

Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa
PNGLA 2010-2012

Linee Guida per il monitoraggio
dei percorsi diagnostico terapeutici complessi

Giugno 2011

Premessa

Per percorso complesso si intende una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia.

Questo tipo di approccio si sta sempre più diffondendo grazie allo sviluppo delle conoscenze mediche e delle tecnologie realizzatosi negli ultimi anni, che vede sempre più situazioni cliniche che richiedono l'integrazione coordinata di molti diversi specialisti e professionisti, talvolta anche di strutture diverse, spesso con l'utilizzo di tecnologie ad alto costo. Tutto ciò crea crescenti situazioni di difficoltà gestionale che mettono a dura prova le capacità di risposta delle organizzazioni sanitarie, il che rende necessario ottimizzare l'uso delle risorse, al fine di garantire efficacia, efficienza, appropriatezza, tempestività.

I percorsi complessi possono essere utilizzati per diverse patologie, ma tipicamente si applicano ai pazienti affetti da tumore, come descritto nel Capitolo 7 della relazione finale del progetto Mattone "Tempi d'attesa". Il problema dell'applicazione di questa metodologia si è recentemente reso più pressante anche per quanto previsto nel nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012 (PNGLA), approvato in Conferenza Stato Regioni il 28 ottobre 2010.

Nel quadro di quanto richiesto dal citato PNGLA, la metodologia qui esposta è finalizzata alla verifica della durata temporale di due distinti momenti del percorso diagnostico-terapeutico: 1) la fase strettamente diagnostica (dal primo sospetto "consistente" alla conclusione diagnostica), 2) l'attesa per l'inizio della terapia dopo il completamento della fase 1.

In realtà, la metodologia predisposta è in grado di svolgere verifiche più dettagliate, come:

- verificare che tutti i percorsi analizzati, relativi a pazienti affetti da una determinata patologia, si sono realizzati con la sequenza di indagini e attività previste dai protocolli concordati (principi di riferimento: efficacia, appropriatezza, sicurezza)
- i percorsi, e le loro fasi, si sono svolte entro i tempi previsti (principi di riferimento: tempestività, umanizzazione)

L'attuazione di un maggior dettaglio analitico esula però dagli obiettivi del PNGLA, ma può essere sviluppato dai diversi soggetti coinvolti (regioni, aziende Usl, ospedali) qualora lo ritengano utile.

Il metodo proposto permette di realizzare l'analisi dei singoli casi, ma il dato di maggior rilievo non è quello relativo al singolo paziente, ma lo studio della tendenza generale del fenomeno, ovvero dello svolgimento del percorso complesso, al fine di identificarne possibili criticità da affrontare in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Pertanto, la lettura dei percorsi deve essere vista in una logica di sistema, di analisi organizzativa mirante all'ottimizzazione di efficacia, umanizzazione, efficienza, appropriatezza, tempestività; quindi, identificare possibili problemi organizzativi nei percorsi complessi, al fine di ottimizzare le risorse ed i tempi. La lettura deve essere per area, ed il risultato atteso sono azioni di riorganizzazione.

Ciò premesso, se ne può derivare che il focus dell'analisi non è tanto sulla raccolta puntuale e precisa di tutti i casi realmente verificatisi, ma è più sull'andamento

complessivo dei percorsi, lo stile gestionale dei processi, il quadro organizzativo generale del contesto in cui il percorso si realizza.

La metodologia che viene qui descritta si può sinteticamente riportare ad una logica che, nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico, si focalizza su tre momenti fondamentali:

- a) "prima prestazione suggestiva": permette di identificare l'inizio del percorso diagnostico
- b) data dell'esame "conclusivo" (per i tumori, solitamente è il citologico o istologico): informa sul momento in cui solitamente si è giunti ad una diagnosi di certezza, in base alla quale si definiranno le strategie terapeutiche
- c) data di ricovero per l'inizio della terapia.

Il tempo trascorso tra il momento a) ed il momento b) indica tendenzialmente la fase diagnostica (anche se in realtà questa può richiedere ancora delle procedure, in particolare per la stadiazione), mentre l'intervallo b)-c) ci può dare la misura del tempo di attesa per l'inizio della fase terapeutica.

Ciò vale, ovviamente, in termini generali, poiché questi aspetti possono variare fortemente in funzione del tipo di problema oggetto di analisi e delle modalità organizzative locali. Anche questo aspetto, pertanto, deve essere discusso con i propri specialisti per avere delle indicazioni interpretative corrette ed efficaci.

In realtà, l'esperienza ha evidenziato come spesso vi sia un intervallo tra la conclusione del percorso diagnostico e la programmazione della terapia, determinato da motivi diversi tra i quali il fatto che il paziente e la sua famiglia, a fronte di una diagnosi grave, spesso chiedono una seconda opinione o si rivolgono ad un altro centro per avere conferma della diagnosi e delle terapie proposte. Proprio per questo motivo, considerato che nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è da tempo obbligatorio il campo "Data di Prenotazione", si è ritenuto più affidabile considerare l'intervallo temporale tra la data di prenotazione e la data di ricovero come più preciso per dimensionare questa attesa. A tale proposito si ricorda anche come già il primo Piano Nazionale sulle liste d'attesa 2006-2008 aveva reso obbligatorio l'uso dei registri di prenotazione secondo le indicazioni del progetto Mattone già citato.

Ciò che è opportuno sottolineare è in particolare il fatto che la metodologia qui esposta si basa sulla logica di realizzare i monitoraggi mediante i flussi informativi di sistema, soluzione che permette una raccolta dei dati omogenea a livello nazionale senza rilevazioni aggiuntive. Per altro, è noto che tali flussi possono presentare delle carenze e/o errori sia sistematici che episodici, ma è anche noto che, proprio per la capillarità della raccolta e la pluriennale esperienza nella loro gestione ed elaborazione, le tipologie di errori sono note e solitamente vi sono anche delle modalità gestionali per ridurre al minimo l'impatto negativo sui risultati delle elaborazioni.

Nell'ambito di attuazione del PNGLA, le problematiche da considerare per la rilevazione e l'invio dei dati regionali si dovranno articolare come di seguito riportato:

- tumore della mammella: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 ottobre 2011
- tumore del polmone: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 dicembre 2011

- tumore del colon-retto: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 dicembre 2011
- cardiopatia ischemica trattata con by-pass Aorto-Coronarico: invio dei dati relativi al secondo semestre 2010 al Ministero della Salute entro il 31 dicembre 2011

Periodicità: ogni anno l'invio dei dati relativo all'anno precedente dovrà essere effettuato entro il 31 dicembre

Modalità: invio risultati complessivi regionali dell'anno precedente, per ogni percorso

Le fasi del processo di analisi

1. Scelta patologie di cui occuparsi

E' preferibile che la scelta della patologia da osservare sia chiaramente identificabile e abbia limitate possibilità di confondimento; è ragionevole concentrare l'attenzione su patologie a prevalenza significativa, sia per ottimizzare l'uso delle risorse, sia perché è più verosimile che l'ambito osservato sia rappresentativo del comportamento generale del sistema sul problema dei percorsi complessi. La scelta può anche essere condizionata dalla necessità di affrontare problemi noti (tempi lunghi, disomogeneità di comportamento) su specifiche patologie.

2. Identificazione codici ICDIX-CM per le patologie e le procedure relative

La codifica ICDIX-CM è molto specifica e permette quindi una chiara identificazione delle patologie. Molto più complesso è invece distinguere tra un primo episodio (che è l'oggetto dello studio) ed un semplice dato anamnestico. In questo senso, identificati i casi nel periodo considerato, può essere molto utile fare una ricerca negli anni precedenti per verificare se quel codice diagnostico era già comparso in precedenza per lo stesso paziente (nel qual caso potrebbe trattarsi di un dato semplicemente anamnestico); questa ricerca dovrebbe andare a ritroso per almeno 5-10 anni. In realtà, la situazione può essere molto più complessa, perché può essere influenzata dalla sopravvivenza media e dalla tendenza alla recidiva a breve o lungo termine dei diversi tipi di tumore.

Il dato può essere anche influenzato dallo "stile" locale di codifica delle diagnosi da parte dei medici.

Una modalità di pulizia abbastanza semplice, per quanto empirica, è quella di far valutare le schede a dei clinici, e che questi eliminino le situazioni meno verosimilmente connesse al problema sotto osservazione (ad esempio, non considerare le schede che hanno il tumore non in prima diagnosi, mentre invece in questa posizione vi sono altre diagnosi giustificanti un ricovero ospedaliero).

L'analisi dei codici delle procedure può essere molto più precisa per intercettare i nuovi casi, ma va anche considerato che:

- le procedure possono non essere riferite ad un primo episodio ma ad una recidiva, oppure ad una prosecuzione o completamento di un percorso già iniziato altrove;
- il primo approccio può essere stato non in regime di ricovero ma in regime ambulatoriale o svolto in altra sede
- non sempre le procedure sono riportate nella SDO in modo dettagliato e puntuale ("stile" compilativo)

Va sottolineato che le procedure che qui si indicano come oggetto da ricercare sono quelle che devono permettere di identificare i momenti essenziali del percorso, ovvero l'inizio della fase diagnostica ("prima prestazione suggestiva", vedi il successivo punto 4) di questo documento), la fine del percorso diagnostico, l'inizio della fase terapeutica, al fine di verificare che tali percorsi corrispondano a quanto previsto sia come contenuti (cosa si fa) sia come tempi (in quanto tempo si fa).

La ricerca dei dati deve essere focalizzata sui casi per i quali sia effettivamente possibile avere una tracciabilità dell'intero percorso. Per tale motivo, è opportuno che una ASL o una regione attuino le analisi esclusivamente sui pazienti assistiti, ovvero istituzionalmente in carico alle stesse, poiché in questi casi, grazie al ritorno dei dati derivati dalla mobilità interaziendale o interregionale, sarà comunque possibile tracciare i pazienti, indipendentemente da dove si sono recati per ottenere le prestazioni; in questo modo si potranno ottenere anche importanti informazioni su possibili carenze dell'offerta o della sua qualità. Se l'analisi venisse invece realizzata su tutti i casi rilevabili, essa sarebbe inevitabilmente carente, in quanto non in grado di conoscere l'intero percorso di tutti i pazienti in carico assistenziale presso altre aziende o regioni.

3. Condivisione percorsi con gli specialisti

E' necessario discutere e condividere i percorsi descritti con tutti gli specialisti e le professionalità effettivamente coinvolte negli stessi. Ciò significa che non è sufficiente confrontarsi solo con gli specialisti che hanno prevalentemente in carico il paziente (ad esempio, i chirurghi e gli oncologi), ma anche tutti coloro che sono comunque coinvolti nel percorso (radiologi, radioterapisti, anatomo-patologi ecc.) oltre che con i soggetti che operativamente gestiscono fasi del percorso (direzione sanitaria, servizi di prenotazione, servizi informativi ecc.); tutto ciò al fine di avere un quadro che descriva effettivamente i reali percorsi del paziente nell'organizzazione aziendale, in quanto può capitare che i percorsi ideali trovino delle situazioni locali che ne modificano o adattano lo svolgimento (a volte in modo positivo, a volte in modo negativo) che è necessario conoscere in dettaglio, sia per comprendere appieno la situazione sia, ove necessario, per intervenire per migliorare l'organizzazione.

E' necessario precisare in dettaglio le singole prestazioni che vengono eseguite e che esse siano identificate in modo preciso con i rispettivi codici.

Nel caso si desideri svolgere degli approfondimenti mirati a meglio comprendere i fenomeni osservati, è opportuno, in fase di ricerca e di analisi dei dati relativi ai singoli percorsi, suddividere e raggruppare i ricoveri per tipologia e stadiazione (valutazione di gravità) del tumore diagnosticato e, conseguentemente, di intervento (più o meno invasivo) cui il paziente è stato sottoposto, al fine di prevedere la diversificazione delle successive fasi terapeutiche che egli deve ancora affrontare o di cui non ha più alcuna necessità, in relazione ai protocolli previsti.

4. Identificazione della "prima procedura suggestiva" per la patologia scelta

La "prima procedura suggestiva" è la prestazione che permette di comprendere che si è passati da un generico sospetto (a bassa sensibilità) ad un "sospetto consistente", ovvero che lo specialista ha ritenuto che vi siano elementi consistenti per avviare un percorso diagnostico di approfondimento, che corrisponde a quello descritto nel punto precedente. Infatti, come noto, ogni giorno vengono richieste un'enorme quantità di prestazioni a fronte di sospetti generici e solo una piccolissima parte di questi rivela una reale possibilità di presenza della patologia in causa; quando questo si verifica, lo specialista attiva il reale

percorso di approfondimento/completamento diagnostico. Come definito nella relazione finale del progetto Mattone "Tempi d'Attesa", per ogni profilo di diagnosi e cura, appropriato per ciascuna malattia neoplastica, è necessario individuare le procedure diagnostiche suggestive che, in modo specifico e sensibile, consentano di identificare sia il momento del "sospetto diagnostico consistente", sia gli interventi terapeutici successivi, correlabili a quella patologia, per rintracciare nel sistema informativo i marcatori da rilevare per il monitoraggio del percorso e per calcolare correttamente gli intervalli tra una tappa e l'altra.

La "prima procedura suggestiva" è quella che permette di "datare" l'inizio dell'effettivo percorso diagnostico, e che quindi permetterà successivamente di misurare l'effettivo tempo necessario per passare dal sospetto alla diagnosi, alla decisione terapeutica (ricordiamo che questo tempo, secondo le indicazioni nazionali, dovrebbe essere contenuto entro i 30 giorni complessivi) ed alla effettiva attuazione della terapia.

5. Estrazione ed analisi dei dati SDO relativi ai primi ricoveri

La metodologia qui descritta prevede l'identificazione dei casi da osservare partendo dall'inizio della fase terapeutica, che solitamente inizia con un ricovero ospedaliero (in regime ordinario o diurno). E' per questo motivo che la procedura inizia con l'estrazione e l'analisi dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera. I codici da ricercare saranno quelli già descritti al precedente punto 2, con le cautele ivi segnalate, in particolare quelle necessarie per identificare il "primo ricovero". Vale la pena di ribadire come la qualità della codifica influenza la semplicità dell'analisi, che spesso può richiedere una lettura diretta da parte di un esperto degli elenchi dei casi selezionati. E' opportuno scegliere un periodo del quale si posseggono i dati completi, ovvero comprensivi dei dati della mobilità inter-regionale.

Bisogna però considerare che per alcune patologie (es.: tumori della cervice uterina o del colon-retto) il percorso di molti pazienti, soprattutto se intercettati in fase iniziale, può avvenire completamente in regime ambulatoriale; in questi casi, quindi, l'approccio qui descritto (che parte dalla SDO) si riferisce prevalentemente ai casi più critici e diagnosticati in una fase avanzata, e come tale andrà successivamente interpretato.

6. Identificazione del codice paziente per la tracciabilità nei flussi informativi

Una volta identificati i primi ricoveri, vanno identificati i pazienti il cui percorso dovrà essere osservato, e quindi dovrà essere estratto il loro codice necessario per seguire i percorsi nei diversi flussi informativi. Il codice necessario potrebbe essere, a seconda dei casi, il codice fiscale od il codice sanitario regionale, essendo ambedue in molti casi ancora utilizzati a seconda del flusso considerato. La frequenza degli errori di digitazione dei codici rende opportuno fare anche delle verifiche incrociate con l'anagrafe sanitaria, per una maggiore precisione. La procedura deve ovviamente avvenire nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy, anche se queste analisi sono motivate dalla volontà di verifica che il cittadino ha effettivamente potuto usufruire di cure appropriate in tempi congrui.

7. Ricerca nei flussi informativi della “prima procedura suggestiva” per la patologia per ciascun paziente

La precedente fase 5. ha permesso di identificare i singoli pazienti che hanno svolto il percorso diagnostico oggetto dell’analisi. Con i codici indicati nel punto precedente, per ognuno di essi dovrebbero essere ricercate le “prime procedure” descritte al precedente punto 4.

Questa fase può risentire dei modelli organizzativi locali e della mobilità dei pazienti, ad esempio dalla consuetudine a svolgere determinate procedure in modalità ambulatoriale, in Day Hospital o in ricovero ordinario; nel caso dei ricoveri, le singole procedure svolte potrebbero non essere segnalate in modo dettagliato nelle SDO, e quindi non apparire nei flussi informativi.

L’arco temporale nel quale ricercare le prestazioni può variare in funzione dei tempi di attesa locali, dell’organizzazione dei servizi, dell’aggressività stimata del tumore o comunque dell’attesa di vita per la patologia. Si ritiene ragionevole svolgere la ricerca almeno nei 12 mesi precedenti il primo ricovero a scopo terapeutico.

Può essere molto utile confrontare i risultati di queste analisi con eventuali studi clinici od organizzativi realizzati ad hoc nello stesso ambito.

Un elemento informativo particolarmente utile può essere la data del referto istologico, che è l’elemento di maggiore precisione diagnostica che permette l’avvio delle decisioni terapeutiche. Per altro, come noto, questo dato è difficile da ottenere, come pure può essere successivo, ovvero prodotto quando la fase terapeutica è già iniziata (prelievo durante intervento chirurgico). Per questi motivi, si utilizza normalmente la data di accettazione del campione, sebbene questo costituisca un bias evidente non ben dimensionabile.

8. Analisi dei problemi metodologici e procedurali riscontrati

Una forte criticità può essere determinata dalla incompletezza delle informazioni o dalla apparente discontinuità del percorso dei pazienti, effetto che può essere determinato da diversi fattori, quali i seguenti:

- la fase iniziale (e talvolta anche parti delle fasi successive) può essersi svolta in regime privato a pagamento: in questo caso le informazioni possono sfuggire completamente alla possibilità di monitoraggio dai sistemi informativi;
- molte prestazioni (specie nelle strutture pubbliche), sebbene svolte, non sono puntualmente registrate nei sistemi informativi; in altri casi sono registrate, ma su sistemi informativi dedicati (di radiologia, di anatomia patologica ecc.) che non comunicano in modo preciso con i sistemi informativi istituzionali;
- una o più fasi (specie le fasi terapeutiche) possono essersi svolte presso centri di riferimento extraregionali; in questo caso le informazioni ritornano ai sistemi informativi nell’ambito della mobilità interregionale, ma solitamente verso la metà dell’anno successivo.

Per la corretta interpretazione dei dati è quindi necessario conoscere gli specifici contesti, i modelli organizzativi, i tempi di attesa ecc..

I tempi d'attesa lunghi possono anche determinare degli effetti paradossali: può accadere che una prestazione venga ripetuta a ridosso dell'inizio della terapia, in quanto il percorso è durato a lungo ed i clinici possono decidere di ripeterla prima di intervenire (es.: TAC); una lettura non attenta potrebbe quindi fornire una dimensione temporale del percorso non corrispondente alla realtà, ma erroneamente molto più breve. Al contrario, certi esami possono determinare incertezza al primo rilievo (es.: mammografia, Paptest) e venire ripetuti a distanza di alcuni mesi (come indicato dalle linee guida); potrebbe quindi essere il controllo a mettere in moto il percorso diagnostico vero, e quindi è quest'ultima data da considerare.

9. Uso dei risultati

Il metodo proposto permette di realizzare l'analisi dei singoli casi, ma il dato di maggior rilievo non è quello relativo al singolo paziente, ma lo studio della tendenza generale del fenomeno, ovvero dello svolgimento del percorso complesso, al fine di identificarne possibili criticità da affrontare in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Pertanto, la lettura dei percorsi deve essere vista in una logica di sistema, di analisi organizzativa mirante all'ottimizzazione di efficacia, umanizzazione, efficienza, appropriatezza, tempestività; quindi, identificare possibili problemi organizzativi nei percorsi complessi, al fine di ottimizzare le risorse ed i tempi. La lettura deve essere per area, ed il risultato atteso sono azioni di riorganizzazione.

Alla luce di quanto detto, se ne può derivare che il focus non è tanto sulla raccolta puntuale e precisa di tutti i casi realmente verificatisi, ma è più sull'andamento complessivo dei percorsi, lo stile gestionale dei processi, il quadro organizzativo generale del contesto in cui il percorso si realizza.

Pertanto, i risultati devono essere condivisi con quegli stessi specialisti e professionisti che hanno partecipato alla fase iniziale, al fine di ricercare le modalità più opportune per migliorare le situazioni di criticità identificate.

Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa – 2010-2012

Metodologia per la verifica dei tempi d'attesa dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici

SCHEMA procedura per il monitoraggio del

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (PDT) : NEOPLASIA COLON-RETTO

PROCEDURA PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (TDA)		Regione.....	
		Dati numerici	Specifiche
STEP 1 INDIVIDUAZIONE SDO	<p>FONTE: flusso regionale SDO ANNO: _____ (data di dimissione compresa tra il 1° gennaio e il 31 dicembre _____); per il 2010 si considerano solo i ricoveri del secondo semestre (data di dimissione compresa tra il 1° luglio ed il 31 dicembre 2010) ONERE DEGENZA: SSN (1 ricovero a totale carico SSN; 2 ricovero a carico SSN con differenza alberghiera) AMBITO DI RILEVAZIONE: regionale IDENTIFICAZIONE CASI: pazienti residenti nella Regione che effettua la rilevazione; viene esclusa la mobilità attiva e passiva TIPOLOGIA RICOVERO: solo ricoveri ordinari programmati (per coerenza rispetto all'obbligatorietà sulla data di prenotazione sulla SDO)</p>	<p>Popolazione al 31/12/ _____</p>	<p><u>Si escludono dal monitoraggio i ricoveri in ALPI;</u> ciascuna regione si impegna a fare verifiche al proprio interno sui volumi di attività.</p> <p><u>Si esclude dal monitoraggio la mobilità attiva e passiva</u> in considerazione del fatto che spesso in questi casi non è indicata la data di prenotazione del ricovero e si ritiene utile rilevare i PDT erogati all'interno di ciascuna regione per i propri residenti. Può essere utile una quantificazione dei ricoveri non programmati per una verifica.</p>
STEP 2 IDENTIFICAZIONE CASI PREVALENTI	<p>Estrazione delle SDO in cui, sono presenti i codici di diagnosi <u>in principale</u> (vedi Tabella 1), ed almeno un codice di procedura (vedi Tabella 2) ricercati in tutti i campi dedicati agli interventi chirurgici. Si ordinano i ricoveri per paziente e data di ricovero e, in caso di ricoveri ripetuti, si seleziona per ciascun paziente il primo ricovero nell'anno. In questo modo si passa da ricoveri a pazienti</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (prevalenti)</p>	

	prevalenti nel periodo considerato.		
STEP 3 IDENTIFICAZIONE CASI INCIDENTI	Esclusione delle SDO relative a pazienti che hanno avuto ricoveri (ordinari/DH/DS) <u>nei 5 anni precedenti</u> sia in attività istituzionale che ALPI (vanno considerati tutti i codici “onere di degenza”) con una delle diagnosi della Tabella 1 , ricercata in qualunque posizione (principale o secondaria), tranne quelli degli ultimi 6 mesi che hanno solo diagnosi senza codici di procedure terapeutiche .	N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) _____	Per una precisa identificazione dei nuovi casi vanno eliminati tutti quelli che hanno anche solo la diagnosi (in qualunque posizione) nei cinque anni precedenti, anche senza procedura, tranne quelli degli ultimi sei mesi con solo diagnosi senza procedura; infatti questi ultimi potrebbero essere i ricoveri diagnostici precedenti la terapia.
STEP 4 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI L’AVVIO DELLA FASE DIAGNOSTICA	Per ciascun caso selezionato allo step 3, si ricercano nei 6 mesi precedenti il ricovero: le prestazioni traccianti l’avvio (Tabella 3 A e B) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale e nel flusso SDO	N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l’inizio della fase diagnostica _____	Si cercano le prestazioni diagnostiche sia sul flusso SDO (ICD-9-CM) che sul flusso ambulatoriale (codici nomenclatore) In tal modo si identifica l’inizio della fase diagnostica per ciascun caso. <u>Prestazioni di avvio fase diagnostica:</u> esame endoscopico del colon retto nelle diverse tipologie; se sono trovati più di uno, va considerato quello più vicino alla data del ricovero, perché i precedenti sono probabilmente esami non risultati significativi.
STEP 5 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI LA FINE DELLA FASE DIAGNOSTICA	Per ciascun caso selezionato allo step 4, si ricercano le prestazioni traccianti la fine del percorso diagnostico (Tabella 4 A e B) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale e nel flusso SDO, con data di erogazione successiva rispetto	N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto	Si cercano le prestazioni diagnostiche sul flusso SDO riconducendo i codici della tabella 4 A e B , relativi rispettivamente alla assistenza specialistica ambulatoriale ed all’ICD-9-CM validi per la codifica SDO (perché possono essere diversi).

	alle prestazioni elencate nelle tabelle 3 A e B.	almeno una prestazione tracciante l'inizio e la fine della fase diagnostica _____	In tal modo si identifica la fine della fase diagnostica per ciascun caso <u>Prestazioni di conclusione fase diagnostica:</u> esami istopatologici nelle diverse varianti di codice, Clisma opaco, TAC addome; va considerato quello con la data più vicina alla data del ricovero.
STEP 6 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE DIAGNOSTICA	Si calcola il tempo di attesa per la fase diagnostica per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di erogazione della prestazione tracciante di fine della fase diagnostica e la data di erogazione della prestazione tracciante di avvio della fase diagnostica</u>	N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti	Nei casi di percorsi di durata anormalmente protratta, va svolto un approfondimento per escludere i casi dubbi rinviati a controlli successivi o gli accertamenti a esito inizialmente negativo che successivamente hanno avuto esordio clinico.
STEP 7 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE TERAPEUTICA	Si calcola il tempo di attesa per la fase terapeutica (fonte:SDO) per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di ammissione al ricovero e la data di prenotazione del ricovero.</u>	N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti	La data di prenotazione nella SDO rappresenta l'inizio della fase terapeutica (cioè il momento in cui lo specialista decide di programmare l'intervento), mentre la data di ammissione rappresenta la fine della fase terapeutica. Se manca la data di prenotazione il caso viene escluso dall'analisi (possibili casi di errore di compilazione SDO)

TABELLA 1 Codici ICD-IX-CM di diagnosi per estrazione dei dati dalle SDO

153.XX	CA DEL COLON
154.XX	CA DEL SIGMA RETTO ANO
230.3	CARCINOMA IN SITU DEL COLON
230.4	CARCINOMA IN SITU DEL RETTO
230.5	CARCINOMA IN SITU DELL'ANO
230.6	CARCINOMA IN SITU DEL CANALE ANALE NAS

TABELLA 2 Codici ICD-IX-CM di procedure per estrazione dei dati dalle SDO

45.4X	interventi sul colon
45.7X	asportazione parziale del colon
45.8	asportazione totale del colon
45.9X	anastomosi intestinale
46.XX	altri interventi sull'intestino

TABELLA 3A – Prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica del percorso nella specialistica ambulatoriale - codici nomenclatore (si prende la più vicina al ricovero)

45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA

TABELLA 3B – Prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica del percorso nella SDO – codici ICDIX CM (si prende la più vicina al ricovero)

45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO

45.43	ASPORTAZIONE E DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO
--------------	---

TABELLA 4A – Prestazioni traccianti la conclusione della fase diagnostica del percorso-specialistica ambulatoriale
(si prende la più vicina al ricovero)

91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple).
91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola).
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica).
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple).
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE Non Associabile A Clisma Con Doppio Contrasto (87.65.2)
87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO Non Associabile A Clisma Opaco Semplice (87.65.1)
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO.
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO.

TABELLA 4B – Prestazioni traccianti la conclusione della fase diagnostica del percorso nella SDO – codici ICDIX CM
(si prende la più vicina al ricovero)

88.01	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME
88.02	ALTRA TOMOGRAFIA ADDOMINALE

SCHEDA procedura per il monitoraggio del

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (PDT) : NEOPLASIA POLMONE

PROCEDURA PER IL MONITORAGGIO DEI TDA		Regione.....	
		Dati numerici	Specifiche
<p>STEP 1 INDIVIDUAZIONE SDO</p>	<p>FONTE: flusso regionale SDO ANNO:_____ (data di dimissione compresa tra il 1° gennaio e il 31 dicembre _____); per il 2010 si considerano solo i ricoveri del secondo semestre (data di dimissione compresa tra il 1° luglio ed il 31 dicembre 2010) ONERE DEGENZA: SSN (1 ricovero a totale carico SSN; 2 ricovero a carico SSN con differenza alberghiera) AMBITO DI RILEVAZIONE: regionale IDENTIFICAZIONE CASI: pazienti residenti nella Regione che effettua la rilevazione; viene esclusa la mobilità attiva e passiva TIPOLOGIA RICOVERO: solo ricoveri ordinari programmati (per coerenza rispetto all'obbligatorietà sulla data di prenotazione sulla SDO)</p>	<p>Popolazione al 31/12/ _____</p>	<p><u>Si escludono dal monitoraggio i ricoveri in ALPI;</u> ciascuna regione si impegna a fare verifiche al proprio interno sui volumi di attività</p> <p><u>Si esclude dal monitoraggio la mobilità attiva e passiva</u> in considerazione del fatto che spesso in questi casi non è indicata la data di prenotazione del ricovero e si ritiene utile rilevare i PDT erogati all'interno di ciascuna regione per i propri residenti.</p> <p>Può essere utile una quantificazione dei ricoveri non programmati per una verifica.</p>
<p>STEP 2 IDENTIFICAZIONE CASI PREVALENTI</p>	<p>Estrazione delle SDO in cui, sono presenti i codici di diagnosi <u>in principale</u> (vedi Tabella 1), ed almeno un codice di procedura (vedi Tabella 2) ricercati in tutti i campi dedicati agli interventi chirurgici. Si ordinano i ricoveri per paziente e data di ricovero e, in caso di ricoveri ripetuti, si seleziona per ciascun paziente il primo ricovero nell'anno. In questo modo si passa da ricoveri a pazienti prevalenti nel periodo considerato.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (prevalenti)</p>	

STEP 3 IDENTIFICAZIONE CASI INCIDENTI	<p>Esclusione delle SDO relative a pazienti che hanno avuto ricoveri (ordinari/DH/DS) <u>nei 5 anni precedenti</u> sia in attività istituzionale che ALPI (vanno considerati tutti i codici “onere di degenza”) con una delle diagnosi della Tabella 1, ricercata in qualunque posizione (principale o secondaria), tranne quelli degli ultimi 6 mesi che hanno solo diagnosi senza codici di procedure terapeutiche</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti)</p> <p>_____</p>	<p>Per una precisa identificazione dei nuovi casi vanno eliminati tutti quelli che hanno anche solo la diagnosi (in qualunque posizione) nei cinque anni precedenti, anche senza procedura, tranne quelli degli ultimi sei mesi con solo diagnosi senza procedura; infatti questi ultimi potrebbero essere i ricoveri diagnostici precedenti la terapia.</p>
STEP 4 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI L’INIZIO DELLA FASE DIAGNOSTICA	<p>Per ciascun caso selezionato allo step 3, si ricercano nei 6 mesi precedenti il ricovero: le prestazioni traccianti l’avvio (Tabella 3 A e B) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale e nel flusso SDO</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l’inizio della fase diagnostica</p> <p>_____</p>	<p>Si cercano le prestazioni diagnostiche sia sul flusso SDO (ICD-9-CM) che sul flusso ambulatoriale (codici nomenclatore) In tal modo si identifica l’inizio della fase diagnostica per ciascun caso.</p>
STEP 5 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI LA FINE DELLA FASE DIAGNOSTICA	<p>Per ciascun caso selezionato allo step 4, si ricercano le prestazioni traccianti la fine del percorso diagnostico (Tabella 4) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale, con data di erogazione successiva rispetto alle prestazioni elencate nelle tabelle 3 A e B.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l’inizio e la fine della fase diagnostica</p> <p>_____</p>	<p>Si cercano le prestazioni diagnostiche con i codici della tabella 4, sul flusso della assistenza specialistica ambulatoriale. In tal modo si identifica la fine della fase diagnostica per ciascun caso</p>

<p>STEP 6 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE DIAGNOSTICA</p>	<p>Si calcola il tempo di attesa per la fase diagnostica per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di erogazione della prestazione tracciante di fine della fase diagnostica e la data di erogazione della prestazione tracciante di avvio della fase diagnostica</u></p>	<p>N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti</p>	<p>Nei casi di percorsi di durata anormalmente protratta, va svolto un approfondimento per escludere i casi dubbi rinviati a controlli successivi o gli accertamenti a esito inizialmente negativo che successivamente hanno avuto esordio clinico.</p>
<p>STEP 7 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE TERAPEUTICA SDO</p>	<p>Si calcola il tempo di attesa per la fase terapeutica (fonte:SDO) per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di ammissione al ricovero e la data di prenotazione del ricovero.</u></p>	<p>N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti</p>	<p>La data di prenotazione nella SDO rappresenta l'inizio della fase terapeutica (cioè il momento in cui lo specialista decide di programmare l'intervento), mentre la data di ammissione rappresenta la fine della fase terapeutica.</p> <p>Se manca la data di prenotazione il caso viene escluso dall'analisi (possibili casi di errore di compilazione SDO)</p>

N.B: In base ai criteri di selezione si sottolinea che vengono esclusi a priori i pazienti che fanno solo radio e chemio come fase terapeutica principale.

TABELLA 1 Codici ICD-IX-CM di diagnosi per estrazione dei dati dalle SDO

162X	Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni
2312	Carcinomi in situ di bronchi e polmoni

TABELLA 2 Codici ICD-IX-CM di procedure per estrazione dei dati dalle SDO

3201	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi
3209	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi
321	Altra asportazione dei bronchi
3223	Ablazione a cielo aperto di lesione o tessuto polmonare
3224	Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
3225	Ablazione per via toracoscopica di lesione o tessuto polmonare
3226	Altra e non specificata ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
3228	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto del polmone
3229	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del polmone
323	Resezione segmentale del polmone
324	Lobectomia del polmone
325	Pneumonectomia completa
326	Dissezione radicale delle strutture toraciche
329	Altra asportazione del polmone

TABELLA 3A – Prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti l'avvio del percorso-specialistica ambulatoriale – codici nomenclatore

87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell' encefalo
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO.
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE.
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO.
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO.
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO.
88.01.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) PER STADIAZIONE ONCOLOGICA. TC cranio, torace ed addome superiore TC torace, addome superiore ed addome inferiore
33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE. Tracheobroncoscopia esplorativa Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)

33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA].
33.26	BIOPSIA CHIUSA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL POLMONE
33.27	BIOPSIA ENDOSCOPICA DEL POLMONE

TABELLA 3B – Prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti l'avvio del percorso nella SDO – codici ICDIX CM

87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO.
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE.
88.01	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME
33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE.
33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA].
33.25	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI BRONCHI
33.26	BIOPSIA CHIUSA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL POLMONE
33.27	BIOPSIA ENDOSCOPICA DEL POLMONE

TABELLA 4 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti la conclusione del percorso nella specialistica ambulatoriale – codici nomenclatore

91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica).
91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple).
91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple).

SCHEDA procedura per il monitoraggio del

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (PDT):

NEOPLASIA MAMMELLA

PROCEDURA PER IL MONITORAGGIO DEI TDA		Regione.....	
		Dati numerici	Specifiche
<p>STEP 1 INDIVIDUAZIONE SDO</p>	<p>FONTE: flusso regionale SDO ANNO: _____ (data di dimissione compresa tra il 1° gennaio e il 31 dicembre _____); per il 2010 si considerano solo i ricoveri del secondo semestre (data di dimissione compresa tra il 1° luglio ed il 31 dicembre 2010) ONERE DEGENZA: SSN (1 ricovero a totale carico SSN; 2 ricovero a carico SSN con differenza alberghiera) AMBITO DI RILEVAZIONE: regionale IDENTIFICAZIONE CASI: pazienti residenti nella Regione che effettua la rilevazione; viene esclusa la mobilità attiva e passiva TIPOLOGIA RICOVERO: solo ricoveri ordinari programmati (per coerenza rispetto all'obbligatorietà sulla data di prenotazione sulla SDO)</p>	<p>Popolazione al 31/12/ _____</p>	<p><u>Si escludono dal monitoraggio i ricoveri in ALPI;</u> ciascuna regione si impegna a fare verifiche al proprio interno sui volumi di attività</p> <p><u>Si esclude dal monitoraggio la mobilità attiva e passiva</u> in considerazione del fatto che spesso in questi casi non è indicata la data di prenotazione del ricovero e si ritiene utile rilevare i PDT erogati all'interno di ciascuna regione per i propri residenti.</p> <p>Può essere utile una quantificazione dei ricoveri non programmati per una verifica.</p>
<p>STEP 2 IDENTIFICAZIONE CASI PREVALENTI</p>	<p>Estrazione delle SDO in cui, sono presenti i codici di diagnosi <u>in principale</u> (vedi Tabella 1), ed almeno un codice di procedura (vedi Tabella 2) ricercati in tutti i campi dedicati agli interventi chirurgici. Si ordinano i ricoveri per paziente e data di ricovero e, in caso di ricoveri ripetuti, si seleziona per ciascun paziente il primo ricovero nell'anno. In questo modo si passa da ricoveri a pazienti prevalenti nel periodo considerato.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (prevalenti)</p>	

STEP 3 IDENTIFICAZIONE CASI INCIDENTI	<p>Esclusione delle SDO relative a pazienti che hanno avuto ricoveri (ordinari/DH/DS) <u>nei 5 anni precedenti</u> sia in attività istituzionale che ALPI (vanno considerati tutti i codici “onere di degenza”) con una delle diagnosi della Tabella 1, ricercata in qualunque posizione (principale o secondaria), tranne quelli degli ultimi 6 mesi che hanno solo diagnosi senza codici di procedure terapeutiche..</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti)</p> <p>_____</p>	<p>Per una precisa identificazione dei nuovi casi vanno eliminati tutti quelli che hanno anche solo la diagnosi (in qualunque posizione) nei cinque anni precedenti, anche senza procedura, tranne quelli degli ultimi sei mesi con solo diagnosi senza procedura; infatti questi ultimi potrebbero essere i ricoveri diagnostici precedenti la terapia.</p>
STEP 4 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI L’INIZIO DELLA FASE DIAGNOSTICA	<p>Per ciascun caso selezionato allo step 3, si ricercano nei 6 mesi precedenti il ricovero: le prestazioni traccianti l’avvio (Tabella 3) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale e nel flusso SDO</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l’inizio della fase diagnostica</p> <p>_____</p>	<p>Si cercano le prestazioni diagnostiche sul flusso prestazioni ambulatoriali con i codici della tabella 3. In tal modo si identifica l’inizio della fase diagnostica per ciascun caso. <u>Prestazioni di inizio fase diagnostica:</u> mammografia; in assenza di questa, si può considerare l’ecografia della mammella; in entrambi i casi, se se ne trovano più di una, si considera la più vicina alla data del ricovero</p>
STEP 5 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI LA FINE DELLA FASE DIAGNOSTICA	<p>Per ciascun caso selezionato allo step 4, si ricercano le prestazioni traccianti la fine del percorso diagnostico (Tabella 4) nel flusso assistenza specialistica ambulatoriale (gli esami di citoistologia non sono normalmente codificati nella SDO), con data di erogazione successiva rispetto alle prestazioni elencate nelle tabelle 3.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (incidenti) e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l’inizio e la fine della fase diagnostica</p> <p>_____</p>	<p>Si cercano le prestazioni diagnostiche con i codici della tabella 4 nel flusso dell’assistenza specialistica ambulatoriale. In tal modo si identifica la fine della fase diagnostica per ciascun caso <u>Prestazioni di fine fase diagnostica:</u> esami istocitopatologici nella varianti di codice (si prende il più vicino al ricovero).</p>

<p>STEP 6 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE DIAGNOSTICA</p>	<p>Si calcola il tempo di attesa per la fase diagnostica per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di erogazione della prestazione tracciante di fine della fase diagnostica e la data di erogazione della prestazione tracciante di avvio della fase diagnostica</u></p>	<p>N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti</p>	<p>Nei casi di percorsi di durata anormalmente protratta, va svolto un approfondimento per escludere i casi dubbi rinviati a controlli successivi o gli accertamenti a esito inizialmente negativo che successivamente hanno avuto esordio clinico.</p>
<p>STEP 7 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE TERAPEUTICA SDO</p>	<p>Si calcola il tempo di attesa per la fase terapeutica (fonte:SDO) per tutti i casi del campione di studio (step 5): <u>differenza tra la data di ammissione al ricovero e la data di prenotazione del ricovero.</u></p>	<p>N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti</p>	<p>La data di prenotazione nella SDO rappresenta l'inizio della fase terapeutica (cioè il momento in cui lo specialista decide di programmare l'intervento), mentre la data di ammissione rappresenta la fine della fase terapeutica.</p> <p>Se manca la data di prenotazione il caso viene escluso dall'analisi (possibili casi di errore di compilazione della SDO)</p>

TABELLA 1 Codici ICD-IX-CM di diagnosi per estrazione dei dati dalle SDO

174X Tumori maligni della mammella della donna
175X Tumori maligni della mammella dell'uomo
2330 Carcinomi in situ della mammella
2383 Tumori di comportamento incerto della mammella

TABELLA 2 Codici ICD-IX-CM di procedure per estrazione dei dati dalle SDO

852X	Asportazione o demolizione di tessuto della mammella
854X	Mastectomia

TABELLA 3 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti l'avvio del percorso nella specialistica ambulatoriale – codici nomenclatore

87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale
88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA.

TABELLA 4 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti la conclusione del percorso-specialistica ambulatoriale

91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica.
91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia.
91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas.

SCHEMA procedura per il monitoraggio del

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (PDT) : BY PASS AORTOCORONARICO

PROCEDURA PER IL MONITORAGGIO DEI TDA		Regione.....	
		Dati numerici	Specifiche
<p>STEP 1 INDIVIDUAZIONE SDO</p>	<p>FONTE: flusso regionale SDO ANNO: _____ (data di dimissione compresa tra il 1° gennaio e il 31 dicembre _____); per il 2010 si considerano solo i ricoveri del secondo semestre</p> <p>ONERE DEGENZA: SSN (codice 1 ricovero a totale carico SSN; codice 2 ricovero a carico SSN con differenza alberghiera) AMBITO DI RILEVAZIONE: regionale IDENTIFICAZIONE CASI: pazienti residenti nella Regione che effettua la rilevazione; viene esclusa la mobilità attiva e passiva REGIONE EROGANTE RICOVERI: Regione che effettua la rilevazione TIPOLOGIA RICOVERO: solo ricoveri ordinari programmati, per coerenza rispetto all'obbligatorietà sulla data di prenotazione sulla SDO (codice 1 ricovero programmato non urgente; codice 4 ricovero programmato con preospedalizzazione)</p>	<p>Popolazione al 31/12/ _____</p>	<p><u>Si escludono dal monitoraggio i ricoveri in ALPI;</u> ciascuna regione si impegna a fare verifiche al proprio interno sui volumi di attività.</p> <p><u>Si esclude dal monitoraggio la mobilità attiva e passiva</u> in considerazione del fatto che si ritiene utile rilevare i PDT erogati all'interno di ciascuna regione per i propri residenti.</p> <p>Può essere utile una quantificazione dei ricoveri non programmati per una verifica.</p>
<p>STEP 2 IDENTIFICAZIONE CASI PREVALENTI</p>	<p>Estrazione SDO con procedure d'intervento corrispondenti alla famiglia di codici della Tabella 1, in qualsiasi campo degli interventi, escludendo i casi in cui è concomitante una procedura di intervento sulle valvole cardiache (cod. ICD-IX-CM 35.1X, 35.2X, 35.3X)</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico (prevalenti)</p> <p>_____</p>	<p>Vanno selezionati solo i ricoveri attribuiti alla MDC 5-malattie del sistema cardiocircolatorio. I casi senza data di prenotazione del ricovero vanno esclusi (possibile errore di compilazione della SDO). Sono esclusi i casi di concomitante intervento sulle valvole cardiache, poiché l'indicazione al BPAC, in questi casi, non è quella prevalente.</p>

<p>STEP 3 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI L'INIZIO DELLA FASE DIAGNOSTICA</p>	<p>Per ciascun caso selezionato nello step 2, si deve ricercare, nei 180 giorni precedenti la data di ammissione al ricovero terapeutico, almeno una delle prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica, di cui alla Tabella 3 A e 3B.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante di inizio della fase diagnostica</p> <hr/>	<p>Le procedure della Tabella 3A e 3B devono essere cercate sia nel flusso dell'assistenza specialistica ambulatoriale che nel flusso SDO, per qualsiasi MDC. Se si rilevano più prestazioni della Tabella 3 nei 6 mesi precedenti, va selezionato il record con la data più vicina a quella del ricovero terapeutico; se sono state svolte in regime di ricovero, si deve considerare la data di ammissione. Devono essere inclusi anche i casi in cui la data del ricovero durante il quale è stata effettuata la prestazione della Tabella 3B coincida con l'episodio in cui è stata effettuata la coronarografia (vedi step 4). La data identificata durante tale step rappresenta il riferimento per l'inizio della fase diagnostica, cioè il momento in cui lo specialista formula l'indicazione all'esecuzione della coronarografia.</p>
<p>STEP 4 RICERCA PRESTAZIONI TRACCIANTI LA CONCLUSIONE DELLA FASE DIAGNOSTICA</p>	<p>Per ciascun paziente selezionato allo step 3, nel flusso SDO si ricercano le prestazioni traccianti della conclusione della fase diagnostica (Tabella 2) in qualsiasi campo degli interventi, con data di erogazione successiva rispetto alle prestazioni elencate nelle Tabelle 3.</p>	<p>N° pazienti che hanno avuto un intervento chirurgico e che nei 6 mesi precedenti hanno fatto almeno una prestazione tracciante l'inizio e la conclusione della fase diagnostica</p> <hr/>	<p>Per la ricerca delle coronarografie (Tabella 2) non deve essere effettuata alcuna selezione sulla MDC. La ricerca va effettuata, per ciascun caso individuato allo step. 3, a partire dalla data di ammissione al ricovero terapeutico. Nel caso si trovino più episodi di ricovero durante i quali è stata effettuata una procedura di cui alla Tabella 2, si deve selezionare l'episodio di ricovero più vicino a quello durante il quale è stato eseguito l'intervento di BPAC: può, quindi, accadere che il ricovero in cui è stata effettuata la coronarografia coincida con quello in cui è stato eseguito il BPAC. In ogni caso, la data di ammissione al ricovero, durante il quale è stata effettuata la coronarografia (Tab. 2), sarà considerata quella di riferimento per la conclusione del percorso diagnostico.</p>

<p>STEP 5 SELEZIONE DEI CASI UTILIZZABILI PER IL CALCOLO DEI TEMPI D'ATTESA DELLE DUE FASI DEL PDT</p>	<p>Dopo aver individuato i casi a seguito dell'applicazione delle procedure di cui agli step 3 e 4, al fine di selezionare la casistica utilizzabile per il calcolo dei tempi d'attesa, devono essere esclusi i casi in cui le date di inizio e fine di entrambe le fasi siano tutte e quattro uguali, poiché si deve ritenere che si sia trattato, verosimilmente, di casi urgenti codificati erroneamente come programmati.</p>	<p>N° pazienti che hanno effettuato un BPAC in regime di ricovero programmato, di cui sono disponibili tutte le date per l'analisi delle due fasi del PDT.</p> <p>_____</p>	
<p>STEP 6 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE DIAGNOSTICA</p>	<p>Per i casi del campione di studio selezionati con la procedura dello step 5, si calcola il tempo di attesa per la fase diagnostica: <u>differenza tra la data di erogazione della prestazione tracciante conclusiva della fase diagnostica (step 4) e la data di erogazione della prestazione tracciante dell'avvio (step 3)</u></p>	<p>N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti</p>	<p>Nei casi di percorsi di durata anormalmente protratta, va svolto un approfondimento per escludere i casi dubbi (ad es: casi rinviati a controlli successivi o con accertamenti a esito inizialmente negativo che successivamente hanno avuto esordio clinico della patologia ischemica).</p>
<p>STEP 7 CALCOLO TEMPO DI ATTESA FASE TERAPEUTICA SDO</p>	<p>Per i casi del campione di studio selezionati con la procedura dello step 5, si calcola il tempo di attesa per la fase terapeutica: <u>differenza tra la data di ammissione al ricovero e la data di prenotazione del ricovero (fonte SDO).</u></p>	<p>N° pazienti (individuati nello step 5) distinti per classe di attesa: - entro 30 gg - 31-90 gg - oltre 90gg - totale dei pazienti</p>	<p>La data di prenotazione nella SDO rappresenta l'inizio della fase terapeutica (cioè il momento in cui lo specialista decide di programmare il BPAC), mentre la data di ammissione rappresenta la fine della fase terapeutica. Nei casi di percorsi di durata anormalmente protratta, va svolto un approfondimento per escludere i casi dubbi (ad es: casi in cui la data di prenotazione del ricovero è antecedente all'inizio della fase diagnostica). Se manca la data di prenotazione il caso viene escluso dall'analisi (eventuali casi di errore di compilazione della SDO)</p>

TABELLA 1 Codici ICD-IX-CM di interventi per estrazione dei dati dalle SDO

36.IX	BYPASS AORTOCORONARICO PER RIVASCOLARIZZAZIONE CARDIACA
-------	---

TABELLA 2 Prestazioni traccianti la conclusione della fase diagnostica nella SDO – codici ICDIX CM

(si prende la più vicina al ricovero)

88.55	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERE SINGOLO
88.56	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERE DOPPIO
88.57	ALTRA E NON SPECIFICATA ARTERIOGRAFIA CORONARIA

TABELLA 3A – Prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica del percorso nella specialistica ambulatoriale – codici nomenclatore

(si prende la più vicina al ricovero)

PROVE DA SFORZO:	
89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
SCINTIGRAFIE:	
92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO.
92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3
92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS). Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa
92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO
ECOSTRESS:	
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologia
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologia
TC CUORE:	
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.2, 87.03.3), Studio fisico-dosimetrico (92.29.5)
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]

88.90.2 RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.2, 87.03.3), Studio fisico-dosimetrico (92.29.5)
RM CUORE:
88.92.3 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE
88.92.4 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO
88.92 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE

TABELLA 3B – Prestazioni traccianti l’inizio della fase diagnostica del percorso nella SDO – codici ICDIX CM
(si prende la più vicina al ricovero)

89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE
92.05	SCINTIGRAFIA CARDIOVASCOLARE ED EMATOPOIETICA E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO
88.72	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CUORE
88.73	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DI ALTRE SEDI DEL TORACE
87.41	TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) DEL TORACE
87.42	ALTRA TOMOGRAFIA TORACICA
88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN) DEL TORACE E MIOCARDIO