



Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2015

Sintesi risultati



Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario. Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione, le singole aziende ospedaliere/stabilimenti ospedalieri e, per quanto riguarda la funzione di tutela, le aziende sanitarie locali/province. Gli indicatori sono discussi nell'ambito del Comitato PNE, composto dai rappresentanti di Regioni, Province Autonome, Ministero della Salute e istituzioni scientifiche. Progettazione, gestione, disegno e analisi dei dati e gestione del sito web sono svolte dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR della Regione Lazio in qualità di centro operativo PNE di Agenas.

I risultati di PNE possono essere utilizzati in modo appropriato esclusivamente in contesti di valutazione critica, soprattutto nell'ambito di processi e programmi integrati di valutazione a livello regionale e locale. **Le misure di PNE sono quindi strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie, pagelle, giudizi.**

L'edizione 2015 di PNE sui dati aggiornati al 2014 analizza **63** indicatori di esito/processo, **57** volumi di attività e **26** indicatori di ospedalizzazione.

L'edizione 2015 di PNE oltre alle sezioni **"Struttura ospedaliera/ASL"** e **"Sintesi per struttura/ASL"** in cui sono riportati i risultati di tutte le strutture ospedaliere/ASL di residenza per ciascun indicatore, ha sviluppato in modo particolare la sezione **"Strumenti per Audit"** che include:

- gli elenchi delle strutture ospedaliere da sottoporre a processi di verifica della qualità dei dati codificati nei Sistemi Informativi Sanitari e di valutazione della potenziale misclassificazione, rispetto ai criteri definiti nei protocolli degli indicatori, delle diagnosi utilizzate nella selezione dei ricoveri, delle variabili utilizzate nei modelli di aggiustamento e dei criteri utilizzati per la misura dell'esito per gli indicatori pubblicati nell'edizione 2015
- i risultati delle verifiche effettuate sulle strutture segnalate nella precedente edizione
- un'area dedicata al "monitoraggio" degli indicatori di volume di attività inclusi nel regolamento degli standard ospedalieri. La sezione è stata prevista per consentire a ciascuna struttura di verificare in tempo reale i propri dati (ad es. per valutare il rispetto delle soglie attese) e di poter quindi disporre di uno strumento interno di monitoraggio.



COSA È PNE? POTENZIALITÀ E LIMITI DELLA VALUTAZIONE

- Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è un'attività istituzionale del SSN: **uno strumento operativo** a disposizione delle regioni, delle aziende e degli operatori **per il miglioramento delle performance e per l'analisi dei profili critici, attraverso attività di audit.**
- **PNE si integra con i programmi regionali**, che possono contare sull'utilizzo di ulteriori sistemi informativi non ancora disponibili a livello nazionale. **PNE non valuta solo l'assistenza ospedaliera ma fornisce indicazioni utili, seppure indirette, sulla qualità dell'assistenza territoriale.**
- **PNE non fornisce graduatorie, pagelle o giudizi** né a livello regionale né a livello di struttura. Ogni indicatore di esito misura caratteristiche diverse del processo assistenziale e ha peso diverso in termini di rilevanza del problema e impatto sulla salute.
- Gli indicatori di esito si concentrano su **interventi sanitari di provata efficacia** che dovrebbero essere offerti a tutta la popolazione in condizioni di equità. **PNE documenta una estrema eterogeneità nell'offerta e accesso della popolazione ai trattamenti di provata efficacia sia all'interno della stessa realtà regionale sia tra regioni.** Parte di questa eterogeneità potrebbe essere determinata dalla variabilità nella qualità dei sistemi informativi sanitari e parte dalla variabilità nella qualità delle cure offerte.
- **Le evidenze scientifiche e gli stessi dati di PNE dimostrano che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure come strumento di governo del sistema (i.e. indicatori Direttori Generali) migliora la qualità delle cure.** Un uso, però, riduttivo e meccanicistico delle misure di esito per definire incentivi o sanzioni può determinare effetti indesiderati e opportunismi di codifica dei sistemi informativi, che rischiano di inficiare le valutazioni.
- Il trasferimento automatico delle misure di esito sui siti o portali per i cittadini è potenzialmente rischioso se non accompagnato da una valutazione della qualità dei dati. **L'utilizzo delle misure di esito per la scelta dei luoghi di cura può riguardare una parte limitata delle misure di esito, in particolare interventi di elezione e non di emergenza** e, ai fini della riduzione delle disuguaglianze e dell'aumento dell'empowerment della popolazione, dovrebbe prevedere **un ruolo attivo dei MMG nell'utilizzo di queste misure.**
- Le attività di audit condotte negli ultimi anni hanno dimostrato l'importanza di condurre valutazioni sulla qualità dei dati dei sistemi informativi sanitari ed attivare processi di audit clinico ed organizzativo. La collaborazione con le **società scientifiche** si è dimostrata essenziale sia per allargare gli ambiti di valutazione, per garantire processi di audit indipendenti e per proporre linee guida per la codifica dei sistemi informativi sanitari
- Il Programma Nazionale Esiti non è solo valutazione comparativa di esito tra strutture e per gruppi di popolazione, ma anche valutazione comparativa tra interventi (tra diversi modelli organizzativi, tra tipologie di intervento chirurgico, ecc.) e individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti, tra cui i **volumi di attività.**



I risultati del Programma Nazionale Esiti (PNE) sono pubblicati sul sito web dedicato:

<http://95.110.213.190/PNEed15/index.php>

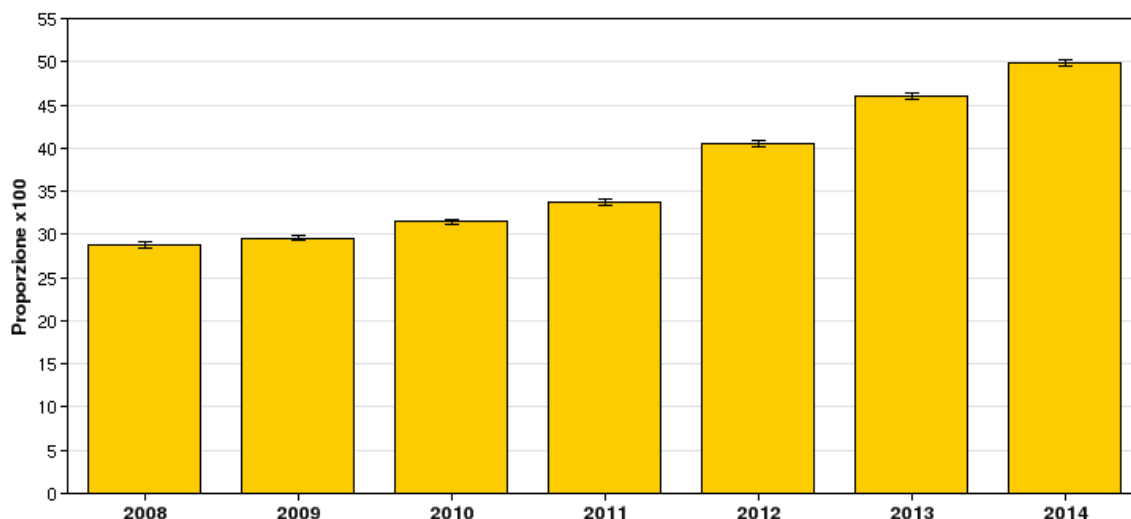
A titolo di esempio vengono riportati alcuni risultati.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, ITALIA

La proporzione di fratture di femore su pazienti sopra i 65 anni di età operate entro due giorni è passata dal 31% del 2010 al 50% del 2014, restando ancora al di sotto dello standard internazionale atteso, superiore all'80%.

Si stima che negli ultimi 4 anni sono circa 52.000 i pazienti che hanno beneficiato dell'intervento tempestivo, di cui 21.700 nell'ultimo anno. Oltre a un evidente beneficio di salute questo risultato si associa anche a un vantaggio in termini di risorse impiegate con più di 470.000 giornate di degenza risparmiate, di cui 180.000 nel 2014. E' da sottolineare che questo miglioramento non sembra essere avvenuto a discapito dei tempi di attesa per frattura di tibia e perone che si attestano su una mediana di 4 giorni, seppur con grosse variabilità all'interno e tra le regioni.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA



Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 48 ore su pazienti con frattura di femore di età > di 65 anni. Le strutture che rispondevano a questo standard erano solo 70 nel 2010-2011 e sono 161 nel 2014. Tuttavia, sono solo 44 le strutture con valori superiori all'80% e, viceversa, ben 64 le strutture con valori inferiori al 20% (un intervento su 5 entro i due giorni). Restano infatti ancora 270 circa le strutture al di sotto dello standard previsto.

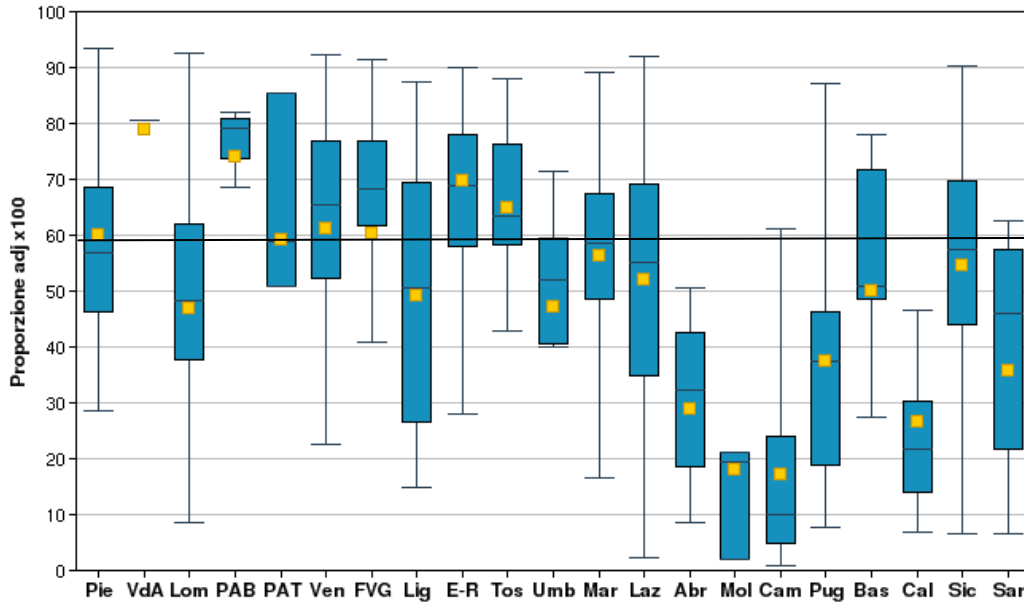
Nella figura successiva è rappresentata la variabilità intra e interregionale: i rettangoli, che rappresentano i valori dell'indicatore nel 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto dalle strutture ospedaliere nelle regioni, mentre il quadratino giallo rappresenta la media regionale.

Si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dello 0,8% a un massimo del 93%. Considerata questa estrema variabilità e la presenza di numerose regioni con valori medi molto al di sotto della media nazionale, il riferimento con la media è del tutto improprio. Se si assume come valore di riferimento la standard minimo del 60% fissato dal Regolamento del Ministero, si può vedere che, a



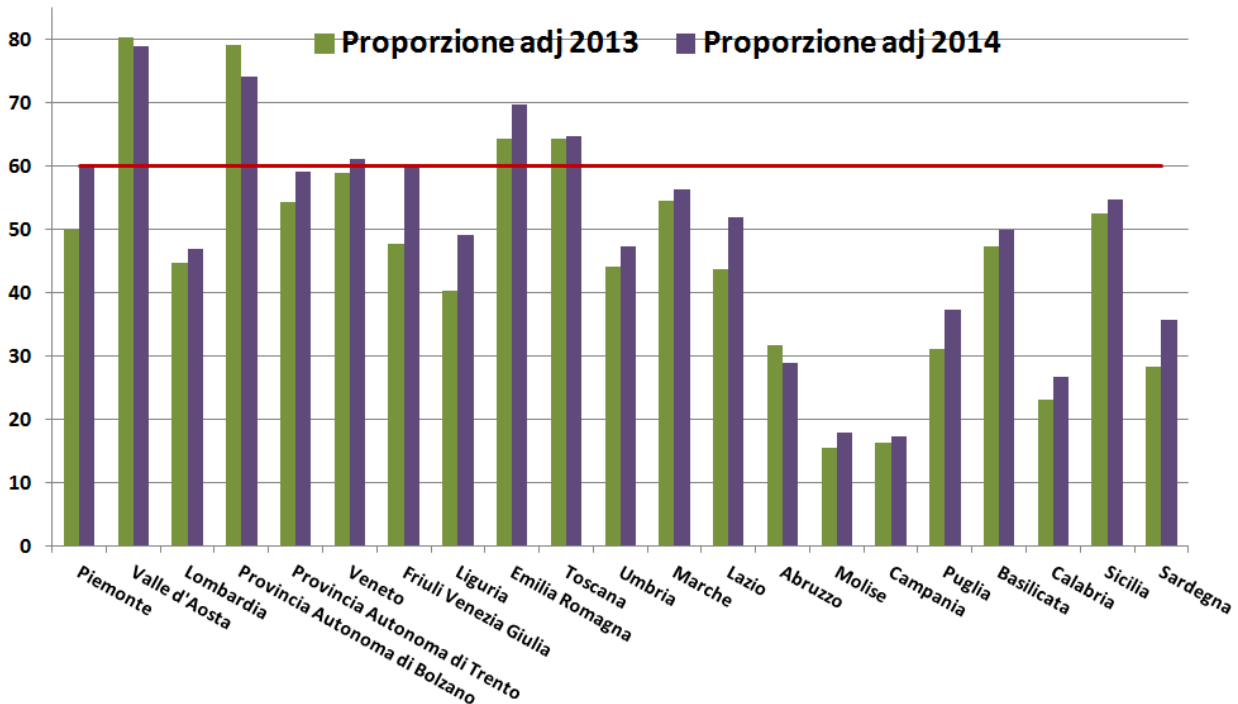
eccezione di Abruzzo, Molise e Calabria, dove nessuna struttura raggiunge lo standard minimo, in ogni regione è presente almeno una struttura che raggiunge il 60%. Viceversa, in quasi tutte le regioni, c'è almeno una struttura che supera l'80%. Gli audit condotti sui valori estremi di questo indicatore non sembrano indicare problemi di qualità dei dati.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI - 2014



Confrontando i dati del 2014 con quelli del 2013, si osserva un miglioramento del valore medio regionale in quasi tutte le Regioni, con aumenti più significativi in Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Liguria, Lazio, Sardegna e Puglia.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI – 2013 - 2014

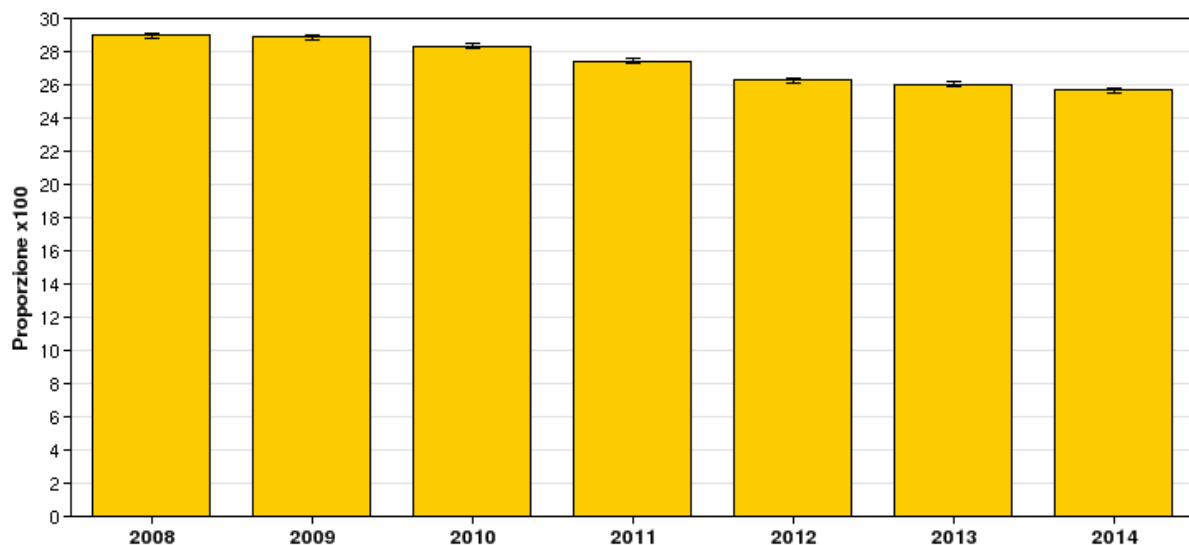


PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sin dal 1985 afferma che una proporzione di cesarei superiore al 15% non è giustificata. Il parto cesareo rispetto al parto vaginale comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino e dovrebbe essere effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche.

La proporzione di parti cesarei primari scende lievemente ma progressivamente dal 28.3% del 2010 al 25.7% del 2014, con grandi differenze tra le Regioni e all'interno delle Regioni. In termini assoluti, la riduzione corrisponde a un totale di circa 32.000 donne alle quali è stato evitato un cesareo primario negli ultimi 4 anni, con conseguente esposizione a un minore rischio di successivo parto chirurgico.

PROPORZIONE DI PARTI CESAREI PRIMARI - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA



Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti e al 15% per le maternità con meno di 1000 parti.

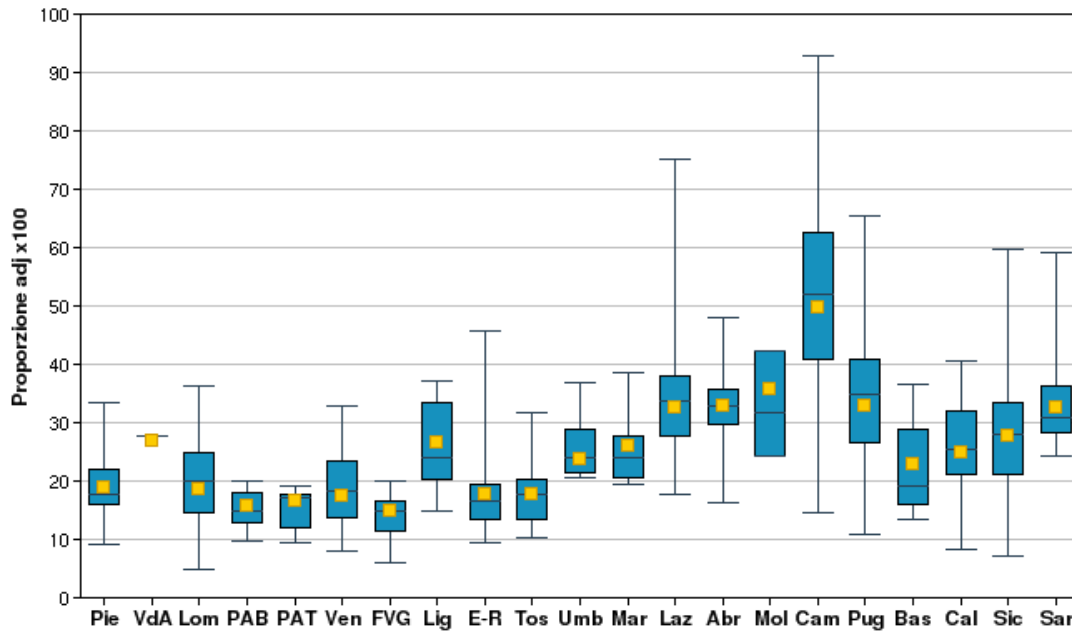
Anche in questo caso, a fronte di un valore nazionale medio del 26% circa, **si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 5% a un massimo del 95%**, come mostrato nella figura successiva.

Nella figura, i rettangoli, che rappresentano i valori assunti dal 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto dalle strutture ospedaliere nelle regioni, mentre il quadratino giallo rappresenta la media regionale.

Nel 2014, rimangono ancora evidenti le differenze tra le regioni del nord Italia e le regioni del sud con valori medi rispettivamente inferiori e superiori al 20% e che, nel caso della Campania sono stabili al 50%.

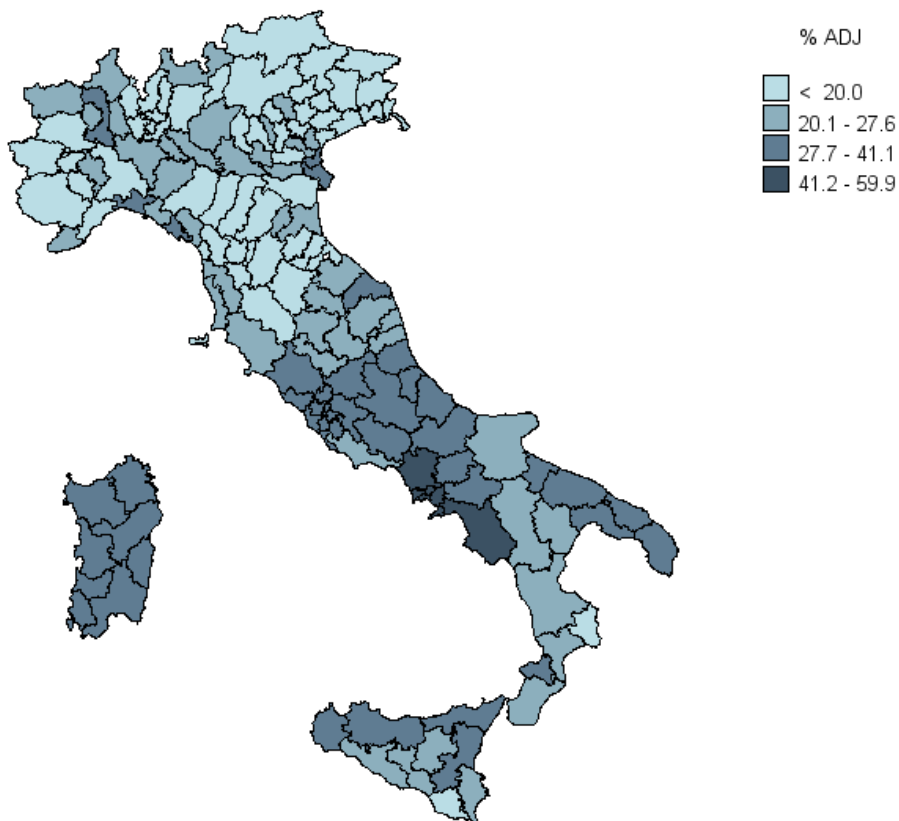


PROPORZIONE DI PARTI CESAREI PRIMARI - 2014



Anche la distribuzione geografica per provincia/ASL mostra un'elevata eterogeneità intra e interregionale.

PROPORZIONE DI PARTI CESAREI PRIMARI – AREA DI RESIDENZA 2014





Possibili distorsioni dei risultati possono derivare da una non corretta codifica dei fattori di rischio che sono in grado di giustificare il ricorso al taglio cesareo.

La differenza tra i tassi grezzi di cesarei primari e quelli aggiustati per fattori di rischio possono differire anche per più di 10 punti percentuali, con conseguente sottostima della proporzione di cesarei in caso di ipercodifica e sovrastima in caso di sottocodifica. Fenomeni di sottocodifica e sovracodifica sono stati verificati nell'ambito delle attività di audit eseguite sulle strutture segnalate per differenze importanti tra rischi grezzi e aggiustati.

Nella nuova edizione di PNE, oltre alle strutture per le quali tale differenza è eccessivamente alta, sono segnalate per attività di audit anche quelle strutture con una proporzione di tagli cesarei primari superiore al 30%.

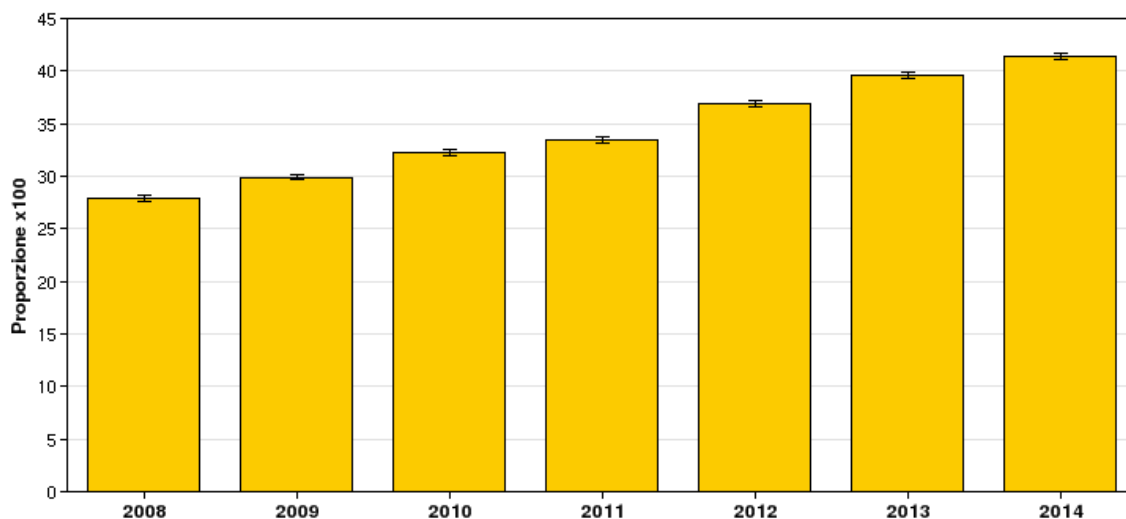
INFARTO MIocardico ACUTO: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI

L'angioplastica primaria è un intervento di provata efficacia nel ridurre la mortalità per infarto acuto del miocardio (IMA). Dovrebbe essere effettuata nella maggior parte dei casi di IMA con sovraslivellamento del tratto ST (IMA STEMI). Purtroppo la qualità dei dati dei sistemi informativi nazionali non consente di differenziare con sufficiente validità gli infarti STEMI da quelli non STEMI e la non disponibilità dell'ora della procedura non consente di misurare la PTCA effettuata nei 60 o 90 minuti dal primo accesso, come da linee guida.

Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% per struttura la quota minima di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in pronto soccorso in pazienti con IMA STEMI.

La proporzione di infarti trattati con PTCA entro 2 giorni è passata dal 32% del 2010 al 41% del 2014.

INFARTO MIocardico ACUTO: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA



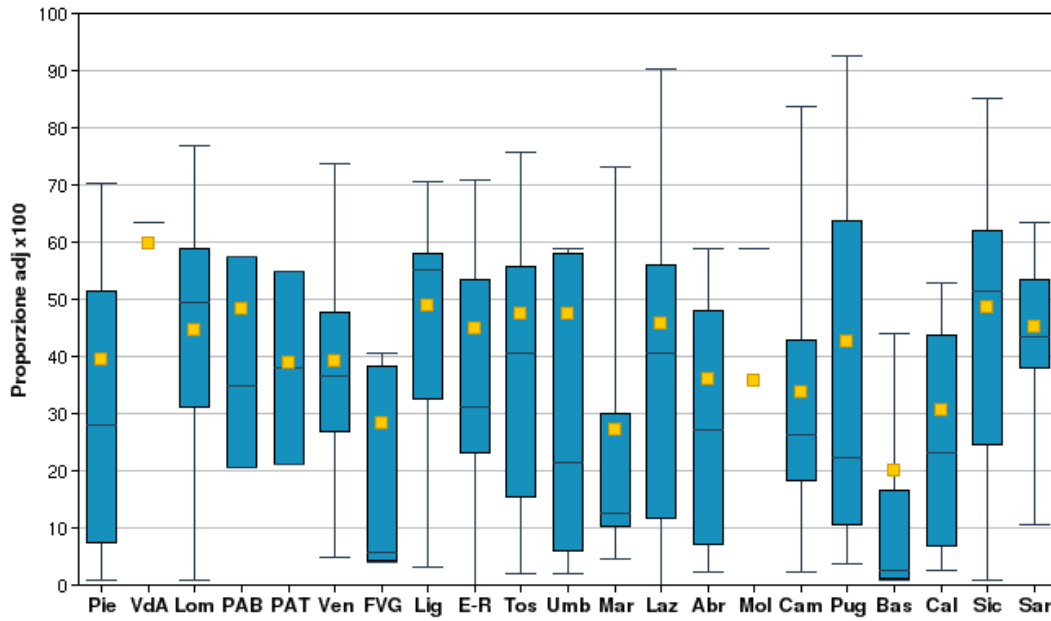
A fronte di un valore nazionale medio del 41.4%, si osserva una minore variabilità interregionale e una maggiore variabilità intra-regionale rispetto ad altri indicatori di esito, con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dello 0.7% ad un massimo del 91%.

Nella figura, i rettangoli, che rappresentano i valori assunti dal 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto dalle strutture ospedaliere nelle regioni, mentre il quadratino giallo rappresenta la media regionale.

Possibili distorsioni dei risultati possono derivare da una non corretta identificazione degli IMA (es: angina instabile codificata come IMA) o classificazione STEMI, NSTEMI.



INFARTTO MIOCARDICO ACUTO: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI - 2014

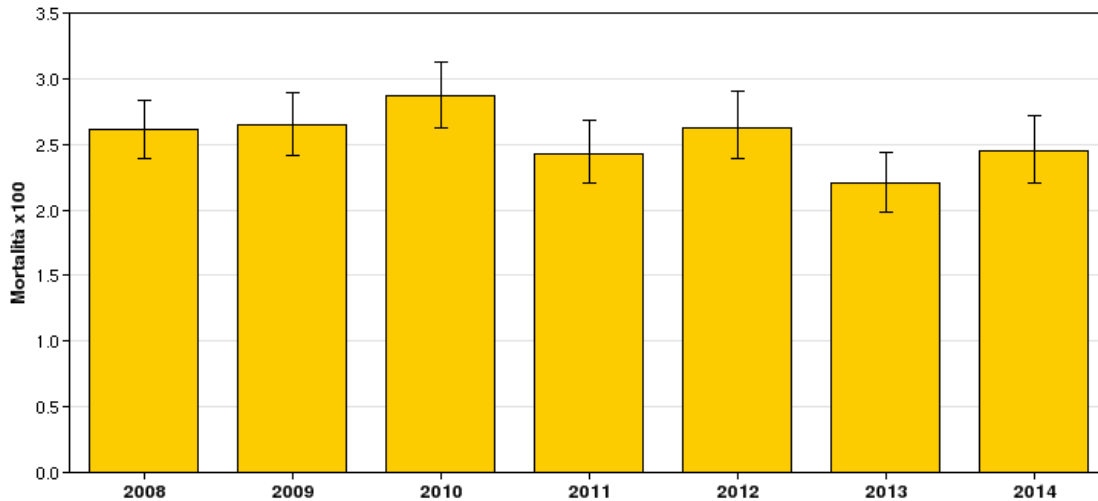




BY-PASS AORTOCORONARICO: MORTALITÀ A 30 GIORNI

BY-PASS AORTOCORONARICO: MORTALITÀ A 30 GIORNI - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA

La mortalità a 30 giorni dopo by-pass aortocoronarico è rimasta sostanzialmente invariata nel corso del tempo, a fronte di una riduzione dei volumi di attività.



A fronte di un valore nazionale medio del 2.5%, si osserva comunque una variabilità per struttura ospedaliera con valori che variano da un minimo di 0 a un massimo del 7.6%. Data la bassa numerosità, i risultati sono calcolati per il biennio 2013-2014.

Il Regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 4% per struttura la mortalità massima a 30 giorni dopo intervento di bypass aortocoronarico isolato. Nel 2014 sono 17 le strutture che superano questo valore e altrettante che hanno valori di mortalità inferiori all'1%.

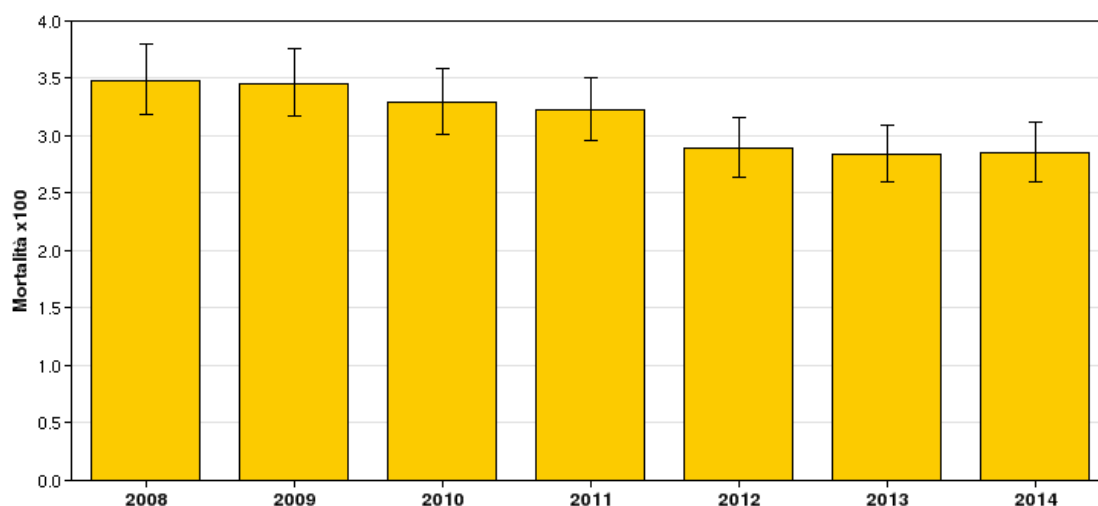
L'audit condotto sui dati del 2012-2013 ha evidenziato possibili errori di codifica che potrebbero spiegare alcuni dei valori di alta mortalità osservata. Per questo motivo è in corso un audit strutturato condotto con il supporto della Società Italiana di Cardiochirurgia.



VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE: MORTALITÀ A 30 GIORNI

La mortalità a 30 giorni dopo valvuloplastica è passata dal 3.5% del 2008 al 2.9% del 2014, a fronte di un aumento dei volumi di attività.

VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE: MORTALITÀ A 30 GIORNI - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA



A fronte di un valore nazionale medio del 2.9%, si osserva variabilità, con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dello 0.4% a un massimo dell'11.5%. Data la bassa numerosità, i risultati sono stati calcolati per il biennio 2013-2014.

Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 4% per struttura la mortalità massima a 30 giorni dopo intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata.

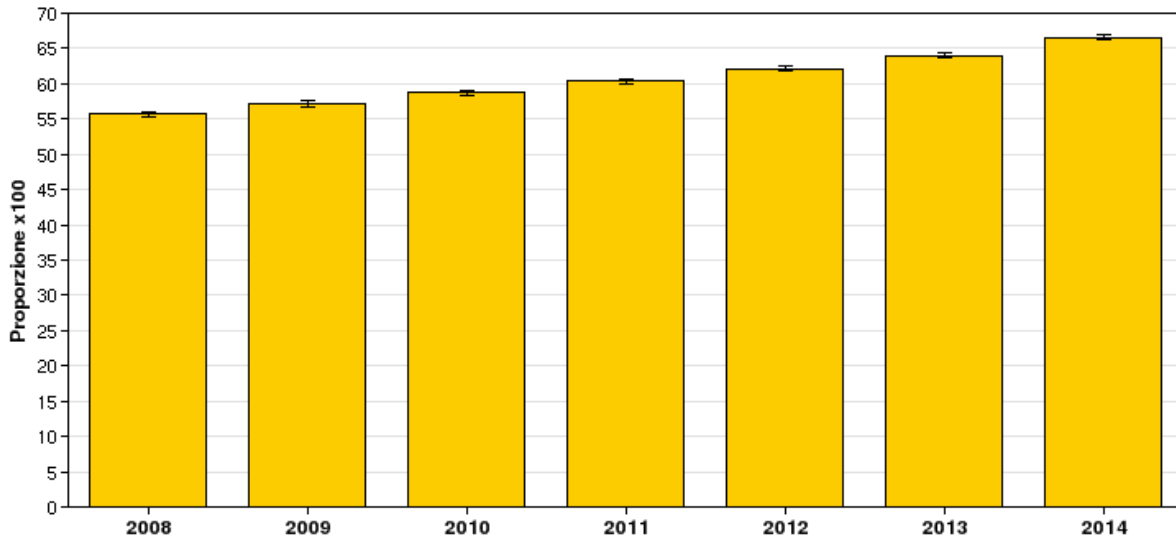
I risultati ottenuti potrebbero essere condizionati dall'indisponibilità a livello nazionale di un codice di procedura che permetta la distinzione tra AVR (sostituzione chirurgica di valvola aortica) e TAVI (impianto transcateretere di valvola aortica). Per verificare quanto i valori anomali di mortalità potessero essere associati a questo o ad altri possibili errori di codifica è stata avviata una attività di audit con il supporto della Società Italiana di Cardiocirurgia.



COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: PROPORZIONE DI INTERVENTI CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI

Le proporzioni di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 58,8% del 2010 al 66,5% del 2014. I valori per struttura ospedaliera variano da un minimo dello 0% a un massimo del 98%.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: PROPORZIONE DI INTERVENTI CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA



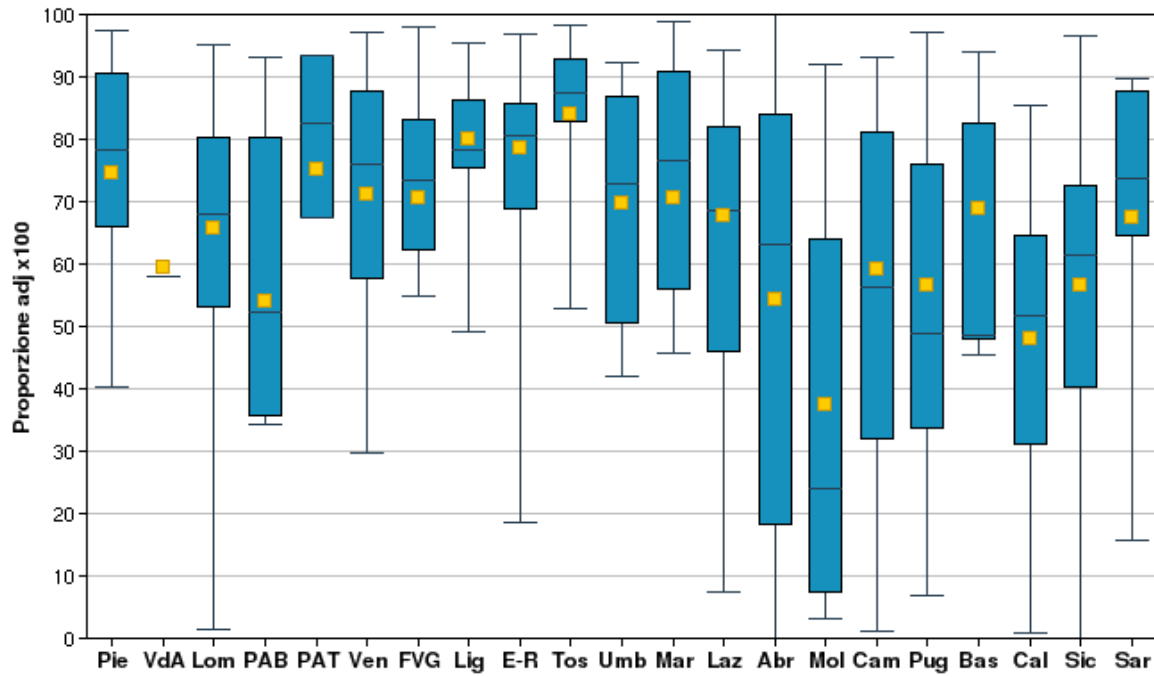
Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 70% per struttura la quota minima di colecistectomie con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni.

Le strutture che rispondevano a questo standard erano 204 nel 2010 e sono 253 nel 2014. **Si stima che** negli ultimi 4 anni sono circa 18.000 i pazienti che hanno beneficiato dell'intervento tempestivo, di cui 5500 nell'ultimo anno. **Oltre a un evidente beneficio di salute questo risultato si associa anche a un vantaggio in termini di risorse impiegate con più di 120.000 giornate di degenza risparmiate, di cui 34.000 nel 2014.**

Nella nuova edizione del PNE, sono segnalate per audit sulla qualità dei dati le strutture con valori inferiori al 30% e le strutture che riportano differenze troppo alte tra proporzioni osservate e proporzioni aggiustate. La figura successiva mostra che in questo caso è maggiore la variabilità intra-regionale che quella tra le regioni. A fronte di un valore medio del 65%, in tutte le regioni ci sono strutture che raggiungono valori ben superiori allo standard minimo del 70%.



COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: PROPORZIONE DI INTERVENTI CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI - 2014

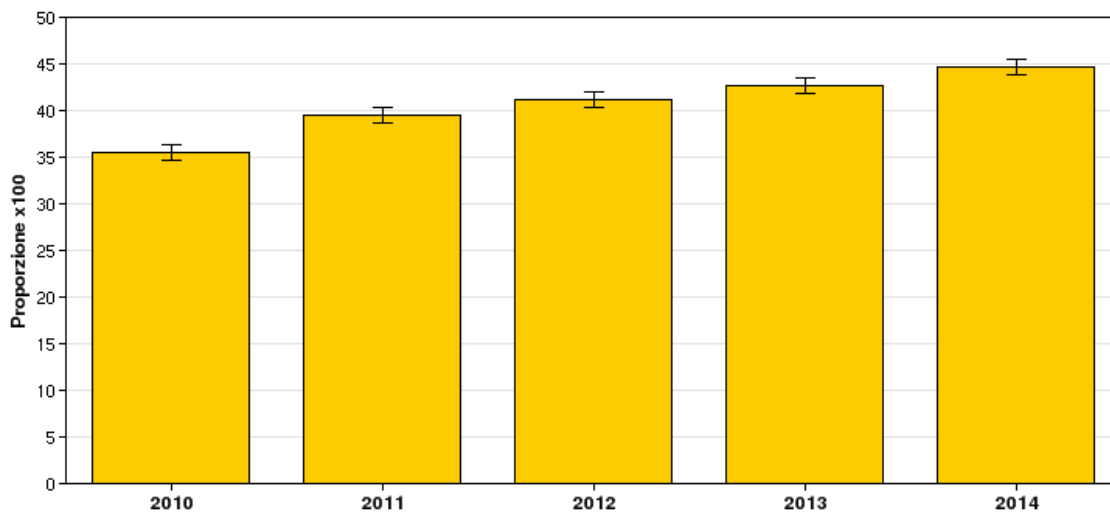




INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: PROPORZIONE DI INTERVENTI DI RICOSTRUZIONE O INSERZIONE DI ESPANSORE NEL RICOVERO INDICE PER INTERVENTO CHIRURGICO DEMOLITIVO PER TUMORE INVASIVO

L'intervento di ricostruzione della mammella dopo mastectomia può essere immediato o differito. Attualmente, esistono evidenze che la ricostruzione immediata non influisce sul decorso della malattia né impedisce di individuare eventuali recidive locali, non riduce l'efficacia della chemioterapia adiuvante né della radioterapia postoperatoria e quindi non richiede che l'inizio di questi due trattamenti venga rimandato. La ricostruzione immediata permette però di semplificare il processo ricostruttivo della mammella e di ridurre l'impatto psicologico e sociale dell'intervento demolitivo, senza modificare il percorso terapeutico della paziente.

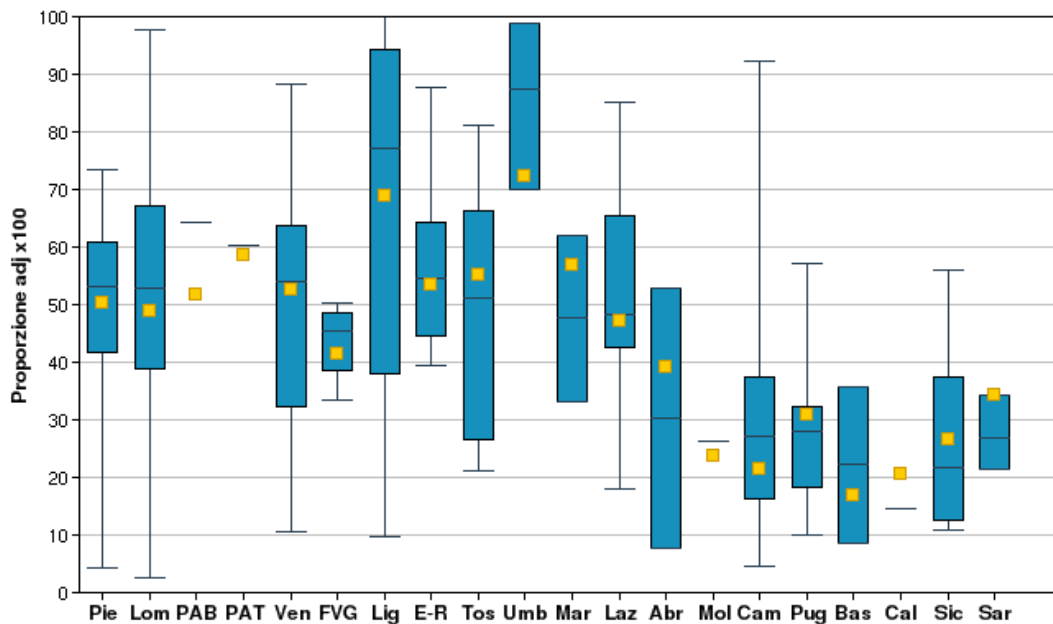
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: PROPORZIONE DI INTERVENTI DI RICOSTRUZIONE O INSERZIONE DI ESPANSORE NEL RICOVERO INDICE PER INTERVENTO CHIRURGICO DEMOLITIVO PER TUMORE INVASIVO – ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA



La proporzione di interventi di ricostruzione nel ricovero indice per intervento chirurgico per carcinoma della mammella è passata dal 35% del 2010 al 45% del 2014. Si osserva una estrema variabilità sia all'interno delle regioni che tra regioni, con valori mediamente più bassi nelle regioni del Sud. Tuttavia, questo indicatore è stato inserito per la prima volta in PNE e le strutture con valori molto bassi o molto alti sono state segnalate per audit sulla qualità dei dati.

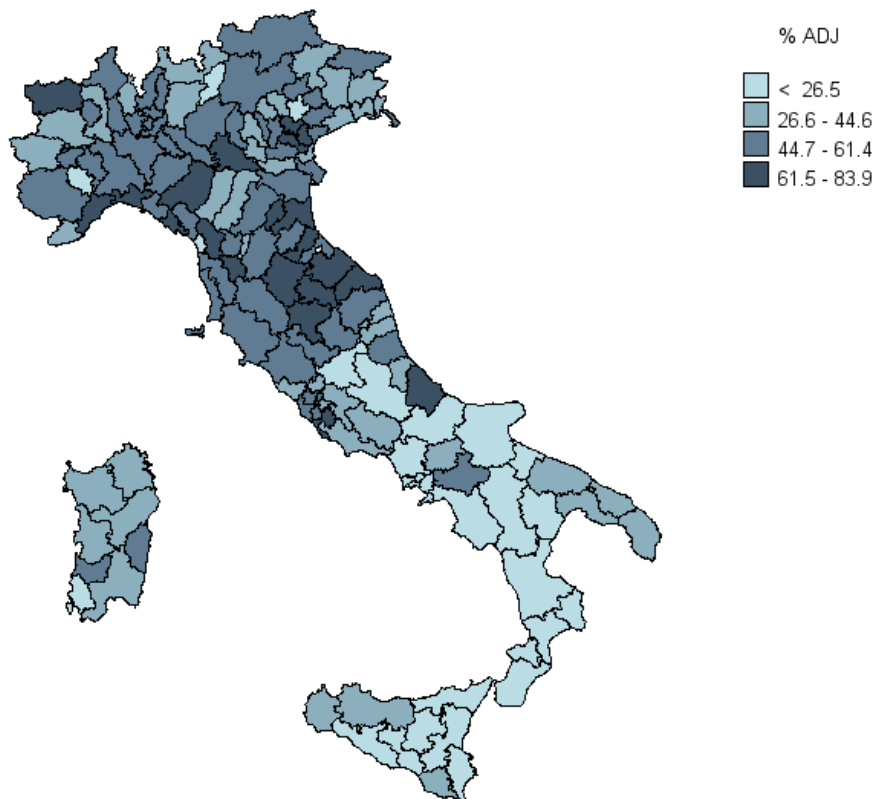


PROPORZIONE DI INTERVENTI DI RICOSTRUZIONE O INSERZIONE DI ESPANSORE NEL RICOVERO INDICE PER INTERVENTO CHIRURGICO DEMOLITIVO PER TUMORE INVASIVO DELLA MAMMELLA- 2014



Anche la distribuzione geografica per provincia/ASL mostra un'elevata eterogeneità intra e interregionale

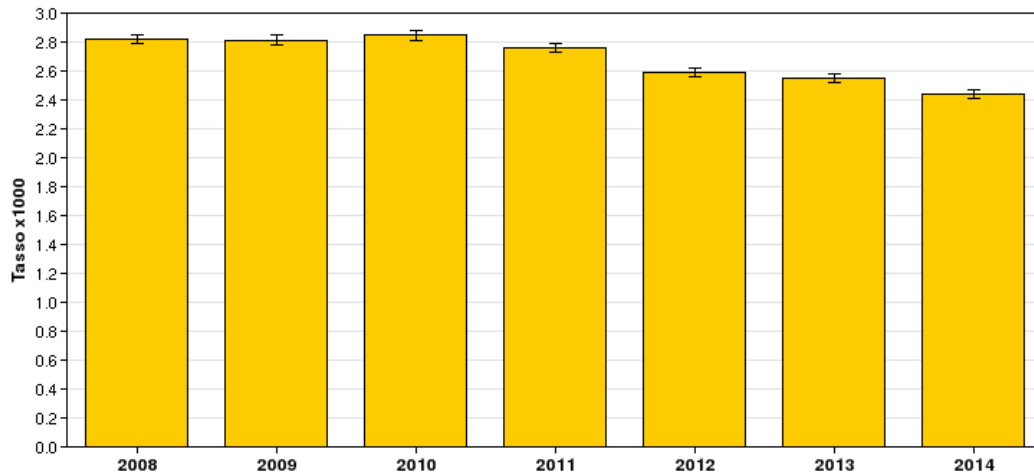
PROPORZIONE DI INTERVENTI DI RICOSTRUZIONE O INSERZIONE DI ESPANSORE NEL RICOVERO INDICE PER INTERVENTO CHIRURGICO DEMOLITIVO PER TUMORE INVASIVO DELLA MAMMELLA - AREA DI RESIDENZA 2014



INDICATORI DI OSPEDALIZZAZIONE

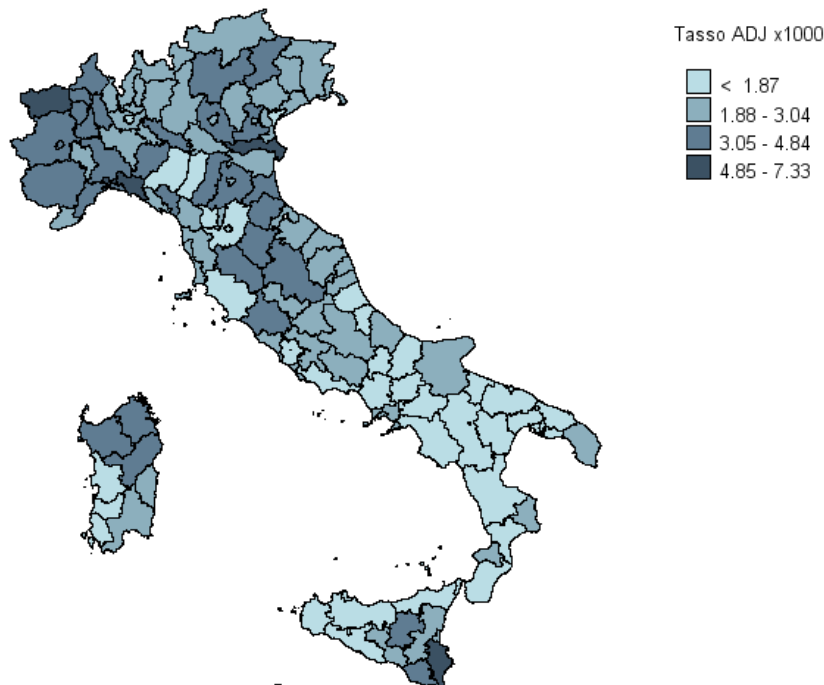
Gli indicatori di ospedalizzazione misurano indirettamente la qualità delle cure territoriali, segnalando le ASL per la cui popolazione si osservano eccessi di ospedalizzazione evitabili in presenza di cure territoriali di qualità.

OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA



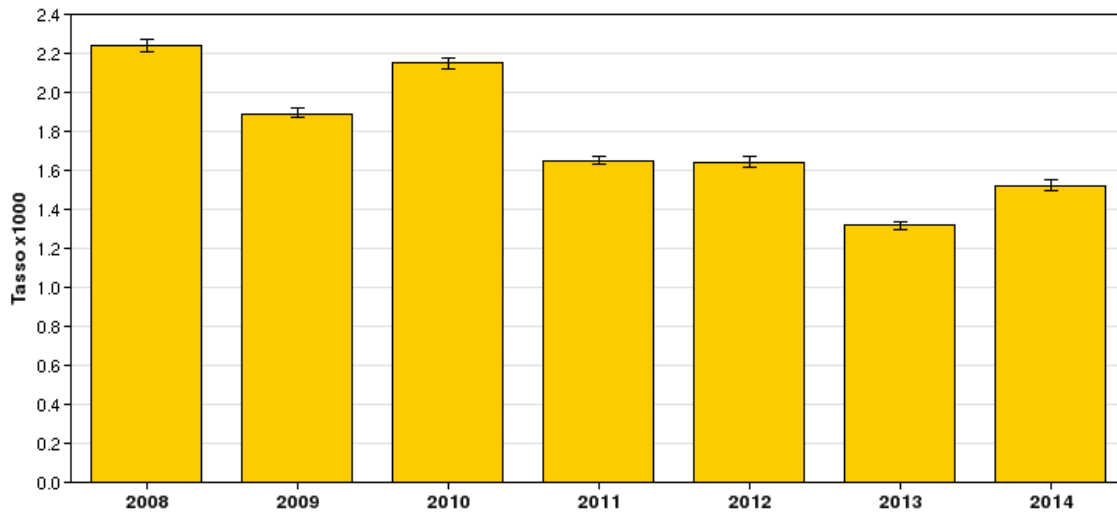
Il tasso di ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia è diminuito leggermente nel tempo, passando dal 2.8% del 2010 al 2.4% nel 2014. Questa riduzione corrisponde a circa **10.000 bambini in meno operati per un intervento ad alto rischio di inappropriately negli ultimi 4 anni, di cui 3800 nel 2014**. A fronte di un tasso medio del 2.4‰, si osserva un'elevata variabilità intra e interregionale.

OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA - 2014



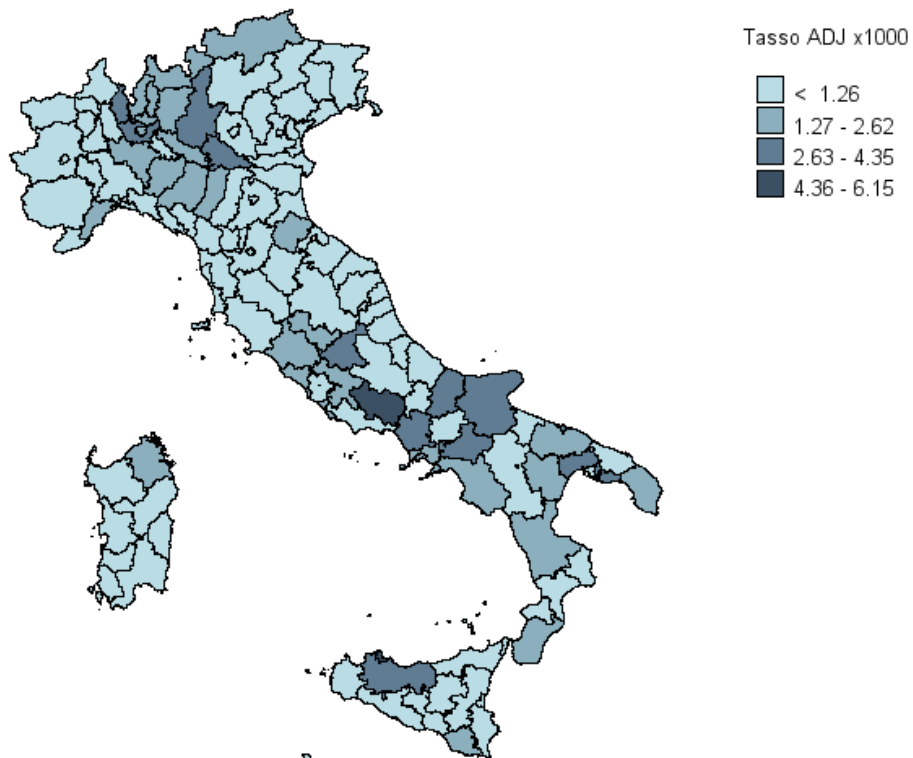


OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE PEDIATRICA - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA

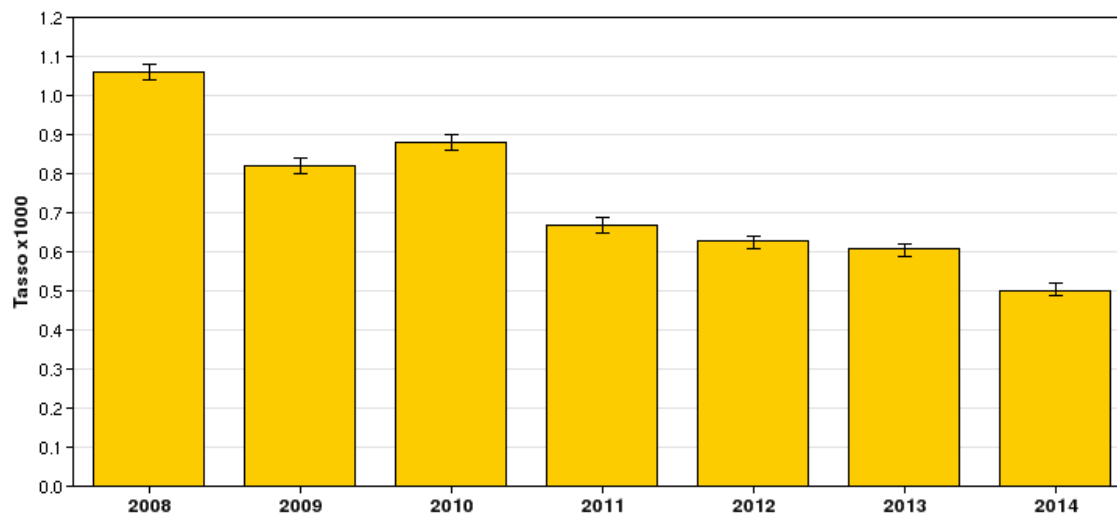


Il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica si è ridotto dal 2.1‰ nel 2010 al 1.5‰ nel 2014. Questa riduzione corrisponde a circa **24.000 bambini in meno ricoverati in ospedale, di cui 6000 nel 2014, per una condizione che non dovrebbe richiedere l'ospedalizzazione**. A fronte di un valore nazionale medio del 1,5‰ nel 2014, si osserva un'elevata variabilità intra e interregionale.

OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE PEDIATRICA - 2014



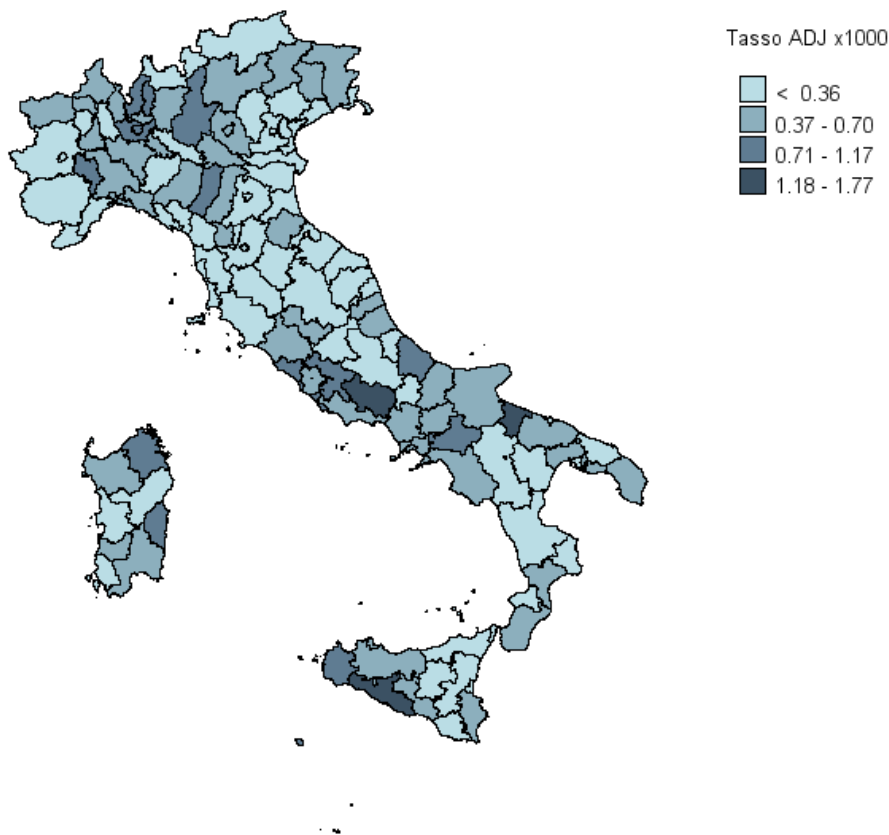
OSPEDALIZZAZIONE PER ASMA PEDIATRICO - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA



Il tasso di ospedalizzazione per asma pediatrico si è ridotto dallo 0,9 ‰ nel 2010 allo 0,5 ‰ nel 2014. Questa riduzione corrisponde a circa **11000 bambini**, di cui **3500 nel 2014**, che hanno evitato il ricovero in ospedale per una **condizione che può essere trattata a livello territoriale**.

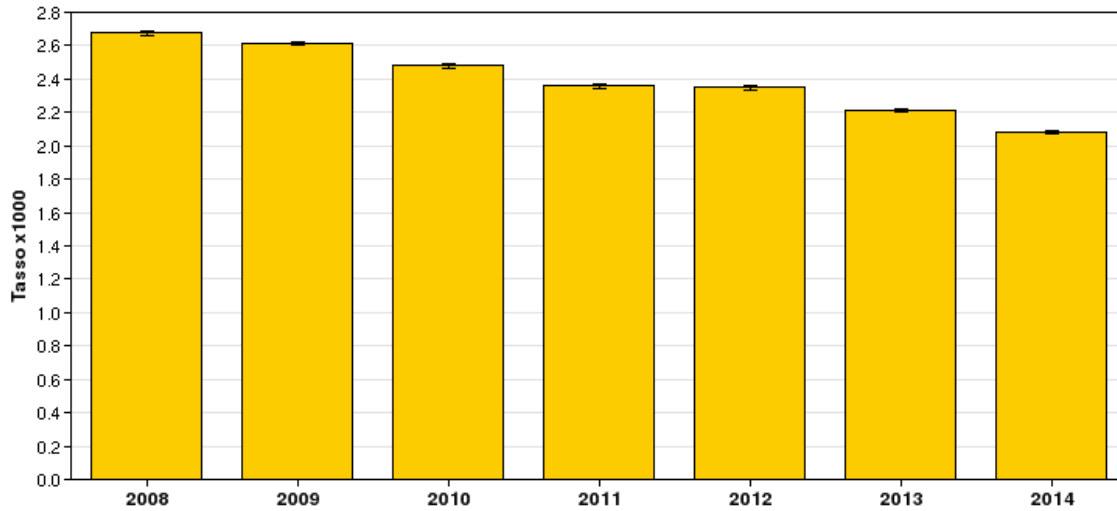
A fronte di un valore nazionale medio dello 0,5‰ nel 2014, si osserva un'elevata variabilità intra e interregionale.

OSPEDALIZZAZIONE PER ASMA PEDIATRICO – 2014



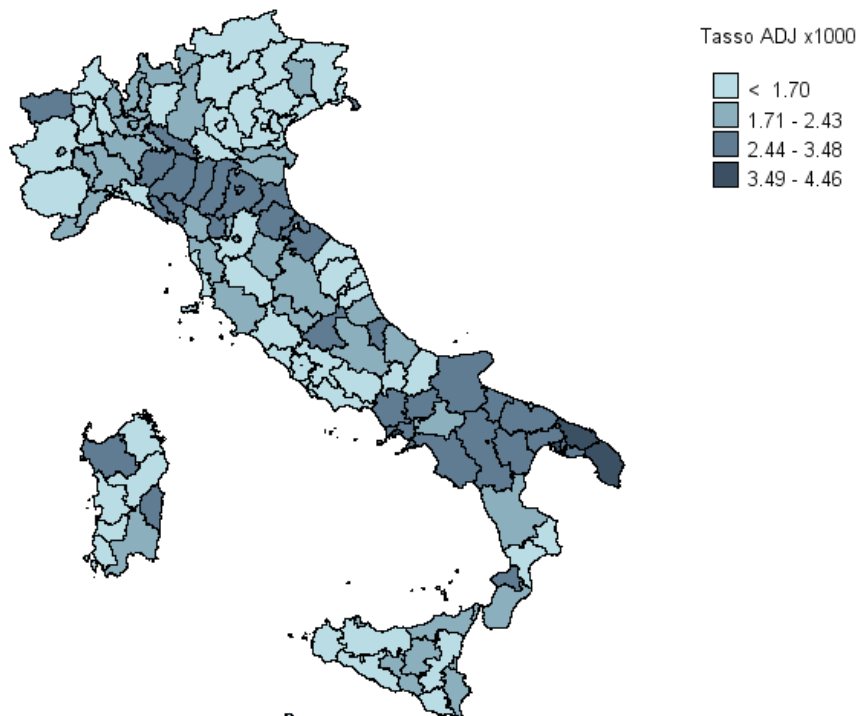


OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA



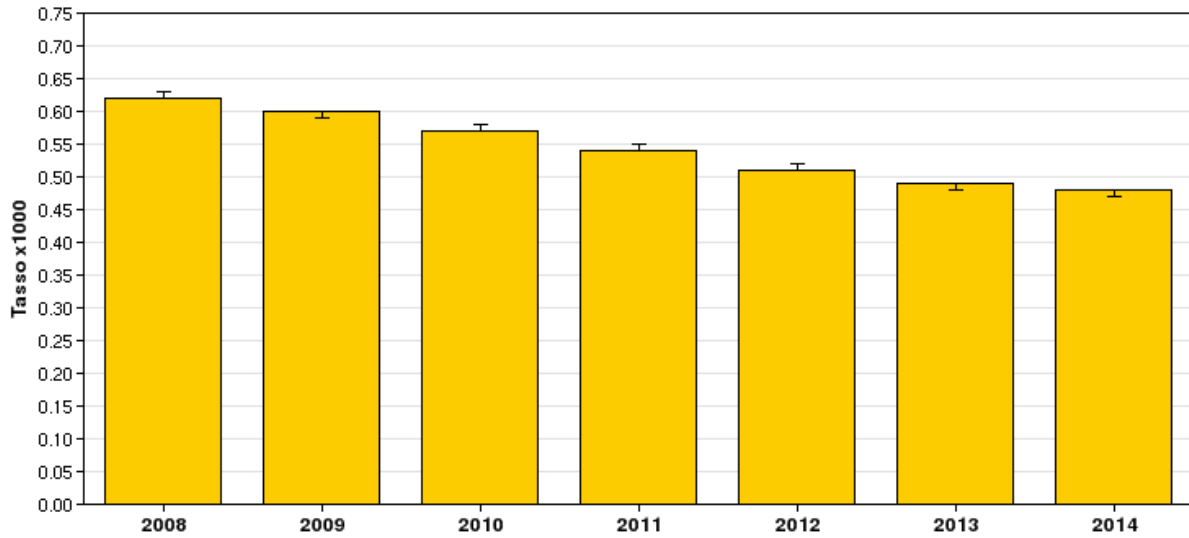
Il tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva si è ridotto progressivamente dal 2.5% nel 2010 al 2.1% nel 2014. Questa riduzione corrisponde a circa **40.000 ospedalizzazioni evitate, di cui 18000 nel 2014: persone che non sono state ricoverate per una condizione che può essere trattata efficacemente sul territorio.** A fronte di un valore nazionale medio del 2.1% nel 2013, si osserva una discreta variabilità intra e interregionale.

OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA – 2014





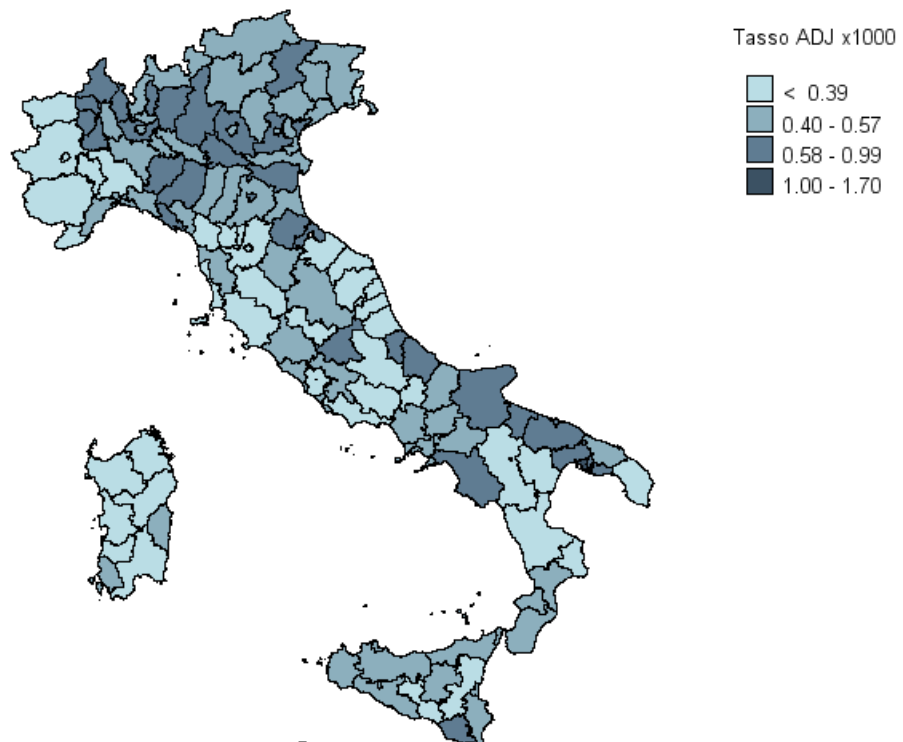
OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE A BREVE E LUNGO TERMINE DEL DIABETE - ANDAMENTI TEMPORALI ITALIA



Il tasso di ospedalizzazione per complicanze del diabete si è ridotto progressivamente dallo 0,6‰ nel 2010 allo 0,5‰ nel 2014. Questa riduzione corrisponde a circa **13.300 ospedalizzazioni evitate, di cui 4500 nel 2014: persone che non sono state ricoverate per una condizione che può essere trattata efficacemente sul territorio.**

A fronte di un valore nazionale medio dello 0,5‰ nel 2013, si osserva una discreta variabilità intra e interregionale.

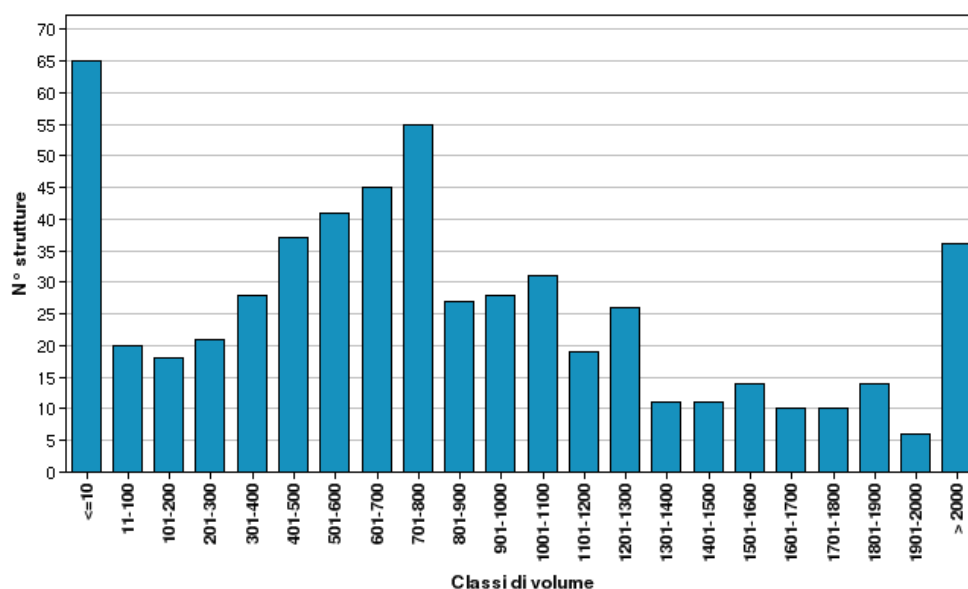
OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE A BREVE E LUNGO TERMINE DEL DIABETE – 2014



VOLUMI DI ATTIVITÀ ED ESITO DELLE CURE

Il volume di attività rappresenta una delle caratteristiche misurabili di processo che possono avere un rilevante impatto sull'efficacia degli interventi e sull'esito delle cure. Sono riportati i volumi di attività per le condizioni cliniche per le quali l'associazione tra volume di attività ed esito delle cure sia stata dimostrata in letteratura. I dati dei sistemi informativi nazionali non consentono di attribuire i volumi di attività alle singole unità operative: ne consegue che i volumi di attività possono risultare sovrastimati nel caso che una struttura ad alto volume abbia più unità operative e nel caso in cui presidi differenti abbiano lo stesso codice struttura. Le conoscenze scientifiche, da sole, non consentono di identificare per gli indicatori di volume un preciso e puntuale valore soglia, minimo o massimo. Alla scelta di "volumi minimi di attività" al di sotto dei quali non deve essere possibile erogare specifici servizi nel SSN devono necessariamente contribuire, oltre alle conoscenze sul rapporto tra efficacia delle cure e loro costi, le informazioni sulla distribuzione geografica e sull'accessibilità dei servizi.

PARTI: VOLUME DI RICOVERI - 2014



Le evidenze scientifiche sull'associazione tra volumi di parti ed esiti di salute materno-infantile mostrano un'associazione tra bassi volumi ed esiti negativi per i bambini di basso peso alla nascita.

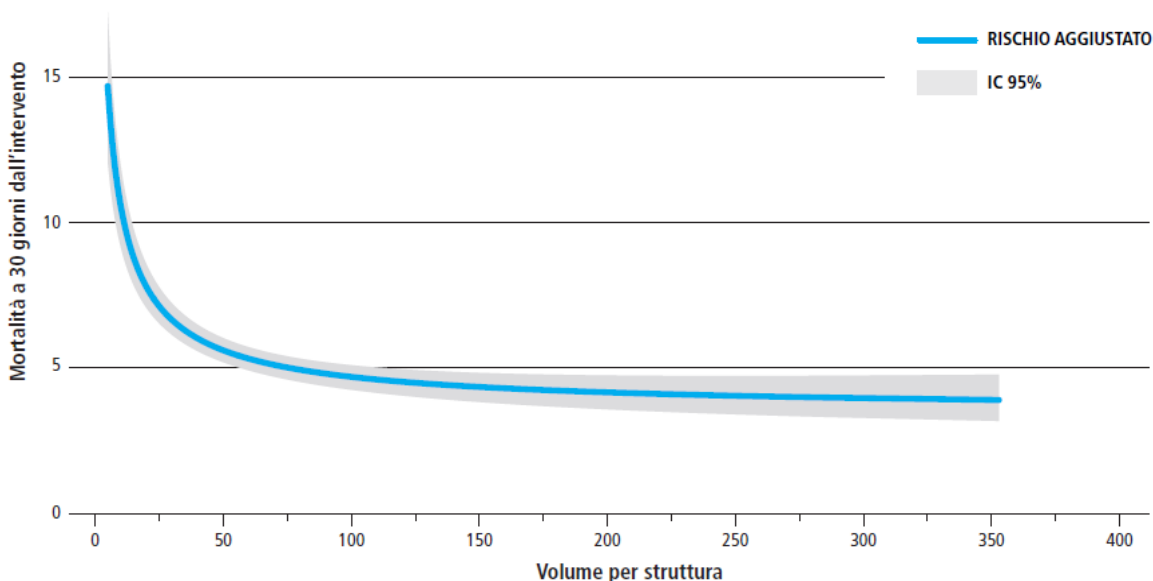
Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera rimanda all'Accordo Stato-Regioni che, già nel 2010, prevedeva la chiusura delle maternità con meno di 500 parti.

Escludendo le strutture con meno di 10 parti/anno, nel 2014 in Italia le strutture ospedaliere con meno di 500 parti/anno sono 123 (24%), le quali effettuano il 6% dei parti, di cui il 30% di cesarei primari. Nel 2010 erano 155 le strutture con meno di 500 parti, le quali eseguivano sempre il 6% dei parti totali.

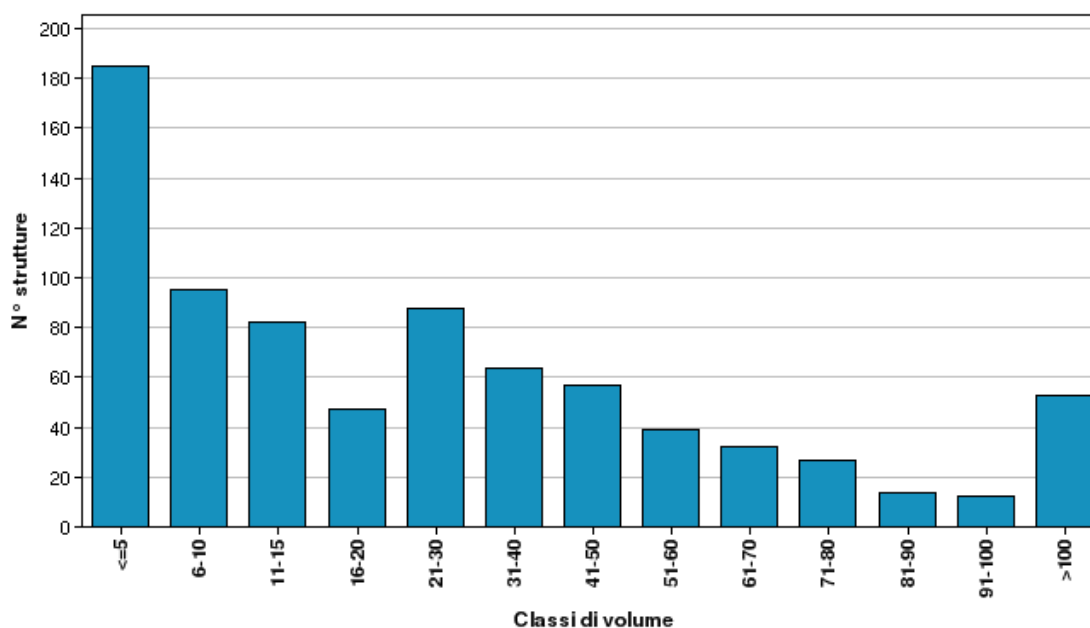
Il 70% dei parti avviene in maternità con volumi superiori a 1000 parti/anno.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON: VOLUME DI RICOVERI**CHIRURGIA DEL CANCRO AL COLON.**

ANALISI DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a raggiungere circa 50-70 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON: VOLUME DI RICOVERI – 2014

Nel 2014, in Italia, 610 strutture ospedaliere effettuano più di 5 ricoveri per TM del colon; tra queste, 177 strutture (29%) presentano un volume di attività superiore a 50 ricoveri annui, corrispondenti al 68% dei pazienti ricoverati nel 2014 per intervento sul carcinoma del colon.

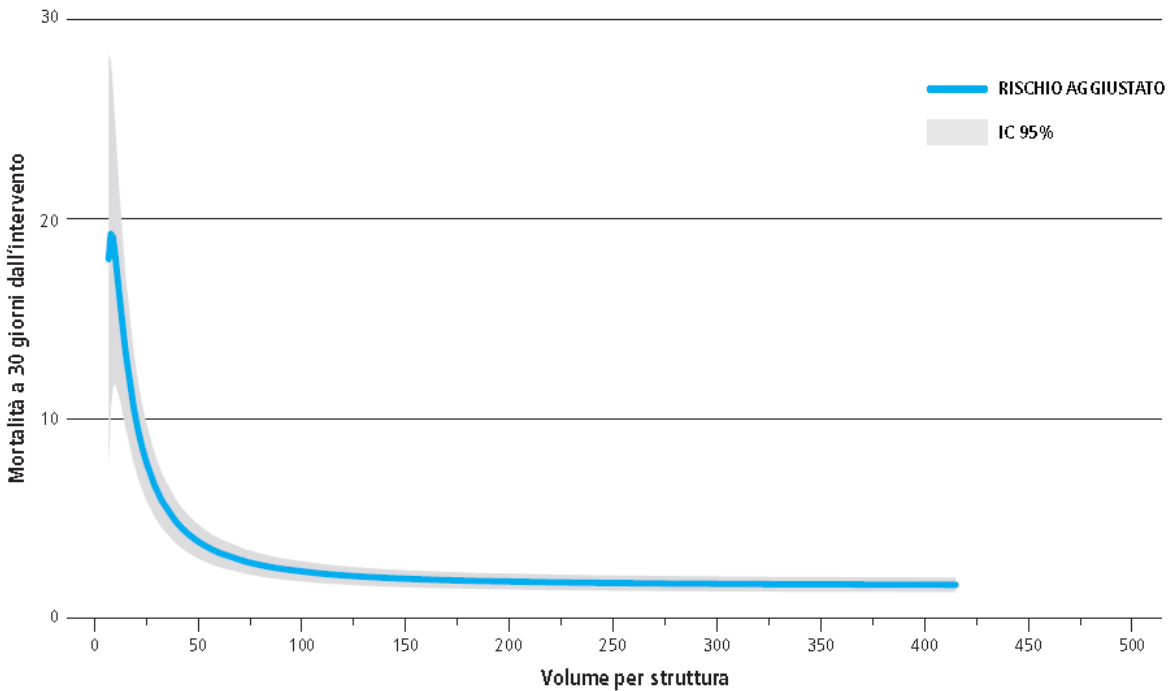
Se consideriamo i ricoveri per Unità Operativa (anziché per struttura), mentre nel 2010 la proporzione di ricoveri in reparti con volumi di attività sopra soglia era del 45%, nel 2014 la proporzione è del 50%.



INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI

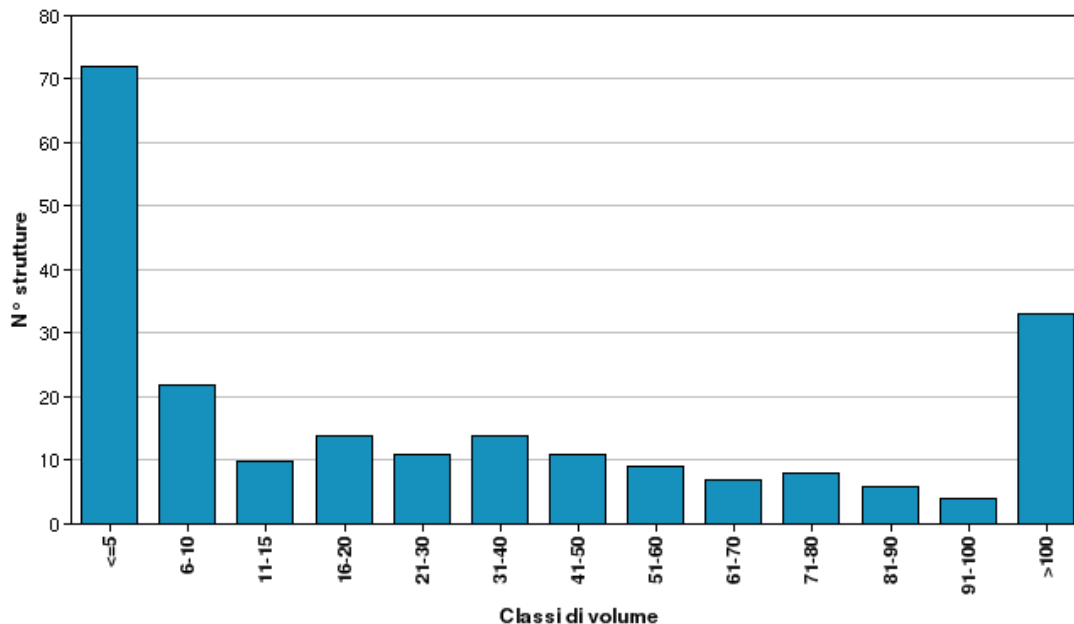
CHIRURGIA DEL CANCRO AL POLMONE.

ANALISI DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 50-70 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI - 2014

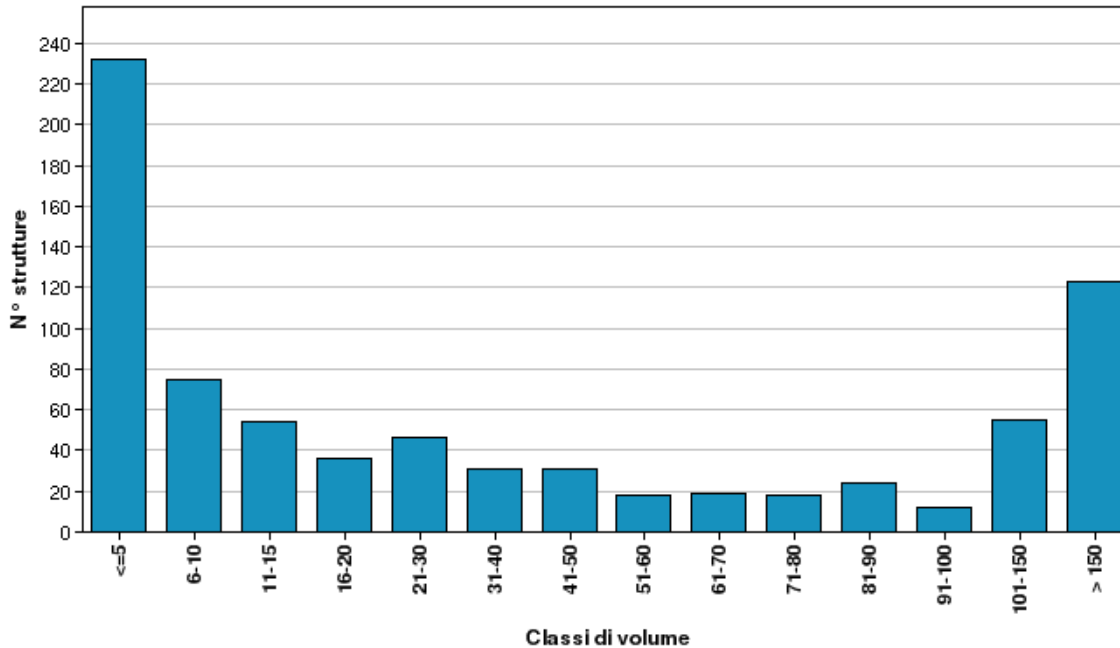


Nel 2014, in Italia, 149 strutture ospedaliere effettuano più di 5 ricoveri per TM del polmone; tra queste, 67 strutture (45%) presentano un volume di attività superiore a 50 ricoveri annui.



INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: VOLUME DI RICOVERI

Le linee guida internazionali identificano degli standard di qualità per i volumi di attività delle Breast Unit e, in particolare per quanto riguarda gli interventi chirurgici, la soglia minima considerata è di 150 interventi chirurgici/anno, soglia che è stata definita anche nel regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera.



Nel 2014, in Italia, delle 467 strutture ospedaliere che effettuano più di 10 ricoveri per il TM della mammella, 123 (26%) presentano volumi di attività superiori a 150 ricoveri annui, corrispondenti a circa il 70% dei pazienti che nel 2014 effettua un ricovero sul carcinoma della mammella.

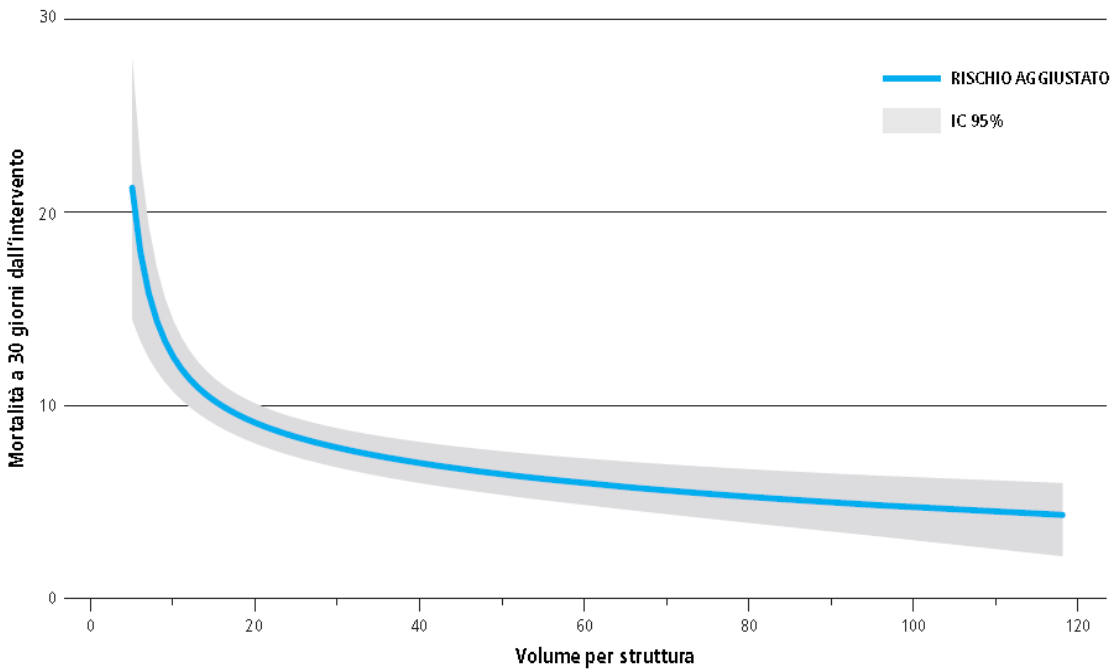
Se consideriamo i ricoveri per Unità Operativa (anziché per struttura), mentre nel 2010 la proporzione di ricoveri in reparti con volumi di attività sopra soglia era del 54%, nel 2014 la proporzione è del 62%.



INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI

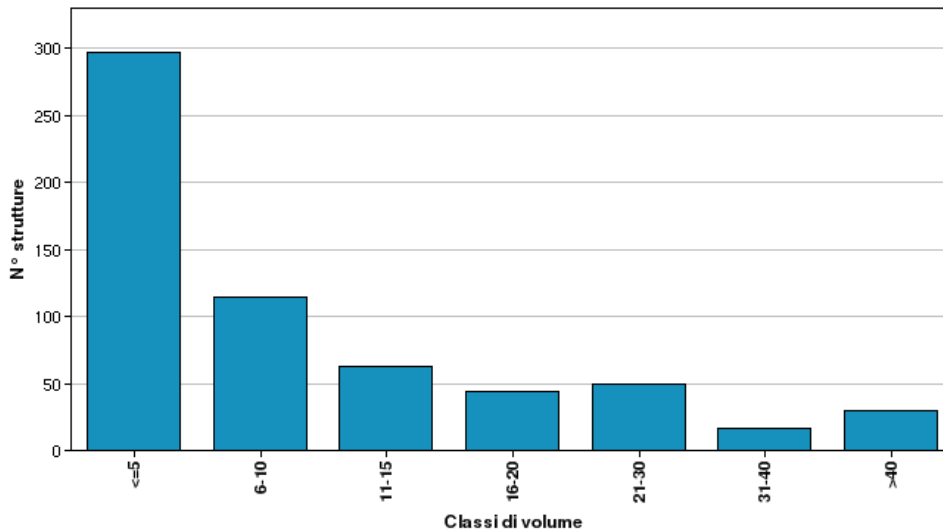
CHIRURGIA DEL CANCRO ALLO STOMACO.

ANALISI DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI - 2014



Nel 2014, in Italia, 391 strutture ospedaliere effettuano più di 3 ricoveri per TM dello stomaco; tra queste, 117 strutture (30%) presentano un volume di attività superiore a 20 ricoveri annui, corrispondenti al 59% dei pazienti ricoverati nel 2014 per intervento sul carcinoma dello stomaco.

Considerando i ricoveri per Unità Operativa (anziché per struttura), la proporzione di ricoveri in reparti con volumi di attività superiori a 20 interventi/anno si riduce al 41%.

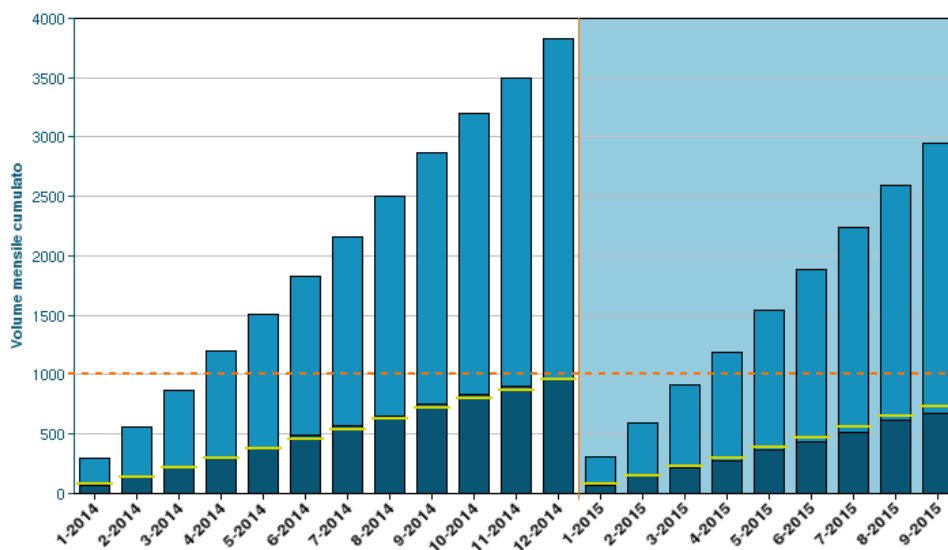
AREA "MONITORAGGIO"

All'interno della sezione "Strumenti per Audit", ciascuna struttura può registrare mensilmente i volumi di attività e confrontare i risultati con i valori soglia annuali attesi.

Si tratta di uno strumento che PNE mette a disposizione delle strutture per consentire loro di monitorare internamente i propri dati in tempo reale.

Si riporta, a titolo di esempio, il grafico relativo ai parti di una struttura.

MONITORAGGIO: ESEMPIO DI UNA STRUTTURA - 2013



NOTA: Il regolamento riguardante la "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (05 agosto 2014) applica le soglie di volume di attività per le maternità di cui all'Accordo Stato regioni 16 dicembre 2010 (minimo 500 e massimo 1000 parti annui per le maternità di I livello e minimo 1000 parti annui per le maternità di II livello). Inoltre definisce le soglie massime di 15% di tagli cesarei primari nelle maternità di I livello o comunque con <1000 parti annui e di 25% tagli cesarei primari nelle maternità di II livello o comunque con > 1000 parti annui.

..... Valore soglia annuale atteso.

— Numero massimo atteso di cesarei primari.

■ Cesarei primari osservati

Oltre che per il monitoraggio dei volumi dei parti (e dei volumi di cesarei primari), lo strumento è previsto anche per la verifica dei volumi di interventi chirurgici per TM della mammella, per i volumi di colecistectomie laparoscopiche e per i volumi di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica (e di angioplastiche primarie in IMA Stemi).

La sezione è in corso di implementazione e a breve il monitoraggio verrà esteso agli indicatori di esito.