

# La qualità dell'assistenza nelle cure di fine vita in Toscana

## Report 2016

Aprile 2018



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità



A cura di:

Coordinamento

Fabrizio Gemmi - Coordinatore Osservatorio per la qualità e l'equità - ARS Toscana

Autori

Sara D'Arienzo, Francesca Collini, Silvia Forni, Alfredo Zuppiroli - ARS Toscana

Vieri Lastrucci, Guglielmo Bonaccorsi - Università degli Studi di Firenze

Editing e impaginazione

Elena Marchini - ARS Toscana

# INDICE

<b>Premessa</b>	<b>pag. 4</b>
<b>Sintesi dei risultati</b>	<b>5</b>
<b>1. La popolazione in studio: i deceduti con storia clinica di tumore o malattie croniche</b>	<b>7</b>
<b>2. Indicatori di qualità dell'assistenza nelle cure del fine vita</b>	<b>10</b>
<b>3. Metodi</b>	<b>26</b>

## PREMESSA

Il Documento ARS n. 93 uscito a maggio 2017 viene ora pubblicato in una versione più snella in cui abbiamo aggiornato i dati e introdotto altri indicatori. Questa necessità deriva dall'interesse suscitato tra i professionisti della nostra regione e dall'entrata in vigore della legge 219/2017 che regola il consenso informato e le Disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

Queste due contingenze ci hanno fatto comprendere quanto sia importante mantenere alta l'attenzione su questo tema monitorando il profilo assistenziale nell'ultimo mese di vita, sia dei pazienti oncologici che di quelli affetti da patologie croniche, nell'ottica del miglioramento continuo del nostro sistema sanitario.

## SINTESI DEI RISULTATI

Nel 2016, in Toscana, i residenti deceduti per scompenso cardiaco o BPCO (n=9.021) sono stati una volta e mezzo più numerosi rispetto a quelli deceduti per tumore (n=6.256) e ben il 17% dei soggetti soffriva sia di una malattia cronica che di un tumore (n=3.204).

Di questa popolazione, che rappresenta in Toscana oltre quattro decessi su dieci, abbiamo osservato il profilo assistenziale nell'ultimo mese di vita.

In questo periodo, quasi due terzi dei pazienti ha effettuato almeno un accesso al pronto soccorso, e la grande maggioranza (il 75%) ha effettuato almeno un ricovero. Il maggior ricorso all'ospedale si riscontra per quei pazienti che risiedono nei comuni definiti come poli delle città (42%) che garantiscono l'offerta dei servizi essenziali, mentre diminuisce sensibilmente per coloro che risiedono nelle aree interne fragili (5,5%).

Il costo procapite dei ricoveri avvenuti nell'ultimo mese ammonta a 3.500 euro, per un ammontare complessivo di 69 milioni di euro nell'anno 2016.

Circa il 14% dei ricoveri, poi, è stato caratterizzato dal passaggio in reparto di terapia intensiva, con una probabilità pressoché doppia nei pazienti con malattie croniche (19%) rispetto a quelli con patologie neoplastiche (10%).

Nel 4% circa dei pazienti è stata effettuata una nuova seduta di chemioterapia (tumore 4,6%; tumore e malattie croniche 2%) e nel 3,6% una seduta di radioterapia.

Il 13% dei pazienti ha attivato un percorso domiciliare con i servizi territoriali, l'11% si è rivolto all'hospice, e un 2% ha attivato sia un percorso di cure domiciliari che in hospice. In particolare, i pazienti residenti nelle aree interne fragili attivano un percorso domiciliare nell'1,7% dei casi e effettuano accessi in hospice nel 4,2%, non riuscendo però a compensare la scarsa percentuale di ricorso all'ospedale.

Un paziente su cinque con patologie neoplastiche, sempre nell'ultimo mese di vita, ha fatto uso di oppioidi a domicilio, mentre la percentuale è solo del 6% se si tratta di malattie croniche.

L'accesso in hospice ha percentuali altamente differenti a seconda della condizione clinica: 14,5% nel caso dei tumori, solo l'1% tra i pazienti con malattia cronica. Da sottolineare come il primo accesso in hospice nel 55% dei casi avvenga nell'ultima settimana di vita con una degenza mediana di 3 giorni, e nel 32,4% dei casi nelle tre settimane precedenti con una degenza mediana pari a 13 giorni.

Per descrivere ancora più nel dettaglio lo scenario nel 2016, però, si consideri che ben tre pazienti toscani su quattro, con le caratteristiche sopra indicate, non ha fatto ricorso ad alcun servizio di cure palliative, a meno che non si siano rivolti al terzo settore la cui attività, ad oggi, non viene registrata attraverso dei flussi informativi strutturati a livello regionale.

Il decesso, infine, è avvenuto tra le mura ospedaliere in quasi la metà dei casi (46,5%), con differenze sostanziali a seconda della patologia di base: 54% nel caso delle malattie croniche, 38% per le neoplasie. I pazienti con maggior probabilità di morire in ospedale sono i maschi, le classi di età più giovani e le persone con un numero maggior di comorbidità.

Questa è la realtà dell'assistenza nel fine vita in Toscana nel 2016, una realtà ancora centrata su cure ad alto livello di intensività e invasività. Invece, si riscontra in letteratura che nei casi di malattie in fase terminale i desideri dei pazienti e delle loro famiglie vanno nella direzione opposta.

Malgrado la consapevolezza di una specificità territoriale, non sempre si riesce a rappresentarla con precisione tramite i flussi amministrativi, con conseguente rischio di sottostima dei dati. L'immagine che ne risulta è quella di un'attivazione troppo tardiva e poco pianificata delle cure palliative e che vede la necessità di migliorare prioritariamente gli atteggiamenti culturali dei medici e la comunicazione con il paziente.

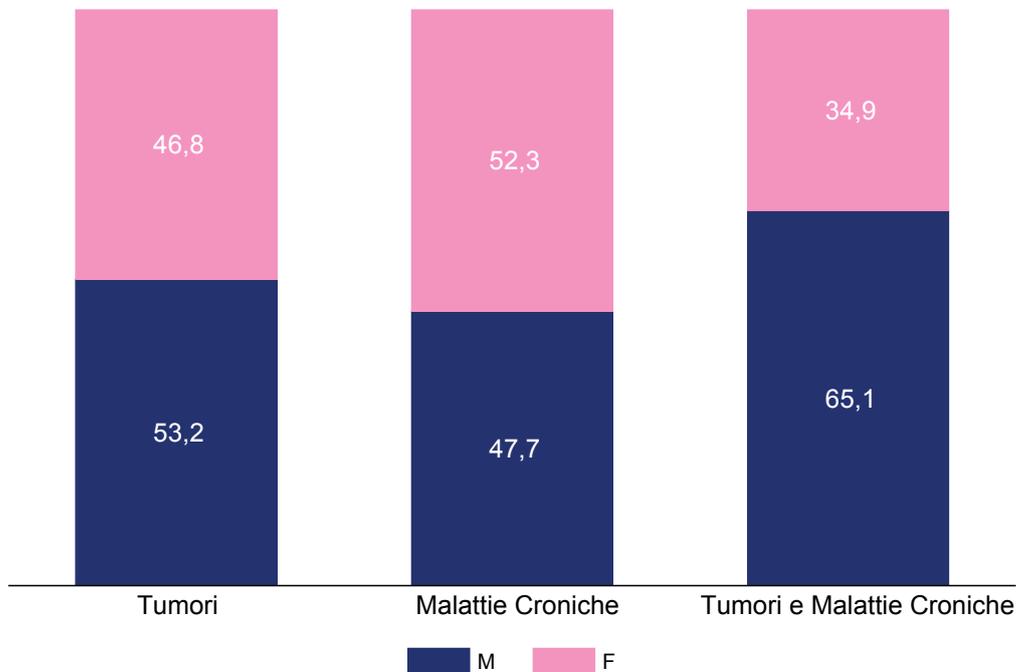
# 1. LA POPOLAZIONE IN STUDIO: I DECEDUTI CON STORIA CLINICA DI TUMORE O MALATTIE CRONICHE

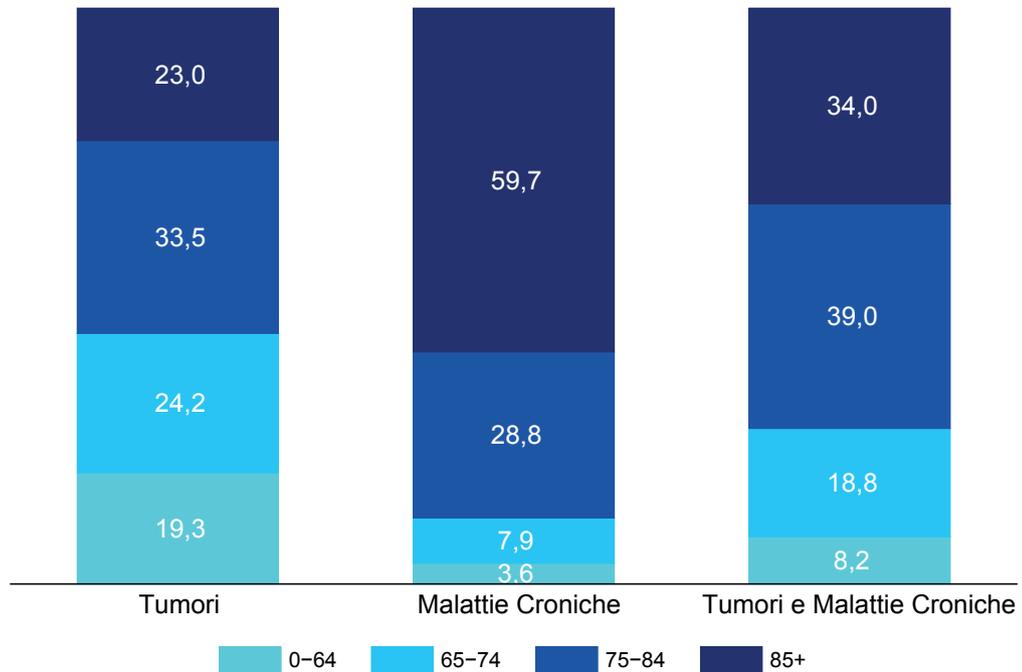
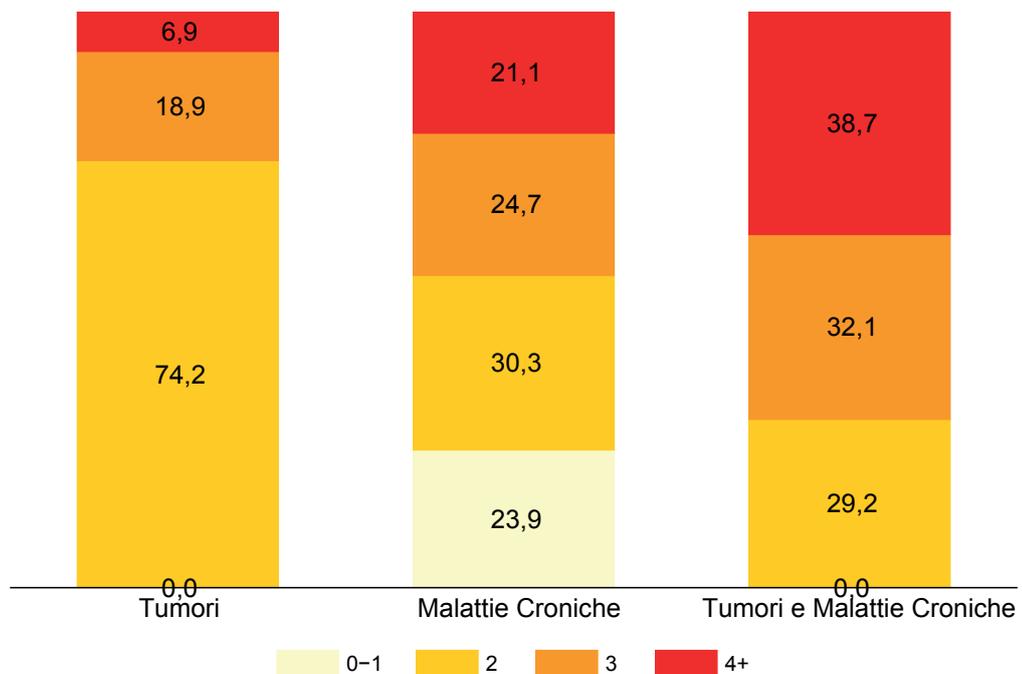
## La popolazione in studio

Tabella 1.1 - Distribuzione percentuale dei decessi per patologia, Toscana 2016

Patologia	2016	
	N	% sui decessi 2016
Tumori	6256	14,7%
Malattie Croniche	9021	21,2%
Tumori e Malattie croniche	3204	7,5%
Totale	18481	43,4%

Figura 1.1 - Distribuzione percentuale dei decessi per patologia e sesso, Toscana 2016



**La popolazione in studio**
**Figura 1.2 - Distribuzione percentuale dei decessi per patologia e classe di età, Toscana 2016**

**Figura 1.3 - Distribuzione percentuale dei decessi per patologia e Indice di Charlson, Toscana 2016**


La popolazione in studio

Figura 1.4.A - Distribuzione degli Hospice per poli, cinture, aree interne e aree fragili. Toscana 2016

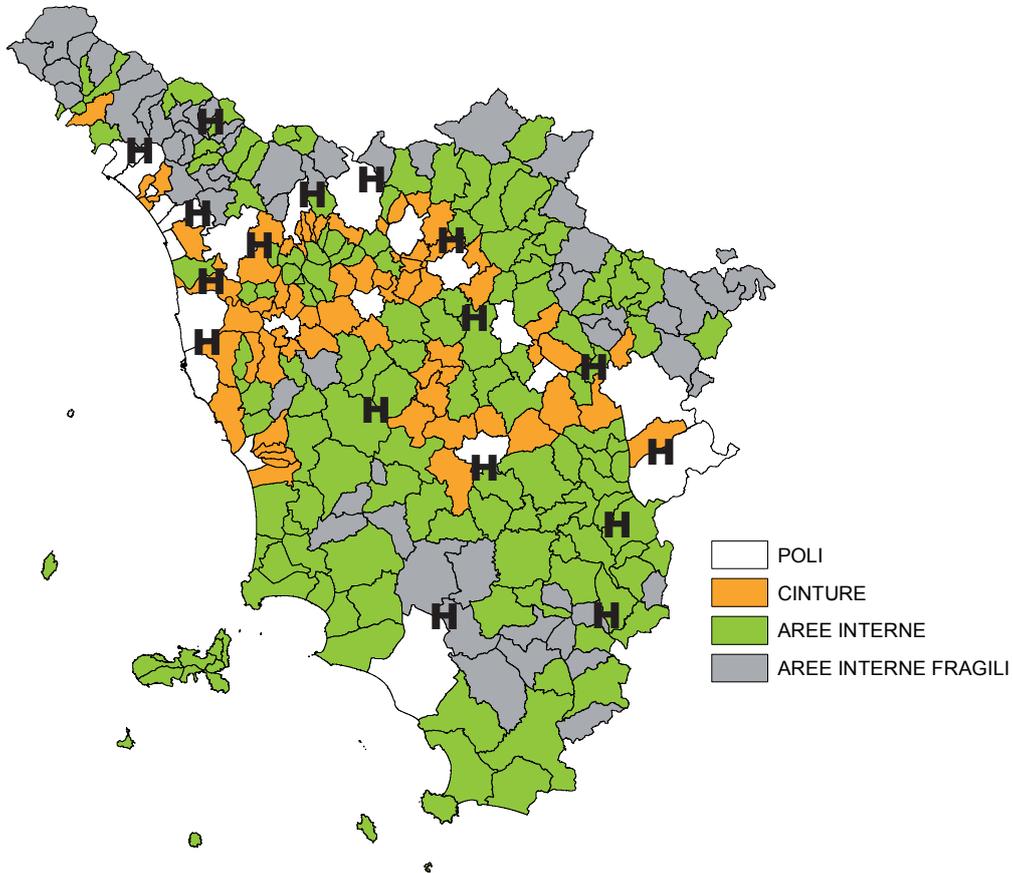
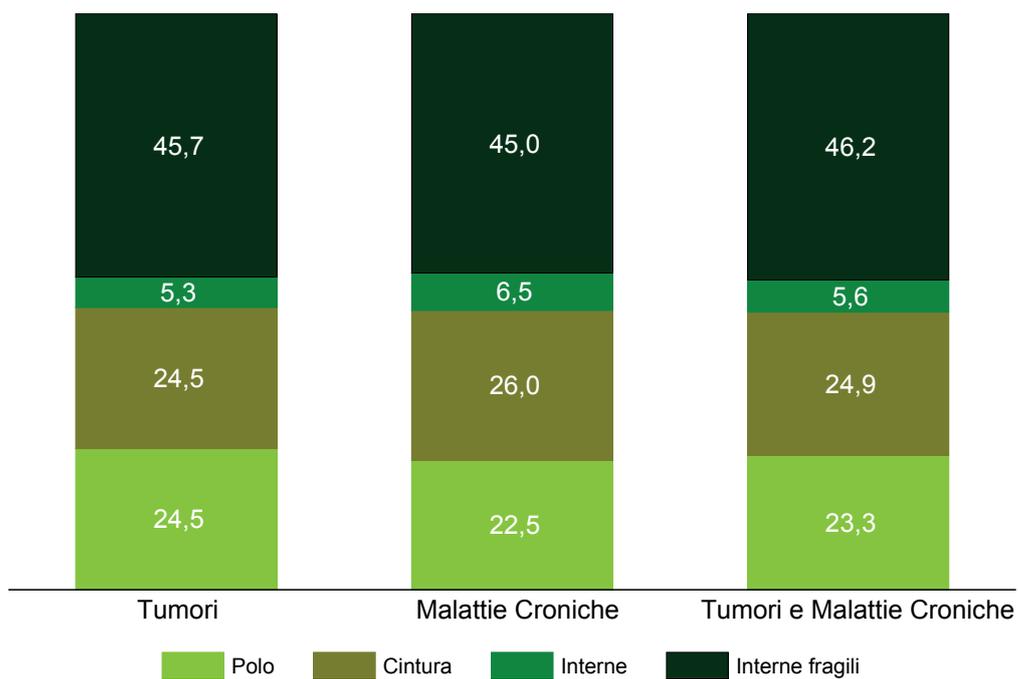


Figura 1.4.B - Distribuzione percentuale dei decessi per patologia e aree interne, Toscana 2016



## 2. INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NELLE CURE DEL FINE VITA

Pronto soccorso nell'ultimo mese di vita

Figura 2.1.1 - Percentuale di soggetti deceduti con accesso al Pronto soccorso nell'ultimo mese di vita, Toscana 2016

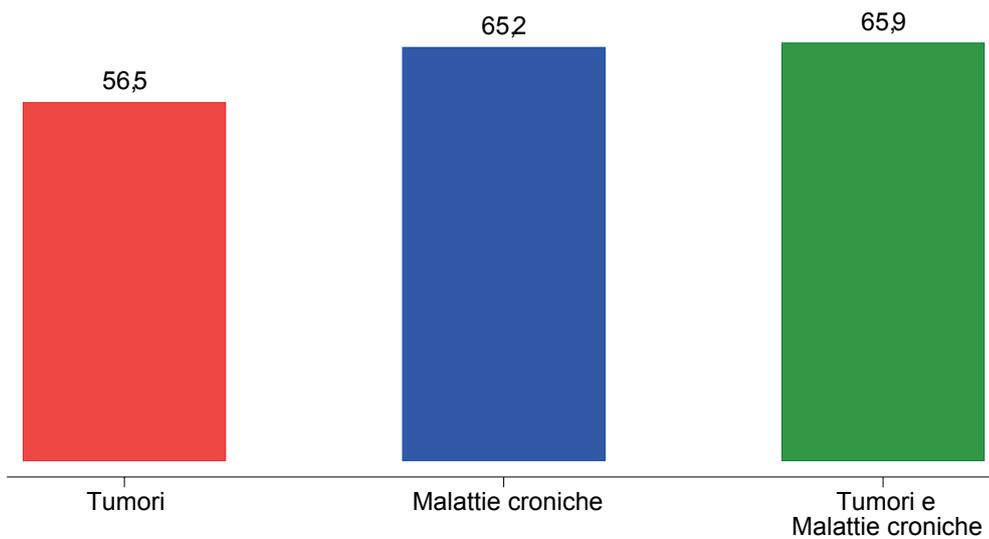
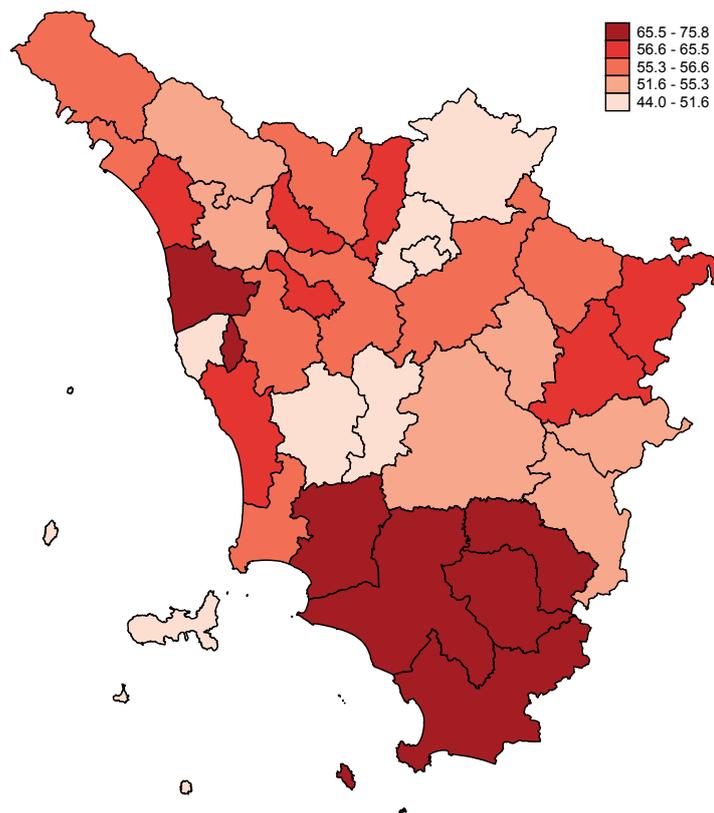


Figura 2.1.1.A - Percentuale di soggetti deceduti con accesso al Pronto soccorso nell'ultimo mese di vita con storia clinica di tumore per zona distretto di residenza, Toscana 2016



Pronto soccorso nell'ultimo mese di vita

Figura 2.1.1.B - Percentuale di soggetti deceduti con accesso al Pronto soccorso nell'ultimo mese di vita con storia clinica di malattie croniche per zona distretto di residenza, Toscana 2016

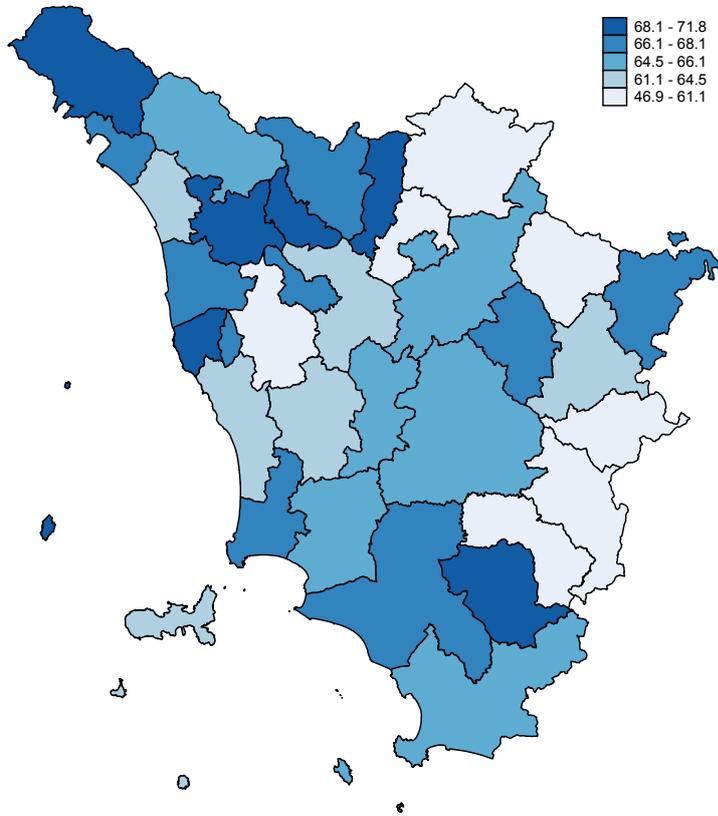
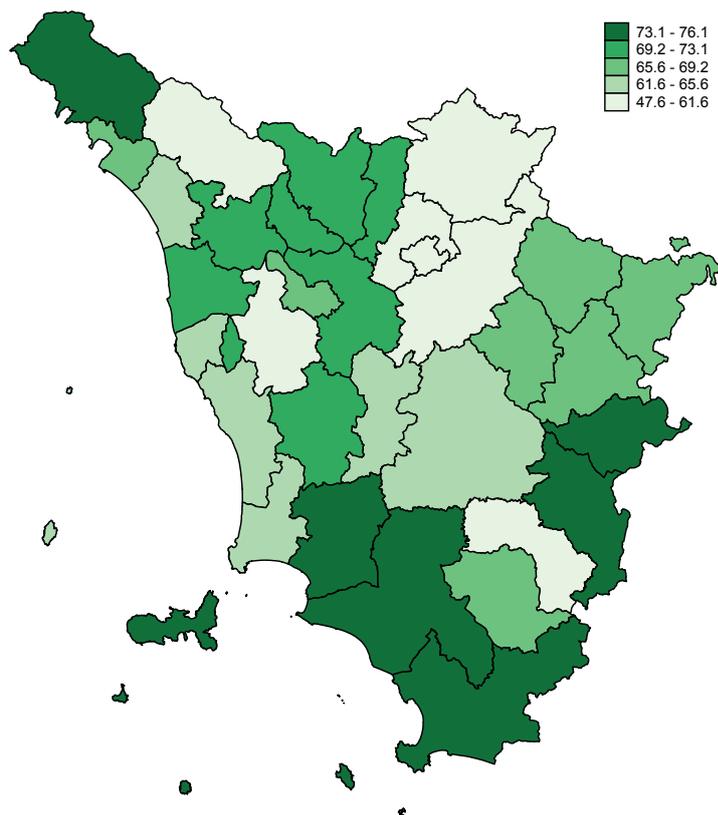


Figura 2.1.1.C - Percentuale di soggetti deceduti con accesso al Pronto soccorso nell'ultimo mese di vita con storia clinica di tumore e malattie croniche per zona distretto di residenza, Toscana 2016



## Pronto soccorso nell'ultimo mese di vita

Figura 2.1.2 - Percentuale di deceduti con accesso al Pronto soccorso senza esito di ricovero nell'ultimo mese di vita, Toscana 2016

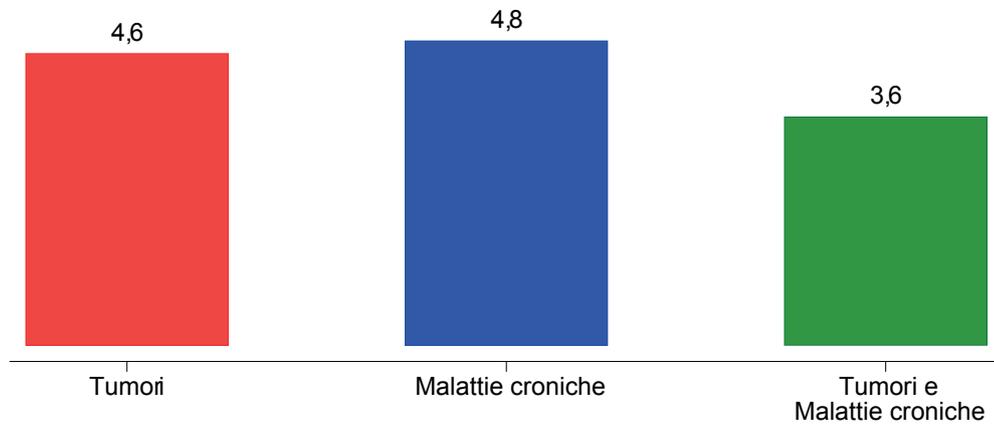
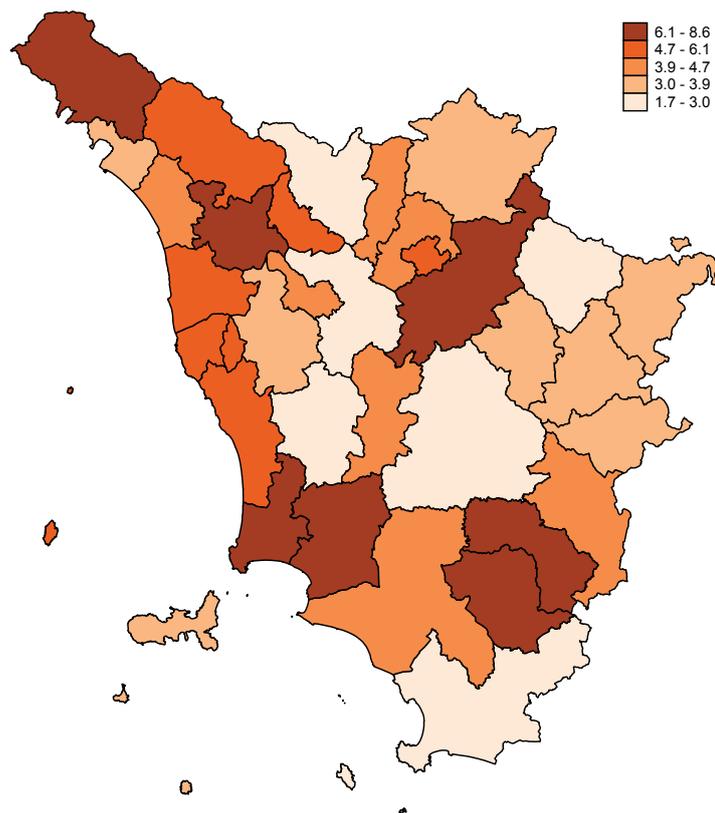


Figura 2.1.2.A - Percentuale di soggetti deceduti con accesso al Pronto soccorso senza esito di ricovero nell'ultimo mese di vita per zona distretto di residenza, Toscana 2016



Ospedalizzazione nell'ultimo mese di vita

Figura 2.2.1 - Percentuale di soggetti deceduti con almeno un ricovero nell'ultimo mese di vita, Toscana 2016

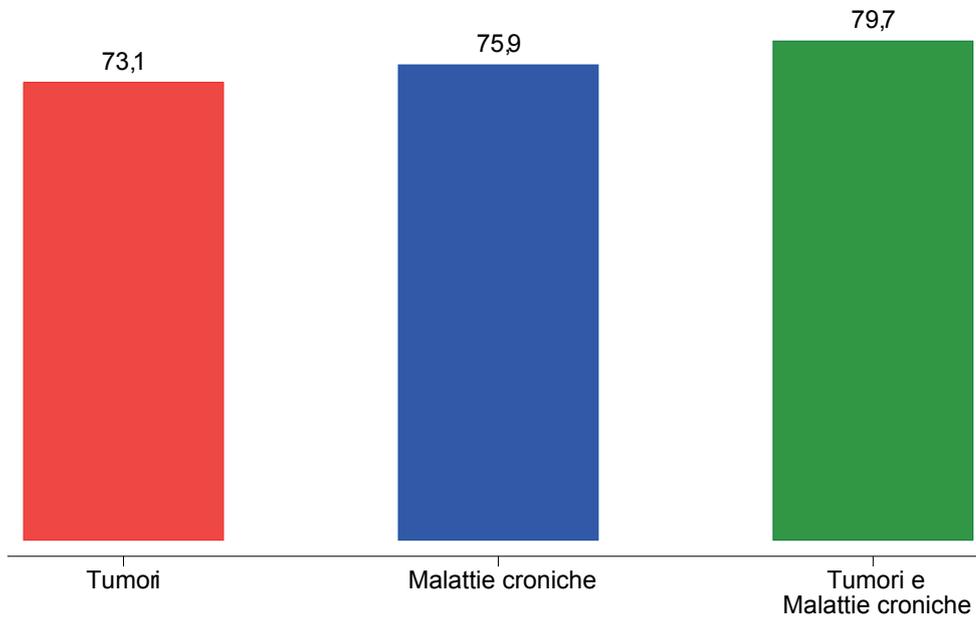
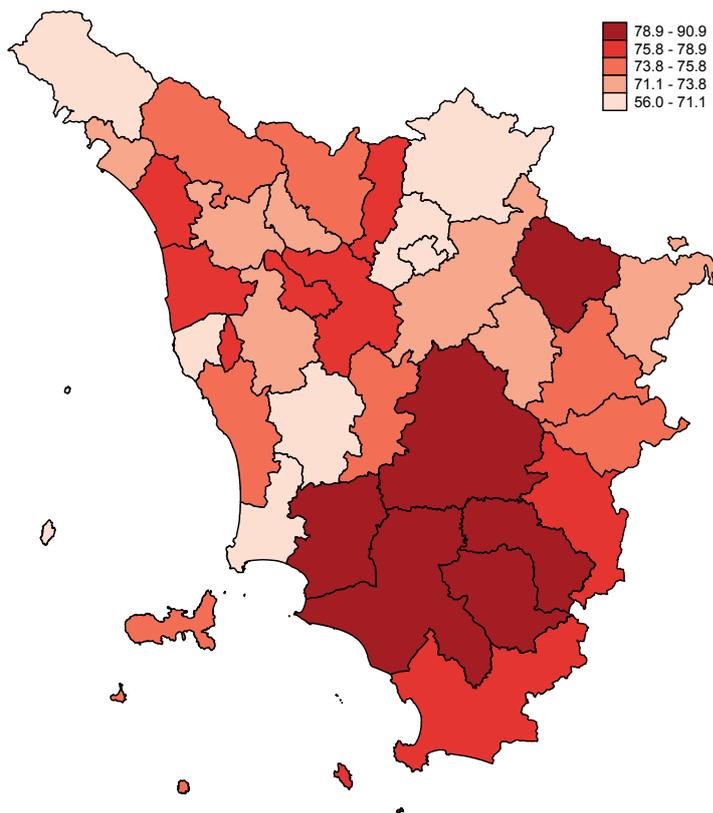


Figura 2.2.1.A - Percentuale di soggetti deceduti con almeno un ricovero nell'ultimo mese di vita con storia clinica di tumore per zona distretto di residenza, Toscana 2016



## Ospedalizzazione nell'ultimo mese di vita

Figura 2.2.1.B - Percentuale di soggetti deceduti con almeno un ricovero nell'ultimo mese di vita con storia clinica di malattie croniche per zona distretto di residenza, Toscana 2016

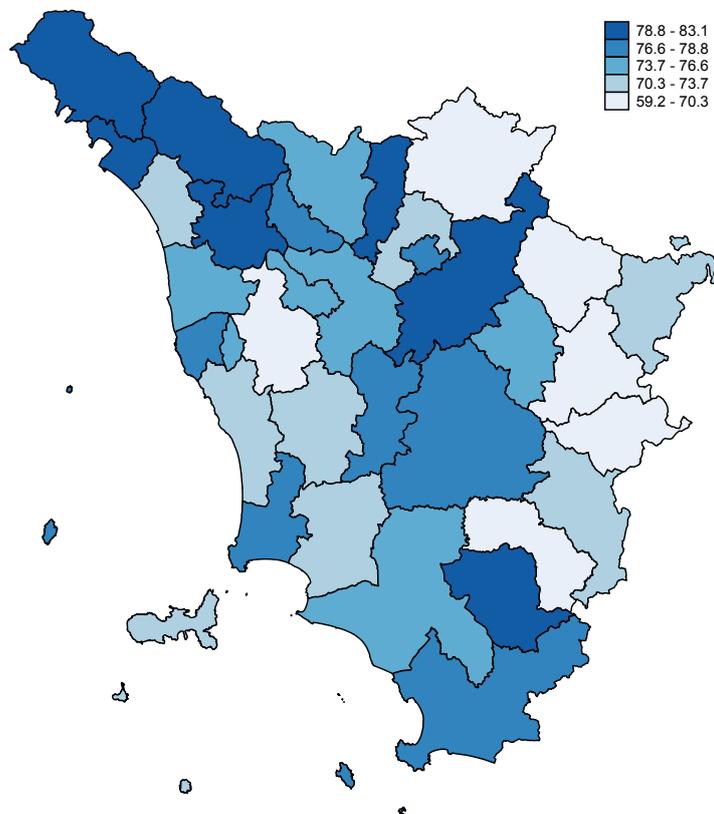
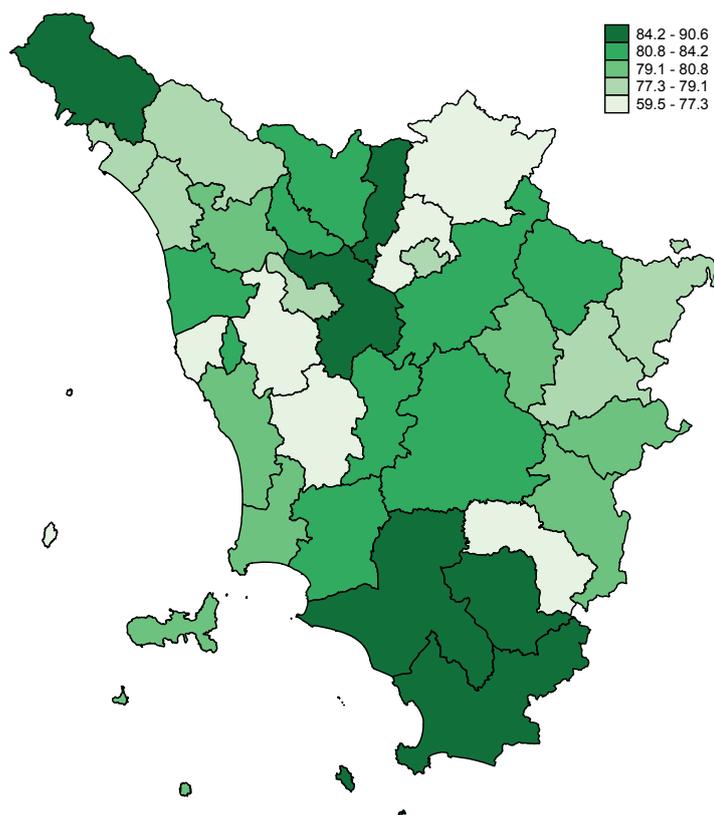


Figura 2.2.1.C - Percentuale di soggetti deceduti con almeno un ricovero nell'ultimo mese di vita con storia clinica di tumore e malattie croniche per zona distretto di residenza, Toscana 2016



Ospedalizzazione nell'ultimo mese di vita

Figura 2.2.2 - Percentuale di soggetti deceduti con almeno un ricovero nell'ultimo mese di vita per poli, cinture, aree interne e aree fragili, Toscana 2016

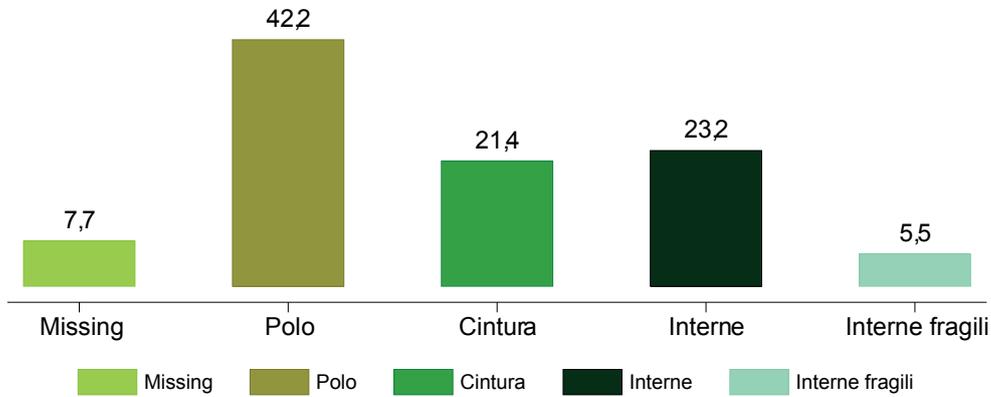


Figura 2.2.3 - Costo totale dei ricoveri ospedalieri, Toscana 2016

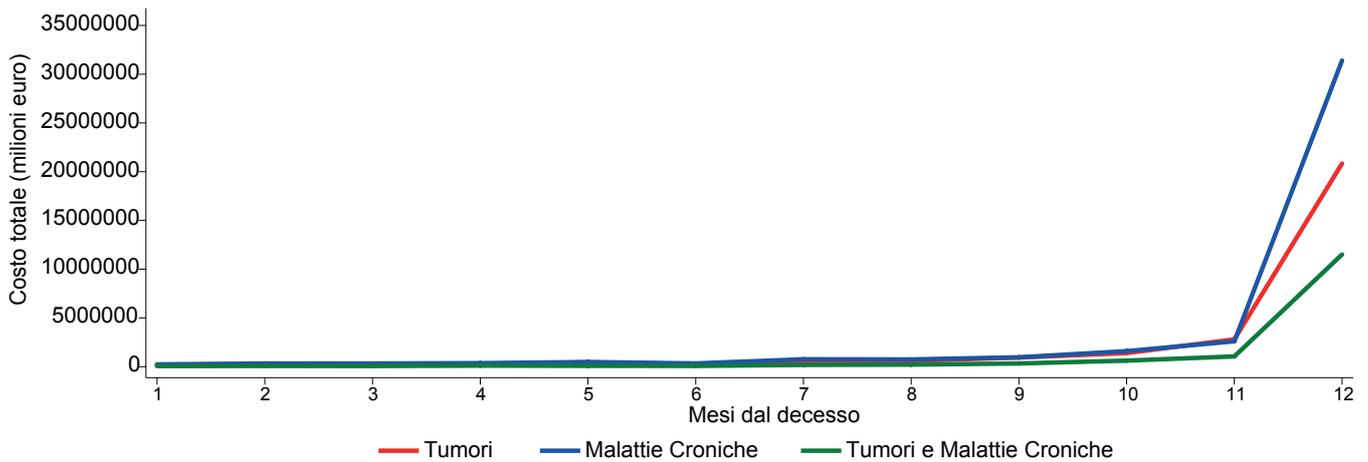
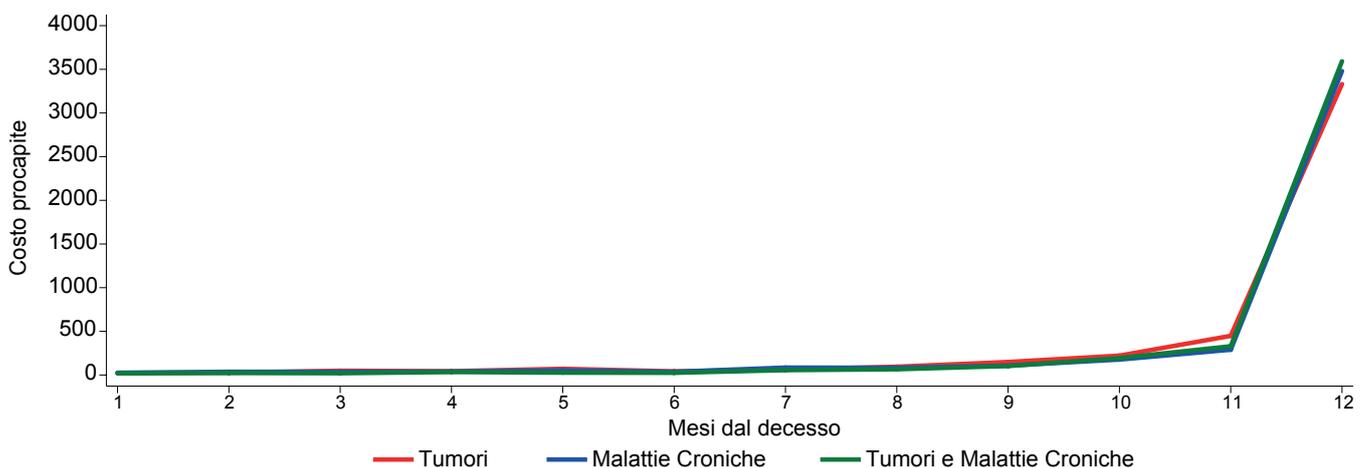


Figura 2.2.4 - Costo procapite dei ricoveri ospedalieri, Toscana 2016



## Intensità delle cure nell'ultimo mese di vita

Figura 2.3.1 - Percentuale di soggetti deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita con passaggio in Terapia Intensiva, Toscana 2016

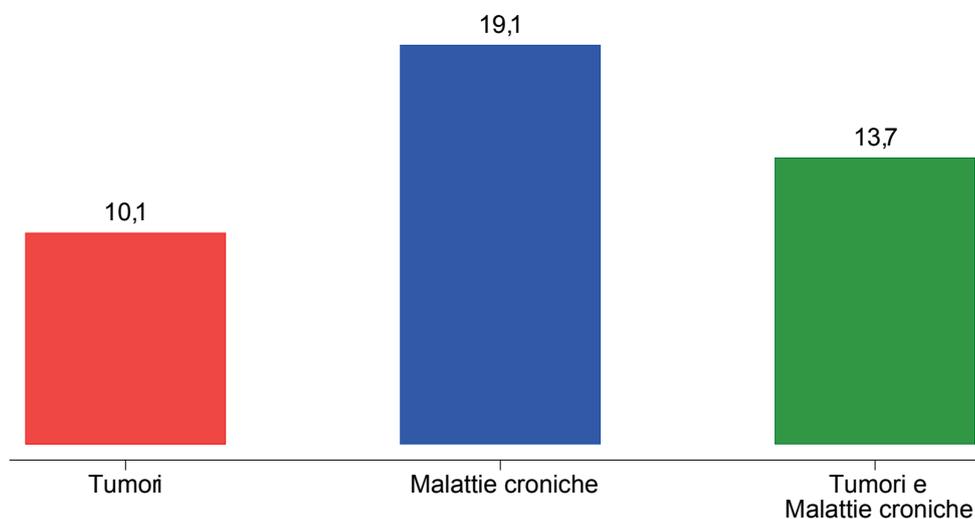
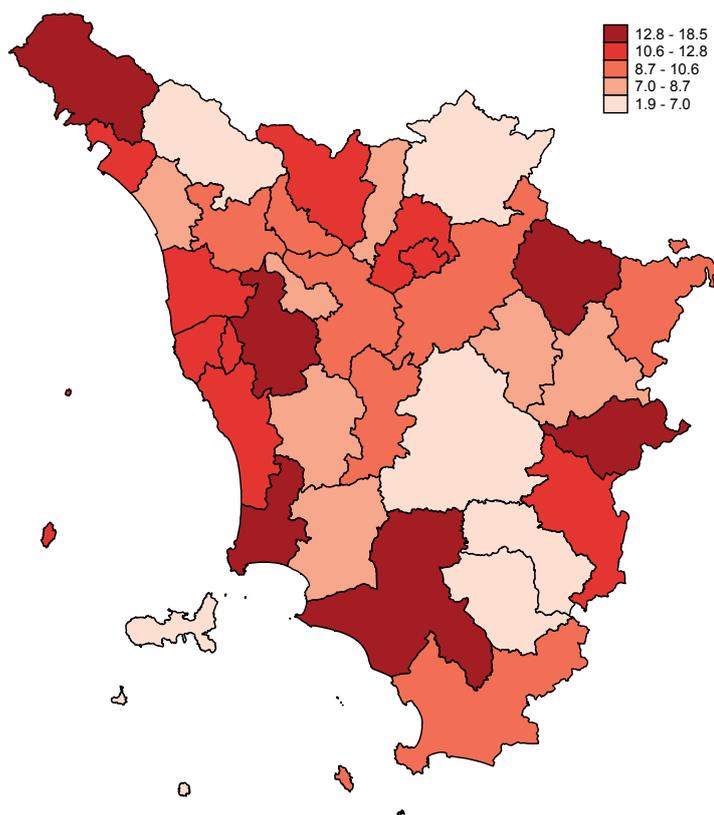


Figura 2.3.1.A - Percentuale di soggetti deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita con passaggio in Terapia Intensiva con storia clinica di tumore per zona distretto di residenza, Toscana 2016



Intensità delle cure nell'ultimo mese di vita

Figura 2.3.1.B - Percentuale di soggetti deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita con passaggio in Terapia Intensiva con storia clinica di malattie croniche per zona distretto di residenza, Toscana 2016

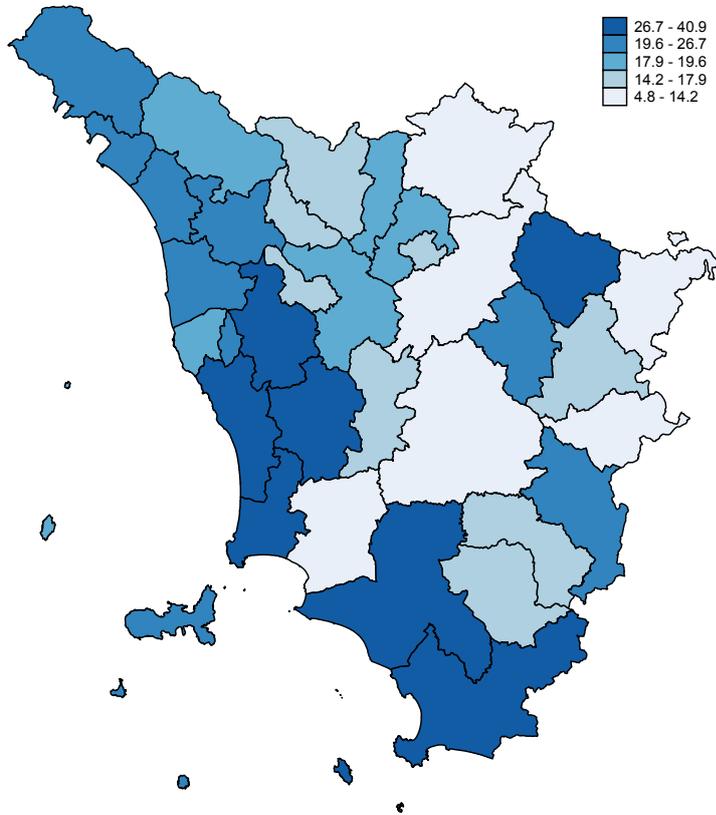
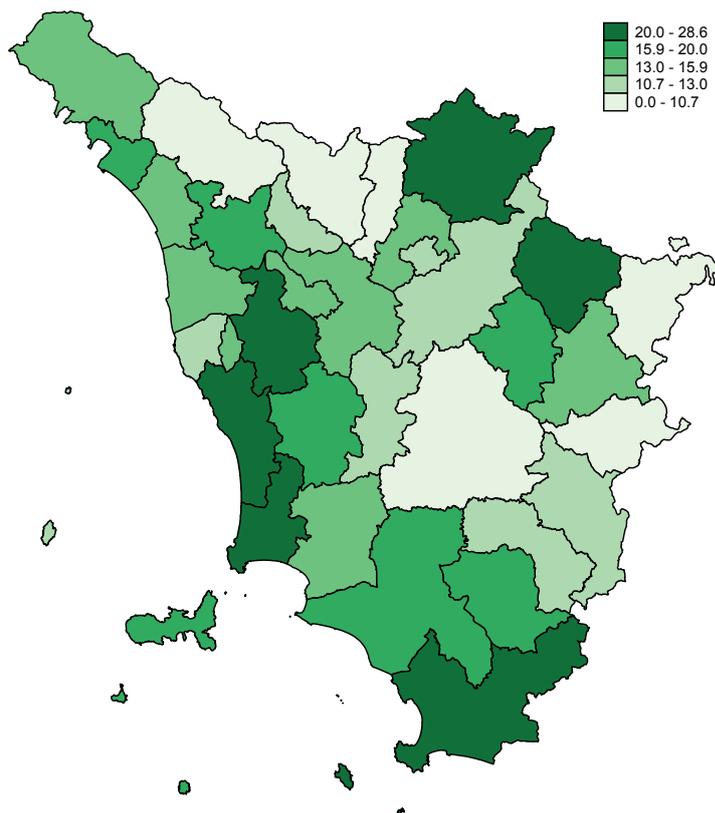


Figura 2.3.1.C - Percentuale di soggetti deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita con passaggio in Terapia Intensiva con storia clinica di tumore e malattie croniche per zona distretto di residenza, Toscana 2016



## Intensità delle cure nell'ultimo mese di vita

Figura 2.3.2 - Percentuale di soggetti deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita sottoposti a interventi di supporto vitale intensivo, Toscana 2016

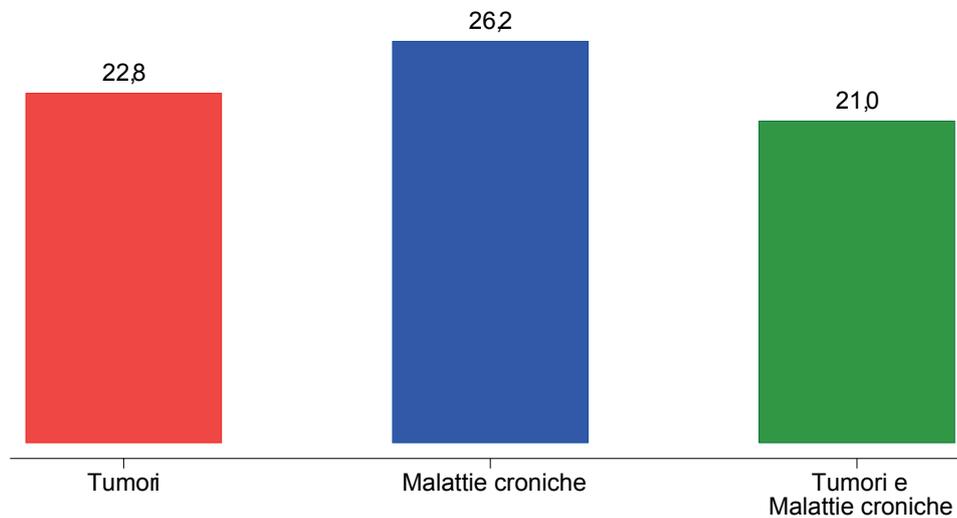
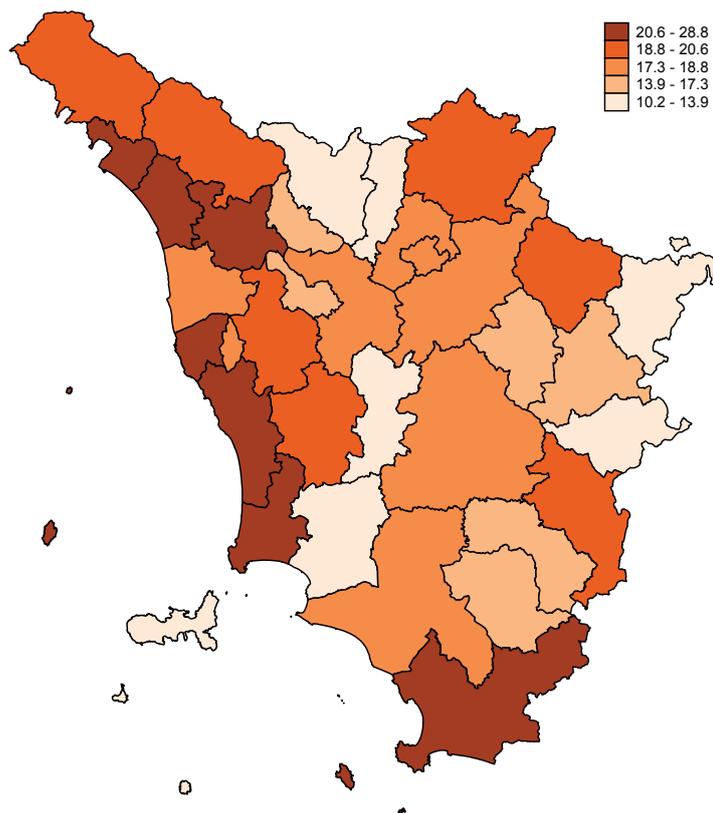


Figura 2.3.2.A - Percentuale di soggetti deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita sottoposti a interventi di supporto vitale intensivo per zona distretto di residenza, Toscana 2016



Luogo del decesso

Figura 2.4.1 - Percentuale di soggetti deceduti in ospedale, Toscana 2016

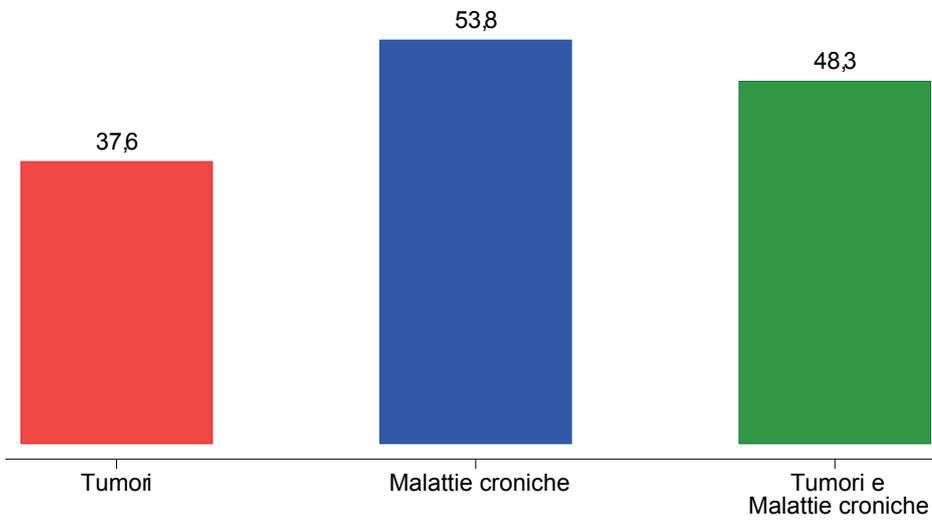


Figura 2.4.1.A - Percentuale di soggetti deceduti in ospedale con storia clinica di tumore per zona distretto di residenza, Toscana 2016

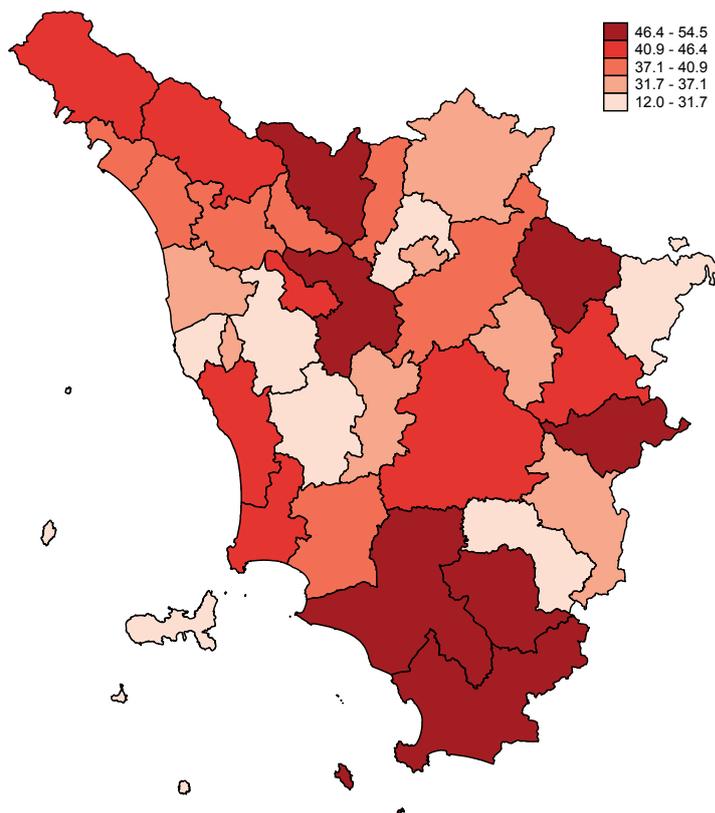


Figura 2.4.1.B - Percentuale di soggetti deceduti in ospedale con storia clinica di malattie croniche per zona distretto di residenza, Toscana 2016

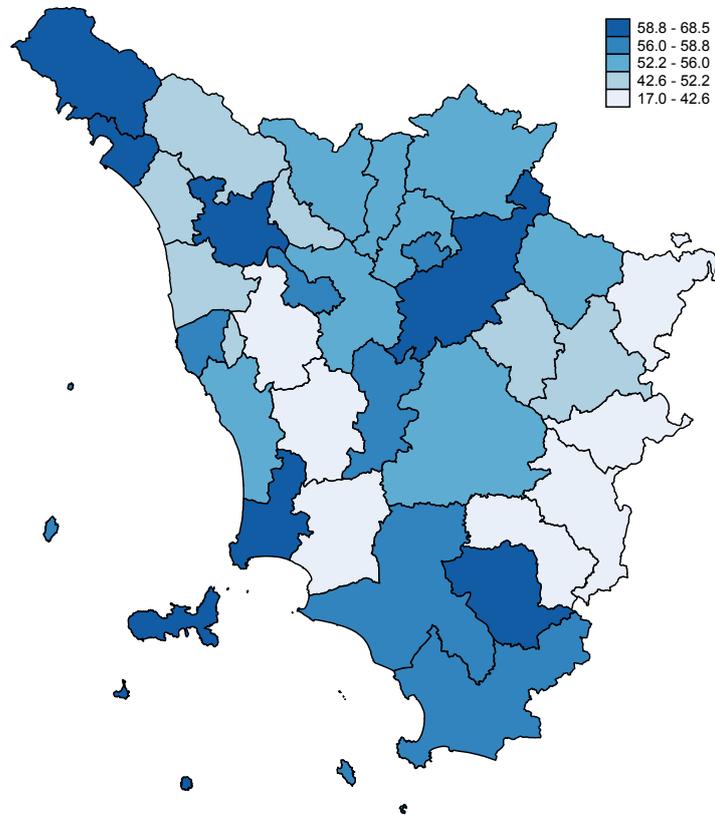
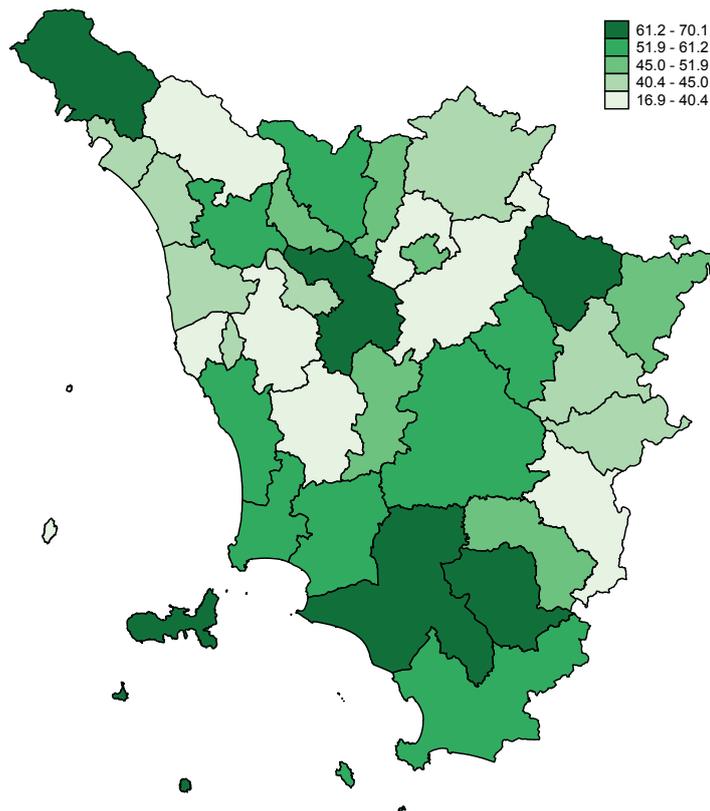


Figura 2.4.1.C - Percentuale di soggetti deceduti in ospedale con storia clinica di tumore e malattie croniche per zona distretto di residenza, Toscana 2016



Hospice

Figura 2.5.1 - Percentuale di soggetti deceduti con accesso all'Hospice nell'ultimo mese di vita, Toscana 2016

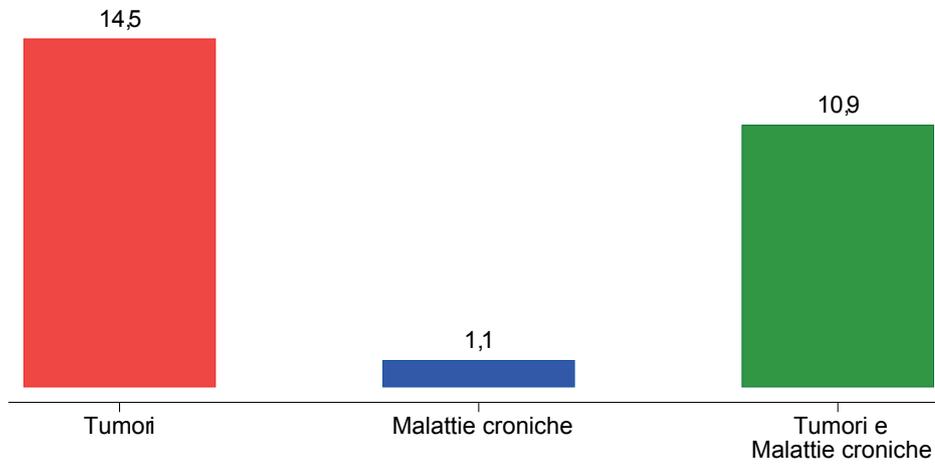


Figura 2.5.1.A - Percentuale di soggetti deceduti con accesso all'Hospice nell'ultimo mese di vita con storia clinica di tumore per zona distretto di residenza, Toscana 2016

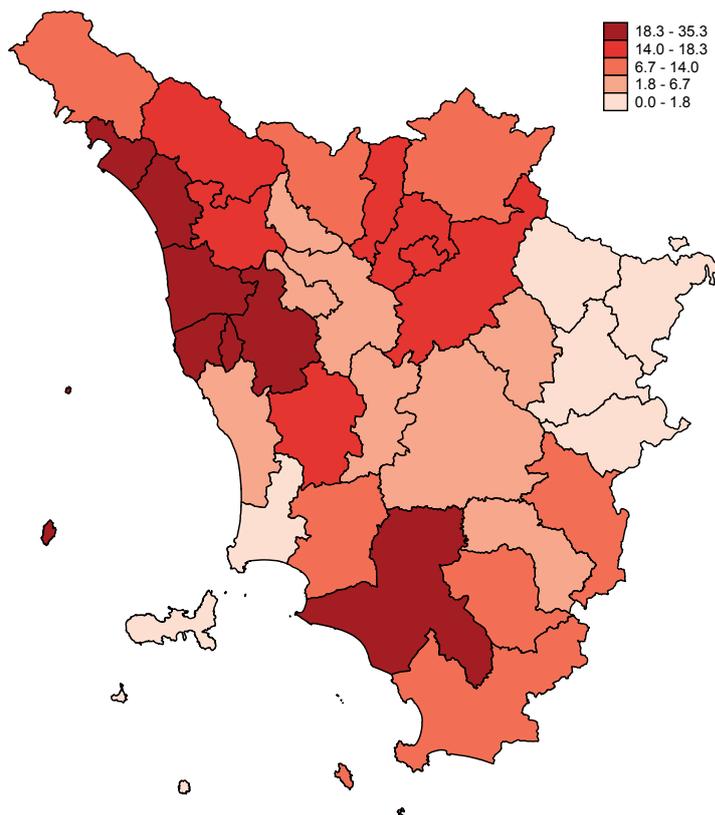


Figura 2.5.2 - Percentuale di soggetti deceduti con accesso all'Hospice nell'ultimo mese di vita per poli, cinture, aree interne e aree fragili, Toscana 2016

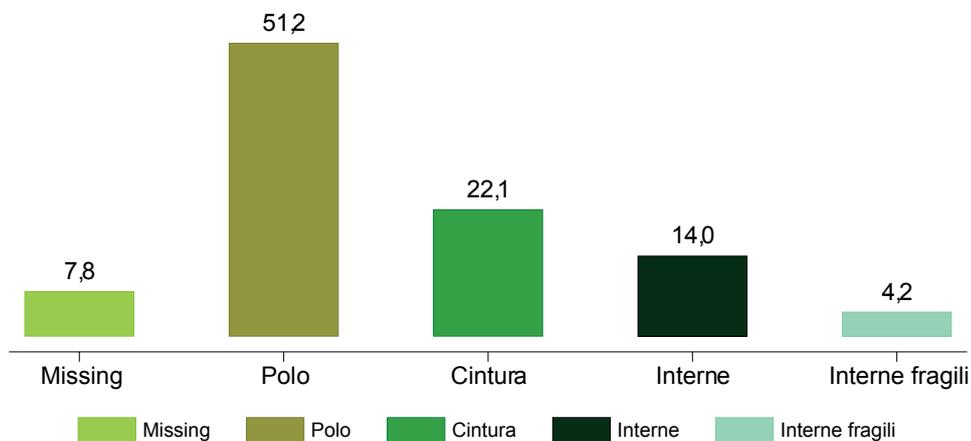
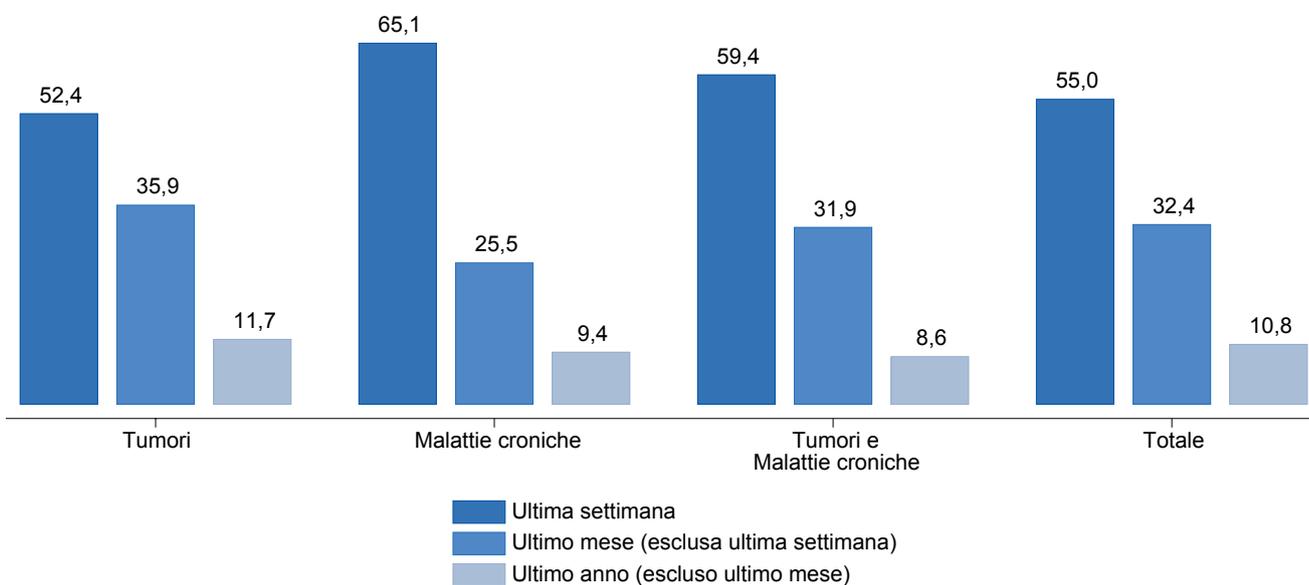


Figura 2.5.3 - Quando avviene il primo accesso in Hospice nell'ultimo anno di vita, Toscana 2016



Accesso in Hospice	media (gg)	mediana (gg)
Ultimo anno (escluso ultimo mese)	38	36
Ultimo mese (esclusa ultima settimana)	15	13
Ultima settimana	4	3

## Farmaci oppioidi e ricorso all'assistenza domiciliare integrata

Figura 2.6.1 - Percentuale di soggetti deceduti che hanno uso di oppioidi nell'ultimo mese di vita, Toscana 2016

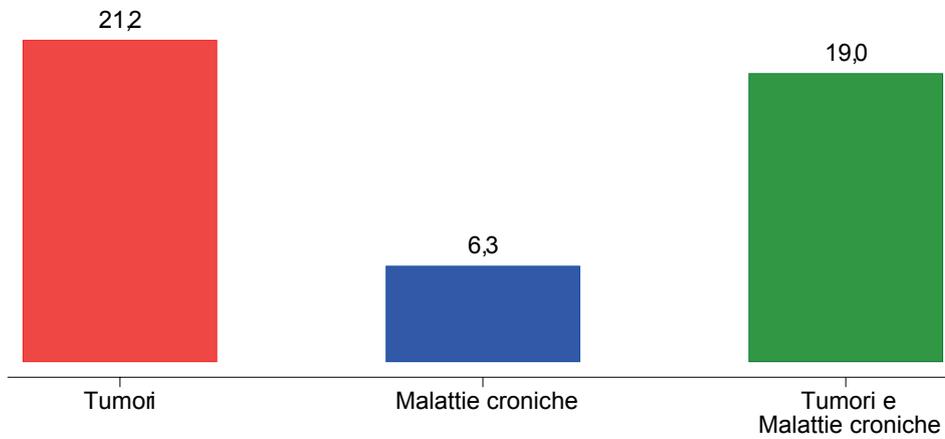
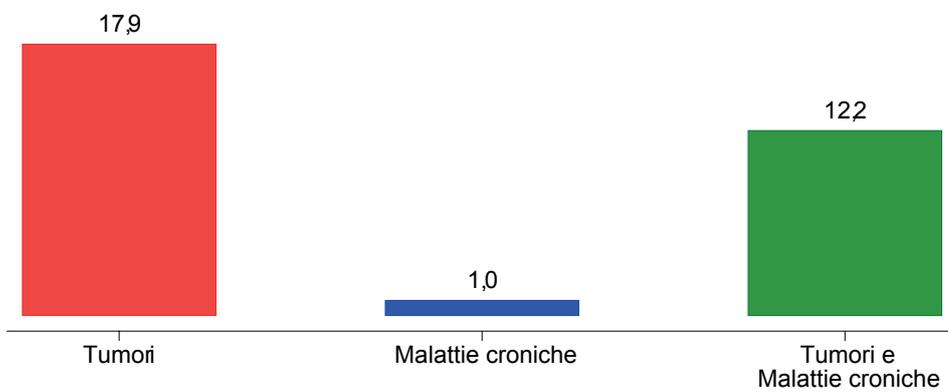
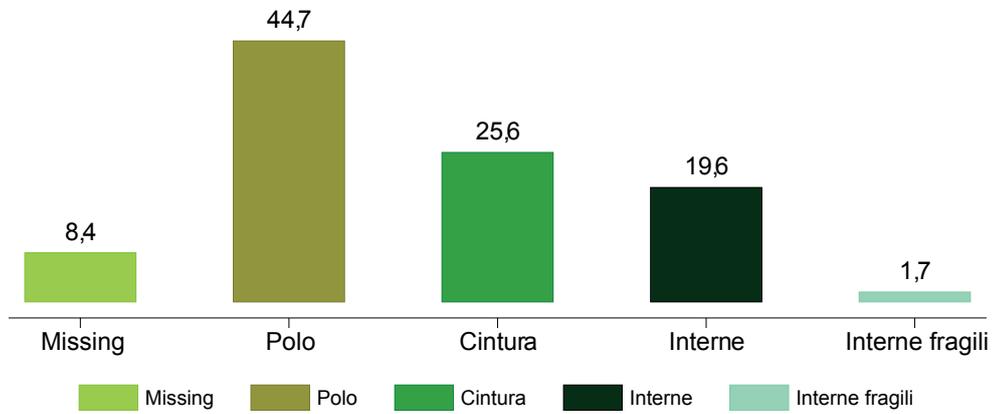


Figura 2.6.2 - Percentuale di soggetti deceduti che hanno effettuato prestazione domiciliari (ADI) nell'ultimo mese di vita, Toscana 2016



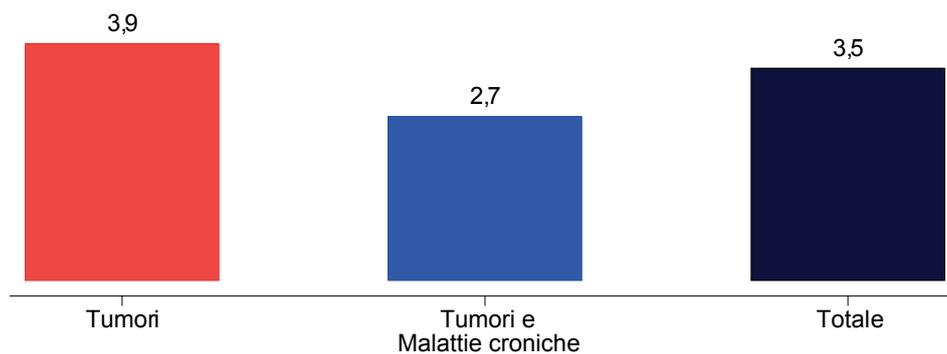
## Farmaci oppioidi e ricorso all'assistenza domiciliare integrata

Figura 2.6.3 - Percentuale di soggetti deceduti con hanno effettuato prestazioni domiciliari (ADI) nell'ultimo mese di vita per poli, cinture, aree interne e aree fragili, Toscana 2016



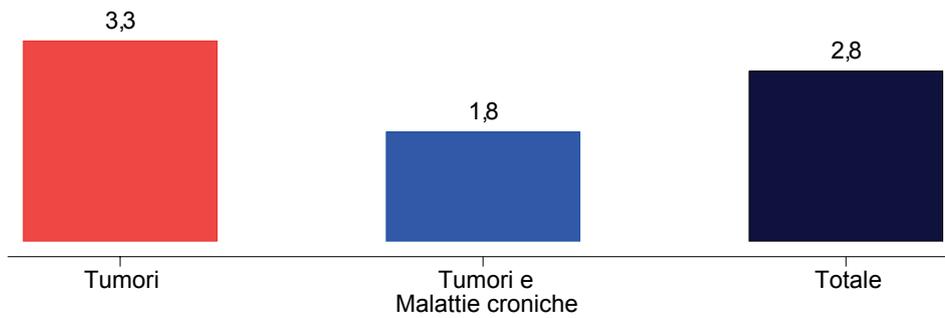
## Chemioterapia e radioterapia

Figura 2.7.1 - Percentuale di soggetti deceduti che hanno effettuato una nuova seduta di chemioterapia nell'ultimo mese di vita, Toscana 2016



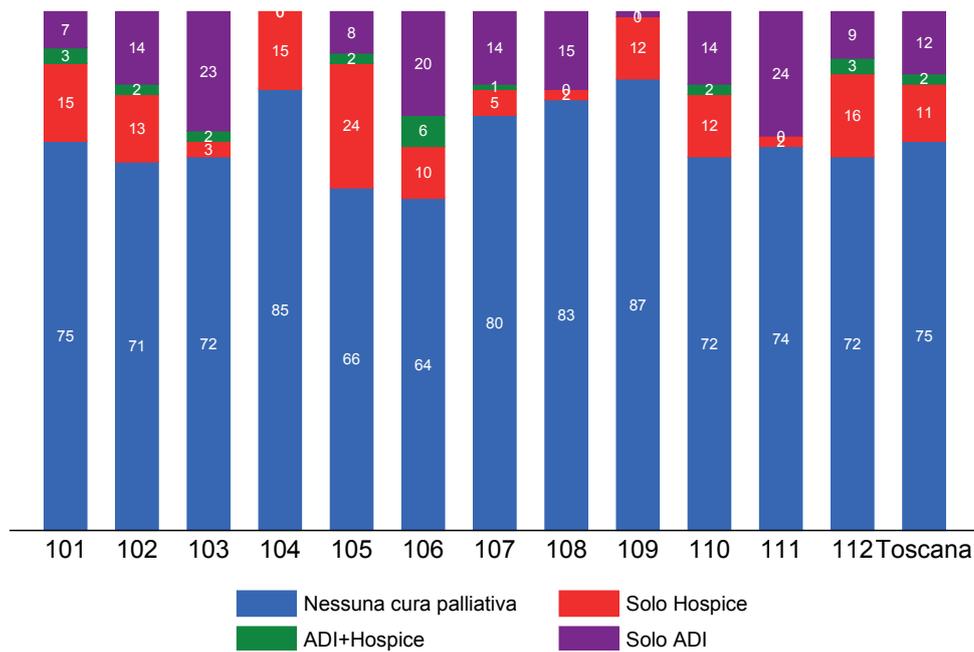
Chemioterapia e radioterapia

Figura 2.7.2 - Percentuale di soggetti deceduti che hanno effettuato una nuova seduta di radioterapia nell'ultimo mese di vita, Toscana 2016



Ricorso totale alle cure palliative

Figura 2.8 - Ricorso totale alle cure palliative, suddivisione per ex ASL e totale Toscana 2016



## 3. METODI

### Disegno

Studio osservazionale retrospettivo

### Fonte dei dati

Le banche dati dell'ARS sono costituite dai principali flussi informativi correnti del Sistema sanitario toscano e dai principali dati ISTAT sulla popolazione residente nei comuni toscani. I dati sono allineati, storicizzati all'interno di un database che, all'interno del Sistema informativo dell'ARS<sup>1</sup> di cui costituisce il cuore, ne permette l'interconnessione.

I flussi utilizzati nello studio e riportati di seguito sono stati interconnessi attraverso metodi di record linkage deterministico utilizzando come chiave primaria l'identificativo univoco del paziente:

- Anagrafe sanitaria
- Schede di morte informatizzate (ISM),
- Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
- Pronto soccorso (EMUR)
- Specialistica ambulatoriale (SPA)
- Hospice (HSP)
- Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Prestazione farmaceutiche (SPF)

### Selezione della popolazione

La popolazione in studio comprende tutti i residenti in Toscana di età maggiore di 18 anni deceduti nel periodo tra il 1 gennaio 2016 e il 31 dicembre 2016 con una storia clinica di tumore, malattia cronica o entrambe (tumore-malattia cronica).

Per selezionare la popolazione dei soggetti deceduti è stato utilizzato l'algoritmo MARSI; tale procedura, eseguendo un record linkage tra tutti i flussi in possesso dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana comprendenti informazioni sulla data di morte (DM), ne deframmenta la rendicontazione, rendendo disponibile uno strumento unico, snello e di facile accesso in cui siano contenuti contemporaneamente tutti gli individui deceduti (IDUNI), e la cui data di decesso, sia essa registrata in uno o più dei 13 flussi distinti, utilizzati per la sua creazione, viene specificata in maniera univoca.

Il flusso MARSI così creato spiega altresì le caratteristiche di tale data descrivendone la sua provenienza e la sua bontà e robustezza.

---

1 <https://www.ars.toscana.it/marsupio/database/index.php>

## Metodi

Di seguito sono riportati i criteri di inclusione ed esclusione della popolazione in studio:

<b>CRITERI DI INCLUSIONE</b>	<p>Soggetti deceduti nel 2016 Età <math>\geq</math> 18 anni Soggetti che hanno effettuato un ricovero per acuti nei 36 mesi precedenti il decesso con codici di diagnosi ICD-9-CM in qualsiasi posizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TUMORI: 14x.xx – 20x.xx</li> <li>• PATOLOGIE CRONICHE (Scompenso cardiaco, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva): 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 425.4-425.9, 428.xx, 410.xx-414.xx, 416.8, 416.9, 490.xx-505.xx, 515, 518.83, 518.84</li> <li>• TUMORI E PATOLOGIE CRONICHE: pazienti con storia di tumore e patologie croniche</li> </ul>
<b>CRITERI DI ESCLUSIONE</b>	<p>Decessi per traumatismi in ospedale o Pronto Soccorso: ricoveri con diagnosi di traumatismo e accessi in PS con esito di decesso lo stesso giorno dell'ingresso.</p> <p>Eventi di Infarto Miocardico Acuto: ricoveri nell'ultimo anno di vita del paziente con codici diagnosi ICD-9-CM 410.xx-414.xx</p> <p>Codici ICD-9-CM 425.4-425.9, 416.8, 416.9, 500.xx-505.xx, 515 non associati a 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.x, 49x.xx, 518.83, 518.84</p>

## Livelli di analisi

Nell'analisi descrittiva della popolazione in studio, suddivisa per le tre patologie (tumore, malattie croniche e tumori e malattie croniche), sono state valutate le distribuzioni per sesso, classe di età, titolo di studio e indice di Charlson. Per ogni indicatore è valutata la differenza tra le tre patologie, la distribuzione geografica e eventuali differenze per sesso, classe di età, titolo di studio e indice di Charlson.

La definizione delle aree si sviluppa in due fasi:

1. Identificazione dei comuni o aggregazioni di comuni che garantiscono l'offerta dei servizi essenziali di cittadinanza definiti "poli";
2. Classificazione dei restanti comuni, sulla base di un indicatore di accessibilità ai servizi, che tiene conto dei minuti di percorrenza necessari a raggiungere il polo più vicino, indipendentemente dalla provincia o regione di residenza.

Il metodo dei minuti di percorrenza per raggiungere il polo più vicino raggruppa i comuni in 4 zone: aree di cintura, aree intermedie, aree periferiche e aree ultra periferiche. Il polo è individuato come quel comune o aggregato di comuni confinanti, in grado di offrire simultaneamente:

- tutta l'offerta scolastica secondaria, comprensiva delle 3 categorie di licei ITC (istituto tecnico commerciale) e professionali;
- Almeno 1 ospedale, sede di Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA) di primo livello;
- Almeno 1 stazione ferroviaria di categoria "Silver", secondo la classificazione di Rete ferroviaria italiana (categoria che comprende impianti caratterizzati di dimensioni medio/piccole).

Le soglie di distanza sono state individuate sulla base dei terzili della distribuzione dei minuti di percorrenza rispetto al polo più vicino e corrispondono a circa 20 e 40 minuti. Rispetto a queste è stata poi inserita una terza soglia, oltre 75 minuti, per individuare i territori ultra periferici.

All'interno del gruppo delle aree interne, L'Istituto Regionale di Programmazione Economica Toscana (IRPET) ha definito un metodo per l'individuazione di alcune aree definite fragili.

Per aree fragili s'intendono quelle aree interne che hanno subito lunghi processi di spopolamento, per cui ad oggi risultano poco popolate, caratterizzate soprattutto dalla presenza di persone anziane, da

un patrimonio immobiliare in larga parte inutilizzato e di basso valore, da limitate presenze turistiche, scarsa presenza di addetti alle attività produttive e basso reddito. Più nel dettaglio i criteri utilizzati per l'individuazione delle aree fragili sono:

- densità (abitanti per Km<sup>2</sup>) inferiore alla media regionale;
- variazione % della popolazione 2011-1971 negativa;
- quota di persone con 65 anni e più superiore alla media regionale;
- quota di case "vuote" superiore alla media regionale;
- valore immobiliare (euro al m<sup>2</sup>) inferiore alla media regionale;
- reddito IRPEF medio inferiore alla media regionale;
- rapporto addetti per abitanti inferiore alla media regionale;
- rapporto tra presenze turistiche e abitanti inferiore alla media regionale.

Infine, è stata valutata la gravità clinica dei singoli pazienti per patologia cronica associata con il *Charlson Comorbidity Index*<sup>2</sup> che misura il grado di complessità assistenziale. L'indice è stato calcolato utilizzando i dati del flusso informativo SDO. Per ogni paziente in studio, sono ricercati i ricoveri precedenti il decesso (fino a 36 mesi) e conteggiate, attraverso le diagnosi, le patologie croniche per una massimo di 17 patologie<sup>3</sup> (infarto miocardico, insufficienza cardiaca congestizia, malattia vascolare periferica, demenza, malattia cerebrovascolare, malattia polmonare cronica, malattia del tessuto connettivo, ulcera, diabete, epatopatia, emiplegia, malattia renale moderata o grave, diabete con danno d'organo, tumore, leucemia, linfoma, sindrome dell'immunodeficienza acquisita).

---

2 Il *Charlson Comorbidity Index* con valore uguale a 0 indica che la malattia per quel paziente ha una complessità standard (complessità implicita nella malattia stessa); il *Charlson Comorbidity Index* con valore uguale a 1 indica che la malattia ha una complessità aumentata di poco rispetto alla malattia stessa; il *Charlson Comorbidity Index* con valore uguale a 2 o più indica che la malattia presenta un'elevata complessità.

3 Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *J Clin Epidemiol.* 1992;45(6):613-619.

## Schede tecniche degli indicatori

**Percentuale di deceduti con accesso al pronto soccorso nell'ultimo mese di vita**

Denominatore	Deceduti con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi pop in studio
Numeratore	Deceduti con almeno un accesso al pronto soccorso nell'ultimo mese di vita
Criteri	Fonte: EMUR Data di accesso al PS entro 30 giorni prima del decesso

**Percentuale di deceduti con accesso al pronto soccorso senza esito di ricovero nell'ultimo mese di vita**

Denominatore	Deceduti con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio
Numeratore	Deceduti con almeno un accesso al pronto soccorso senza esito di ricovero nell'ultimo mese di vita
Criteri	Fonte: EMUR Data di accesso al PS entro 30 giorni prima del decesso Esito di dimissione diverso da ricovero

**Percentuale di deceduti con almeno un ricovero nell'ultimo mese di vita**

Denominatore	Deceduti con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio
Numeratore	Deceduti con almeno un ricovero nell'ultimo mese di vita
Criteri	Fonte: SDO Data di ricovero entro 30 giorni dal decesso

**Percentuale di deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita con passaggio in terapia intensiva**

Denominatore	Deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio Data di ricovero entro 30 giorni dal decesso
Numeratore	Deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita con passaggio in terapia intensiva
Criteri	Fonte: SDO Data di ricovero entro 30 giorni dal decesso Ricoveri con passaggio in reparti con codici specialità 49 50

**Percentuale di deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita sottoposti a interventi di supporto vitale intensivo**

Denominatore	Deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio Data di ricovero entro 30 giorni dal decesso
Numeratore	Deceduti ospedalizzati nell'ultimo mese di vita sottoposti a interventi di supporto vitale intensivo
Criteri	Fonte: SDO Data di ricovero entro 30 giorni dal decesso Ricoveri con codici procedura ICD-9-CM in qualsiasi posizione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caterizzazione cardiaca (Codici ICD-9-CM 37.21-37.23)</li> <li>• Impianto di device cardiaco (Codici ICD-9-CM 00.50, 00.51, 00.53, 00.54, 37.94, 37.98)</li> <li>• Monitoraggio invasivo arteria polmonare (Codici ICD-9-CM 89.63, 89.64)</li> <li>• Rianimazione cardiopolmonare o riconversione cardiaca (Codici ICD-9-CM 99.60)</li> <li>• Gastrostomia (Codici ICD-9-CM 43.XX)</li> <li>• Dialisi (Codici ICD-9-CM 39.95, 54.98)</li> <li>• Ventilazione meccanica (Codici ICD-9-CM 96.7X, 93.99, 93.91)</li> <li>• Intubazione (Codici ICD-9-CM 96.04, 96.05)</li> <li>• DRG chirurgici che vanno in sala operatoria</li> </ul>

## Schede tecniche degli indicatori

**Percentuale di deceduti in ospedale**

Denominatore	Deceduti con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio
Numeratore	Deceduti in ospedale
Criteri	Fonte: SDO Modalità di dimissione 1 (Deceduto)

**Percentuale di deceduti con accesso all'Hospice nell'ultimo mese di vita**

Denominatore	Deceduti con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio
Numeratore	Deceduti con accesso all'Hospice nell'ultimo mese di vita
Criteri	Fonte: HPS Data di accesso all'Hospice entro 30 giorni prima del decesso

**Percentuale di deceduti con primo accesso all'Hospice negli ultimi 7, 30 e 365 giorni di vita**

Denominatore	Deceduti con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio
Numeratore	Deceduti con primo accesso all'Hospice durante: ultimi 7 giorni di vita ultimo 30 giorni di vita (escluso ultimi 7) ultimi 365 giorni di vita (escluso ultimi 30)
Criteri	Fonte: HPS Data di primo accesso all'Hospice entro 7,30 e 365 giorni prima del decesso

**Durata della degenza in Hospice nell'ultimo anno di vita**

Numeratore	Giornate di degenza del primo accesso in Hospice durante: ultimi 7 giorni di vita ultimo 30 giorni di vita (escluso ultimi 7) ultimi 365 giorni di vita (escluso ultimi 30)
Criteri	Fonte: HPS Le giornate di degenza in Hospice sono calcolate come differenza tra la data di fine percorso e la data di inizio percorso della popolazione in studio Misura: - media (somma delle giornate di degenza/numero di accessi in Hospice) - mediana (50-esimo percentile della distribuzione di frequenza delle giornate di degenza)

**Percentuale di deceduti che hanno fatto uso di oppioidi nell'ultimo mese di vita**

Denominatore	Deceduti con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio
Numeratore	Deceduti che hanno fatto uso di oppioidi nell'ultimo mese di vita
Criteri	Fonte: FED e SPF Classe ATC3 N02A Data di erogazione del farmaco entro 30 giorni dal decesso

**Percentuale di deceduti che effettuano prestazioni domiciliari nell'ultimo mese di vita**

Denominatore	Deceduti con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio
Numeratore	Deceduti che effettuano prestazioni domiciliari nell'ultimo mese di vita
Criteri	Fonte: ADI Data di accesso alla prestazione domiciliare entro 30 giorni dal decesso

## Schede tecniche degli indicatori

Percentuale di deceduti che hanno effettuato una nuova seduta di chemioterapia nell'ultimo mese di vita	
Denominatore	Deceduti con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio
Numeratore	Deceduti che hanno effettuato una nuova seduta di chemioterapia nell'ultimo mese di vita
Criteri	Fonte: SDO, SPA Codice ICD-9-CM 9925 Data di erogazione del farmaco entro 30 giorni dal decesso Esclusione dei pazienti che hanno eseguito nell'anno precedente e fino a 30 giorni prima del decesso una seduta di chemio

Percentuale di deceduti che hanno effettuato una nuova seduta di radioterapia nell'ultimo mese di vita	
Denominatore	Deceduti con storia clinica di Tumore, Malattie croniche, Tumore e malattie croniche
Criteri	Vedi popolazione in studio
Numeratore	Deceduti che hanno effettuato una seduta di radioterapia nell'ultimo mese di vita
Criteri	Fonte: SDO, SPA SDO: Codici ICD-9-CM 922.XX SPA: Codici ICD-9-CM 92.21.1, 92.23.1, 92.23.2', 92.23.3, 92.24.1, 92.24.2, 92.24.3, 92.24.4, 92.24.5, 92.24.6, 92.24.7, 92.248, 92.25.1, 92.25.2, 92.23.1, 92.23.2, 92.23.3', 92.27.1, 92.27.2, 92.27.3, 92.27.4, 92.27.5, 92.47.8, 92.47.9, 92.29.G, 92.29.H, 92.29.L, 92.29.M Data di erogazione del farmaco entro 30 giorni dal decesso

Aprile 2018



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità