



# Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2016

## Fonti informative e criteri di record Linkage

### Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Il Sistema Informativo Ospedaliero raccoglie le informazioni di tutti i ricoveri ospedalieri (in acuzie e post-acuzie) registrati in Italia.

**La scheda di dimissione ospedaliera (SDO)** è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. La SDO è stata istituita con il decreto del Ministero della sanità 28 dicembre 1991 (successive integrazioni decreto 26 luglio 1993). Il decreto ministeriale del 27 ottobre 2000, n. 380, ha aggiornato i contenuti ed il flusso informativo della SDO ed ha fissato regole generali per la codifica delle informazioni di natura clinica (diagnosi, interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche) che utilizza la versione aggiornata del sistema di codici ICD-9-CM. I dati rilevati dalla SDO comprendono: informazioni anagrafiche (identificativo del paziente, genere, data e luogo di nascita, luogo di residenza, etc); informazioni sanitarie relative al ricovero (data di ricovero, codice identificativo dell'istituto, specialità e reparto di ricovero, provenienza del paziente, etc); eventuali trasferimenti intraospedalieri (data e reparto); informazioni relative alla dimissione (data, tipo di dimissione, etc); informazioni cliniche alla dimissione (diagnosi principale e 5 diagnosi secondarie, intervento principale e 5 procedure secondarie con relative date di esecuzione) e DRG (Diagnosis Related Groups).

**Le analisi per gli specifici indicatori sono state condotte utilizzando esclusivamente le SDO di pazienti con un identificativo anonimo valido. Il calcolo dei volumi di attività è stato invece effettuato utilizzando tutte le SDO, includendo cioè anche quelle di pazienti con identificativo anonimo mancante o non valido.**

### Sistema Informativo Anagrafe Tributaria

L'Anagrafe Tributaria (AT), istituita con il Decreto del Presidente della Repubblica del 29 settembre 1973, n. 605, è il sistema informatizzato obbligatorio che gestisce i dati e le informazioni relative ai contribuenti nei rapporti con il fisco. L'Archivio Anagrafico o, come spesso viene chiamato, l'Archivio dei codici fiscali e delle partite Iva, è una base dati complessa che rappresenta il cuore dell'intero sistema informativo dell'AT. I Comuni rappresentano la fonte primaria di certificazione dei dati anagrafici delle persone fisiche, detenendo i registri dello Stato Civile, le anagrafi della popolazione residente e le anagrafi dei cittadini italiani residenti all'estero. L'Agenzia lavora in collaborazione con i Comuni per allineare i dati presenti nelle anagrafi comunali con quelli presenti in AT. Le comunicazioni di decesso risultano indispensabili all'Agenzia per la corretta gestione fiscale dei soggetti e la puntuale gestione della Tessera Sanitaria. In un contesto più ampio, la tempestiva comunicazione dell'evento consente l'immediata disattivazione di strumenti di identificazione in rete del cittadino, quali la TS-CNS. Il sistema di circolarità anagrafica fornisce, tra le altre, una valida garanzia di corretta acquisizione dei decessi in AT, trasmessi dai Comuni al momento della registrazione dell'evento.



## Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR)

Il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza, è stato istituito con Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008 del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, e successivamente modificato dal Decreto del Ministero della salute del 6 agosto 2012. Dal 1° gennaio 2012, la rilevazione è ricompresa fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.

Per il Sistema 118, i dati rilevati dall' EMUR comprendono, dati relativi a: Centrale Operativa del 118, chiamata telefonica al numero 118, missione di soccorso attivata dalla Centrale Operativa del 118, assistito (dati privi di elementi identificativi diretti), prestazioni erogate nell'ambito della missione di soccorso ed esito dell'intervento.

Per il Pronto Soccorso, i dati rilevati dall' EMUR comprendono, dati relativi a: struttura erogatrice, accesso e dimissione, assistito (dati privi di elementi identificativi diretti), diagnosi e prestazioni erogate e valorizzazione economica dell'accesso.

### Record linkage

L'utilizzo di tecniche di record linkage nella costruzione di archivi integrati, fatta salva la necessità di garantire la riservatezza dei dati, è fondamentale per analisi in ambito epidemiologico. Inoltre, in campo sanitario, collegare informazioni provenienti dallo stesso archivio o da archivi diversi rappresenta uno strumento indispensabile per la ricerca di elementi utili a descrivere e valutare, in termini di efficacia, appropriatezza, equità, le cure erogate o le prestazioni fornite.

I metodi di record linkage normalmente utilizzati sono due: deterministico e probabilistico. Il primo collega le unità statistiche che concordano in riferimento ad uno specifico identificativo o chiave identificativa; il secondo usa le probabilità per valutare se una coppia di unità statistiche si riferisca allo stesso individuo, prestazione sanitaria, etc.

Nel presente rapporto si è utilizzato un record linkage deterministico.

La ricostruzione del percorso assistenziale o della storia clinica del paziente è stata effettuata attraverso un record linkage all'interno dello stesso archivio (SIO) o tra il SIO e l'AT e ha permesso di:

- contare le persone con una data diagnosi in un dato periodo;
- ricostruire l'episodio di cura (per esempio, l'episodio di infarto miocardico acuto può essere definito attraverso l'individuazione di tutti i ricoveri ospedalieri del paziente avvenuti in un dato intervallo di tempo dal primo ricovero per infarto);
- individuare i casi incidenti di una patologia, definiti come le persone per le quali non c'è evidenza di episodi di cura relativi alla stessa patologia precedenti l'episodio in studio;
- caratterizzare i pazienti inclusi in una coorte. I pazienti possono essere caratterizzati in funzione della loro gravità "a priori", effettuando la ricerca di comorbidità, sia nell'episodio di ricovero per la patologia in studio sia in ricoveri precedenti;
- individuare l'occorrenza di esiti del paziente in un dato intervallo di tempo dal ricovero in esame.