



Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2016

[ITA](#) [ENG](#)

[INTRODUZIONE](#)
[FONTI](#)
[METODI](#)
[APPENDICE](#)

Programma Nazionale Esiti - PNE

PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo

"PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi."

APP

PNE APP

[App Store](#)
[Google-play](#)

PNE INFORMA

Taglio cesareo
Cosa sapere

Infarto
Numero minimo di ricoveri raccomandati?

Colecistectomia
Numero minimo di interventi?

FORMAZIONE

- Formazione ECM
- Tutorial
- Panoramica del sito

NOVITA 09/09/2016 - PNE edizione 2016 - Aggiornato dati al 2015 [leggi tutto...](#)

Benvenuto/a basigliani@agenas.it [Esci](#)

Struttura Ospedaliera/ASL

Sintesi per Struttura/ASL

Strumenti per audit

S.I. Emergenza Urgenza

Sperimentazioni regionali

Centro cooperativo PNE

[@ Contatti: Help desk PNE](#)
[agenas](#)





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 o committenza, 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, definizione degli indicatori, 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.

Le misure di PNE sono 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 o pagelle. Nella nuova edizione sono disponibili le valutazioni sintetiche per struttura, specifiche per area clinica.



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 utilizzare 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.**
- Ogni indicatore di esito misura caratteristiche diverse del processo assistenziale e ha peso diverso in termini di rilevanza del problema e impatto sulla salute. Nella edizione 2016 sono state inserite le valutazioni sintetiche di struttura specifiche per area clinica (**treemap**). Per tutti gli indicatori inclusi nella valutazione sintetica sono state individuate le strutture con valori estremi. Tali strutture sono selezionate per i programmi di audit sulla qualità dei dati sanitari e clinico/organizzativi.
- 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 (es. 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 miglioramento progressivo osservato in termini di valori medi nazionali mostra però una sempre maggiore distanza tra le aree del nord e quelle del sud del Paese.
- **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.** Nell'edizione 2016 sono state introdotte delle infografiche per la rappresentazione della associazione tra volumi di attività ed esito e per la valutazione della qualità di assistenza al parto.
- Le attività di audit condotte negli ultimi anni hanno dimostrato l'importanza di condurre valutazioni sulla qualità dei dati dei sistemi informativi sanitari e di attivare processi di audit clinico ed organizzativo. La collaborazione con le **società scientifiche** si è dimostrata essenziale per allargare gli ambiti di valutazione, per garantire processi di audit indipendenti e per proporre linee guida per la codifica di diagnosi e procedure nei 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.**
- Il Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", previsto dalla Spending review del 2012, identifica, le soglie minime di esito e di volume di attività di alcune attività cliniche. Il Decreto stabilisce che tali soglie si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati e che "le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma nazionale esiti (PNE) di Agenas". E' prevista inoltre una revisione di tali soglie sulla base delle evidenze disponibili.
- Il DM 21 giugno 2016, adottato in applicazione dell'articolo 1, commi 524-530 della Legge di Stabilità, disciplina i "Piani di efficientamento e riqualificazione" e prevede che il Programma Nazionale Esiti (PNE) renda disponibile, in un'area riservata del sito web dedicato, la valutazione di ciascuna struttura ospedaliera e la metodologia applicata.



L'edizione 2016 di PNE sui dati aggiornati al 2015 analizza 165 indicatori: 66 di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione.

NOVITA' DELL'EDIZIONE 2016

Le novità più rilevanti rispetto alle precedenti edizioni del Programma riguardano:

- l'introduzione di nuovi indicatori nell'area ortopedica, pediatrica e angiologica;
- la pubblicazione di analisi sintetiche delle strutture ospedaliere;
- il potenziamento degli strumenti di audit per l'identificazione di problematiche relative alla qualità dei dati utilizzati per il calcolo degli indicatori del PNE;
- l'aggiornamento del corso di formazione a distanza, accreditato ECM, in grado di supportare gli operatori nella comprensione e nel corretto utilizzo dei risultati del PNE
- la possibilità di scaricarsi l'App del Programma
- l'inserimento di strumenti di infografica

Nuovi indicatori

La valutazione dell'area clinica ortopedica è stata ampliata con l'introduzione di 8 nuovi indicatori relativi all'attività protesica per l'anca, la spalla e il ginocchio: oltre ai volumi di attività, PNE valuta le riammissioni a 30 giorni dall'intervento e il tasso di revisione a due anni dal primo intervento di artroprotesi.

Per quanto riguarda l'angiologia, la nuova edizione del PNE valuta ospedalizzazioni, volumi ed esiti dei ricoveri per le arteriopatie.

Infine, in area pediatrica, sono stati definiti indicatori relativi alle attività di cardiocirurgia, chirurgia generale e otorinolaringoiatria.

Valutazione sintetica delle strutture: i TREEMAP

La novità più rilevante dell'edizione 2016 del PNE sono i **Treemap**, che consentono una **analisi sintetica** per area clinica, calcolata tenendo conto della validità e del peso differente di ciascun indicatore.

Treemap: METODOLOGIA

Gli ambiti assistenziali ospedalieri considerati nella **valutazione sintetica** riguardano 7 aree cliniche: **cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto e osteomuscolare.**

Per ogni stabilimento ospedaliero, il treemap (Fig.1) è costruito in modo tale che l'area del rettangolo di ogni area clinica sia proporzionale al totale dell'attività complessiva delle 7 aree cliniche considerate.

Per lo stabilimento in Fig.1, l'area cardiocircolatoria rappresenta il 18.2% dell'attività delle 7 aree cliniche della struttura.

I volumi di attività sono calcolati considerando i ricoveri in regime ordinario con degenza maggiore di 1 giorno relativi a tutta l'attività non esclusivamente diagnostica di quell'area clinica.

La valutazione di ciascun area clinica e la corrispondente attribuzione del colore, è stata effettuata sulla base degli indicatori del PNE maggiormente rappresentativi dell'area. A ciascun indicatore è stato attribuito un peso proporzionale alla sua rilevanza e validità nella corrispondente area clinica.

Per ogni indicatore sono state identificate un massimo di 5 classi di valutazione, attribuendo a ciascuna classe un punteggio da 1 (aderenza molto alta a standard di qualità) a 5 (aderenza molto bassa a standard di qualità). Le classi di valutazione sono state definite in base alle soglie individuate nel Decreto Ministeriale sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera o alle evidenze della letteratura scientifica di riferimento o alla distribuzione osservata tra le varie strutture ospedaliere (Fig.2)

Il punteggio di ciascuna area clinica è ottenuto come media ponderata delle classi di valutazione (punteggio discreto da 1 a 5) degli indicatori rappresentativi dell'area.

Per gli indicatori che riguardano il parto, la colecistectomia e gli interventi chirurgici per tumore maligno della mammella, il volume di attività è utilizzato come criterio principale di valutazione: agli stabilimenti ospedalieri con un volume di attività inferiore al valore soglia predefinito è attribuita la classe di valutazione più bassa, indipendentemente dal valore dell'indicatore.

Fig. 1 Esempio treemap

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

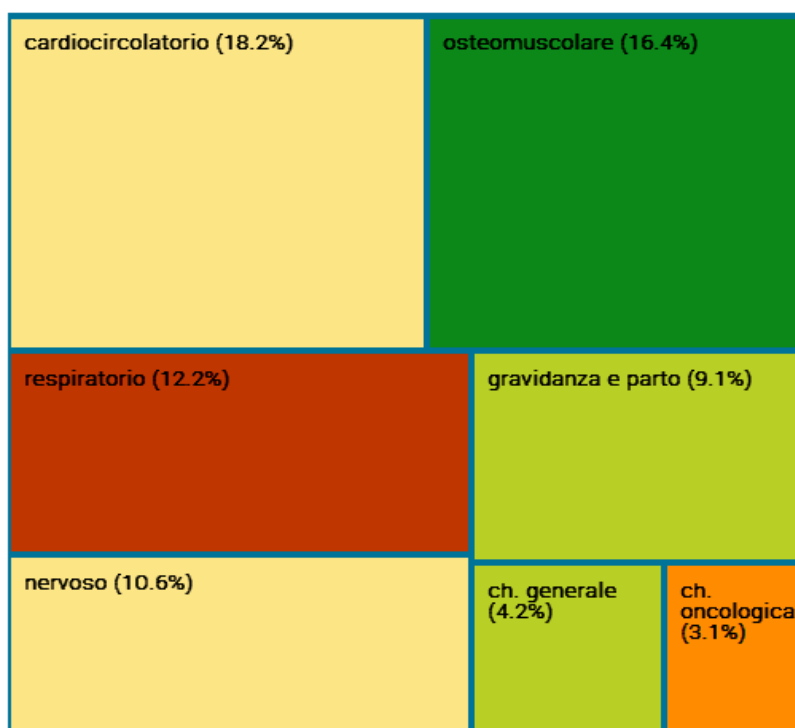


Fig.2 indicatori maggiormente rappresentativi, pesi e soglie delle classi di valutazione

Standard di qualità

				MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
				1	2	3	4	5
Area clinica	Indicatore	Peso (%)						
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 giorni	30	%	≤ 6	6-8	8-12	12-14	> 14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15	%	≥ 60	45-60	35-45	25-35	< 25
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	10	%	≤ 6	6-9	9-14	14-18	> 18
	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni	20	%	≤ 1.5		1.5-4		> 4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	15	%	≤ 1.5		1.5-4		> 4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	10	%	≤ 1		1-3		> 3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	75	%	≤ 8	8-10	10-14	14-16	> 16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25	%	≤ 1.5		1.5-3.5	3.5-5	> 5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	100	%	≤ 5	5-7	7-12	12-16	> 16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50	%	≥ 80	70-80	60-70	50-60	< 50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita > 90 casi	50	%	=100	80-100	50-80	30-50	< 30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	33	%	=100	80-100	50-80	30-50	< 30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17	%	≤ 5	5-8	8-12	12-18	> 18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	17	%	≤ 0.5		0.5-3		> 3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	8	%	≤ 2	2-4	4-7	7-10	> 10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	25	%	≤ 1	1-3	3-6	6-8	> 8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80	%	≤ 15	15-25	25-30	30-35	> 35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10	%	≤ 0.20		0.20-0.70		> 0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10	%	≤ 0.30		0.30-1.2		> 1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90	%	≥ 70	60-70	50-60	40-50	< 40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10	gg	< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8

Treemap: sintesi dei risultati

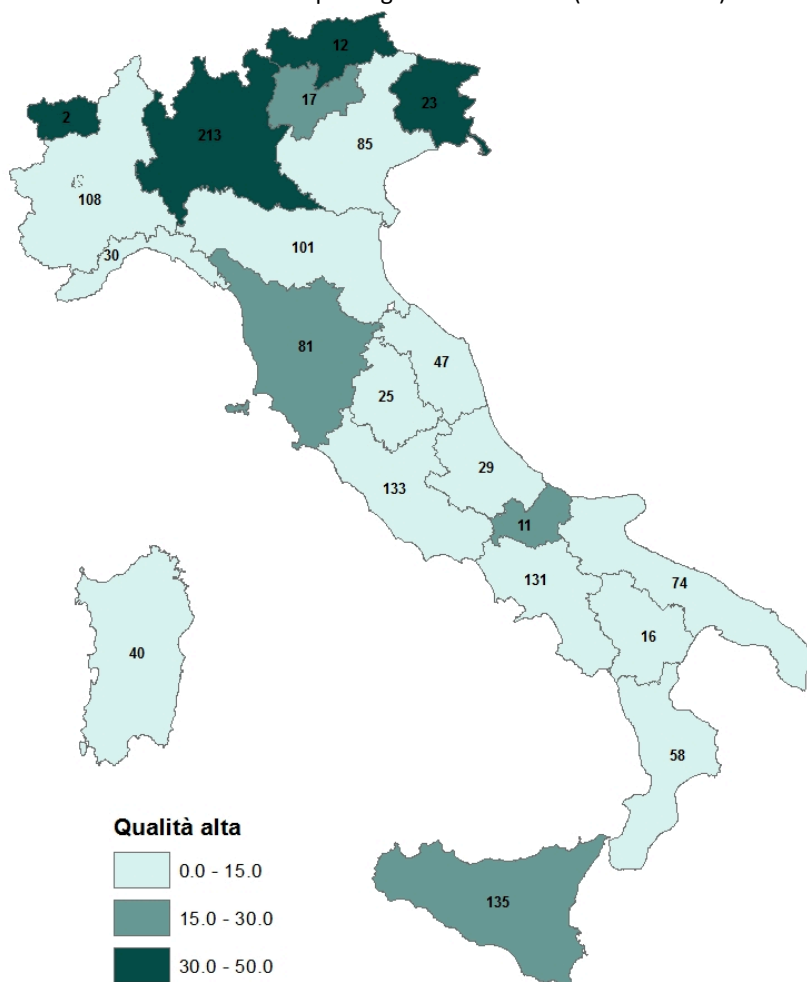
In Fig.3 è possibile visualizzare, per ciascuna regione, la proporzione di strutture ospedaliere che nel 2015 presentano, sulla base degli standard descritti in Fig. 2, livelli di qualità alti o molto alti, in almeno la metà dell'attività valutata della struttura.

Ad esempio, tra il 15% e il 30% delle strutture toscane presenta livelli di qualità alti o molto alti in almeno il 50% della propria attività.

Nel 2015, a livello nazionale, le strutture che raggiungono livelli di qualità alti o molto alti sono il 14,7% del totale delle strutture valutate nel PNE.

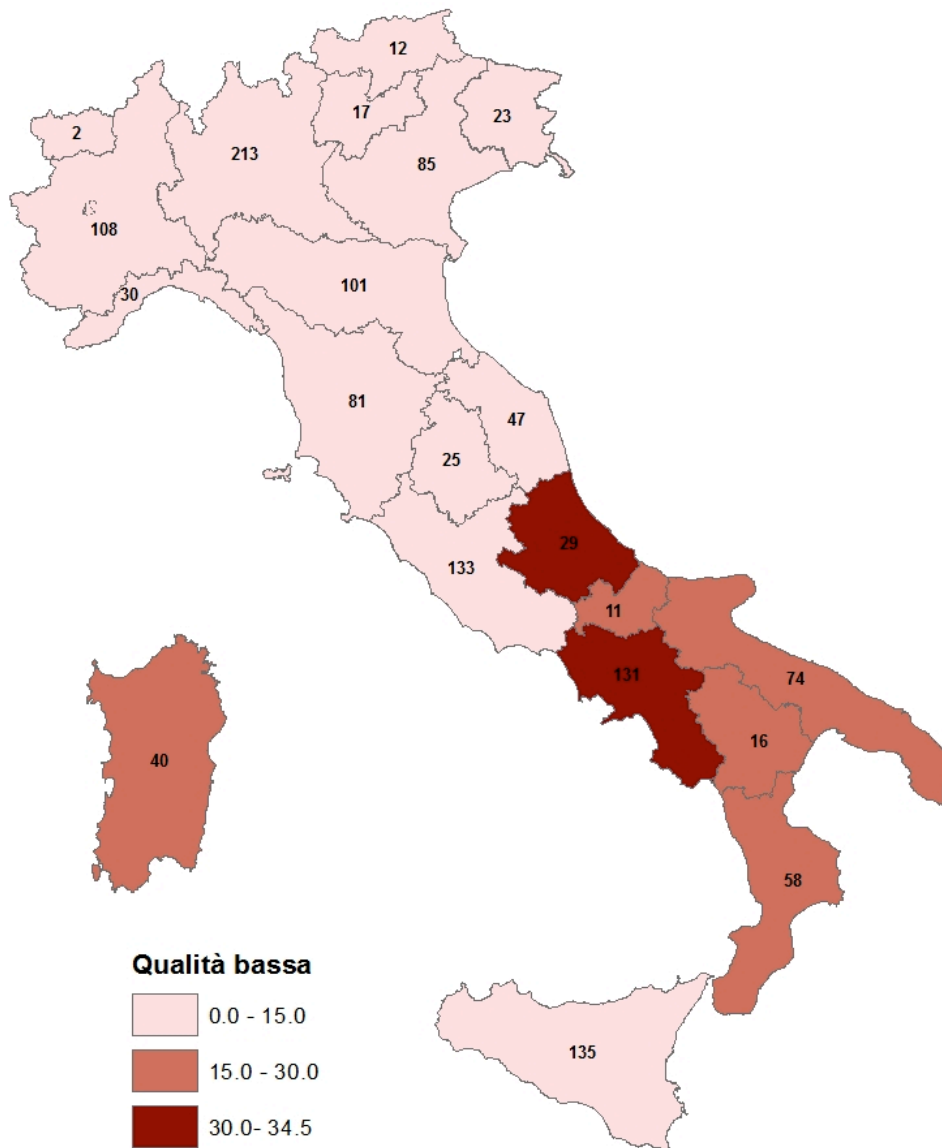
Se gli stessi criteri fossero stati applicati nel 2010, le strutture sarebbero state meno del 9%.

Fig. 3. Strutture ospedaliere con livelli di qualità alti/molto alti, sulla base degli standard di PNE, per almeno il 50% della attività valutata. Analisi per regione. Italia 2015 (PNE ed 2016).



In Fig.4 è riportata la percentuale di strutture con livelli bassi o molto-bassi di qualità in almeno il 50% dell'attività valutata. A fronte di una media nazionale del 10%, in Campania e in Abruzzo sono circa 1/3 le strutture con livello di qualità basso o molto basso.

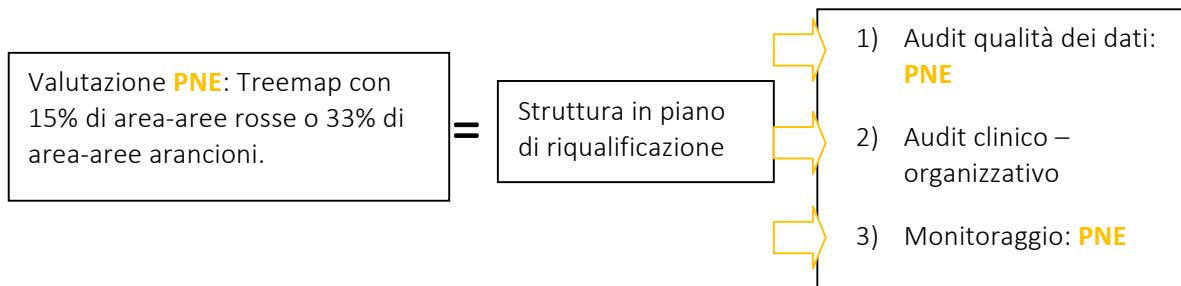
Fig. 4 Strutture ospedaliere con livelli di qualità bassi/molto bassi, sulla base degli standard di PNE, per almeno il 50% della attività valutata. Analisi per regione. Italia 2015 (PNE ed 2016)



I PIANI DI RIQUALIFICAZIONE e gli STRUMENTI conoscitivi e operativi del PNE

Il DM del 21 giugno 2016, adottato in applicazione dell'articolo 1, commi 524-530 della Legge di Stabilità, disciplina i "Piani di efficientamento e riqualificazione e prevede che il Programma Nazionale Esiti (PNE) renda disponibile, in un'area riservata del sito web dedicato, la valutazione di ciascuna struttura ospedaliera e la metodologia applicata. Il piano di riqualificazione si articola in una fase di verifica della qualità della codifica nei Sistemi Informativi Sanitari delle informazioni contenute nella documentazione clinica, condotta **in sinergia con le attività sistematiche di audit sulla qualità dei dati del PNE**; in una fase di audit clinico-organizzativo e in una fase di pianificazione e programmazione degli interventi correttivi.

Per la verifica dei propri esiti e dell'andamento del piano di miglioramento le strutture possono avvalersi degli strumenti di **monitoraggio** disponibili sul sito web del PNE, il quale fornirà la valutazione finale dei risultati conseguiti.



1) Audit qualità dei dati: **PNE**

Di fronte a un risultato critico, il primo step è la verifica dei dati utilizzati per l'elaborazione di quel risultato.

Oltre a fornire gli strumenti di valutazione sintetica delle strutture ospedaliere, ai fini dell'identificazione degli stabilimenti in piano di riqualificazione, PNE mette a disposizione, in un'apposita area riservata, gli strumenti di supporto alle attività di verifica della qualità dei dati riportati dalle strutture.

PNE, ogni anno, segnala le strutture con valori anomali di alcuni indicatori; **nell'edizione 2016 sono segnalate tutte le strutture che hanno valori estremi (troppo alti o bassi) per tutti gli indicatori inclusi nella valutazione sintetica.**

Nell'area "strumenti per audit" è stata prevista una sezione "**validazione**", per guidare la struttura nel percorso di audit sulla qualità dei dati.

Le misure di PNE si basano sull'utilizzo dei dati dei sistemi informativi sanitari e di conseguenza la validità delle stime prodotte dipende fortemente dalla qualità dei dati utilizzati per la loro elaborazione. L'attività di audit è utile a far emergere errori nella codifica delle informazioni cliniche utilizzate per il calcolo degli indicatori PNE. Nell'esempio riportato (Es 1), la struttura segnalata per alta mortalità a 30 giorni da un ricovero per scompenso cardiaco, ha individuato, attraverso un controllo della documentazione clinica, un sistematico errore di codifica della diagnosi principale. Tale errore ha comportato l'inclusione nel calcolo dell'indicatore di ricoveri la cui diagnosi principale riguardava patologie diverse dallo scompenso cardiaco e caratterizzate da elevata mortalità.

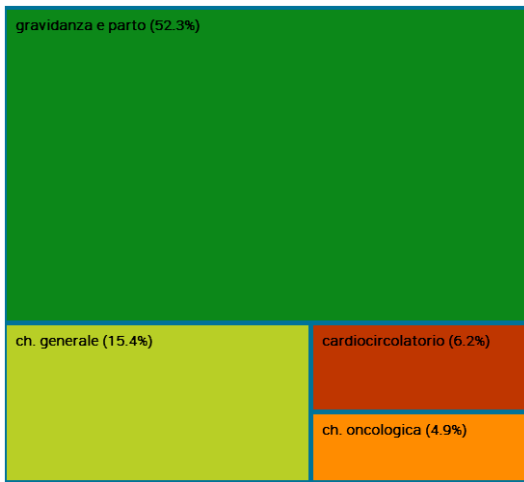
2) Audit clinico – organizzativo

Nel momento in cui, a seguito del processo di audit, viene confermata la codifica, la struttura è chiamata a eseguire un audit clinico-organizzativo, intorno ai possibili elementi organizzativi, operativi, strutturali del percorso clinico-assistenziale che possono essere determinanti dell'esito (Es.2).

In questo processo di analisi delle criticità e di miglioramento degli esiti clinici, la struttura può avvalersi degli strumenti di monitoraggio messi a disposizione dal PNE.

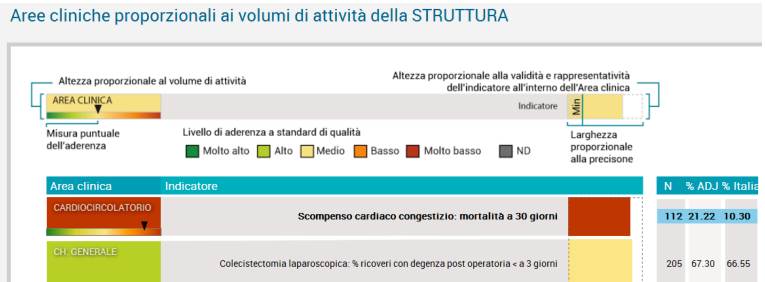
3) Monitoraggio: **PNE**

Nel sito PNE è disponibile uno strumento di monitoraggio che, attraverso l'inserimento periodico dei dati di attività,



indicatori, i propri volumi ed esiti rispetto alle soglie attese.

Es1. Esempio di verifica di errore di codifica qualità dei dati



consente alle strutture di valutare autonomamente, per alcuni

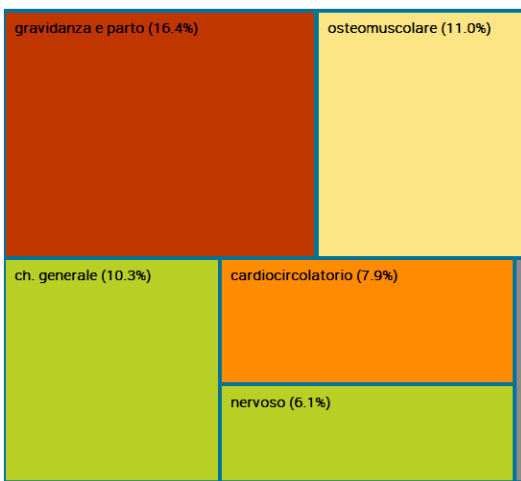
PARERE DI AUDIT (i risultati, la relativa analisi e gli scostamenti):

Dall'analisi delle 130 cartelle cliniche è stato possibile procedere alla correzione delle codifiche diagnosi di 30 SDO. Il campione risulta così ridotto a 100 cartelle con diagnosi principale di scompenso.

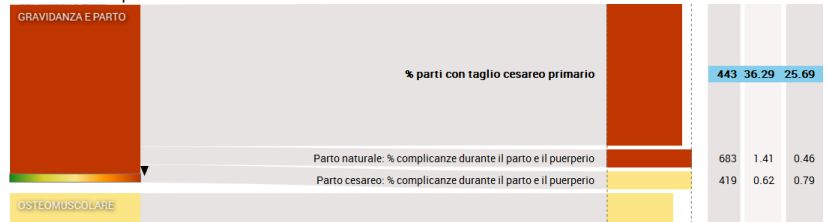
Nelle 30 cartelle riviste, la diagnosi principale (patologia che ha assorbito il maggior quantitativo di risorse) è stata ricondotta a:

- polmonite (10 casi, di cui 2 di polmonite ab ingestis e 1 con errore materiale di codifica)
- BPCO (6 casi documentati alla spirometria)
- bronchite acuta (3 casi)
- insufficienza respiratoria (3 casi)
- cuore polmonare cronico e flutter atriale (2 casi ricoverati in cardiologia)
- cirrosi, gastroenterite, neoplasia, versamento pleurico (4 casi)
- setticemia e shock settico (2 casi)

In ogni caso, in pressoché tutti i Pazienti, la patologia acuta di base aveva contribuito a far precipitare uno SCC da considerarsi in questi casi secondario e non causa principale del ricovero.



Es2. Esempio di conferma corretta codifica





PARERE DI AUDIT (i risultati, la relativa analisi e gli scostamenti):

- _ Il confronto dato Agenas-dato SDO ha dato esito di congruenza del 100%.
- _ L'analisi della correttezza di codifica ha dato esito di correttezza di codifica ad eccezione di 1 cartella in cui è stato indicato il TC che in realtà è stato un parto naturale
- _ La percentuale di TC primari, alta rispetto alla media nazionale, è dato noto in azienda ma meritevole di analisi con i clinici

OBIETTIVI (definizione in termini di miglioramento):

- _ attuazione di audit con i clinici per analisi delle motivazioni al TC primario

PRINCIPALI ACCERTAMENTI (utilizzo di standard, criteri e indicatori):

- _ utilizzo metodologia dell'audit clinico
- _ analisi dati di letteratura

AZIONI NECESSARIE (attività da attuare risorse necessarie, responsabili e tempi):

- _ analisi della documentazione dei casi di TC primario
- _ analisi della motivazioni al TC
- _ individuazione di eventuali punti critici e proposta di azioni di miglioramento
- _ responsabilità della Direzione Medica di Presidio: definizione del percorso di audit e supporto metodologico nello svolgimento dello stesso
- _ responsabilità del Direttore di UO: analisi delle cartelle e delle motivazioni al TC e individuazione delle criticità

FAD: RISULTATI e POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

Negli anni passati sono state attivate due edizioni del corso ECM di formazione a distanza, sviluppate in collaborazione con Zadig. Alle due edizioni del corso hanno partecipato 100 mila operatori sanitari e sono stati erogati oltre 1 milione e 200 mila crediti ECM.

Le informazioni del PNE, caratterizzate da alta complessità tecnico-scientifica sono destinate a un pubblico esperto, coinvolto a vari livelli nell'organizzazione, gestione ed erogazione delle cure.

Il corso FAD è stato revisionato e integrato con contenuti aggiornati, anche in relazione ai nuovi ruoli che la normativa attribuisce al Programma, in modo da accompagnare e supportare l'utente nella corretta identificazione e interpretazione delle informazioni di interesse. Il corso FAD ha l'obiettivo di fornire strumenti utili a un'agevole navigazione sul sito web, alla corretta lettura dei risultati del PNE, a un efficace utilizzo degli strumenti di monitoraggio e di audit messi a disposizione anche fornendo alcuni elementi base di metodologia epidemiologica e statistica applicata alla valutazione di esito.

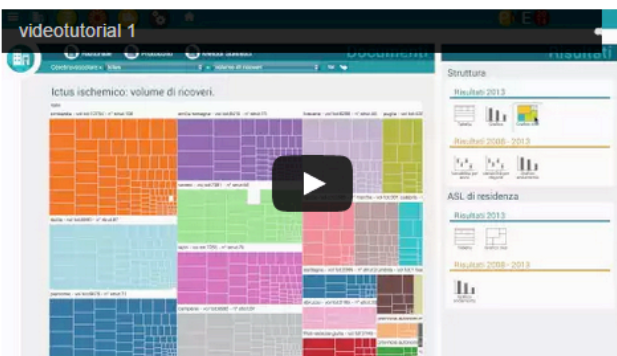
Il nuovo corso FAD del PNE verrà attivato a partire da gennaio 2017. Il corso è stato rivisitato e integrato con opportuni elementi formativi, metodologici e applicativi, appositamente dedicati alla comprensione e all'utilizzazione degli strumenti del PNE a supporto delle attività di audit sulla qualità dei dati e dei Treemap.

Fig. 5: i tutoriale del corso di formazione a distanza del PNE

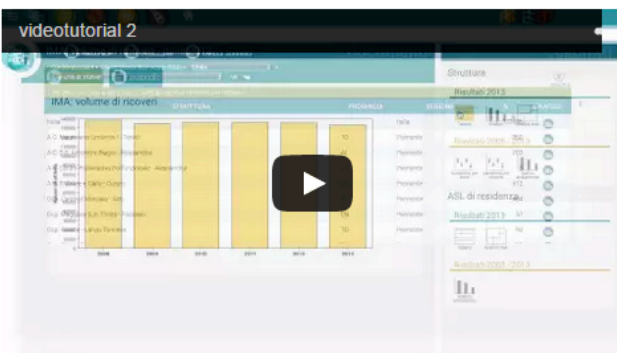


Tutorial

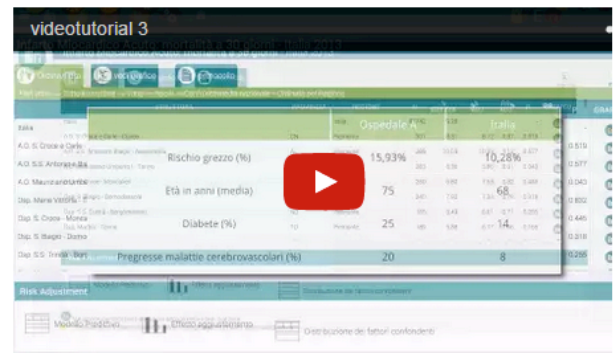
1 Gli strumenti di ricerca



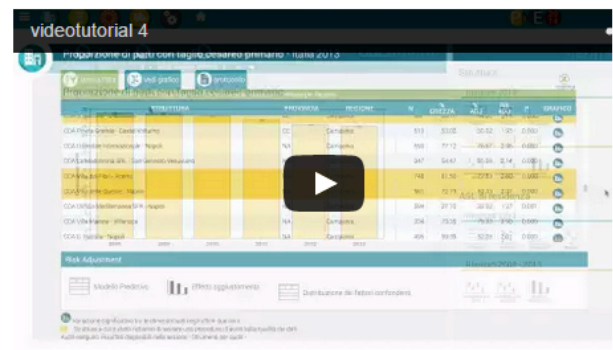
2 Analisi dei risultati



3 Gli strumenti delle statistica



4 Come si usano i dati PNE



INFOGRAFICHE

In merito all'associazione tra volumi di attività ed esito e alla valutazione della qualità di assistenza al parto, è stato introdotto, nell'edizione 2016, materiale infografico, quale forma comunicativa semplice ed efficace in grado di trasmettere contenuti complessi in modo diretto e immediato. Si tratta di strumenti inseriti per aiutare l'utente meno esperto ad assumere dimestichezza con gli aspetti della misurazione; a comprendere alcune tematiche della valutazione di esito; a desumere dalle informazioni di esito informazioni implicite sulla qualità e a comprendere il valore applicativo dei risultati PNE.

Fig. 6: L' APP del PNE e gli strumenti di infografica



APP



PNE INFORMA

<p>Taglio cesareo Cosa sapere</p> 	<p>Infarto Numero minimo di ricoveri raccomandati?</p> 	<p>Colecistectomia Numero minimo di interventi?</p> 
---	---	---





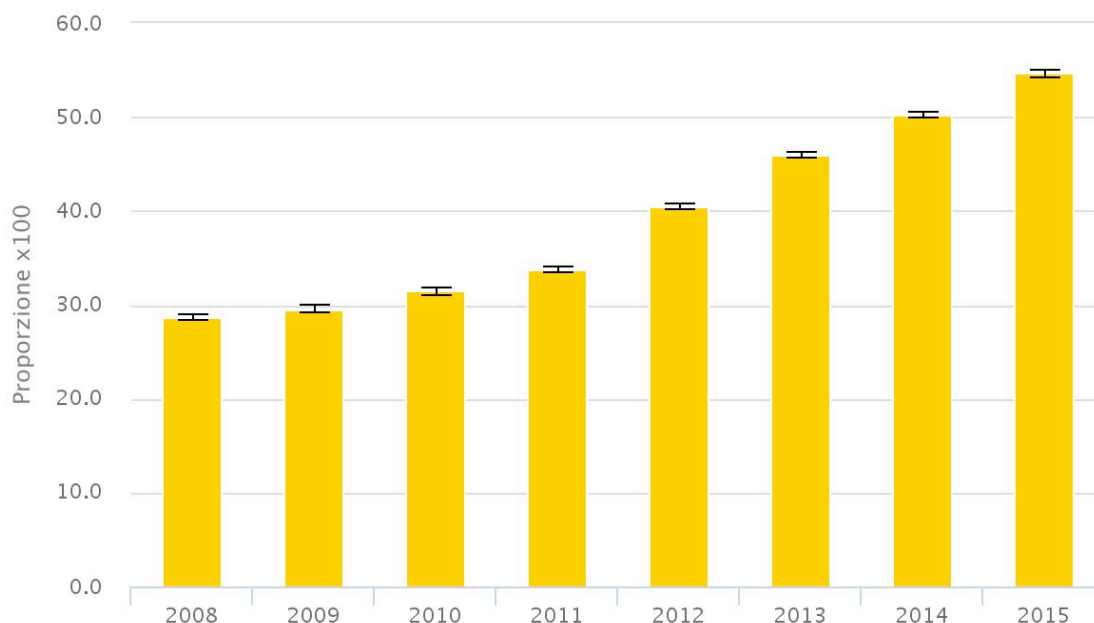
RISULTATI DELL'EDIZIONE 2016: I PRINCIPALI CAMBIAMENTI

I risultati del Programma Nazionale Esiti (PNE) sono pubblicati sul sito web dedicato <http://95.110.213.190/PNEed16/index.php>

Si riportano di seguito alcuni risultati.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, ITALIA 2008 - 2015



La proporzione di fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età operate entro due giorni è passata dal 31% del 2010 al 55% del 2015, restando ancora al di sotto dello standard internazionale atteso, superiore all'80%.

Si stima che negli ultimi 5 anni siano circa 80.000 i pazienti che hanno beneficiato dell'intervento tempestivo, di cui 28.000 nell'ultimo anno. Oltre ad un evidente beneficio di salute questo risultato si associa anche ad un vantaggio in termini di risorse impiegate con più di 670.000 giornate di degenza risparmiate, di cui 200.000 nel 2015.

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, con valori massimi che scendono dagli 11 giorni del 2013 ai 9 giorni del 2015.

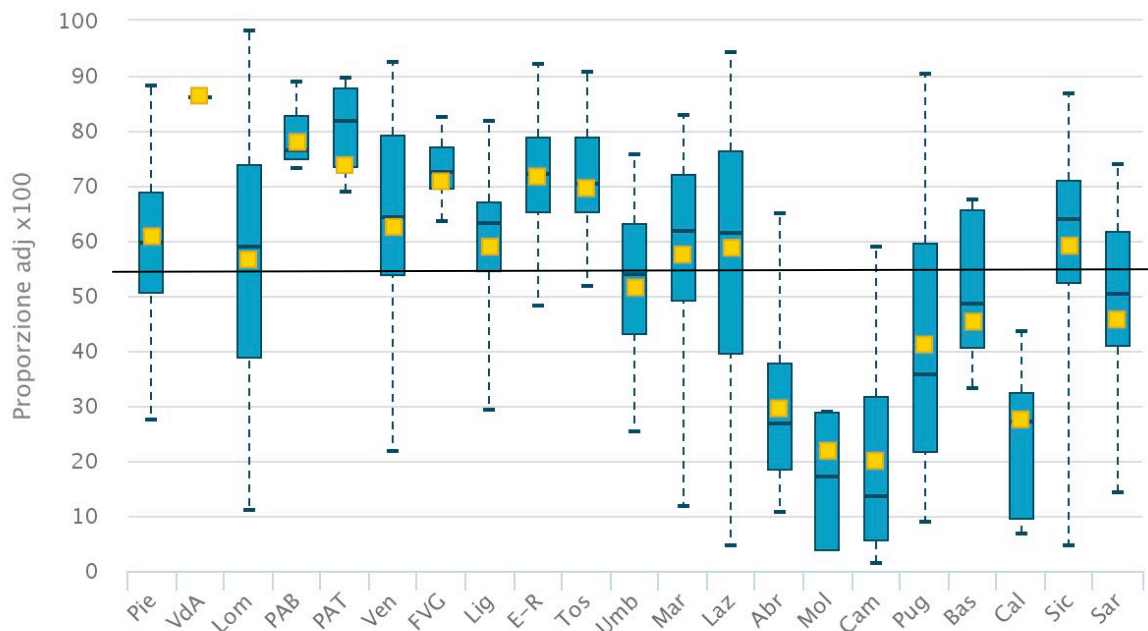
Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 2 giorni su pazienti con frattura del collo del femore di età maggiore di 65 anni. Le strutture valutate che rientravano in questo standard erano solo 70 nel 2010 e nel 2011 e 161 nel 2014. Nel 2015 sono 210, di cui 56 con valori superiori all'80%; 230 strutture sono ancora al di sotto dello standard previsto, di cui 53 con valori inferiori al 20% (1 intervento su 5 eseguito entro due giorni).

Nella figura successiva è rappresentata la variabilità intra ed interregionale attraverso i boxplot: 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 del 1% ad un massimo del 97%.

Se si assume come valore di riferimento lo standard minimo del 60% fissato dal regolamento del Ministero per ogni struttura del SSN, si può vedere che, ad eccezione di Campania, Molise e Calabria, dove nessuna struttura raggiunge lo standard minimo, in ogni regione è presente almeno una struttura che raggiunge il 60%. Gli audit condotti nelle strutture che presentavano valori estremi delle proporzioni di interventi eseguiti entro 2 giorni nel 2014 non hanno riportato problemi riguardanti la qualità dei dati.

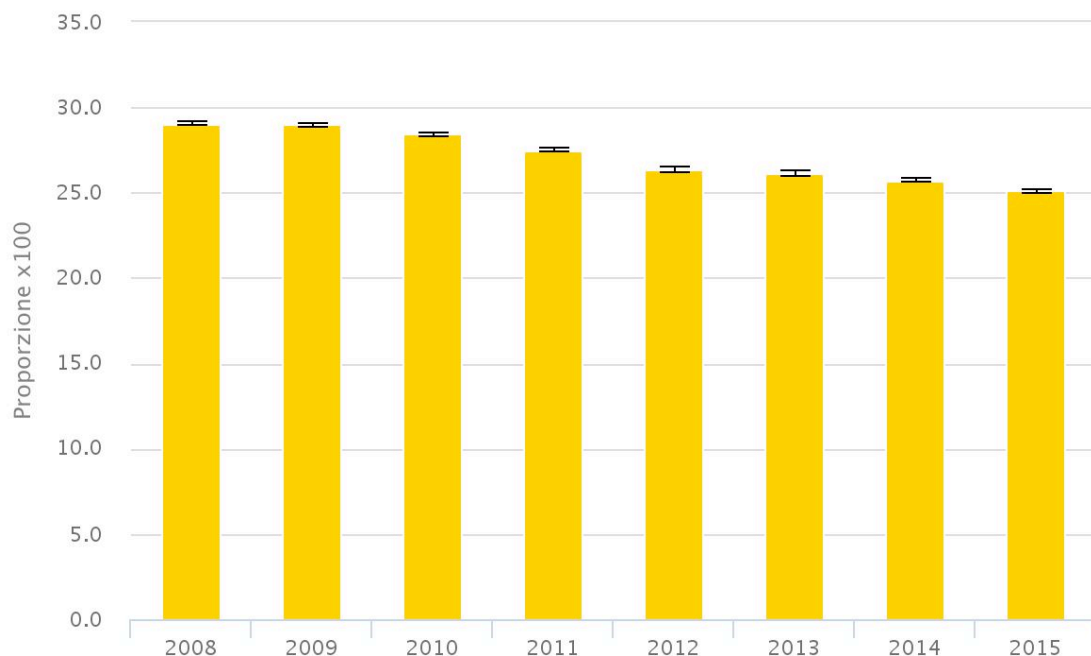
FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI - ITALIA 2015



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 con taglio 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. 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 annui e 15% per le maternità con meno di 1000 parti annui.

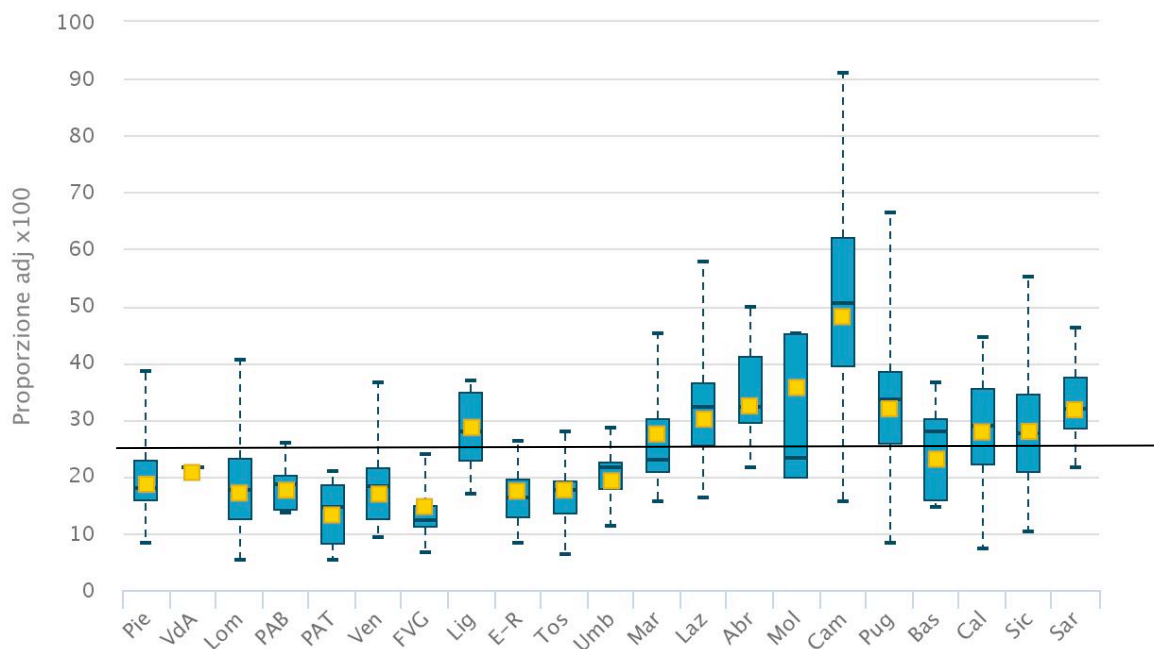
PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO. ITALIA 2008 - 2015



La proporzione di parti cesarei primari continua a scendere progressivamente dal 29% del 2010 al 25% del 2015, con grandi differenze all'interno di ogni singola regione e tra le regioni. Si stima che negli ultimi 5 anni siano circa 45.000 le donne alle quali è stato risparmiato un taglio cesareo primario, di cui 12.000 nel 2015.

Anche in questo caso, a fronte di un valore nazionale medio del 25% circa, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 5% ad un massimo del 93%, come mostrato nella figura seguente.

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO. ITALIA 2015



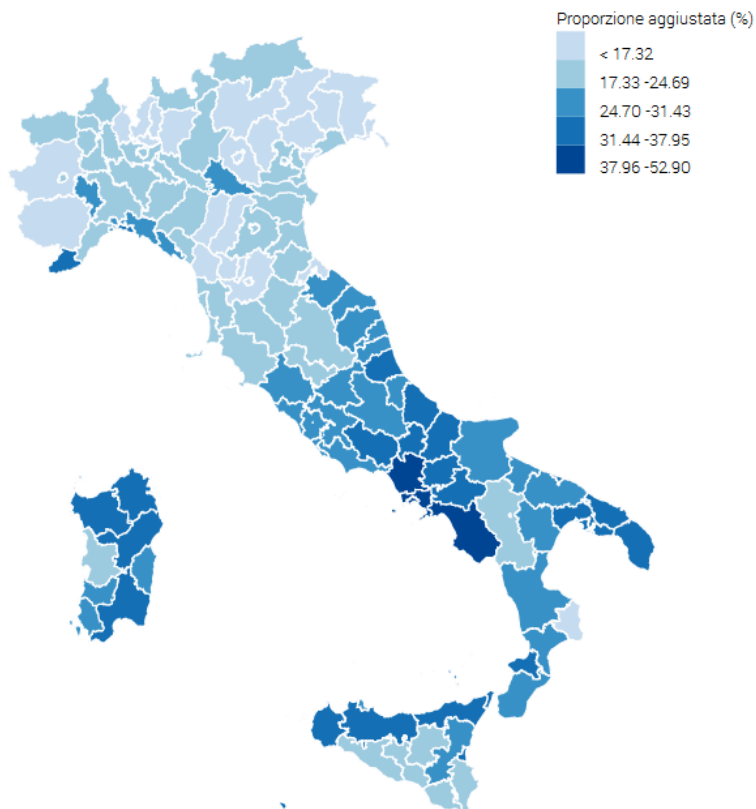
Nella figura, i rettangoli, che rappresentano i valori assunti dal 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto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

Nel 2015, 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%. Fa eccezione la Liguria, con risultati analoghi a quelli delle regioni del Sud.

Anche la distribuzione geografica per ASL di residenza mostra un evidente gradiente nord sud ed un'elevata eterogeneità intra e interregionale.



PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO - 2015



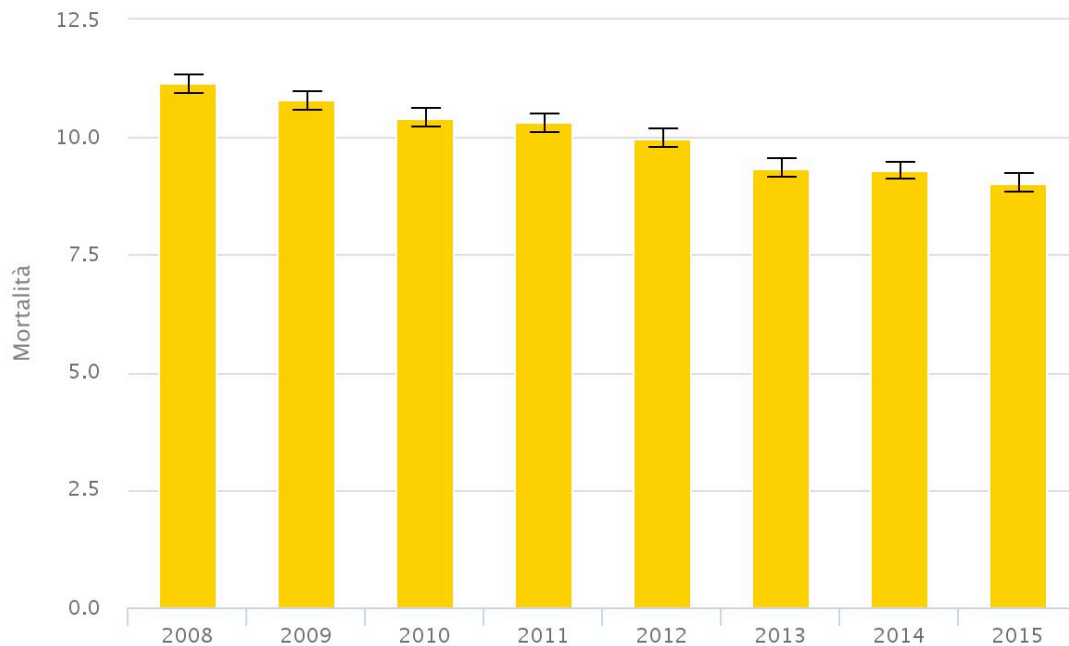
Possibili distorsioni dei risultati possono derivare da una non corretta codifica dei fattori di rischio che possono giustificare il ricorso al taglio cesareo.

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 sovra codifica e sovrastima in caso di sotto codifica. Fenomeni di sotto codifica e sovra codifica sono stati verificati nell'ambito delle attività di audit eseguite sulle strutture segnalate per differenze tra rischi grezzi e aggiustati superiori alla soglia definita.



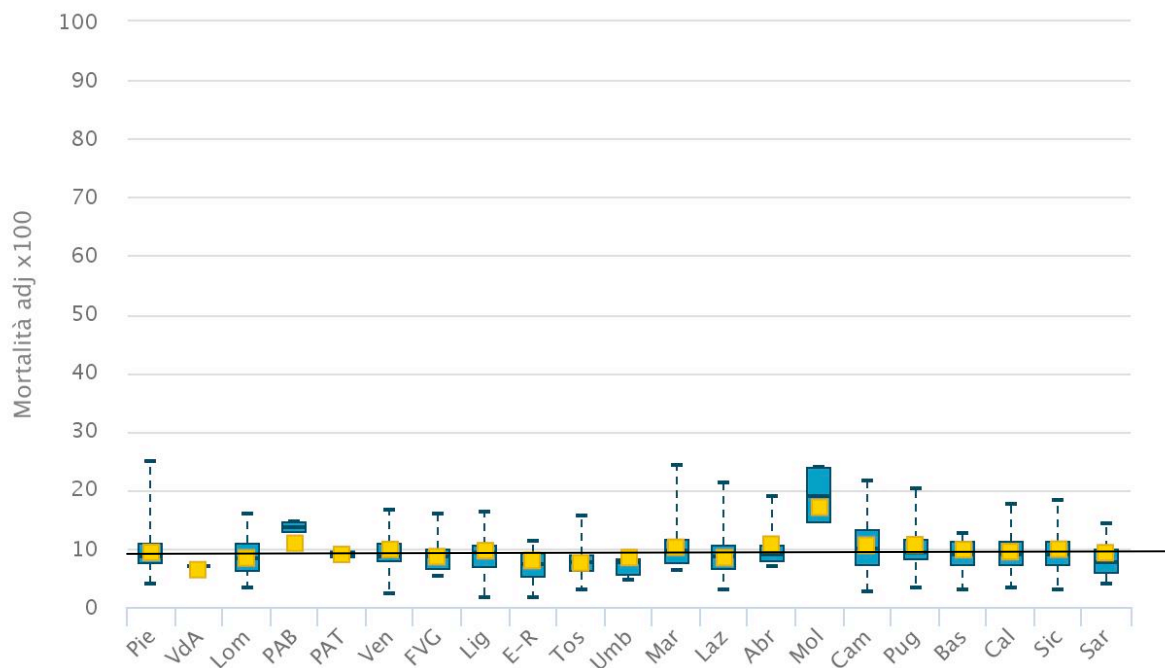
INFARTO MIOCARDICO ACUTO: MORTALITA' A 30 GIORNI

INFARTO MIOCARDICO ACUTO: MORTALITA' A 30 GIORNI. ITALIA 2008 - 2015



La mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio continua a diminuire, dal 10,4% del 2010 al 9,0% del 2015. A fronte di un valore nazionale medio del 9,0%, si osserva una bassa variabilità interregionale ed una discreta variabilità intra regionale, con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dell' 1.3% a un massimo del 25%.

INFARTO MIOCARDICO ACUTO: MORTALITA' A 30 GIORNI. ITALIA 2015





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.

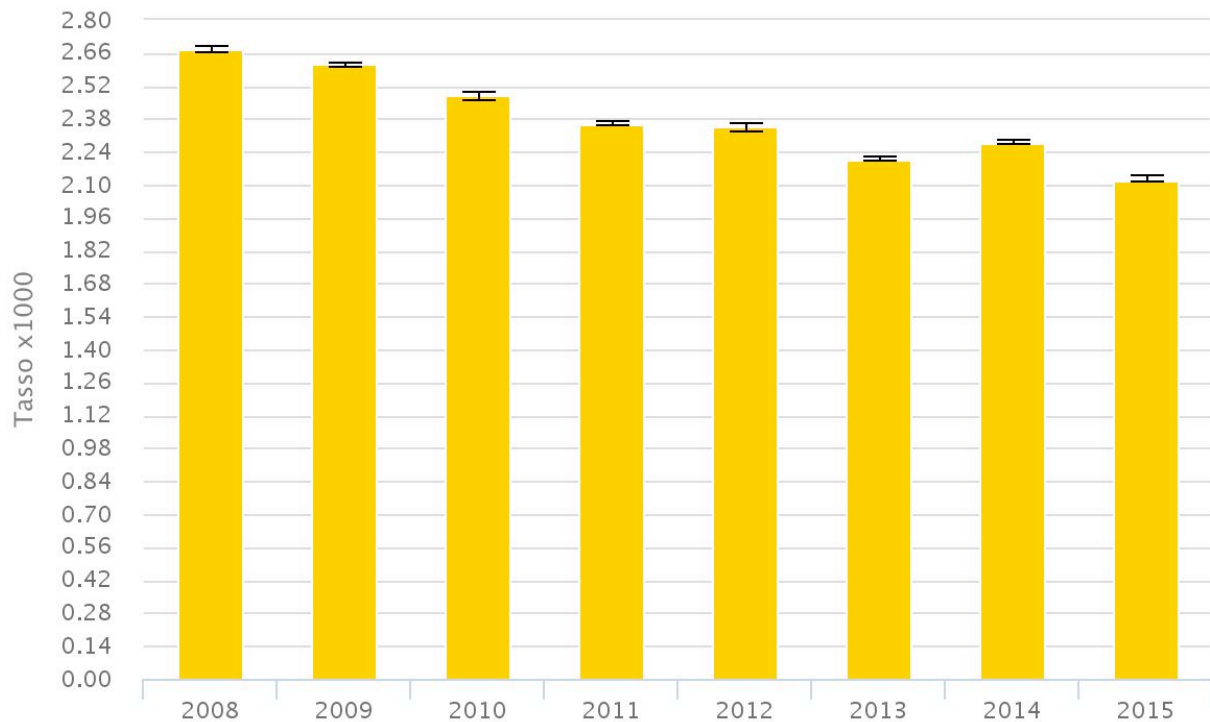
Possibili distorsioni dei risultati possono derivare da una non corretta identificazione degli IMA (es: angina instabile codificata come IMA) o classificazione STEMI, NSTEMI. In seguito alle segnalazioni di errori di codifica degli STEMI e NSTEMI, sono state definite le nuove linee guida per la codifica ICD-9-CM, valide a livello nazionale.



INDICATORI DI OSPEDALIZZAZIONE

Gli indicatori di ospedalizzazione misurano indirettamente la qualità delle cure territoriali, individuando le ASL nelle quali si osservano eccessi di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili grazie alla corretta presa in carico del paziente a livello territoriale.

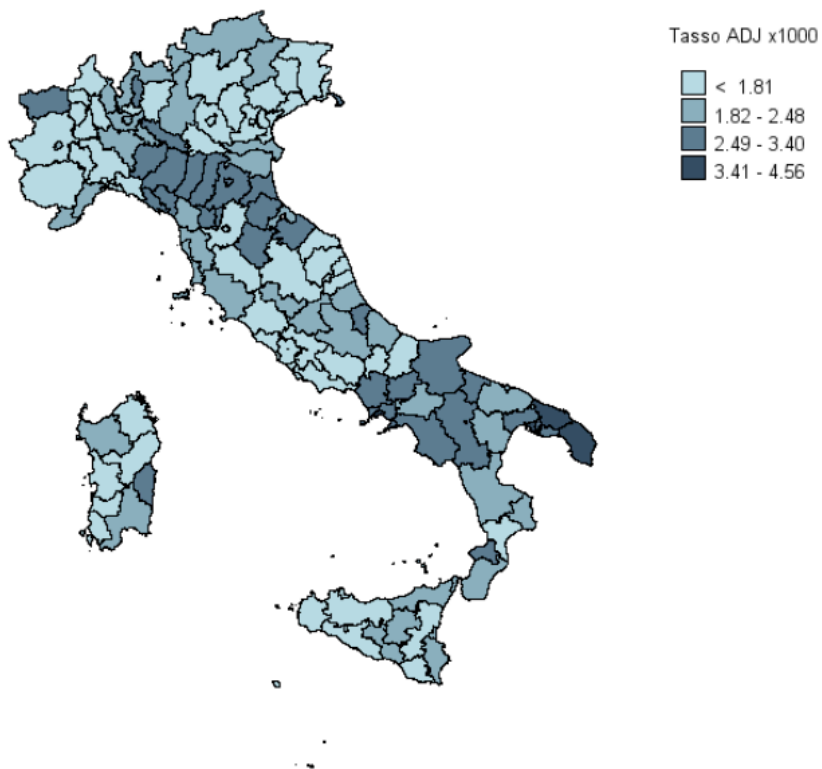
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA. ITALIA 2008 -2015



Il tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva si è ridotto progressivamente dal 2.5‰ nel 2010 al 2.1‰ nel 2015. A fronte di un valore nazionale medio del 2.1‰ nel 2015, si osserva una discreta variabilità intra e interregionale. Si stima che nel 2015 siano circa 16.000 i pazienti a cui è stata risparmiata una ospedalizzazione potenzialmente evitabile.

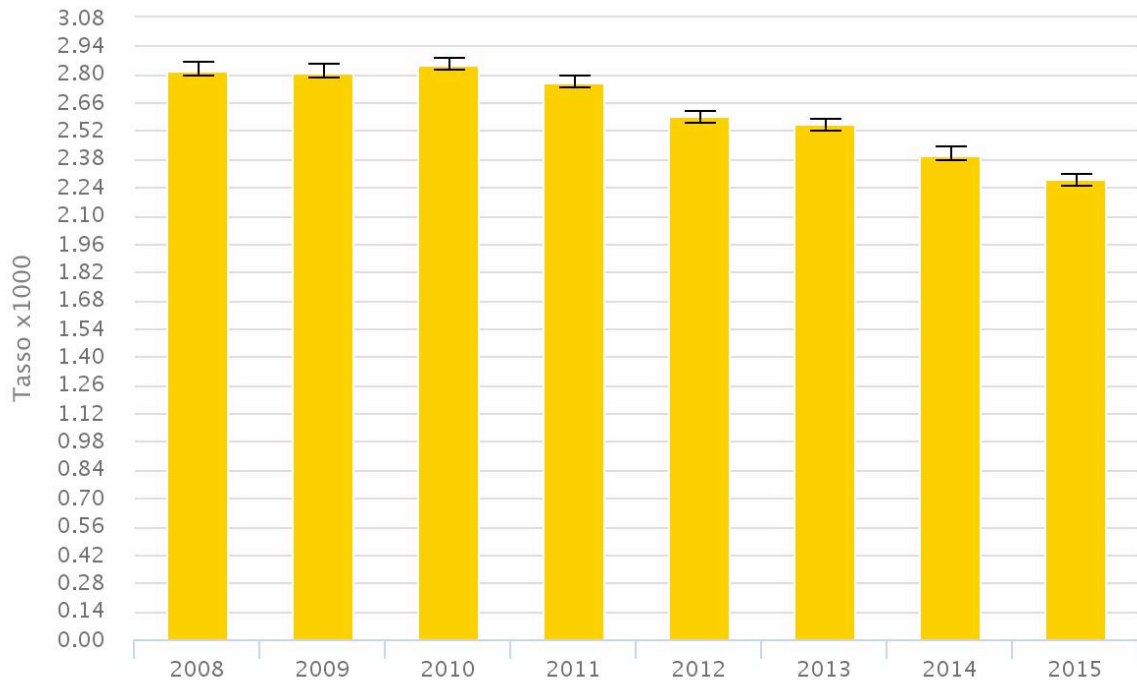


TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - 2015



Gli indicatori di ospedalizzazioni possono essere utilizzati anche per misurare la variabilità geografica dei tassi di ricovero per determinate condizioni o interventi chirurgici. Ad esempio, elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione all'intervento chirurgico. L'indicatore consente di evidenziare eventuali variabilità nelle pratiche cliniche e nell'equità di accesso all'assistenza sanitaria tra le diverse aree geografiche esaminate.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA. ITALIA 2008 -2015

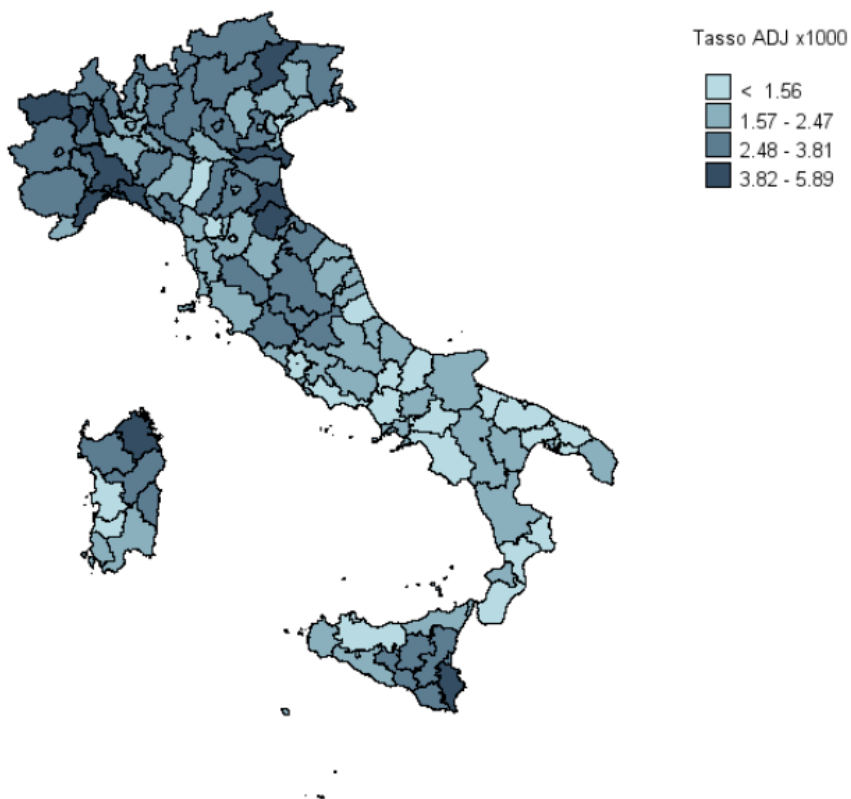


Il tasso di ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia è diminuito leggermente nel tempo, passando dal 2.8‰ del 2010 al 2.3‰ nel 2015, corrispondente ad una riduzione di circa 5300 interventi ad alto rischio di inappropriatazza.

A fronte di un tasso medio del 2.3‰, si osserva un'elevata variabilità intra e interregionale.



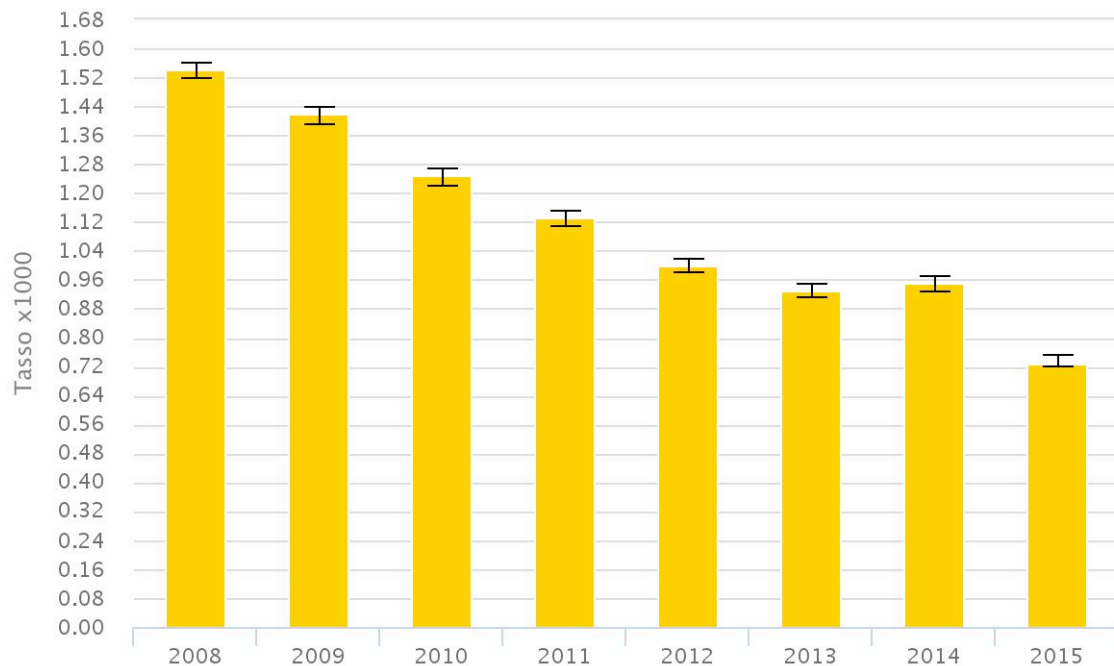
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA. ITALIA 2015



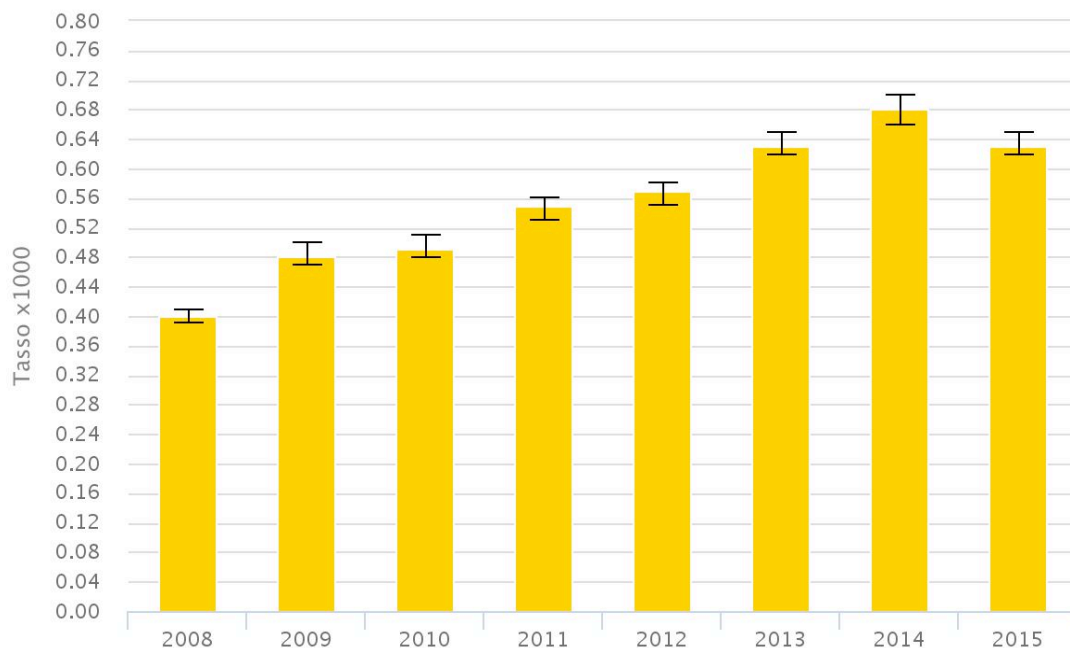
Anche nel caso dell'ospedalizzazione per appendicectomia, elevati tassi suggeriscono un potenziale problema di inappropriatazza.

In questo caso, la differenziazione tra appendicectomia per via laparoscopica ed appendicectomia per via laparotomica può essere un buon indicatore di un differenziale di accesso ad una tecnologia potenzialmente innovativa.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER APPENDICECTOMIA LAPAROTOMICA. ITALIA 2008 -2015



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER APPENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA. ITALIA 2008 -2015





Il tasso di ospedalizzazione per intervento di appendicectomia laparotomica è diminuito progressivamente nel tempo, passando dal 1,25‰ del 2010 allo 0,73‰ del 2015, a fronte di un aumento dell'ospedalizzazione per appendicectomia laparoscopica che è passata dal 0,49‰ al 0,63‰.

La riduzione delle appendicectomie laparotomiche è stata dunque in valore assoluto maggiore dell'incremento della tecnica laparoscopica: nel complesso, quindi, sono diminuite le ospedalizzazioni per un intervento ad elevato rischio di in appropriatezza.

Analizzando la variabilità geografica dell'ospedalizzazione per appendicectomia laparoscopica, si osserva che l'offerta è molto più alta nelle regioni del nord rispetto alle regioni del sud: a fronte della assenza di raccomandazioni cliniche chiare, l'accesso della popolazione ad una nuova tecnologia riflette esclusivamente l'offerta di tale tecnologia da parte delle strutture ospedaliere e non l'eventuale reale fabbisogno o beneficio per il paziente.



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 delle 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 accessibilità dei servizi.

A seguito di una recente revisione delle evidenze disponibili, i responsabili di tre importanti sistemi ospedalieri americani hanno lanciato, attraverso il New England Journal of Medicine, una campagna per l'impegno della comunità scientifica ad evitare di effettuare interventi chirurgici complessi da parte di strutture o chirurghi con volumi di attività molto bassa.

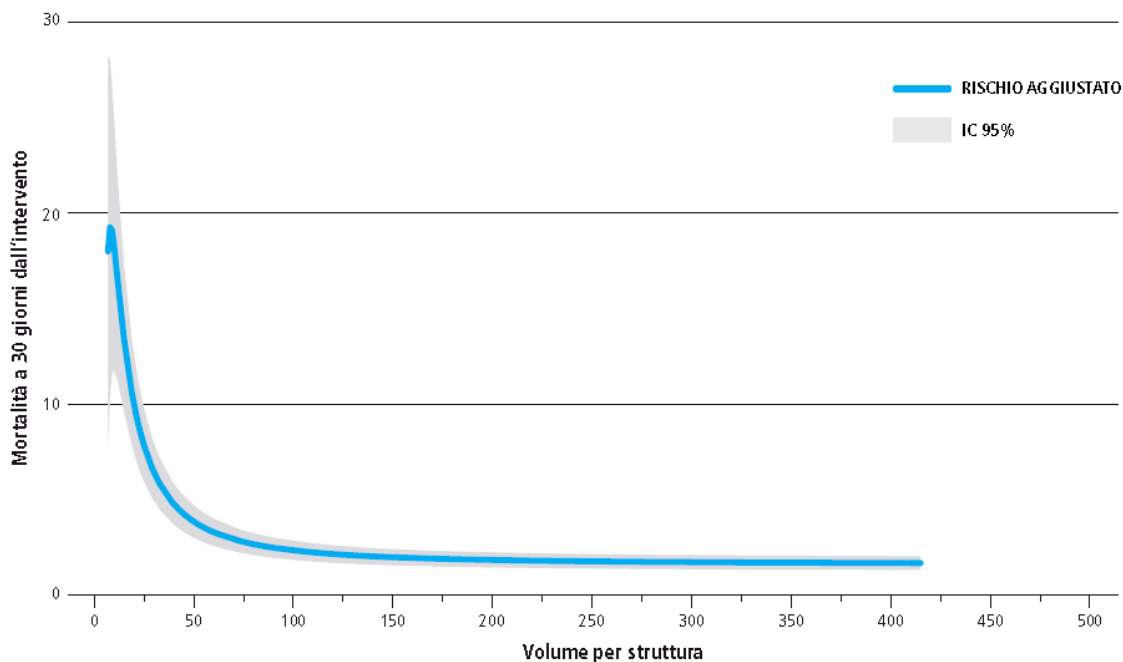
L'associazione tra volume ed esiti per diverse condizioni è confermata anche dalla analisi dei dati empirici nazionali.

A partire da gennaio dell'anno prossimo, dovrebbe essere possibile misurare il volume per singolo chirurgo, così come previsto dal Decreto ministeriale in fase di pubblicazione relativo all'integrazione delle informazioni della SDO.

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 – ITALIA 2015

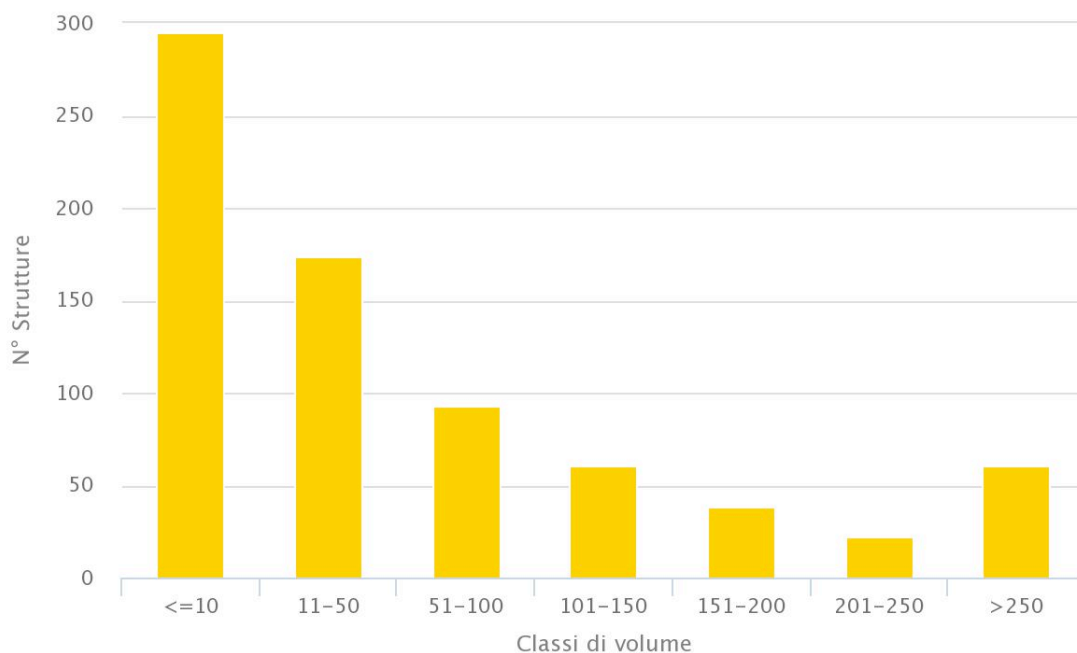


Nel 2015, in Italia, 147 strutture ospedaliere eseguono più di 5 interventi chirurgici per TM del polmone; tra queste, **37 strutture (25%) presentano un volume di attività superiore a 100 interventi annui.**

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: VOLUME DI RICOVERI

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

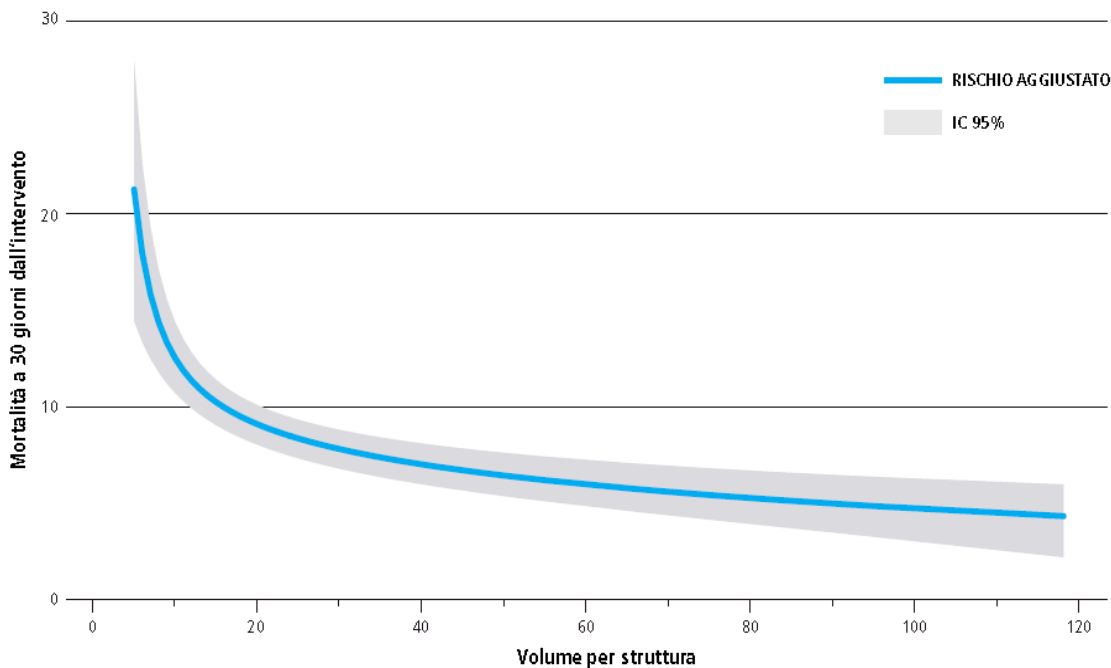
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2015



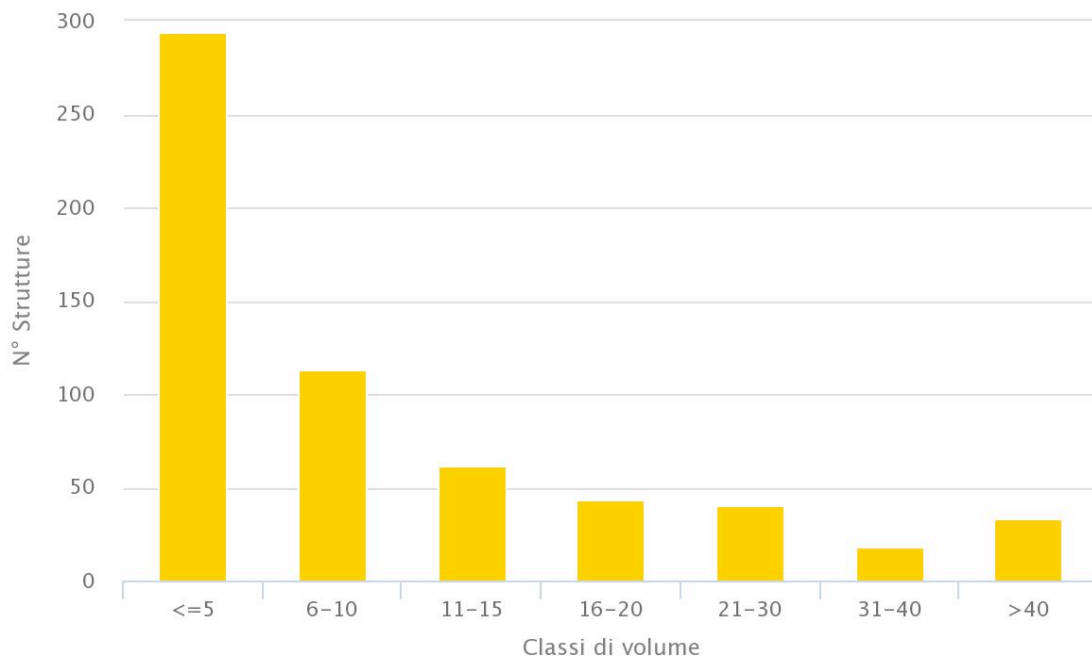
Nel 2015, in Italia, delle 449 strutture ospedaliere che eseguono più di 10 interventi chirurgici per il TM della mammella, 123 (27%) presentano volumi di attività superiore a 150 interventi annui.

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

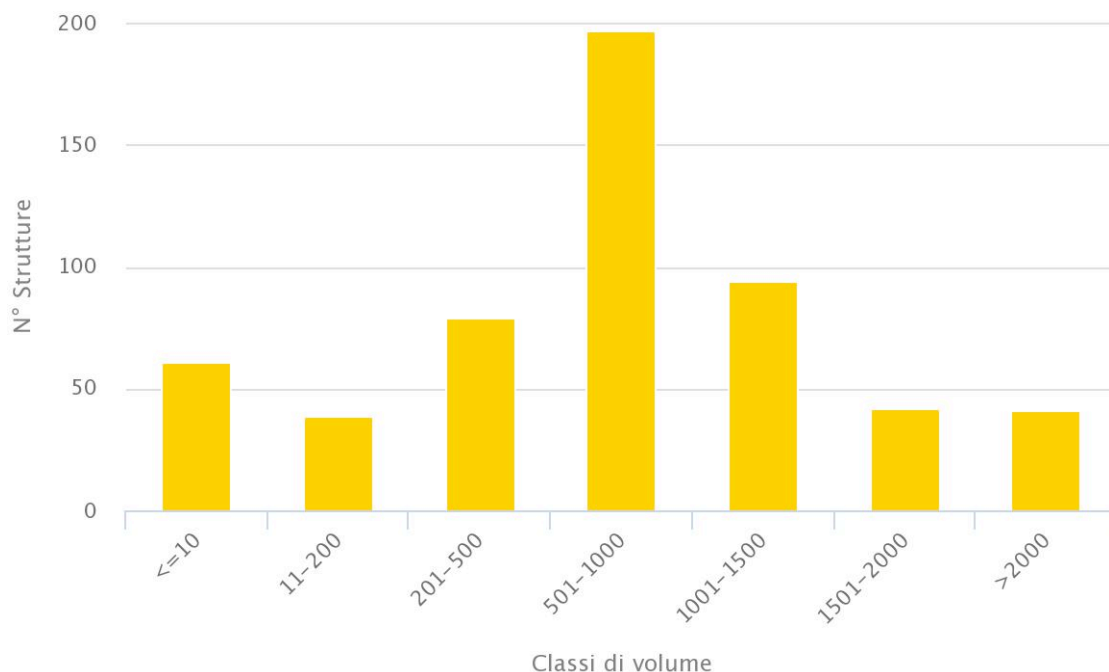


La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2015

Nel 2015 in Italia 309 strutture ospedaliere eseguono più di 5 interventi chirurgici per TM dello stomaco; tra queste, 91 strutture (29%) presentano un volume di attività superiore a 20 interventi annui.

PARTI: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2015



Le evidenze scientifiche sull'associazione tra volumi di parti ed esiti di salute materno-infantile mostrano un'associazione tra bassi volumi ed esiti sfavorevoli.

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 annui, **nel 2015 in Italia le strutture ospedaliere con meno di 500 parti annui sono 118 (24%), in diminuzione rispetto al 2010 (155 maternità con meno di 500 parti annui).**