

# Scheda Medico - MAP

INDICAZIONI METODOLOGICHE PER IL CALCOLO DEL SET  
MINIMO DI INDICATORI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ DEI MEDICI DI  
ASSISTENZA PRIMARIA

REGIONE LOMBARDIA – DIREZIONE GENERALE WELFARE

# Scheda Medico - MAP

## Sommario

Scheda Medico: definizione e funzione.....	2
Indicatori Scheda Medico: set minimo .....	2
Specifiche Tecniche e Procedure di Calcolo degli indicatori .....	4
1. ASSISTITI ULTRA 65 ANNI.....	4
2. ASSISTITI STRANIERI .....	5
3. ASSISTITI CON ALMENO UNA CONDIZIONE CRONICA .....	6
4. PREVALENZA ASSISTITI CON MALATTIE RARE: NUMERO.....	7
5. CONSUMATORI (SENZA PATOLOGIE IDENTIFICATE) .....	8
6. N. VISITE SPECIALISTICHE/ASSISTITO .....	9
7. N. ACCESSI IN PS PER ASSISTITO .....	10
8. ACCESSI CODICI B/V TRA LE 9-17 (NO SAB/DOM) .....	11
9. SPESA MEDIA PER OMEGA 3.....	12
10. SPESA MEDIA PER PPI (inibitori Pompa Protonica) .....	14
11. COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE PER GLI ANZIANI .....	16
12. PREVENZIONE K MAMMELLA NON EFFETTUATA 50-74 ANNI .....	17
13. PREVENZIONE K COLON-RETTO NON EFFETTUATA .....	18
14. PREVENZIONE K CERVICE UTERINA NON EFFETTUATA.....	20
15. J01 ANTIBIOTICI: DDD PER 1000 ASSISTITI DIE .....	21
16. ANTIBIOTICI AWaRe: %DDD ACCESS $\geq$ 60%.....	22
17. ADEGUATEZZA DELL'ADERENZA AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON BETA- BLOCCANTI.....	24
18. RICOVERI PER BPCO (50-74 ANNI).....	27
19. RICOVERI PER DIABETE (35-74 ANNI).....	29
20. RICOVERI PER SCOMPENSO (50-74 ANNI).....	31
Glossario ed elenco degli acronimi.....	33

## Scheda Medico MAP: definizione e funzione

La Scheda Medico include il set minimo essenziale di indicatori funzionali al monitoraggio delle attività dei Medici di Assistenza Primaria (di seguito, MAP) in Regione Lombardia, nonché dei loro profili assistenziali e prescrittivi, e ne definisce le specifiche tecniche, le modalità e la frequenza di calcolo.

Il set minimo comprende indicatori di inquadramento della casistica assistenziale e indicatori di monitoraggio in ambito farmaceutico, vaccinazioni, screening, ricoveri per patologie croniche.

## Indicatori Scheda Medico: set minimo

Il set minimo di indicatori è elencato in **Tabella 1**.

Gli indicatori sono sempre calcolati considerando un periodo di analisi di 12 mesi (anno mobile). Il calcolo è effettuato ogni 6 mesi, pertanto il periodo di rilevazione delle schede calcolate ad inizio anno (es. maggio 2025) coincide con l'anno solare precedente (es. 01 gennaio – 31 dicembre 2024), mentre quelle calcolate dopo il primo semestre (es. novembre 2025) considerano il periodo 01 luglio dell'anno precedente – 30 giugno dell'anno in corso (es. 01 luglio 2024 -30 giugno 2025).

Il periodo di rilevazione coincide con l'anno di analisi per i MAP già iscritti all'inizio dell'anno. La scheda viene elaborata per i medici attivi al 1° gennaio dell'anno successivo al periodo di rilevazione.

Ove non altrimenti specificato, il calcolo degli indicatori è basato sugli assistiti in carico al MAP a fine periodo. In altre parole, ogni assistito è associato al suo Medico di fine periodo e conta per l'intero periodo di osservazione anche se, durante tale periodo, è stato in carico ad altri MAP. Questa scelta viene operata per fornire al MAP la situazione degli assistiti che ha in carico alla fine del periodo di valutazione, facendo prevalere la finalità del miglioramento della qualità dell'assistenza primaria rispetto alla valutazione puntuale del proprio operato.

**Tabella 1.** Set minimo di Indicatori per ciascuna Scheda MAP.

<b>Area</b>	<b>Nome Indicatore</b>	<b>Periodicità</b>
Inquadramento casistica	ASSISTITI ULTRA 65 ANNI	semestrale
	ASSISTITI STRANIERI	semestrale
	ASSISTITI CON ALMENO UNA CONDIZIONE CRONICA	semestrale
	PREVALENZA ASSISTITI CON MALATTIE RARE: NUMERO	semestrale
Profili di salute	CONSUMATORI (SENZA PATOLOGIE IDENTIFICATE)	semestrale
	N. VISITE SPECIALISTICHE/ASSISTITO	semestrale
	N. ACCESSI IN PS PER ASSISTITO	semestrale
	ACCESSI CODICI B/V TRA LE 9-17 (NO SAB/DOM)	semestrale
	SPESA MEDIA PER OMEGA 3	semestrale
	SPESA MEDIA PER PPI	semestrale
Prevenzione	COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE PER GLI ANZIANI	semestrale
	ANTIBIOTICI AWaRe: %DDD ACCESS $\geq$ 60%	semestrale
Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	PREVENZIONE K MAMMELLA NON EFFETTUATA 50-74 ANNI	semestrale
	PREVENZIONE K COLON-RETTO NON EFFETTUATA	semestrale
	PREVENZIONE K CERVIC UTERINA NON EFFETTUATA	semestrale
	J01 ANTIBIOTICI: DDD PER 1000 ASSISTITI DIE	semestrale
	ADEGUATEZZA DELL'ADERENZA AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON BETA-BLOCCANTI	semestrale
	RICOVERI PER BPCO (50-74 ANNI)	semestrale
	RICOVERI PER DIABETE (35-74 ANNI)	semestrale
	RICOVERI PER SCOMPENSO (50-74 ANNI)	semestrale

## Specifiche Tecniche e Procedure di Calcolo degli indicatori

<b>1. ASSISTITI ULTRA 65 ANNI</b>	
<b>Codice interno</b>	ASS-1
<b>Definizione</b>	Percentuale di assistiti con età ≥ 65 anni
<b>Numeratore</b>	N. assistiti 65+ anni
<b>Denominatore</b>	N. assistiti
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ assistiti con età } \geq 65 \text{ aa}}{N. \text{ assistiti}} * 100$
<b>Significato</b>	Caratterizza il bacino di utenza del MAP ed eventuali fenomeni di selezione.
<b>Selezione dei casi</b>	Tutti gli assistiti con codice fiscale valido, attivi nel periodo considerato e di età uguale o maggiore di 65 anni.
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti)
<b>Procedura di elaborazione</b>	La costruzione di questo indicatore prevede il conteggio del numero di assistiti con età uguale o maggiore di 65 anni riferiti al singolo MAP, nel periodo considerato.

	<b>2. ASSISTITI STRANIERI</b>
<b>Codice interno</b>	ASS-4
<b>Definizione</b>	Proporzione assistiti con cittadinanza non italiana
<b>Numeratore</b>	N. assistiti con cittadinanza non italiana
<b>Denominatore</b>	N. assistiti
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ assistiti con cittadinanza non italiana}}{N. \text{ assistiti}} * 100$
<b>Significato</b>	Caratterizza il bacino di utenza del MAP ed eventuali fenomeni di selezione.
<b>Selezione dei casi</b>	Tutti gli assistiti con codice fiscale valido, attivi nel periodo considerato con codice cittadinanza diverso da 100.
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti)
<b>Procedura di elaborazione</b>	
	Dagli archivi dei flussi sono stati selezionati tutti i record relativi agli assistiti con codice cittadinanza diverso da 100 (corrispondente a cittadinanza italiana).

<b>3. ASSISTITI CON ALMENO UNA CONDIZIONE CRONICA</b>	
<b>Codice interno</b>	ASS-18
<b>Definizione</b>	Proporzione assistiti con almeno una condizione cronica nel corso del periodo di osservazione
<b>Numeratore</b>	N. assistiti con almeno una condizione cronica
<b>Denominatore</b>	N. assistiti
<b>Formula</b>	$\frac{\text{N. assistiti con almeno una condizione cronica}}{\text{N. assistiti}} * 100$
<b>Significato</b>	Caratterizza il bacino di utenza del MAP ed eventuali fenomeni di selezione.
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionati dalla BDA tutti gli assistiti che nel corso del periodo di osservazione sono classificati con almeno una condizione cronica in BDA.
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); BDA (Banca Dati Assistito)
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dagli archivi della BDA sono stati selezionati gli assistiti con almeno un codice di classificazione per malattia cronica.
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale, i pazienti con almeno una condizione cronica vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP.

	<b>4. PREVALENZA ASSISTITI CON MALATTIE RARE: NUMERO</b>
<b>Codice interno</b>	ASS-22
<b>Definizione</b>	Assistiti con malattie rare
<b>Numeratore</b>	N. assistiti con diagnosi di malattia rara
<b>Denominatore</b>	-
<b>Significato</b>	Caratterizza il bacino di utenza del MAP ed eventuali fenomeni di selezione.
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionati tutti gli assistiti con esenzione attiva nel periodo considerato, secondo i seguenti criteri: 'R*'
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); Flusso Esenti
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dagli archivi dei flussi Esenti sono stati selezionati tutti i record relativi agli assistiti con codice esenzione attiva nel periodo considerato, utilizzando i seguenti criteri: Codice Esenzione= 'R*'
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale, gli esenti per malattia vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP.

<b>5. CONSUMATORI (SENZA PATOLOGIE IDENTIFICATE)</b>	
<b>Codice interno</b>	ASS-17
<b>Definizione</b>	Proporzione assistiti consumatori senza patologie identificate nel corso del periodo di osservazione
<b>Numeratore</b>	N. assistiti consumatori
<b>Denominatore</b>	N. assistiti
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ assistiti consumatori}}{N. \text{ assistiti}} * 100$
<b>Significato</b>	Caratterizza il bacino di utenza del MAP ed eventuali fenomeni di selezione.
<b>Selezione dei casi</b>	Assistiti NON rilevati in BDA e rilevati in almeno uno dei seguenti flussi: nei flussi 28SAN, SDO e Farmaceutica convenzionata
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); BDA; 28SAN; SDO; Farmaceutica
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Vengono selezionati gli assistiti presenti in almeno uno dei seguenti flussi: 28SAN escludendo le prestazioni da screening, SDO e Farmaceutica convenzionata
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale, gli assistiti di ciascun MAP vengono assegnati alla categoria consumatori.

<b>6. N. VISITE SPECIALISTICHE/ASSISTITO</b>	
<b>Codice interno</b>	AMB-7
<b>Definizione</b>	Numero medio di visite specialistiche erogate agli assistiti
<b>Numeratore</b>	N. visite specialistiche erogate agli assistiti, prescritte da MAP
<b>Denominatore</b>	N. assistiti
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ visite specialistiche erogate agli assistiti}}{N. \text{ assistiti}}$
<b>Significato</b>	Caratterizza la quota di visite specialistiche erogate agli assistiti
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionate dal Flusso delle prestazioni ambulatoriali tutte le visite specialistiche (“897*” “890*” “941*” “8913*” “8926*” “9502*” “CA009” “CA010”) effettuate dagli assistiti dei MAP nel periodo considerato
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell’indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all’ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); Flusso Prestazioni ambulatoriali (28/SAN)
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dagli archivi dei flussi delle prestazioni ambulatoriali sono stati selezionati tutti i record relativi alle visite specialistiche nel periodo considerato.
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale e codice regionale MAP, la visita specialistica viene ricondotta alla coorte degli assistiti del MAP. Per ciascun MAP sono state contate le singole visite effettuate dai suoi assistiti e rapportate al numero degli assistiti stessi.

	<b>7. N. ACCESSI IN PS PER ASSISTITO</b>
<b>Codice interno</b>	PS-1
<b>Definizione</b>	Numero medio di accessi in PS per assistito
<b>Numeratore</b>	N. accessi in PS effettuati dagli assistiti
<b>Denominatore</b>	N. assistiti
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ accessi in PS effettuati dagli assistiti}}{N. \text{ assistiti}}$
<b>Significato</b>	Caratterizza gli assistiti in termini di potenziale carico di patologia
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionati dall'archivio del Pronto Soccorso (PS) gli accessi effettuati dagli assistiti nel periodo considerato, utilizzando la data di ingresso
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); Flusso Pronto Soccorso
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dagli archivi dei flussi del PS sono stati selezionati tutti i record relativi agli assistiti con almeno un accesso nel periodo considerato.
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale, l'accesso in PS viene ricondotto alla coorte degli assistiti del MAP. Per ciascun MAP sono stati contati gli accessi effettuati dagli assistiti in carico, e rapportati al numero degli assistiti stessi.

<b>8. ACCESSI CODICI B/V TRA LE 9-17 (NO SAB/DOM)</b>	
<b>Codice interno</b>	PS-5
<b>Definizione</b>	Proporzione assistiti con accesso non urgente in PS in orario ambulatorio MAP
<b>Numeratore</b>	N. assistiti con accesso non urgente in PS in orario ambulatorio MAP
<b>Denominatore</b>	N. assistiti
<b>Formula</b>	$\frac{N. assistiti con accesso non urgente in PS in orario ambulatorio MAP}{N. assistiti} * 100$
<b>Significato</b>	Quantifica gli assistiti che si sono riferiti al PS in orari di apertura degli ambulatori del MAP
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionati dal flusso del PS gli assistiti con almeno un accesso in PS con codice bianco o verde nel periodo considerato, secondo i seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> <li>- TRIAGE IN USCITA = 4 oppure TRIAGE IN USCITA = 5</li> <li>- ORA ENTRATA: dalle 9:00 alle 17:00</li> <li>- GIORNO SETTIMANA: dal lunedì al venerdì, eccetto festivi e prefestivi</li> </ul>
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); Flusso Pronto Soccorso
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dagli archivi del flusso di PS sono stati selezionati gli assistiti con almeno un accesso in PS nel periodo considerato, secondo i seguenti criteri: TRIAGE IN USCITA = 4 o 5 + ORA ENTRATA: dalle 9:00 alle 17:00 + GIORNO SETTIMANA: dal lunedì al venerdì, eccetto festivi e prefestivi.
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata su codice fiscale, tutti i soggetti con un accesso non urgente in PS in orario ambulatorio MAP vengono ricondotti alla coorte degli assistiti del MAP.

<b>9. SPESA MEDIA PER OMEGA 3</b>	
<b>Codice interno</b>	FARM
<b>Definizione</b>	Per MAP: spesa media delle prescrizioni di omega 3 effettuate da MAP
<b>Numeratore</b>	Spesa per tutte le prescrizioni di omega 3 del MAP
<b>Denominatore</b>	n. assistiti pesati
<b>Formula</b>	$\frac{\textit{spesa per tutte le prescrizioni del MAP di omega3}}{\textit{n. assistiti pesati}}$
<b>Significato</b>	Valutare la spesa media del MAP delle prescrizioni di omega 3.
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionate dai flussi della farmaceutica tutte le prescrizioni del MAP erogate nel periodo considerato, con i relativi importi di spesa: codice ATC 'C10AX06' omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi
<b>Valore di riferimento</b>	Spesa media ATS, ASST, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR; Flussi Farmaceutica FUR e CONSOLIDATO
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dagli archivi dei flussi delle prestazioni farmacologiche vengono selezionate tutte le prescrizioni farmacologiche di codice ATC 'C10AX06' omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi effettuate da MAP. Per ciascun record relativo alla singola prescrizione è stato riportato il corrispettivo economico relativo alla prestazione stessa.

**Passo 2**

Attraverso un'operazione di record linkage basata su codice fiscale e codice MAP gli assistiti con almeno una prescrizione farmacologica vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP. Per ciascun MAP sono stati calcolati gli importi totali relativi alle prescrizioni dei suoi assistiti e rapportate al numero degli assistiti pesati.

<b>10. SPESA MEDIA PER PPI</b>	
<b>Codice interno</b>	FARM
<b>Definizione</b>	Per MAP: spesa media delle prescrizioni di inibitori di pompa effettuate dal MAP
<b>Numeratore</b>	Spesa per tutte le prescrizioni di inibitori di pompa effettuate dal MAP
<b>Denominatore</b>	n. assistiti pesati
<b>Formula</b>	$\frac{\textit{spesa per tutte le prescrizioni del MAP di PPI}}{\textit{n. assistiti pesati}}$
<b>Significato</b>	Valutare la spesa media del MAP delle prescrizioni di PPI.
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionate dai flussi della farmaceutica tutte le prescrizioni del MAP erogate nel periodo considerato, con i relativi importi di spesa: codice ATC 'A02BC' inibitori della pompa acida
<b>Valore di riferimento</b>	Spesa media ATS, ASST, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR; Flussi Farmaceutica FUR e CONSOLIDATO
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dagli archivi dei flussi delle prestazioni farmacologiche vengono selezionate tutte le prescrizioni farmacologiche di codice ATC 'A02BC' inibitori della pompa acida effettuate da MAP. Per ciascun record relativo alla singola prescrizione è stato riportato il corrispettivo economico relativo alla prestazione stessa.

## Passo 2

Attraverso un'operazione di record linkage basata su codice fiscale e codice MAP gli assistiti con almeno una prescrizione farmacologica vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP. Per ciascun MAP sono stati calcolati gli importi totali relativi alle prescrizioni dei suoi assistiti e rapportate al numero degli assistiti pesati.

<b>11. COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE PER GLI ANZIANI</b>	
<b>Codice interno</b>	PREV-3
<b>Definizione</b>	Proporzione di assistiti 65+ vaccinati per virus influenzale
<b>Numeratore</b>	N. assistiti con età ≥ 65 anni vaccinati per virus influenzale
<b>Denominatore</b>	N. assistiti con età ≥ 65 anni
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ assistiti con età } \geq 65 \text{ aa vaccinati per virus influenzale}}{N. \text{ assistiti con età } \geq 65 \text{ aa}} * 100$
<b>Significato</b>	Caratterizza l'adesione degli assistiti del MAP ai programmi vaccinali.
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionati tutti gli assistiti con 65 anni o più che nel periodo considerato effettuano almeno una somministrazione di vaccino antinfluenzale individuato attraverso il flusso ARVAX.
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fasce di valutazione</b>	<p>L'indicatore selezionato è un indicatore di valutazione, cioè ai suoi valori è attribuita una valutazione compresa tra 0 e 5, sulla base delle seguenti fasce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: red;">■</span> Val. pessima: &lt; 53.00</li> <li><span style="color: orange;">■</span> Val. scarsa: 53.00 - 64.00</li> <li><span style="color: yellow;">■</span> Val. media: 64.00 - 75.00</li> <li><span style="color: lightgreen;">■</span> Val. buona: 75.00 - 86.00</li> <li><span style="color: green;">■</span> Val. ottima: &gt; 86.00</li> </ul>
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); ARVAX
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dal flusso ARVAX sono stati selezionati i vaccini antinfluenzali effettuati nel periodo considerato.
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale, gli assistiti vaccinati vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP.

<b>12. PREVENZIONE K MAMMELLA NON EFFETTUATA 50-74 ANNI</b>	
<b>Codice interno</b>	PREV-4
<b>Definizione</b>	Proporzione di donne assistite non sottoposte a screening per tumore della mammella
<b>Numeratore</b>	N. assistite con età 50-74 anni che non hanno effettuato una mammografia nel periodo considerato o nell'anno precedente, e senza diagnosi di tumore mammario
<b>Denominatore</b>	N. assistite con età 50-74 anni in carico al MAP per l'intero anno di rilevazione
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ assistite con età } 50 - 74 \text{ aa che NON effettuano mammografia}}{N. \text{ assistite con età } 50 - 74 \text{ aa}} * 100$
<b>Significato</b>	Caratterizza l'adesione degli assistiti del MAP ai programmi di screening oncologico.
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionati tutte le assistite con età compresa tra 50 e 74 anni che non hanno eseguito mammografie negli ultimi 2 anni, individuate attraverso il flusso 28/SAN.
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); Flusso 28/SAN; Flusso Schede Dimissione Ospedaliera (SDO)
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dal flusso 28/SAN sono state selezionate tutte le prestazioni relative alla mammografia, nel periodo considerato e nell'anno precedente (codici prestazione '87.37.1', '87.37.2').
<b>Passo 2</b>	Sono state escluse le donne con ricoveri con codice di diagnosi principale o secondaria '174.*' o 'V10.3' (carcinoma mammario) o codice intervento '85.42', '85.44', '85.46', '85.48' (mastectomia bilaterale) da flusso SDO (tutti gli anni disponibili).
<b>Passo 3</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale, le assistite che non hanno effettuato mammografia e senza le condizioni di esclusione elencate vengono ricondotte alla coorte delle assistite di ciascun MAP.

<b>13. PREVENZIONE K COLON-RETTO NON EFFETTUATA</b>	
<b>Codice interno</b>	PREV-5
<b>Definizione</b>	Proporzione di assistiti non sottoposti a screening per tumore del colon-retto
<b>Numeratore</b>	N. assistiti con età 50-74 anni che non hanno effettuato ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT) nel periodo considerato o nell'anno precedente, e senza diagnosi di tumore maligno o benigno del colon-retto o polipectomie precedentemente eseguite o altre condizioni di esclusione
<b>Denominatore</b>	N. assistiti con età 50-74 anni in carico al MAP per l'intero anno di rilevazione
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ assistiti con età } 50 - 74 \text{ aa che NON effettuano FOBT}}{N. \text{ assistiti con età } 50 - 74 \text{ aa}} * 100$
<b>Significato</b>	Caratterizza l'adesione degli assistiti del MAP ai programmi di screening oncologico.
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionati tutte gli assistiti con età compresa tra 50 e 74 anni che non hanno eseguito FOBT negli ultimi 2 anni, individuato attraverso il flusso 28/SAN.
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); Flusso 28/SAN; Flusso Schede Dimissione Ospedaliera (SDO); Flusso Esenti; BDA (Banca Dati Assistito)
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dal flusso 28/SAN sono state selezionate tutte le prestazioni relative al FOBT, nel periodo considerato e nell'anno precedente (codice prestazione '90.21.4').
<b>Passo 2</b>	<p>Sono stati esclusi i casi con ricoveri con codice di diagnosi principale o secondaria '153.*', '154.*', 'V10.05', 'V10.06', '211.3', '211.4', '569.0' (tumori maligni o benigni del colon o del retto) da flusso SDO (tutti gli anni disponibili).</p> <p>Sono stati esclusi i casi con polipectomie o rimozioni endoscopiche di lesioni del tratto gastrointestinale inferiore, o indagini diagnostiche (colonscopia) eseguite nei tre anni precedenti il periodo di rilevazione (codici '45.23', '45.23.1', '45.24', '45.25', '45.42', '45.43.1', '45.43.2', '48.24', '48.35') da flusso 28/SAN.</p>

	<p>Sono stati esclusi i soggetti con esenzione per sindrome ereditaria ('RB0030', 'RB0040', 'RB0050', 'RBG021').</p> <p>Sono stati esclusi i soggetti con codice per malattie infiammatorie intestinali dagli archivi della BDA.</p>
<b>Passo 3</b>	<p>Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale, gli assistiti che non hanno effettuato FOBT e senza almeno una delle condizioni di esclusione elencate vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP.</p>

<b>14. PREVENZIONE K CERVICE UTERINA NON EFFETTUATA</b>	
<b>Codice interno</b>	PREV-6
<b>Definizione</b>	Proporzione di donne assistite non sottoposte a screening per tumore della cervice uterina
<b>Numeratore</b>	N. assistite con età 25-64 anni che non hanno effettuato un PAP test nel periodo considerato o nei 2 anni precedenti, né ricerca di HPV-DNA nel periodo considerato o nei 4 anni precedenti, e senza diagnosi di tumore della cervice
<b>Denominatore</b>	N. assistite con età 25-64 anni in carico al MAP per l'intero anno di rilevazione
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ assistite con età } 25 - 64 \text{ aa senza PAP test o che NON ricerca HPV}}{N. \text{ assistite con età } 25 - 64 \text{ aa}} * 100$
<b>Significato</b>	Caratterizza l'adesione degli assistiti del MAP ai programmi di screening oncologico.
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionate tutte le assistite con età compresa tra 25 e 64 anni che non hanno eseguito PAP test negli ultimi 3 anni o ricerca di HPV-DNA negli ultimi 5 anni, individuati attraverso il flusso 28/SAN.
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); Flusso 28/SAN; Flusso Schede Dimissione Ospedaliera (SDO)
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dal flusso 28/SAN sono state selezionate tutte le prestazioni relative a PAP test (codice prestazione '91.38.5') e ricerca di HPV (codice prestazione '91.24.9', '91.24.A', '91.24.B', '91.24.C') nel periodo considerato e, rispettivamente, nei 2 anni o 4 anni precedenti.
<b>Passo 2</b>	Sono state escluse le donne con ricoveri con codice di diagnosi primaria o secondaria '180.*', 'V10.41' (carcinoma della cervice) o codice intervento '68.4*', '68.5*', '68.6*', '68.7*', '68.8*' (isterectomia totale) da flusso SDO (tutti gli anni disponibili).
<b>Passo 3</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale, le assistite che non hanno effettuato ricerca HPV e senza le condizioni di esclusione elencate vengono ricondotte alla coorte delle assistite di ciascun MAP.

	<b>15. J01 ANTIBIOTICI: DDD PER 1000 ASSISTITI DIE</b>
<b>Codice interno</b>	FARM
<b>Definizione</b>	Per MAP: Valore di DDD di antibiotici erogate ogni 1000 assistiti
<b>Numeratore</b>	DDD di antibiotici
<b>Denominatore</b>	N. assistiti
<b>Formula</b>	$\left( \frac{DDD \text{ di antibiotici}}{assistiti} * 1000 \right) / 365$
<b>Significato</b>	Caratterizzare gli assistiti in termini di utilizzo di farmaci
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionate dai flussi della farmaceutica tutte le prescrizioni erogate nel periodo considerato sulla base del seguente criterio: codice ATC 'J01*': Antibiotici
<b>Valore di riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato per ATS, ASST, Distretto, AFT
<b>Fonte Dati</b>	NAR; Flussi Farmaceutica FUR e CONSOLIDATO
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dagli archivi dei flussi delle prescrizioni farmacologiche vengono selezionate tutte le prescrizioni farmacologiche di antibiotici erogate agli assistiti con le relative DDD.
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata su codice fiscale e codice MAP gli assistiti con almeno una prescrizione di antibiotici vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP.
<b>Passo 3</b>	Dalla somma di tutte le DDD di antibiotici prescritte nel periodo considerato si deriva il valore di DDD giornaliero.
<b>Passo 4</b>	Si rapporta per ciascun MAP il numero di DDD totali con la popolazione di assistiti

<b>16. ANTIBIOTICI AWaRe: %DDD ACCESS ≥ 60%</b>	
<b>Codice interno</b>	FARM
<b>Definizione</b>	Per MAP: percentuale di DDD di antibiotici Access prescritte dal MAP
<b>Numeratore</b>	N. di DDD di antibiotici Access prescritte dal MAP
<b>Denominatore</b>	N. DDD di antibiotici prescritte dal MAP
<b>Formula</b>	$\frac{\text{DDD di antibiotici Access prescritte dal MAP}}{\text{DDD di antibiotici prescritte dal MAP}} * 100$
<b>Significato</b>	Caratterizzare l'utilizzo degli antibiotici da parte del MAP in base alla loro classificazione Aware
<b>Selezione dei casi</b>	Vengono selezionate dai flussi della farmaceutica tutte le prescrizioni erogate nel periodo considerato, redatte dal MAP, con le relative DDD sulla base del seguente criterio: codice ATC 'J01' antibatterici per uso sistemico
<b>Valore di riferimento</b>	≥ 60%
<b>Fonte Dati</b>	NAR; Flussi Farmaceutica FUR e CONSOLIDATO
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	Dagli archivi dei flussi delle prestazioni farmacologiche vengono selezionate tutte le prescrizioni farmacologiche di ATC J01 erogate agli assistiti dai MAP con le relative DDD.
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata su codice fiscale e codice MAP gli assistiti vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP.

**Passo 3**

Vengono sommate le DDD relative alle prescrizioni di farmaci antibiotici appartenenti alla categoria Access, come da classificazione WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) e fornita dal servizio farmaceutico, e rapportate al totale delle DDD di antibiotici prescritti da ciascun MAP

<b>17. ADEGUATEZZA DELL'ADERENZA AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON BETA-BLOCCANTI*</b>	
<b>Codice interno</b>	FARM
<b>Definizione</b>	Per MAP: Proporzione percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con adeguata copertura con farmaci beta bloccanti
<b>Numeratore</b>	Pazienti prevalenti per scompenso cardiaco con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi $\geq 75\%$
<b>Denominatore</b>	Pazienti prevalenti per scompenso cardiaco con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice
<b>Formula</b>	$\frac{N \text{ pazienti prevalenti con scompenso cardiaco con una prescrizione di } \beta \text{ bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi } \geq 75\%}{N \text{ pazienti prevalenti per scompenso cardiaco con una prescrizione di } \beta \text{ bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice}} * 100$
<b>Significato</b>	La copertura con i farmaci di interesse è l'indicatore che consente di verificare l'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. Il livello di copertura viene indagato per la coorte prevalente nei 12 mesi successivi la data della prima prescrizione del farmaco beta-bloccante dopo il ricovero indice.
<b>Selezione dei casi</b>	Per ogni paziente appartenente alla coorte prevalente che ha ricevuto una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice viene calcolata la proporzione di giorni coperti (PDC) come numero di giorni distinti con almeno un farmaco (beta-bloccante) disponibile sul numero di giorni di osservazione accumulati da quel paziente tra la data della prima prescrizione, definita prescrizione indice, e l'uscita dall'osservazione (per decesso, trasferimento in altra Regione, emigrazione o perché trascorsi 365 giorni dalla data della prescrizione indice), moltiplicato

	per 100. Nel caso in cui durante il periodo di osservazione si verificano uno o più ricoveri per qualsiasi causa, i giorni di ricovero complessivi vengono sottratti al numero di giorni di osservazione. Dal calcolo vengono esclusi i pazienti con durata dell'osservazione fuori dall'ospedale inferiore a 30 giorni.
<b>Valore di riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato per ATS, ASST, Distretto, AFT
<b>Fasce di valutazione</b>	L'indicatore selezionato è un indicatore di valutazione, cioè ai suoi valori è attribuita una valutazione compresa tra 0 e 5, sulla base delle seguenti fasce: <span style="color: red;">■</span> Val. pessima: 32-44% <span style="color: orange;">■</span> Val. scarsa: 44-61% <span style="color: yellow;">■</span> Val. media: 61-68% <span style="color: green;">■</span> Val. buona: 68-80% <span style="color: darkgreen;">■</span> Val. ottima: >80%
<b>Fonte Dati</b>	NAR; Flussi Farmaceutica FUR e CONSOLIDATO, SDO
<b>Procedura di elaborazione</b>	
<b>Passo 1</b>	<p>Definizione della coorte prevalente</p> <p><i>Periodo di inclusione:</i>  Periodo di ampiezza uguale a 12 mesi, che precede di tre anni solari quello della valutazione (ad esempio, nell'anno 2024 vengono considerati i casi ricoverati nel 2022)</p> <p><i>Criteri di inclusione:</i>  Almeno un ricovero per scompenso cardiaco definito con i codici ICD-9-CM 428.*, 402.01, 402.11 e 402.91 in diagnosi principale, e con data di dimissione nel periodo di inclusione. Nel caso di ricoveri ripetuti, si farà riferimento al primo ricovero durante il periodo di inclusione.</p> <p>Età ≥ 50 anni compiuti alla data di dimissione del ricovero indice</p> <p>Presenti in anagrafe in modo continuativo, nei tre anni antecedenti la data del ricovero indice (primo ricovero con data di dimissione durante il periodo di inclusione)</p> <p><i>Criteri di esclusione:</i>  Deceduti durante il ricovero indice</p>
<b>Passo 2</b>	<p>Attraverso un'operazione di record linkage basata su codice fiscale e codice MAP sono individuati i pazienti appartenenti alla coorte prevalente nell'anno di inclusione che hanno ricevuto una prescrizione di beta-bloccanti (codice ATC: C07) nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con durata dell'osservazione fuori dall'ospedale superiore a (≥) 30 giorni.</p> <p>Tale valore costituisce il denominatore dell'indicatore.</p>

**Passo 3**

Definizione della la Proportion of Days Covered (PDC):

Numero di giorni complessivi coperti da terapia rapportato al numero di giorni di osservazione accumulati dal paziente. Nel caso in cui una nuova prescrizione venga erogata prima della fine della copertura precedente, quest'ultima viene considerata interrotta precocemente alla data della nuova prescrizione.

Il numero di pazienti con  $PDC \geq 75\%$  costituisce il numeratore dell'indicatore.

Calcolare la durata della disponibilità del farmaco per ogni confezione prescritta utilizzando la metrica delle Defined Daily Dose (DDD). La lista seguente, stilata da un panel di cardiologi nell'ambito del progetto PReValE, riporta un fattore di correzione che deve essere moltiplicato ai giorni di copertura calcolati utilizzando le DDD per ottenere i giorni di copertura basati sulle dosi giornaliere medie utilizzate in prevenzione secondaria. La durata della disponibilità di un farmaco relativo ad un ATC non presente nella seguente lista rimane invariata.

C07AA03 fattore di correzione: 2

C07AA05 fattore di correzione: 1,3

C07AA07 fattore di correzione: 1

C07AB02 fattore di correzione: 3

C07AB03 fattore di correzione: 1,5

C07AB04 fattore di correzione: 1

C07AB05 fattore di correzione: 1

C07AB07 fattore di correzione: 4

C07AB12 fattore di correzione: 2

C07AG02 fattore di correzione: 6

C07BB07 fattore di correzione: 4

C07CB02 fattore di correzione: 1,5

C07CB03 fattore di correzione: 1,5

I giorni di osservazione accumulati dal paziente vengono calcolati come differenza tra la data della prima prescrizione, definita prescrizione indice, e l'uscita dall'osservazione (per decesso, trasferimento in altra Regione, emigrazione o perché trascorsi 365 giorni dalla data della prescrizione indice). Nel caso in cui un paziente venga ricoverato durante l'osservazione, i giorni di ricovero complessivi vengono sottratti dal numero di giorni di osservazione.

**Passo 4**

Rapportare il numeratore individuato al passo 3 con il denominatore del passo 2 e moltiplicare \*100

<b>18. RICOVERI PER BPCO (50-74 ANNI) *</b>	
<b>Codice interno</b>	RICOV-2
<b>Definizione</b>	Tasso di ricoveri per BPCO in assistiti con età 50-74 anni
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri per BPCO in assistiti con età 50-74 anni
<b>Denominatore</b>	N. assistiti con età 50-74 anni
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ricoveri per BPCO in assistiti con età } 50 - 74 \text{ aa}}{N. \text{assistiti con età } 50 - 74 \text{ aa}} * 10.000$
<b>Significato</b>	Caratterizza gli assistiti in termini di potenziale carico di patologia.
<b>Selezione dei casi</b>	<p>Vengono selezionati tutti gli assistiti con età compresa tra 50 e 74 anni che nel periodo considerato vengono ricoverati per BPCO in base ai seguenti criteri:</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica</li> <li>▪ 491.*: Bronchite cronica</li> <li>▪ 492.*: Enfisema</li> <li>▪ 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove</li> <li>▪ 494.*: Bronchiectasie</li> </ul> <p>Sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</p>
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fasce di valutazione</b>	<p>L'indicatore selezionato è un indicatore di valutazione, cioè ai suoi valori è attribuita una valutazione compresa tra 0 e 5, sulla base delle seguenti fasce:</p> <p>■ Val. pessima: &gt; 8.3 ■ Val. scarsa: 6.8-8.3 ■ Val. media: 5.3-6.8 ■ Val. buona: 3.0-5.3 ■ Val. ottima: &lt; 3.8</p>
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); Flusso Schede Dimissione Ospedaliera (SDO)
<b>Procedura di elaborazione</b>	

<b>Passo 1</b>	Dal flusso SDO vengono selezionati i ricoveri in regime ordinario per BPCO sulla base dei criteri sovrastanti, relativi al periodo considerato. Sono esclusi dal conteggio i trasferimenti in ingresso da altra struttura o all'interno della stessa struttura (campo PROVENIENZA con codici '4', '5', '6', '7').
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata su codice fiscale, gli assistiti ricoverati vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP.

<b>19. RICOVERI PER DIABETE (35-74 ANNI)*</b>	
<b>Codice interno</b>	RICOV-3
<b>Definizione</b>	Tasso di ricoveri per diabete in assistiti con età 35-74 anni
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri per diabete in assistiti con età 35-74 anni
<b>Denominatore</b>	N. assistiti con età 35-74 anni
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ricoveri per diabete in assistiti con età } 35 - 74 \text{ aa}}{N. \text{assistiti con età } 35 - 74 \text{ aa}} * 10.000$
<b>Significato</b>	Caratterizza gli assistiti in termini di potenziale carico di patologia
<b>Selezione dei casi</b>	<p>Vengono selezionati tutti gli assistiti con età compresa tra 35 e 74 anni che nel periodo considerato vengono ricoverati per diabete in base ai seguenti criteri:</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.**: Diabete mellito</p> <p>Sono esclusi i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DRG 113 e 114</li> <li>▪ codici di procedura 36.** e 39.5* in uno qualunque dei campi di procedura</li> <li>▪ dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)</li> <li>▪ dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale)</li> </ul>
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fasce di valutazione</b>	<p>L'indicatore selezionato è un indicatore di valutazione, cioè ai suoi valori è attribuita una valutazione compresa tra 0 e 5, sulla base delle seguenti fasce:</p> <p>■ Val. pessima: &gt; 5.0 ■ Val. scarsa: 4.0-5.0 ■ Val. media: 3.0-4.0 ■ Val. buona: 2.0-3.0 ■ Val. ottima: &lt; 2.0</p>
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); Flusso Schede Dimissione Ospedaliera (SDO)
<b>Procedura di elaborazione</b>	

<b>Passo 1</b>	Dal flusso SDO vengono selezionati i ricoveri in regime ordinario per diabete sulla base dei criteri sovrastanti, relativi al periodo considerato. Sono esclusi dal conteggio i trasferimenti in ingresso da altra struttura o all'interno della stessa struttura (campo PROVENIENZA con codici '4', '5', '6', '7').
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale, gli assistiti ricoverati vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP.

<b>20. RICOVERI PER SCOMPENSO (50-74 ANNI)*</b>	
<b>Codice interno</b>	RICOV-4
<b>Definizione</b>	Tasso di ricoveri per scompenso in assistiti con età 50-74 anni
<b>Numeratore</b>	N. ricoveri per scompenso in assistiti con età 50-74 anni
<b>Denominatore</b>	N. assistiti con età 50-74 anni
<b>Formula</b>	$\frac{N. \text{ricoveri per scompenso in assistiti con età } 50 - 74 \text{ aa}}{N. \text{assistiti con età } 50 - 74 \text{ aa}} * 10.000$
<b>Significato</b>	Caratterizza gli assistiti in termini di potenziale carico di patologia
<b>Selezione dei casi</b>	<p>Vengono selezionati tutti gli assistiti con età compresa tra 50 e 74 anni che nel periodo considerato vengono ricoverati per scompenso cardiaco in base ai seguenti criteri:</p> <p style="padding-left: 40px;">Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93</p> <p style="padding-left: 40px;">Sono esclusi:</p> <p style="padding-left: 40px;">i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36.**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura;</p> <p style="padding-left: 40px;">i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).</p>
<b>Valore di Riferimento</b>	Valore dell'indicatore calcolato sui pazienti dei medici afferenti all'ATS, Distretto, AFT
<b>Fasce di valutazione</b>	<p>L'indicatore selezionato è un indicatore di valutazione, cioè ai suoi valori è attribuita una valutazione compresa tra 0 e 5, sulla base delle seguenti fasce:</p> <p>■ Val. pessima: 30.5-35.5 ■ Val. scarsa: 25.5-30.5 ■ Val. media: 20.5-25.5 ■ Val. buona: 15.5-20.5 ■  Val. ottima: 10.5-15.5</p>
<b>Fonte Dati</b>	NAR (Anagrafica Regionale Assistiti); Flusso Schede Dimissione Ospedaliera (SDO)
<b>Procedura di elaborazione</b>	

<b>Passo 1</b>	Dal flusso SDO vengono selezionati i ricoveri in regime ordinario per diabete sulla base dei criteri sovrastanti, relativi al periodo considerato. Sono esclusi dal conteggio i trasferimenti in ingresso da altra struttura o all'interno della stessa struttura (campo PROVENIENZA con codici '4', '5', '6', '7').
<b>Passo 2</b>	Attraverso un'operazione di record linkage basata sul codice fiscale, gli assistiti ricoverati vengono ricondotti alla coorte degli assistiti di ciascun MAP.

## Glossario ed elenco degli acronimi

**AFT:** Aggregazioni Funzionali Territoriali, forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi<sup>1</sup>

**ANTIBIOTICI ACCESS:** antibiotici che hanno uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di sicurezza in termini di reazioni avverse, da usare preferibilmente nella maggior parte delle infezioni più frequenti quali ad esempio le infezioni delle vie aeree superiori<sup>2</sup>

**ASSISTITI IN CARICO:** numero di assistiti in carico, corrispondente al numero di assistiti reali riferiti al singolo MMG alla fine del periodo di rilevazione, identificati dal NAR, con codice fiscale valido (vengono esclusi i record con stato assistibile="A"). In questo conteggio rientrano tutti gli assistiti, anche temporanei, che quindi possono essere riferiti al MAP per un periodo inferiore all'intero anno solare (cessazioni, decessi, emigrazioni, nuove iscrizioni)

**ASSISTITI PESATI:** a ciascuno degli assistiti viene attribuito un "peso", sulla base del sistema di pesi predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute<sup>3</sup>

Fascia d'età	0	1-4	5-14	15-44 Maschi	15-44 Femmine	45-64	65-74	+ di 74
Peso	1	0.969	0.695	0.693	0.771	2.104	4.176	4.29

**ASST:** Aziende socio sanitarie territoriali<sup>4</sup>

**ATS:** Agenzia di Tutela della Salute<sup>5</sup>

**ATC:** categoria Anatomica-Terapeutica-Chimica, individua un sistema di classificazione dei principi attivi dei farmaci, raggruppandoli in differenti categorie sulla base dell'apparato/organo su cui essi esercitano l'azione terapeutica e in funzione delle loro proprietà chimiche e farmacologiche. Ogni principio attivo è generalmente associato a un codice univoco a cinque livelli; frequentemente il secondo, terzo e quarto livello sono utilizzati per identificare le classi farmacologiche<sup>6</sup>

**BDA:** Banca dati Assistiti, consiste in una stratificazione della popolazione in base alle condizioni di salute, con focus sulle cronicità, secondo algoritmi elaborati da regione Lombardia. In questo modo vengono individuati i soggetti affetti da patologie croniche. Questi algoritmi prevedono l'attribuzione al singolo assistito delle patologie croniche attraverso l'incrocio dei flussi amministrativi (esenzioni, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, pronto soccorso ecc.). Per ogni soggetto affetto da patologie croniche viene attribuita una "patologia principale" definita da uno score. La classificazione degli assistiti consente il calcolo delle prevalenze, la mappatura delle multi-cronicità e la suddivisione degli assistiti in categorie.

**BPCO:** La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione irreversibile delle vie aeree, di entità variabile a seconda della gravità. La malattia (nota in inglese come Copd, *Chronic obstructive pulmonary disease*) è solitamente progressiva

<sup>1</sup> Articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189

<sup>2</sup> Edizione italiana del "The WHO AWaRe Antibiotic Book, pag.5. <https://www.aifa.gov.it/farmaci-antibiotici>

<sup>3</sup> L'uso dei Farmaci in Italia – Rapporto Nazionale Anno 2022, pag.895

<sup>4</sup> Articolo 7, comma 1, Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23

<sup>5</sup> Articolo 6, comma 1, Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23

<sup>6</sup> L'uso dei Farmaci in Italia – Rapporto Nazionale Anno 2022, pag.895

ed è associata a uno stato di infiammazione cronica del tessuto polmonare. La conseguenza a lungo termine è un vero e proprio rimodellamento dei bronchi, che provoca una riduzione consistente della capacità respiratoria<sup>7</sup>

**CV:** cardio-cerebrovascolare

**DDD:** dose definita giornaliera (DDD) rappresenta la dose di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza (si tratta, quindi, di una unità standard e non della dose raccomandata per il singolo paziente)<sup>8</sup>

**FANS:** Farmaci antinfiammatori non steroidei<sup>9</sup>

**FARMACI BIOSIMILARI:** medicinale, autorizzato in Europa ad esito di una procedura registrativa, simile a un prodotto biologico di riferimento già autorizzato e per il quale sia scaduta la copertura brevettuale<sup>10</sup>

**FARMACI EQUIVALENTI:** è un farmaco che ha principio attivo, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, dosaggio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali a un farmaco di riferimento ("di marca") a cui è scaduta la copertura brevettuale<sup>11</sup>

**FLUSSO FUR:** Flusso unico di rendicontazione, limitatamente ai dati delle ricette (no distinte contabili FUR), in convenzionata<sup>12</sup>

**FLUSSO CONSOLIDATO** delle ricette: flusso risultante dalla riconciliazione tra FUR e attività di data entry, comprendente sia le erogazioni di farmaci che di parafarmaci (protesica, ossigeno, dietetica)<sup>13</sup>

**GLP-1:** (glucagon-like peptide 1) è un ormone prodotto dall'intestino che stimola la secrezione di insulina e inibisce la secrezione di glucagone da parte del pancreas. Il suo rilascio avviene dopo il pasto, entrando quindi in azione solamente quando la glicemia sale per effetto dei carboidrati introdotti col cibo. Per questo motivo non causano ipoglicemia<sup>14</sup>

**HMG CoA reduttasi:** enzima limitante la velocità di conversione del 3-idrossi-3-metil-glutaril Coenzima A. Le statine bloccano la biosintesi del colesterolo nel fegato inibendo l'attività dell'enzima HMG-CoA reduttasi<sup>15</sup>

**UTILIZZATORI INCIDENTI:** utilizzatori definiti sulla base dell'assenza di prescrizioni di farmaco oggetto di valutazione nei 12 mesi precedenti alla data indice (data della prima prescrizione di farmaco nell'anno di inclusione)

**MANUALE antibiotici AWARE:** è una traduzione in lingua italiana, predisposta dall'AIFA, della versione in lingua inglese del volume - WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) Antibiotic Book, scritto e pubblicato dall'OMS.

Il documento dell'OMS utilizza la classificazione AWaRe degli antibiotici, introdotta nel 2017 nell'ambito della lista dei farmaci essenziali quale strumento per supportare gli interventi per il miglioramento della gestione degli antibiotici, che divide gli antibiotici in tre gruppi: Access, Watch, Reserve<sup>16</sup>

<sup>7</sup> <https://www.epicentro.iss.it/broncopneumopatia/>

<sup>8</sup> L'uso dei Farmaci in Italia – Rapporto Nazionale Anno 2022, pag.895

<sup>9</sup> <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/f/fans-farmaci-antinfiammatori-non-steroidi>

<sup>10</sup> Secondo position paper AIFA, pag.9. <https://www.aifa.gov.it/farmaci-biosimilari>

<sup>11</sup> <https://www.aifa.gov.it/farmaci-equivalenti1>

<sup>12</sup> Distribuzione dati ricette su portale Farmavision, versione 3.7

<sup>13</sup> Distribuzione dati ricette su portale Farmavision, versione 3.7

<sup>14</sup> <https://www.siditalia.it/divulgazione/analoghi-glp-1>

<sup>15</sup> BIF Lug-Ott 2001 - N. 4-5, Note di farmacocinetica delle statine, pag.157

<sup>16</sup> Edizione italiana del "The WHO AWaRe Antibiotic Book, pag.5. <https://www.aifa.gov.it/farmaci-antibiotici>

**MAP:** Medico di Assistenza Primaria

**NAR:** Anagrafe Regionale Assistiti

**NOTA AIFA:** Le Note AIFA sono lo strumento regolatorio che definisce le indicazioni terapeutiche per le quali un determinato farmaco è rimborsabile a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Al momento della prescrizione, il medico deve riportare sulla ricetta il numero della Nota relativa a quel farmaco. In questo modo egli dichiara che ricorrono le condizioni di rimborsabilità previste dalla Nota.<sup>17</sup>

**PERODO DI RILEVAZIONE:** tale periodo coincide con l'anno d'analisi per i Medici già iscritti all'inizio dell'anno. La scheda viene elaborata per i medici attivi al 1° gennaio dell'anno successivo al periodo di rilevazione.

Ove non altrimenti specificato, il calcolo degli indicatori è basato sugli assistiti in carico al MAP a fine periodo. In altre parole, ogni assistito è associato al suo MAP di fine periodo e conta per l'intero periodo di osservazione anche se, durante tale periodo, è stato in carico ad altri MAP. Questa scelta viene operata per fornire al MAP la situazione degli assistiti che ha in carico alla fine del periodo di valutazione, facendo prevalere la finalità del miglioramento della qualità dell'assistenza primaria rispetto alla valutazione puntuale del proprio operato.

**RECORD LINKAGE:** per record linkage si intende una tecnica informatica il cui scopo è identificare quali coppie di record di due basi di dati corrispondono ad una stessa unità<sup>18</sup>

**TABELLE DI RIFERIMENTO:** il calcolo degli indicatori di area farmaceutica prevede un flusso di informazioni proveniente dai Servizi Farmaceutici delle ATS sui seguenti contenuti informativi:

1. Corrispondenza AIC – DDD
2. Corrispondenza AIC – prezzo al pubblico per farmaci della farmaceutica convenzionata
3. Corrispondenza AIC – prezzo di acquisto per i farmaci distribuiti in doppio canale
4. Elenco farmaci biosimilari
5. Elenco farmaci a brevetto scaduto inseriti in Lista di Trasparenza AIFA
6. Elenco dei farmaci soggetto a Piano terapeutico e PT Web based AIFA
7. Elenco degli antibiotici secondo classificazione WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve).
8. Unità Posologiche per confezione (AIC DELLE STATINE)
9. Elenco AIC delle confezioni di Fentanyl (N02AB03) diverse da quelle transdermiche

---

<sup>17</sup> <https://www.aifa.gov.it/note-aifa>

<sup>18</sup> Metodi statistici per il record linkage, Istat, pag.9. [https://www.istat.it/wp-content/uploads/2013/12/met\\_norme\\_03\\_16\\_metodi\\_statistici\\_record\\_linkage.pdf](https://www.istat.it/wp-content/uploads/2013/12/met_norme_03_16_metodi_statistici_record_linkage.pdf)