Strutture con una percentuale di ricovero dei codici bianchi sul totale di accessi bianchi superiore al 40% oppure strutture con una percentuale di ricovero dei codici verdi sul totale di accessi verdi superiore al 40%



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

4.8. Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage bianco seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage bianco seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "5" o "B" seguiti dal ricovero del paziente (esito trattamento '2') o dal rifiuto del ricovero (esito trattamento '5')

Denominatore: Totale di accessi in Pronto Soccorso

Criteri di esclusione: Strutture con una percentuale di ricovero dei codici bianchi sul totale di accessi bianchi superiore al 40%

4.9. Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage verde seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage verde seguiti dal ricovero del paziente sul totale dei ricoveri

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "4" o "V" seguiti dal ricovero del paziente (esito trattamento '2') o dal rifiuto del ricovero (esito trattamento '5')

Denominatore: Totale di accessi in Pronto Soccorso



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Criteri di esclusione: Strutture con una percentuale di ricovero dei codici verdi sul totale di accessi verdi superiore al 40%

4.10. Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage azzurro seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage azzurro seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "3" seguiti dal ricovero del paziente (esito trattamento '2') o dal rifiuto del ricovero (esito trattamento '5')

Denominatore: Totale di accessi in Pronto Soccorso

4.11. Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage giallo seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage giallo seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Numeratore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "G" seguiti dal ricovero del paziente (esito trattamento '2') o dal rifiuto del ricovero (esito trattamento '5')

Denominatore: Totale di accessi in Pronto Soccorso

4.12. Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage arancione seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage arancione seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "2" seguiti dal ricovero del paziente (esito trattamento '2') o dal rifiuto del ricovero (esito trattamento '5')

Denominatore: Totale di accessi in Pronto Soccorso

4.13. Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage rosso seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage rosso seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Numeratore: Accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "1" o "R" seguiti dal ricovero del paziente (esito trattamento '2') o dal rifiuto del ricovero (esito trattamento '5')

Denominatore: Totale di accessi in Pronto Soccorso

4.14. Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage non eseguito trasformati in ricovero sul totale di accessi

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage non eseguito seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "X" seguiti dal ricovero del paziente (esito trattamento '2') o dal rifiuto del ricovero (esito trattamento '5')

Denominatore: Totale di accessi in Pronto Soccorso

4.15. Tempi mediani di permanenza in Pronto Soccorso

Definizione

Tempo mediano di permanenza degli accessi di pazienti in Pronto Soccorso

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione della coorte

Criteri di inclusione

- Accessi di pazienti avvenuti in strutture italiane, con dimissione dal 1° gennaio 2023 al 31



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

dicembre 2023

- Accessi di pazienti con permanenza in Pronto Soccorso ≥ 1 minuto e < 2880 minuti.

Criteri di esclusione

- Accessi di pazienti con triage infermieristico “Nero” o “Non eseguito”

4.16. Tempo medio e mediano di permanenza in PS per i pazienti con triage bianco

Definizione

Tempo medio e mediano di permanenza degli accessi di pazienti in Pronto Soccorso con triage all'accesso bianco

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

- accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso “5” o “B” tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.
- accessi di pazienti con permanenza in Pronto Soccorso ≥ 1 minuto e < 2880 minuti.

4.17. Tempo medio e mediano di permanenza in PS per i pazienti con triage verde

Definizione

Tempo medio e mediano di permanenza degli accessi di pazienti in Pronto Soccorso con triage all'accesso verde

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

- accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso “4” o “V” tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- accessi di pazienti con permanenza in Pronto Soccorso ≥ 1 minuto e < 2880 minuti.

3.1.4.1.1 Tempo medio e mediano di permanenza in PS per i pazienti con triage azzurro

Definizione

Tempo medio e mediano di permanenza degli accessi di pazienti in Pronto Soccorso con triage all'accesso azzurro

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

- accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "3" tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.
- accessi di pazienti con permanenza in Pronto Soccorso ≥ 1 minuto e < 2880 minuti.

3.1.4.1.2 Tempo medio e mediano di permanenza in PS per i pazienti con triage giallo

Definizione

Tempo medio e mediano di permanenza degli accessi di pazienti in Pronto Soccorso con triage all'accesso giallo

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

- accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "G" tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.
- accessi di pazienti con permanenza in Pronto Soccorso ≥ 1 minuto e < 2880 minuti.

3.1.4.1.3 Tempo medio e mediano di permanenza in PS per i pazienti con triage arancione

Definizione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tempo medio e mediano di permanenza degli accessi di pazienti in Pronto Soccorso con triage all'accesso arancione

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

- accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "2" tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.
- accessi di pazienti con permanenza in Pronto Soccorso ≥ 1 minuto e < 2880 minuti.

3.1.4.1.4 Tempo medio e mediano di permanenza in PS per i pazienti con triage rosso

Definizione

Tempo medio e mediano di permanenza degli accessi di pazienti in Pronto Soccorso con triage all'accesso rosso

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

- accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "1" o "R" tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.
- accessi di pazienti con permanenza in Pronto Soccorso ≥ 1 minuto e < 2880 minuti.

3.1.4.1.5 Proporzione di accessi in PS con visita medica entro il tempo massimo

Definizione

Percentuale di accessi che hanno ricevuto la visita medica entro il tempo massimo in relazione al triage infermieristico

Fonti informative



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Selezione della coorte

Criteri di inclusione

1. Accessi in Pronto Soccorso con triage infermieristico bianco, verde, azzurro, giallo o arancione tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2023.

Criteri di esclusione

2. Accessi seguiti dall'abbandono del Pronto Soccorso prima della visita medica
3. Accessi con uno dei seguenti triage infermieristici: rosso, nero, non eseguito

Definizione di esito

L'esito viene attribuito agli accessi che hanno ricevuto la visita medica entro il tempo massimo sulla base del triage infermieristico ricevuto all'accesso in Pronto Soccorso

Triage BIANCO: <240 minuti

Triage VERDE: <120 minuti

Triage AZZURRO: <60 minuti

Triage GIALLO: <15 minuti

Triage AZZURRO: <15 minuti

Indicatore

Media degli accessi che ricevono la visita medica entro il limite di tempo massimo pesata per triage infermieristico

Sistema di pesi

Triage BIANCO: 1

Triage VERDE: 1,25

Triage AZZURRO: 1,5

Triage GIALLO: 1,75

Triage AZZURRO: 2

Fonti soglie tempi di attesa nuova codifica triage

Linee di indirizzo nazionali sul triage ospedaliero, Intesa Conferenza Stato-Regioni (agosto 2019)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.4.1.6 Percentuale di accessi in PS con maggiore urgenza seguiti dal ricovero sul totale di accessi

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage rosso, arancione, giallo o azzurro seguiti dal ricovero del paziente sul totale di accessi

Livello di analisi

Regione, area territoriale¹⁴

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore

Accessi in Pronto Soccorso (PS) con codice triage all'accesso "1", "R", "2", "G", "3" seguiti dal ricovero del paziente (esito trattamento '2') o dal rifiuto del ricovero (esito trattamento '5').

In aggiunta, per gli accessi in PS con invio in Osservazione Breve Intensiva (OBI), poiché non si dispone dell'esito di dimissione dall'OBI, la quota dei pazienti successivamente inviati al ricovero è stata stimata procedendo nel modo seguente:

- nelle Regioni in cui in tutte le strutture risulta compilato il campo del codice disciplina del ricovero anche per gli accessi in Pronto Soccorso con invio in OBI (nel 2023 Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Puglia e Basilicata), è stato considerato il numero di accessi con codice triage all'accesso "1", "R", "2", "G", "3" con invio in OBI con codice disciplina compilato;
- nelle Regioni in cui solamente in parte delle strutture risulta compilato il campo del codice disciplina del ricovero anche per gli accessi in Pronto Soccorso con invio in OBI (nel 2023 Provincia Autonoma di Bolzano, Emilia-Romagna, Marche, Campania e Sicilia), per le strutture in cui risulta compilato il campo del codice disciplina, è stato considerato il numero di accessi con codice triage all'accesso "1", "R", "2", "G", "3" con invio in OBI con codice disciplina compilato; per le altre, la somma del numero di accessi con invio in OBI di ognuno dei codici triage all'accesso "1", "R", "2", "G", "3", moltiplicato per la proporzione di accessi

¹⁴ L'area è una classificazione di Agenas per definire contesti più omogenei (sia in termini demografici che di estensione) rispetto all'attuale suddivisione in ASL del territorio, in cui sovente i confini dell'ASL si sovrappongono a quelli della Provincia, ad eccezione di Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Marche e Molise in cui l'estensione dell'ASL può corrispondere a più Province della stessa Regione (Toscana e Friuli-Venezia Giulia) o all'intera Regione (Marche e Molise). Per queste Regioni si è considerata la Provincia come unità d'analisi territoriale.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

con invio in OBI dello stesso codice triage con codice disciplina compilato, calcolata su tutti gli accessi in strutture della Regione in cui viene indicato il codice disciplina in più di 5 accessi con invio in OBI;

- per tutte le altre Regioni, la somma del numero di accessi con invio in OBI di ognuno dei codici triage all'accesso "1", "R", "2", "G", "3", moltiplicato per la proporzione di accessi con invio in OBI dello stesso codice triage con codice disciplina compilato, calcolata su tutti gli accessi in strutture nazionali in cui viene indicato il codice disciplina in più di 5 accessi con invio in OBI.

Denominatore

Totale di accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "1", "R", "2", "G", "3"

3.1.4.1.7 Percentuale di accessi seguiti dall'abbandono del Pronto soccorso

Definizione

Proporzione di accessi seguiti dall'abbandono del Pronto Soccorso

Livello di analisi

Regione, area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Numero di accessi seguiti dall'abbandono del Pronto Soccorso. Codice esito trattamento '6' (il paziente abbandona il PS prima della visita medica) o '7' (il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)

Denominatore: Totale di accessi in Pronto Soccorso

3.1.4.1.8 Proporzione di accessi con triage bianco seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage bianco seguiti dal trasferimento del paziente in Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Livello di analisi

Regione, area territoriale



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "5" o "B" seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva (OBI) del paziente (esito trattamento '10')

Denominatore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "5" o "B" (bianco)

3.1.4.1.9 Proporzione di accessi con triage verde seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage verde seguiti dal trasferimento del paziente in Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Livello di analisi

Regione, area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "4" o "V" seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva (OBI) del paziente (esito trattamento '10')

Denominatore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "4" o "V" (verde)

3.1.4.1.10 Proporzione di accessi con triage azzurro seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage azzurro seguiti dal trasferimento del paziente in Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Livello di analisi

Regione, area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "3" seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva (OBI) del paziente (esito trattamento '10')

Denominatore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "3" (azzurro)

3.1.4.1.11 Proporzione di accessi con triage giallo seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage giallo seguiti dal trasferimento del paziente in Osservazione Breve Intensiva (OBI).

Livello di analisi

Regione, area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "G" seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva (OBI) del paziente (esito trattamento '10')

Denominatore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "G" (giallo)

3.1.4.1.12 Proporzione di accessi con triage arancione seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage arancione seguiti dal trasferimento del paziente in Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Livello di analisi

Regione, area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "2" seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva (OBI) del paziente (esito trattamento '10')

Denominatore: Accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "2" (arancione)

3.1.4.1.13 Proporzione di accessi con triage rosso seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con triage rosso seguiti dal trasferimento del paziente in Osservazione Breve Intensiva (OBI).

Livello di analisi

Regione, area territoriale

Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "1" o "R" seguiti dal trasferimento in Osservazione Breve Intensiva (OBI) del paziente (esito trattamento '10')

Denominatore: accessi in Pronto Soccorso con codice triage all'accesso "1" o "R" (rosso)

3.1.4.1.14 Percentuale di ricoveri di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso sul totale dei ricoveri

Definizione

Proporzione di ricoveri di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso sul totale dei ricoveri.

Livello di analisi

Regione, area territoriale

Fonti informative

La fonte di dati è la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Numero di ricoveri di pazienti provenienti da Pronto Soccorso (codice provenienza "02") o da Osservazione Breve Intensiva (codice provenienza "12")

Denominatore: Numero di ricoveri di pazienti



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Selezione della coorte

Regime di ricovero: ordinario

Criteri di esclusione

- Ricoveri con una delle seguenti discipline di ammissione: 'Recupero e riabilitazione funzionale' (56), 'Lungodegenti' (60), 'Neuro-riabilitazione' (75), 'Unità spinale' (28)
- Ricoveri di neonati normali (DRG 391)

3.1.4.1.15 Percentuale di accessi in PS inviati al ricovero in area medica

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area medica sul totale degli accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente ad area medica, ad area chirurgica, ad area critica o ad area materno-infantile.

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte di dati è il flusso Emergenza-urgenza (EMUR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Numero di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area medica (vedi tabella)

Denominatore: Numero di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area medica, all'area chirurgica, all'area critica o all'area materno-infantile (vedi tabella)

AREA DI AFFERENZA	Codice Disciplina	Descrizione
MEDICA	08	CARDIOLOGIA
MEDICA	18	EMATOLOGIA
MEDICA	21	GERIATRIA
MEDICA	26	MEDICINA
MEDICA	32	NEUROLOGIA
MEDICA	40	PSICHIATRIA
MEDICA	58	GASTROENTEROLOGIA
MEDICA	64	ONCOLOGIA
MEDICA	68	PNEUMOLOGIA
CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CHIRURGICA	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
CHIRURGICA	12	CHIRURGIA PLASTICA
CHIRURGICA	14	CHIRURGIA VASCOLARE
CHIRURGICA	30	NEUROCHIRURGIA
CHIRURGICA	34	OCULISTICA
CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CHIRURGICA	38	OTORINOLARINGOIATRIA
CHIRURGICA	43	UROLOGIA
AREA CRITICA	49	TERAPIA INTENSIVA
AREA CRITICA	50	UNITA' CORONARICA
AREA CRITICA	51	ASTANTERIA/ BREVE OSSERVAZIONE
MATERNO-INFANTILE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
MATERNO-INFANTILE	62	NEONATOLOGIA
MATERNO-INFANTILE	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

3.1.4.1.16 Percentuale di accessi in PS inviati al ricovero in area chirurgica

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area chirurgica sul totale degli accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente ad area medica, ad area chirurgica, ad area critica o ad area materno-infantile.

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte di dati è il flusso Emergenza-urgenza (EM-UR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Numero di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area chirurgica (vedi tabella indicatore 3.1.4.1.15)

Denominatore: Numero di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area medica, all'area chirurgica, all'area critica o all'area materno-infantile (vedi tabella indicatore 3.1.4.1.15)

3.1.4.1.17 Percentuale di accessi in PS inviati al ricovero in area critica

Definizione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area critica sul totale degli accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente ad area medica, ad area chirurgica, ad area critica o ad area materno-infantile.

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte di dati è il flusso Emergenza-urgenza (EM-UR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Numero di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area critica (vedi tabella indicatore 3.1.4.1.15)

Denominatore: Numero di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area medica, all'area chirurgica, all'area critica o all'area materno-infantile (vedi tabella indicatore 3.1.4.1.15)

3.1.4.1.18 Percentuale di accessi in PS inviati al ricovero in area materno-infantile

Definizione

Proporzione di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area materno-infantile sul totale degli accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente ad area medica, ad area chirurgica, ad area critica o ad area materno-infantile.

Livello di analisi

Regione

Fonti informative

La fonte di dati è il flusso Emergenza-urgenza (EM-UR)

Intervalli di osservazione

Intervallo di reclutamento: 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023

Numeratore: Numero di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area materno-infantile (vedi tabella indicatore 3.1.4.1.15)

Denominatore: Numero di accessi in Pronto Soccorso con invio al ricovero in un reparto di disciplina afferente all'area medica, all'area chirurgica, all'area critica o all'area materno-infantile (vedi tabella indicatore 3.1.4.1.15)

