




RAPPORTO SULLA QUALITÀ DEGLI OUTCOME CLINICI NEGLI OSPEDALI ITALIANI

Su dati Programma Nazionale Esiti

2021



**RAPPORTO SULLA QUALITÀ
DEGLI OUTCOME CLINICI
NEGLI OSPEDALI ITALIANI**

Su dati Programma
Nazionale Esiti **2021**

Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali Italiani
a cura di Alice Basiglioni

Gruppo di lavoro

Giovanni Baglio, Alice Basiglioni, Angelo Cassoni, Marcello Cuomo, Marina Davoli

Progetto grafico e impaginazione

Doppiosegno Snc, Roma

Copertina

Andrea Albanese

Stampato nel mese di novembre 2022
da Grafica Di Marcotullio - Roma



CC BY-NC-SA
Attribuzione – Non Commerciale – Condividi allo Stesso Modo



SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE
L'UOS PNE di Agenas; L'Ufficio Studi di Aiop; INNOGEO



INDICE

PRESENTAZIONE <i>Domenico Mantoan</i>	5
PREMESSA <i>Barbara Cittadini</i>	7
INTRODUZIONE Il Rapporto Aiop alla luce della collaborazione con Agenas Una nuova prospettiva <i>Alice Basiglioni, Giovanni Baglio, Marina Davoli</i>	9
METODI	11
ANALISI NAZIONALE	15
ANALISI REGIONALE	29
■ Area sistema cardiovascolare	29
■ Area sistema nervoso	53
■ Area sistema respiratorio	59
■ Area chirurgia generale	62
■ Area chirurgia oncologica	66
■ Area gravidanza e parto	80
■ Area osteomuscolare	90



PRESENTAZIONE

Domenico Mantoan

Direttore generale di Agenas

L'anno 2020 è ormai noto a tutti come l'anno della pandemia da Covid-19, che ha fortemente impattato sulla vita di tutti e di conseguenza anche sui sistemi sanitari nazionali.

Ma quanto è stato forte tale impatto, e soprattutto come ha risposto il nostro Servizio Sanitario Nazionale all'emergenza epidemiologica?

Una prima risposta è arrivata dal Programma Nazionale Esiti – edizione 2021 (su dati di attività 2020) che ha fornito uno spaccato della situazione e delle dinamiche che il Covid-19 ha determinato rispetto all'organizzazione dei servizi, attraverso un confronto ampio e particolareggiato dei dati di attività relativi all'anno 2020 con quelli della fase pre-pandemica, e ha stimato in quale misura e rispetto a quali ambiti i sistemi sanitari regionali abbiano tenuto di fronte all'urto pandemico, continuando a garantire alla popolazione l'erogazione dei servizi essenziali, e quanto sia stato invece differito. Si è mostrato come ad esempio gli interventi non-urgenti abbiano evidenziato un calo molto accentuato: si pensi agli interventi di protesi d'anca, per la maggior parte effettuati in elezione, che si sono ridotti del 18% rispetto all'atteso. Ma il dato che in questo particolare ambito nosologico si è reso palesemente evidente è come tale riduzione dei volumi si sia riscontrata principalmente nelle strutture di diritto pubblico (impegnate sul campo ad affrontare le emergenze legate al Covid) rispetto alle strutture private. Tale aspetto evidenzia un esempio di sinergia virtuosa tra pubblico e privato che, nell'ottica di tutela della salute pubblica, hanno collaborato in maniera congiunta per rispondere alle domande di salute della popolazione.

Tali aspetti hanno necessità di essere approfonditi, e in tal senso è stato pensato questo rapporto, realizzato nell'ambito dell'Accordo di collaborazione stipulato tra Agenas e Aiop, proprio al fine di mettere in evidenza l'apporto che la componente pubblica e quella privata hanno fornito di fronte all'emergenza pandemica.

L'approccio capillare e sistematico del PNE nel valutare comparativamente l'efficacia, l'appropriatezza, l'equità e la sicurezza delle cure ha permesso di mostrare la grande resilienza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nonostante le oggettive difficoltà che pure insistono sull'organizzazione sanitaria e che la pandemia ha esacerbato, e ha evidenziato i principali elementi da considerare nel rilancio della sanità del futuro, a partire da alcune criticità quali la frammentarietà della casistica ospedaliera, l'inappropriatezza clinica, la bassa tempestività e la disomogeneità nell'accesso ai trattamenti, per aree territoriali e con riferimento ai gruppi più vulnerabili della popolazione.

Per il futuro, l'intento di Agenas è quello di proseguire con le attività di monitoraggio e valutazione, anche nella prospettiva di sostenere la riorganizzazione del SSN dopo la pandemia, in una chiave di maggiore efficienza ed efficacia, facendo emergere e mettendo a sistema le esperienze virtuose, per contribuire alla diffusione delle buone prassi esistenti e orientare il cambiamento.

Non bisogna, infine, dimenticare l'opportunità offerta dal PNRR, che richiede uno sforzo programmatico di ampio respiro, in cui le Regio-



ni, ma anche le strutture sanitarie private, saranno chiamate a svolgere un ruolo concreto, soprattutto attento ai bisogni reali delle persone. Per impiegare in maniera ottimale le risorse stanziare in attuazione del PNRR, servirà una riorganizzazione dell'offerta sanitaria in grado di realizzare un sistema che dia risposte pun-

tuali ai bisogni di prevenzione e assistenza della popolazione, e che si prenda cura dei malati nella fase acuta, nella cronicità e nella residenzialità sociosanitaria. Tale strada potrà essere percorsa anche attraverso una concreta e auspicabile collaborazione pubblico/privato, a tutela della salute collettiva.





PREMESSA

Barbara Cittadini

Presidente Nazionale Aiop

“Senza dati sei solo un'altra persona con una opinione”
William Edwards Deming

Sin dalle prime edizioni del Programma Nazionale Esiti (PNE), Aiop ha compreso le potenzialità di uno strumento che, a distanza di molti anni dalla sua prima pubblicazione, continua a rappresentare uno dei pochi tentativi di introdurre nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) elementi di razionalizzazione della rete ospedaliera ispirati a criteri *evidence-based*.

Si tratta di un fatto tutt'altro che marginale in un contesto che ha risorse sempre più esigue, dovendo rispondere a una domanda di salute che è aumentata e si è diversificata.

In un quadro già complesso, l'emergenza pandemica ha messo in evidenza sia gli aspetti positivi che le criticità del nostro SSN e ha reso improcrastinabile la necessità di una sua riforma strutturale.

Tre sono, a mio avviso, gli aspetti rispetto ai quali bisogna intervenire in tempi rapidi.

In primo luogo, l'esigenza di tornare, realmente, a uno schema universalistico, che sia in grado di rimodulare le risorse in funzione delle priorità reali.

In secondo luogo, il bisogno e l'urgenza di recuperare la priorità del diritto alla salute rispetto agli altri interessi legittimi di una società.

La pandemia, l'urgenza di controllare il contagio e la gestione di una vaccinazione di massa hanno fatto emergere i limiti di una eccessiva regionalizzazione nel rispondere a un bisogno di salute pubblica, che non conosce confini

territoriali ma è il risultato del comportamento interdipendente di individui e gruppi su tutto il territorio nazionale.

In terzo luogo, l'importanza, per garantire una risposta puntuale, efficace ed efficiente alla domanda di salute della popolazione, di ricorrere, senza condizionamenti ideologici e di sistema, alle potenzialità di entrambe le componenti del SSN.

Una scelta ineluttabile, operata in fase emergenziale, che ha consentito alla componente di diritto di privato di poter assicurare il proprio contributo alla crisi pandemica, attraverso la riconversione delle proprie strutture, la realizzazione di nuovi posti di terapia intensiva e sub-intensiva, nonché di posti letto per acuti e post-acuti destinati a decongestionare le strutture di diritto pubblico maggiormente investite dall'urto pandemico.

La portata epocale di quanto vissuto, soprattutto nella fase acuta della gestione del Covid-19, ha permesso di superare i pregiudizi ideologici e autoreferenziali all'interno del SSN.

Oggi l'attenzione dovrebbe, definitivamente, essere spostata dalla tutela della proprietà pubblica degli asset alla tutela della salute pubblica: l'interesse generale e quello dei pazienti consiste nel ricevere la migliore risposta possibile alla domanda di salute, in termini di efficacia, appropriatezza, sicurezza, tempestività ed efficienza, a prescindere dalla natura

giuridica delle strutture chiamate a erogare le prestazioni.

Quello che auspico, in qualità di Presidente Aiop, e che cerco nel quotidiano di rendere realtà nel mio mandato, tanto a livello associativo, quanto nel costante dialogo con le Istituzioni, è il superamento della dialettica pubblico/privato a favore di un obiettivo comune di qualità e di equità di accesso a servizi di provata efficacia clinica.

Il PNE consente ai professionisti di disporre di strumenti conoscitivi utili a valutare la propria attività e ad attuare eventuali strategie di miglioramento, consegnando, altresì, alla Programmazione sanitaria un elemento informativo che, se utilizzato con le dovute cautele - imprescindibili in ogni misurazione statistica

soggetta a *bias* – è in grado di indirizzare le scelte di allocazione delle risorse e di acquisto delle prestazioni.

In questo contesto si inserisce la collaborazione che ho, fortemente, voluto con Agenas, nell'ambito della quale è stato elaborato il Rapporto sugli *outcome* clinici, parte integrante di un percorso condiviso, dedicato alla diffusione, tra i professionisti e il management delle strutture associate, dei contenuti e delle metodologie del PNE, nonché all'identificazione di possibili criticità e alla parallela realizzazione di attività di audit.

Galileo Galilei scriveva "*misura ciò che è misurabile, e rendi misurabile ciò che non lo è*": un imperativo sempre più attuale e urgente perché sia possibile confrontarsi con la realtà e non con la percezione che abbiamo di essa.





INTRODUZIONE

Il Rapporto Aiop alla luce della collaborazione con Agenas. Una nuova prospettiva

Alice Basiglini – Responsabile Area Epidemiologia valutativa, Ufficio Studi Aiop

Giovanni Baglio – Coordinatore PNE, Agenas

Marina Davoli – Responsabile tecnico PNE, Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

L'elaborazione del presente Rapporto è stata prevista nell'ambito della Convenzione tra Agenas e Aiop, dedicata alla diffusione – tra i professionisti e gli amministratori dell'ospedalità privata – dei contenuti e delle metodologie del Programma Nazionale Esiti (PNE). La collaborazione, che ha visto come prima attività congiunta un corso di formazione rivolto alle strutture associate e articolato in una fase teorica e in una di laboratorio, prosegue ora con la produzione di un documento tecnico sugli *outcome clinici*.

Tale documento da una parte si pone in continuità con le quattro precedenti elaborazioni sviluppate da Aiop sui dati PNE, e dall'altra introduce nuovi contenuti e aspetti metodologici (si veda la sezione sui "Metodi").

Rispetto alle precedenti edizioni, il Rapporto 2022, pur conservando come impostazione di fondo la comparazione tra le strutture di diritto pubblico e quelle di diritto privato che operano nell'ambito del SSN, approfondisce il tema della variabilità, andando al di là della mera distinzione in base alla natura giuridica e valutando l'eterogeneità interna a ciascuna componente, rispetto a un elenco di indicatori *core*.

Del resto, in seno ai due comparti non è agevole identificare caratteristiche dimensionali o di dotazione, né modelli organizzativo-gestionali omogenei (si pensi, ad esempio, alle Aziende ospedaliere e agli Ospedali a gestione diretta da una parte, e alle Case di Cura e agli IRCSS privati dall'altra), tali da poter essere indagati mediante un semplice raffronto tra aggregati.

Per tale ragione, si è scelto di non riproporre le analisi comparative basate sui valori medi della componente pubblica e di quella privata, in quanto scarsamente informative proprio alla luce della spiccata eterogeneità tra le diverse tipologie di strutture.

Peraltro, anche in considerazione della rilevanza assunta in questi anni dal tema degli standard di qualità assistenziale, a partire dal Regolamento recante definizione degli "standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (DM70/2015, attualmente in via di revisione)", si è preferita un'impostazione incentrata sulla capacità del sistema ospedaliero nel suo complesso - e delle singole strutture in particolare - di rispondere adeguatamente ai requisiti di volume, di processo e di esito definiti in base alle evidenze scientifiche disponibili.

Il PNE nasce e si sviluppa come strumento per il miglioramento continuo della qualità e viene messo a disposizione delle istituzioni, dei professionisti sanitari e degli *stakeholder* coinvolti a vario titolo nella programmazione e nella gestione dei servizi. Tutto ciò anche al fine di favorire processi orientati al superamento delle criticità del sistema, mediante la razionalizzazione delle reti assistenziali, la promozione dell'appropriatezza clinica, l'accesso tempestivo ed equo alle prestazioni previste dai LEA.

A livello delle singole strutture, inoltre, le valutazioni che vengono dal PNE devono poter incentivare l'attivazione di audit clinico-organizzativi a sostegno delle buone pratiche e, a monte di tutto questo, l'avvio di una sistematica attività di verifica della qualità delle informazioni utilizzate per le elaborazioni statistiche. Non a caso, la fotografia che il presente Rapporto ci offre, pur con i limiti di un'istantanea scattata in movimento, vuole soprattutto far leva sull'implementazione da parte di Aiop di un programma di audit proprio sulla qualità dei dati: anche se gli istituti di ricovero che riportano valori anomali rimangono in queste pagine volutamente "*blinded*", alla pubblicazione del documento seguirà la comunicazione di specifici *alert* alle strutture con valori non in linea con l'atteso.

Rispetto alle precedenti edizioni, il presente Rapporto (elaborato a partire dai dati del PNE 2021) si misura con le conseguenze dello shock pandemico, sia in termini di ridotta assistenza sia di qualità dei dati utilizzati per l'elaborazione delle stime.

Nell'interpretazione dei risultati si deve tenere necessariamente conto del fenomeno della sottonotifica e della miscodifica che può aver caratterizzato, a maggior ragione durante l'emergenza Covid-19, la compilazione tanto del-

la documentazione clinica quanto della scheda di dimissione ospedaliera.

E tuttavia, al di là dei limiti e della necessaria accortezza nella lettura dei dati, i risultati a disposizione rappresentano sicuramente una fonte preziosa di informazioni, per evidenziare potenziali *défaillance* e promuovere iniziative volte al miglioramento dell'offerta e all'orientamento delle pratiche assistenziali.

In particolare il PNE, elaborato da Agenas in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia del SSR Regione Lazio e l'Istituto Superiore di Sanità, nell'edizione 2021 ha misurato complessivamente 184 indicatori di cui: 164 relativi all'assistenza ospedaliera (71 di esito/processo, 78 di volume di attività e 15 di ospedalizzazione); 20 relativi all'assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (2) e accessi impropri in pronto soccorso (4).

Per contro, il presente Rapporto – che non vuole in nessun modo duplicare o sostituirsi al PNE – si concentra su 33 misure di volume e di esito che includono tutti gli indicatori presenti nell'analisi Treemap del PNE, caratterizzati da un elevato livello di robustezza e validità e su ulteriori indicatori proposti per l'aggiornamento del DM70/2015.

Ciascun indicatore ha un proprio rationale, su cui è basato un rigoroso protocollo di calcolo, che guida la lettura e l'interpretazione dei risultati.

Al fine di agevolare la corretta fruizione, obiettivo di questo documento – peraltro in continuità con le attività formative già condotte – è anche quello di accompagnare la presentazione dei risultati con elementi di guida alla lettura, nell'ottica di supportare gli utilizzatori "meno esperti" e di concorrere alla disseminazione della cultura epidemiologica e delle metodologie di valutazione comparativa degli esiti.





METODI

Selezione degli indicatori

Gli indicatori rappresentati all'interno del Rapporto sono un sottoinsieme di quelli calcolati dal Programma Nazionale Esiti (PNE) e includono tutti gli indicatori compresi nell'analisi Treemap del PNE, quelli presenti nel DM70/2015 (ma non già ricompresi nell'analisi Treemap) e quelli identificati nella proposta di aggiornamento allo stesso DM70 cir-

colata anche a mezzo stampa nell'autunno del 2021.

Nel Treemap del PNE viene proposta un'analisi sintetica della qualità dell'assistenza ospedaliera articolata a livello di sette aree cliniche: sistema cardiocircolatorio, sistema nervoso, sistema respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto e osteomuscolare.

Analisi Treemap – Standard di qualità

Area clinica	Indicatore	Peso (%)		MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
				1	2	3	4	5
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	30	%	≤ 6	6–18	8–12	12–14	> 14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15	%	≥ 60	45–60	35–45	25–35	< 25
	Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10	%	≤ 6	6–9	9–14	14–18	> 18
	Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni	20	%	≤ 1.5		1.5–4		> 4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	15	%	≤ 1.5		1.5–4		> 4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	10	%	≤ 1		1–3		> 3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	75	%	≤ 8	8–10	10–14	14–16	> 16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25	%	≤ 1.5		1.5–3.5	3.5–5	> 5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	100	%	≤ 5	5–7	7–12	12–16	> 16
CHIRURGIA 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 attività >90 casi	50	%	=100	80–100	50–80	30–50	< 30

Segue



Analisi Treemap – Standard di qualità (Segue)

Area clinica	Indicatore	Peso (%)		MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
				1	2	3	4	5
CHIRURGIA ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività >135 casi	33	%	=100	80I–100	50I–80	30I–50	<30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17	%	≤5	5–18	8–112	12–118	>18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	17	%	≤0.5		0.5–13		>3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	8	%	≤2	2–14	4–17	7–110	>10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	25	%	≤1	1–13	3–16	6–18	>8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80	%	≤15	15–125	25–130	30–135	>35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10	%	≤0.20		0.20–10.70		>0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10	%	≤0.30		0.30–11.2		>1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90	%	≥70	60I–70	50I–60	40I–50	<40
	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10	gg	<2	2I–4	4I–6	6I–8	≥8

Selezione delle strutture

Nell'analisi dei volumi sono state incluse tutte le strutture con una numerosità di diagnosi/interventi ≥5 per escludere le eventuali attribuzioni casuali dei casi.

L'analisi degli esiti considera i tassi/proporzioni aggiustati, ovvero calcolati tenendo conto della eterogenea distribuzione tra strutture dei fattori confondenti (fattori di rischio e fattori protettivi dell'esito). Pertanto sono escluse da questa analisi tutte le strutture con una coorte (denominatore della proporzione) inferiore alla soglia identificata dal PNE per il calcolo dei valori standardizzati.

Attribuzione della natura giuridica

L'attribuzione della natura giuridica avviene secondo l'anagrafica NSIS e la classificazione degli ospedali pubblici e privati segue i seguenti criteri:

- gli ospedali della componente di diritto pubblico del SSN comprendono: Aziende ospedaliere, Ospedali a gestione diretta, A.O. integrate con il SSN, A.O. integrate con l'Università, IRCSS pubblici, Fondazioni pubbliche, Enti di ricerca pubblici, Istituti qualificati presidio di USL pubblici;
- gli ospedali della componente di diritto privato del SSN comprendono: Case di cura accreditate, Policlinici Universitari privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidio di USL privati, IRCSS privati, Fondazioni private, Enti religiosi.





Analisi nazionale

L'analisi nazionale – che inizia con una quantificazione del rispettivo contributo delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato a determinate prestazioni erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale – propone, nella prima parte, una comparazione tra strutture ospedaliere in funzione della natura giuridica delle stesse secondo la metodologia dell'analisi sintetica del Treemap. Essa si articola in:

- un'analisi *overall* che valuta le strutture di diritto pubblico e di diritto privato con livello di aderenza agli standard di qualità alto/molto alto e basso/molto basso in tutte le aree valutate;
- un'analisi distinta per area clinica che valuta le strutture di diritto pubblico e di diritto privato con livello di aderenza agli standard di qualità alto/molto alto e basso/molto basso.

Nella seconda parte, si propone la valutazione delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato rispetto alla conformità, nell'ambito di ciascun comparto, al riferimento quantitativo o qualitativo previsto per ciascun indicatore, sia per l'anno 2020 sia nel confronto con gli anni precedenti.

In particolare:

- nei casi in cui lo standard è disciplinato dal DM70, la soglia minima o massima è quella prevista nel Decreto stesso con l'applicazione di una soglia di tolleranza del 10%;
- nei casi in cui non sono disponibili requisiti normativi, è stato scelto come riferimento il valore inferiore della classe di valutazione indicativa di livello “alto” di aderenza allo standard nell'ambito della valutazione Treemap, (vedi Tabella “Analisi Treemap - Standard di qualità”) corrispondente al colore verde chiaro, con l'applicazione di una soglia di tolleranza del 10%.

Analisi regionale

L'analisi regionale è indicatore-specifica e ricorre agli stessi standard di riferimento utilizzati nella seconda parte dell'analisi nazionale, mantenendo anche la soglia di tolleranza del 10%.

Gli indicatori di volume sono riportati attraverso una rappresentazione grafica – articolata sempre per natura giuridica – della proporzione di interventi erogati da strutture in linea con lo standard di riferimento.

Nella valutazione degli esiti si propone – oltre all'articolazione regionale della conformità allo standard – anche l'analisi della variabilità intra-regionale e interregionale.

Standard quantitativi e qualitativi utilizzati nell'analisi

Indicatore	Standard		
		Standard con soglia di tolleranza al 10%	Riferimento
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 gg	≤8%	≤8,8	PNE
Proporzioni di PTCA entro 90 min in IMA-STEMI	≥60%	≥54	DM70
Proporzioni di PTCA entro 2gg in IMA-STEMI	≥60%	≥54	DM70
Scempenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg	≤9%	≤9,9	PNE
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 gg	≤4%	≤4,4	DM70
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 gg (nuove variabili)	≤4%	≤4,4	DM70
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 gg	≤4%	≤4,4	DM70
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	≤1%	≤1,1	PNE
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	≤10%	≤11	PNE
Intervento chirurgico per TM cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	≤1,5%	≤1,6	PNE
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	≤7%	≤7,7	PNE
Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria <3 giorni	≥70%	≥63	DM70
Colecistectomia laparoscopica: volumi	≥100	≥90	DM70
Interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per TM mammella	≤8%	≤8,8	PNE
Intervento chirurgico per TM della mammella: volumi	≥150	≥135	DM70
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	≤0,5%	≤0,5	PNE
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	≤4%	≤4,4	PNE
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	≤3%	≤3,3	PNE
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità I livello	≤15%	≤16,5	DM70
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità II livello	≤25%	≤27,5	DM70
Parti: volumi	>500	>450	DM70
Proporzioni di parti vaginali dopo cesareo	≥10%	≥9	PNE
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 2 giorni	≥60%	≥54	DM70
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 48 ore	≥60%	≥54	DM70
Infarto miocardico acuto: volumi	≥100	≥90	DM70
Bypass aorto-coronarico isolato: volumi	≥200	≥180	DM70
Volumi di angioplastiche di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI	≥250	≥225	DM70
Frattura del collo del femore: volumi	≥75	≥67,5	DM70
Interventi chirurgici per TM del polmone: volumi	≥80	≥72	DM70
Protesi ginocchio: volumi	≥100	≥90	DM70
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale: volumi	≥60	≥54	DM70





ANALISI NAZIONALE

A livello nazionale, si è osservato nel 2020 un forte calo nel numero di ricoveri/prestazioni erogate – in particolare per quanto riguarda l'attività in elezione – come diretta conseguenza dell'impatto della pandemia da Covid-19.

Al di là di considerazioni specifiche per ciascuna condizione clinica, l'emergenza pandemica ha condizionato il dato dei volumi di attività sia perché, nell'esigenza di gestire la fase acuta e post-acuta del Covid, l'attività programmata ha subito differimenti, sia per una ridotta attenzione alla codifica di diagnosi e interventi.

Anche se si tratta di un anno anomalo, è tuttavia possibile rilevare il contributo fornito dalla componente di diritto privato all'assistenza ospedaliera, soprattutto programmata e, in particolare, alla chirurgia protesica.

La Tabella 1 mostra l'articolazione dei volumi di attività per la componente di diritto pubblico e per quella di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale, per specifiche prestazioni/condizioni.

Tab.1 – Volumi di attività per natura giuridica delle strutture, Italia 2020

CONDIZIONE / INTERVENTO	Volumi totali	Volumi Comparto Pubblico		Volumi Comparto Privato	
	N	N	%	N	%
Colecistectomia laparoscopica	69890	46053	66	23837	34
Protesi ginocchio	66691	14580	22	52111	78
Protesi anca	96822	50501	52	46321	48
Protesi spalla	9405	3744	40	5661	60
Intervento chirurgico per frattura del femore	95456	82250	86	13206	14
Infarto miocardico acuto	105742	90077	85	15665	15
Bypass aorto-coronarico isolato	10681	6177	58	4504	42
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	29238	16184	55	13054	45
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale	7096	5354	75	1742	25
Angioplastiche in IMA-STEMI	33342	28702	86	4640	14
Intervento per tumore cerebrale	12447	9155	74	3292	26
Parti	404145	319580	79	84565	21
Intervento chirurgico per TM della mammella	56057	39840	71	16217	29
Intervento chirurgico per TM del polmone	11078	8077	73	3001	27
Intervento chirurgico per TM dello stomaco	5088	3843	76	1245	24
Intervento chirurgico per TM del colon	23078	17821	77	5257	23
Scompenso cardiaco	155082	118131	76	36951	24
BPCO riacutizzata*	60640	47575	78	13065	22
Ictus ischemico	73494	64010	87	9484	13

*solo ricoveri ordinari



Come riportato nei “Metodi”, nell’analisi Treemap del PNE viene proposta una valutazione sintetica della qualità dell’assistenza ospedaliera articolata a livello di sette aree cliniche: cardiocircolatoria, nervosa, respiratoria, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto e osteomuscolare.

A livello nazionale (Tab.2a), delle 534 strutture di diritto pubblico valutate nell’analisi del Treemap, 55 (pari al 10%) riportano tutte le aree cliniche validate di qualità alta o molto alta; delle 303 strutture di diritto privato quelle con standard elevati sono, invece, 72 (pari al 24%). Per quanto riguarda le strutture di qualità bassa o molto bassa, queste rappresentano il 4% delle strutture valutate di diritto pubblico (24 su 534) e il 10% delle strutture di diritto privato (29 su 303).

Parrebbe dunque esistere una certa concentrazione delle strutture verso i livelli di qualità alti/molto alti. Tale dato per essere letto correttamente deve tener conto della natura monospécialistica di alcune strutture e del basso numero di aree cliniche valutabili in altri presidi: la maggior parte delle strutture di qualità alta/molto alta - l’84% tra le pubbliche e l’86% tra le private - e, rispettivamente, il 43% e 79% tra quelle con un livello di qualità inferiore all’atteso sono, infatti, a indirizzo specifico o con sole due aree valutabili. Ciò che, quindi, rileva è innanzitutto come la quasi totalità delle strutture valutate non sia

caratterizzata da un livello di qualità omogeneamente critico o omogeneamente positivo (ovvero tutte le aree di qualità bassa /molto bassa o viceversa tutte le aree di qualità alta/molto alta), ma che l’aderenza a standard *evidence-based* riguardi una specifica e determinata area clinica o, più precisamente, un determinato percorso clinico organizzativo del paziente affetto da una specifica patologia.

L’analisi per area ci consente di identificare caratteristiche generali di maggior contenuto informativo e di cogliere più accuratamente l’eterogeneità tra strutture.

Considerando esclusivamente l’**area sistema cardiocircolatorio**, le strutture mostrano differenze nei livelli qualitativi ancora più spiccate, con elevata concentrazione su livelli alti/molto alti di aderenza agli standard: il 47% di quelle di diritto pubblico e il 65% di quelle di diritto privato sono valutate, infatti, con un grado di aderenza agli standard di qualità superiore all’atteso (Fig.1).

L’**area sistema nervoso** mostra comportamenti sostanzialmente analoghi a quella del sistema cardiocircolatorio (Fig.2), ma con una proporzione più alta di strutture di natura giuridica pubblica con livelli di qualità bassa o molto bassa (circa una struttura su cinque contro una struttura su dieci di natura giuridica privata).

Tab.2a – Strutture con tutte le aree cliniche di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2020

	Totale strutture valutate	Struttura con tutte aree di qualità alta/molto alta		Struttura con tutte aree di qualità bassa/molto bassa	
PUBBLICO	534	55	10%	24	4%
PRIVATO	303	72	24%	29	10%





Fig.1 – Area sistema cardiocircolatorio – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2020¹

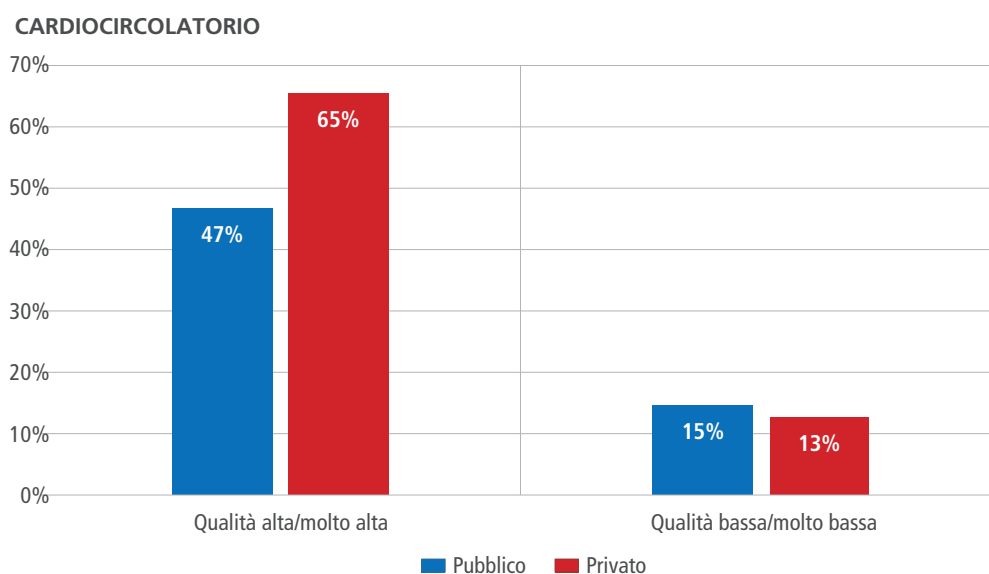
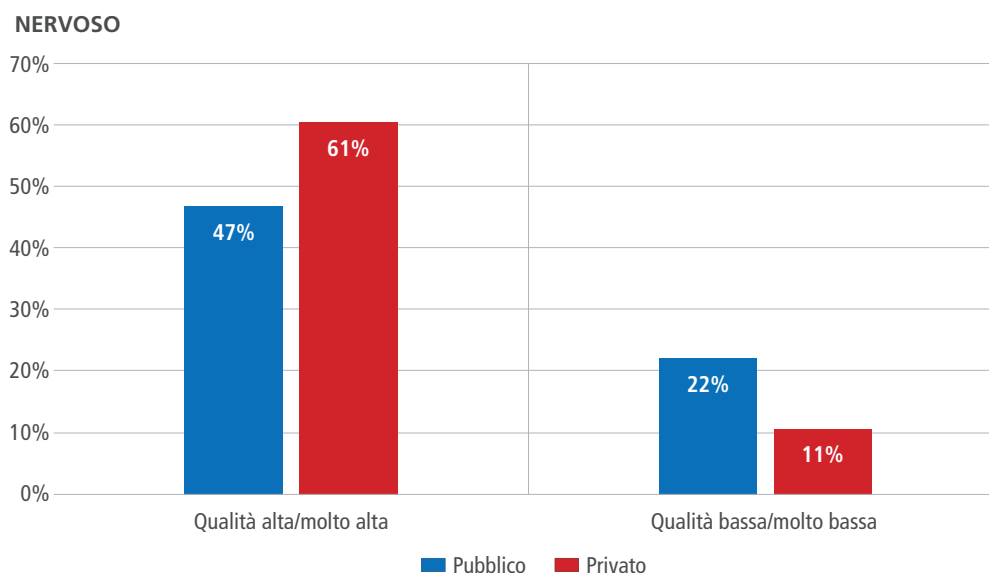


Fig.2 – Area sistema nervoso – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2020



¹Qui, come negli istogrammi successivi, le strutture non rappresentate sono quelle che riportano un livello di qualità in linea con il riferimento.

Molto diverso il quadro per l'**area sistema respiratorio** (Fig.3), dove il 56% delle strutture private raggiunge standard di qualità alta/ molto alta, contro il 14% delle strutture di diritto pubblico. Anche sul piano della proporzione di strutture che riportano un grado di aderenza sub-standard, le strutture di diritto privato e di diritto pubblico si comportano in maniera differente, con il 28% di erogatori privati con livelli di qualità bassa/molto bassa, rispetto al 52% delle strutture pubbliche.

Risultati, invece, sovrapponibili tra strutture di diritto pubblico e di diritto privato nell'**area chirurgia generale** (Fig.4), dove la proporzione di strutture con livelli di qualità bassa o molto

bassa è quasi il 60% di quelle valutate in ciascuna componente.

Anche per quanto riguarda la **chirurgia oncologica** (Fig.5) non si registrano sostanziali differenze tra la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato, tanto nella percentuale di strutture con livelli di qualità bassa o molto bassa quanto di quelle con livelli di qualità alta o molto alta.

Per entrambe le aree chirurgiche il dato più rilevante è quello di una forte polarizzazione delle strutture, indipendentemente dalla natura giuridica delle stesse, tra livelli di performance speculari, con una proporzione minima di strutture che riportano livelli medi di qualità.

Fig.3 – Area sistema respiratorio – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2020

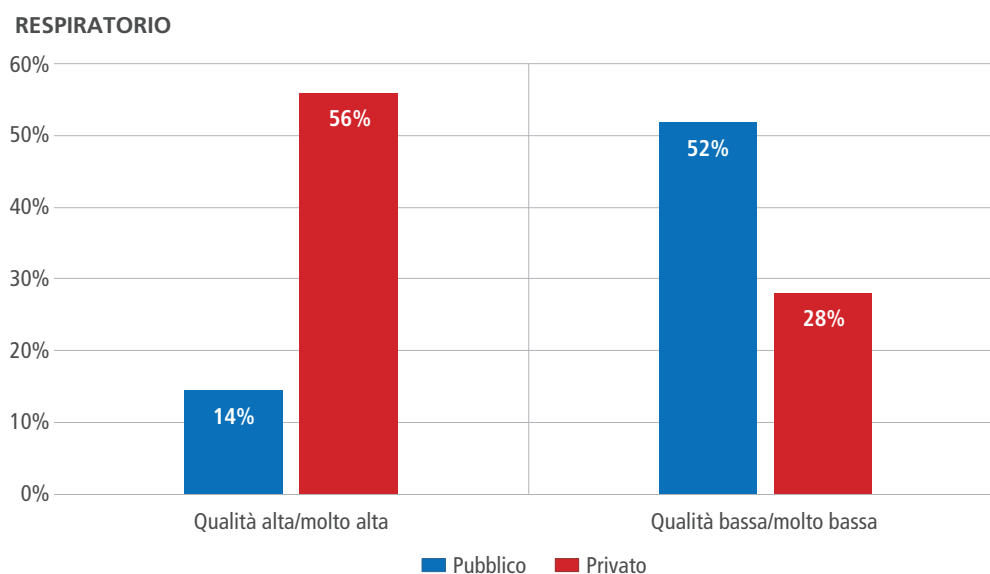




Fig.4 – Area chirurgia generale – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2020

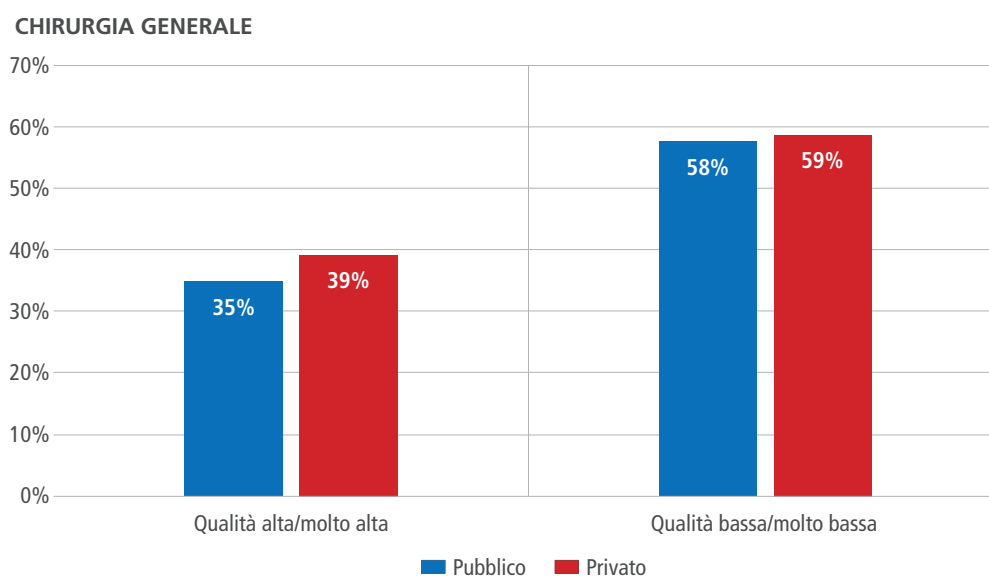
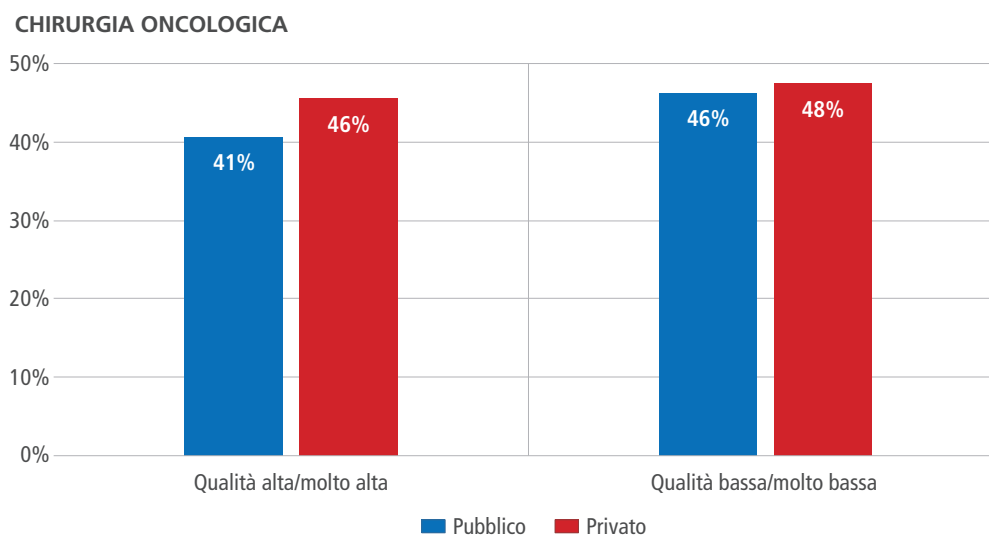


Fig.5 – Area chirurgia oncologica – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2020



Al contrario delle altre aree cliniche, in cui le strutture di diritto privato risultano avere, in proporzione, livelli di qualità equivalenti o superiori (anche in termini di minor percentuale di strutture con bassa qualità) a quelli delle strutture pubbliche, nell'**area gravidanza e parto** (Fig.6) sono quest'ultime ad ottenere una valutazione migliore.

Le strutture con livelli di qualità alta o molto alta sono, infatti, il 47% di quelle di diritto pubblico, contro il 24% di quelle private; gli erogatori con livelli di qualità sub-standard sono il 32% di quelle di diritto pubblico, contro il 54% delle strutture di diritto privato.

Nell'**area osteomuscolare** (Fig.7) – che considera esclusivamente la traumatologia, non valutando la protesica – le strutture pubbliche sono per il 47% di qualità alta o molto alta e per il

32% di qualità bassa o molto bassa; le strutture private di qualità alta e molto alta sono, invece, proporzionalmente di più (pari al 73%), mentre quelle di qualità bassa e molto bassa sono proporzionalmente di meno (pari al 17%).

Ciò che si rileva con maggiore evidenza è da un lato l'alta percentuale di strutture con valori lontani dai requisiti qualitativi e quantitativi, in particolare in riferimento ad alcune aree cliniche (quelle chirurgiche) e alla natura della proprietà (privata per l'area gravidanza e parto e pubblica per l'area respiratoria), dall'altro una complessiva marcata eterogeneità, non solo e non tanto in funzione della natura giuridica, ma a livello di SSN nel suo complesso, con ciò che ne consegue in termini di equità di accesso a servizi di provata efficacia clinica.

Fig.6 – Area gravidanza e parto – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2020

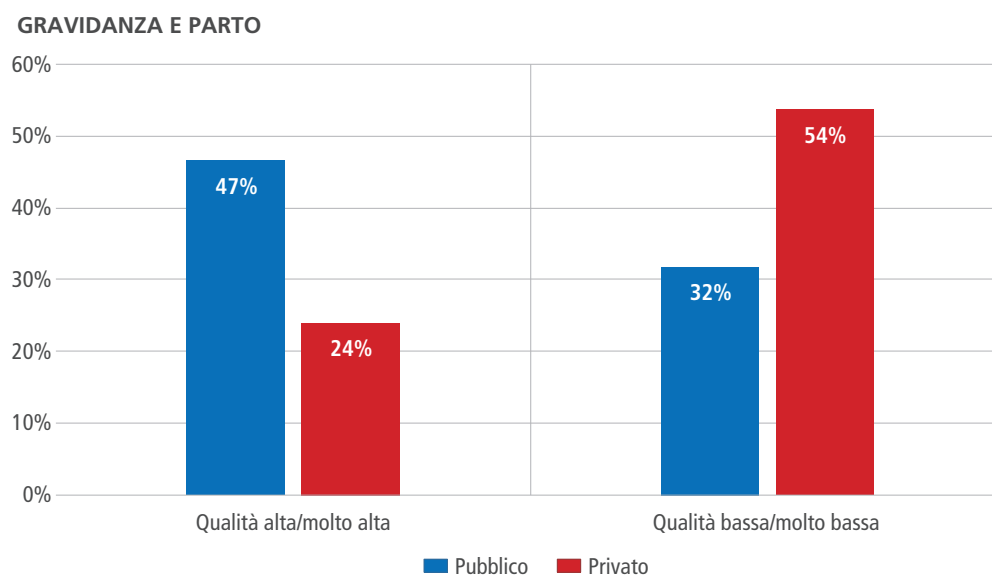
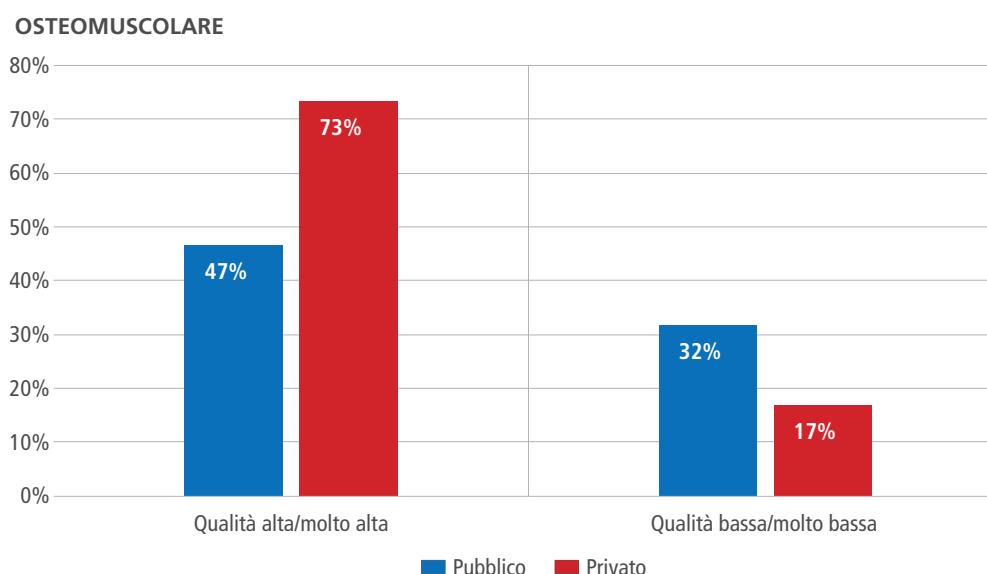




Fig.7 – Area osteomuscolare – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2020



La valutazione di ciascuna area clinica è il risultato di una sintesi degli *score* ottenuti dagli indicatori del PNE considerati maggiormente rappresentativi e riportati, assieme ad altri, in Tab.2b: la tabella riporta inoltre il dettaglio per natura giuridica delle strutture con risultati in linea con gli standard qualitativi e quantitativi.

L'**area cardiovascolare** è quella valutata attraverso un maggior numero di indicatori.

Per quanto riguarda gli esiti, la differenza più importante tra pubblico e privato si ha per l'indicatore di mortalità a 30 giorni dal ricovero per riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale, rispetto al quale le strutture che riportano risultati di qualità alta o molto alta sono, rispettivamente, il 36,5% e il 61,5% circa.

Più di una struttura pubblica su tre (35%) presenta livelli over-standard nella stima della mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio, mentre per le strutture private il rapporto è di 1 a 2 (51%).

Per due indicatori dell'area cardiovascolare la misurazione è stata perfezionata nel corso dell'edizione 2021 del PNE grazie all'utilizzo

delle nuove variabili introdotte nel tracciato SDO: l'ora di ricovero e l'ora di esecuzione delle procedure chirurgiche, per quanto riguarda gli indicatori tempo-dipendenti; i dati sui parametri clinici quali fattori predittivi dell'esito, utilizzati in alcuni modelli di aggiustamento.

In pazienti con Infarto del Miocardio e soprallivellamento del tratto ST (STEMI), la PTCA è considerata il trattamento di scelta quando può essere eseguita da personale esperto, in un laboratorio di emodinamica appropriato ed entro 90 minuti dal primo contatto con il servizio sanitario.

Rispetto all'intervallo di due giorni – quale intervallo minimo discriminabile in assenza del campo "ora" – la possibilità di calcolare la tempestività di intervento con la tempistica di 90 minuti ha consentito di rilevare una forte distanza delle strutture ospedaliere dagli standard prefissati.

Considerando un intervallo misurato in giornate di degenza, le strutture che effettuano tempestivamente almeno il 54% (soglia del 60% fissata dal DM70 a cui si applica il 10% di tolleranza) delle PTCA rappresentano il 99% delle strutture di diritto pubblico e il 100% di quelle

Tab.2b – Strutture in linea con gli standard qualitativi e quantitativi, per natura giuridica, Italia 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N.	n	%	N.	n	%
Infarto miocardico acuto: volumi	631	473	282	60	158	59	37
Bypass aorto-coronarico isolato: volumi	92	53	10	19	39	5	13
Proporzioni di PTCA in IMA-STEMI sul totale delle PTCA	407	322	142	44	85	14	16
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale: volumi	190	130	35	27	60	9	15
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 gg	370	315	206	65	55	34	62
Proporzioni di PTCA entro 90 min in IMA-STEMI	218	184	102	55	34	21	62
Proporzioni di PTCA entro 2gg in IMA-STEMI	218	184	182	99	34	34	100
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg	530	411	143	35	119	61	51
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 gg	89	52	47	90	37	37	100
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 gg (nuove variabili)	89	52	48	92	37	36	97
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 gg	94	54	45	83	40	34	85
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	111	85	31	36	26	16	62
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	264	232	126	54	32	24	75
Intervento chirurgico per TM cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	104	86	12	14	18	6	33
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	326	276	46	17	50	29	58
Colecistectomia laparoscopica: volumi	758	482	200	41	276	101	37
Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria <3 giorni	380	246	194	79	134	123	92
Intervento chirurgico per TM della mammella: volumi	399	264	103	39	135	35	26
Intervento chirurgico per TM del polmone: volumi	134	98	38	39	36	14	39
Proporzione di interventi di resezione entro 120 gg da intervento conservativo per TM mammella	267	204	135	66	63	46	73
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	101	80	36	45	21	6	29
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	84	67	24	36	17	8	47
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	311	251	99	39	60	26	43
Parti: volumi	417	348	270	78	69	59	86
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità I livello	227	207	35	17	27	1	4
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità II livello	148	112	91	81	36	16	44
Proporzione di parti vaginali dopo cesareo (VBAC)	288	232	110	47	56	16	29
Frattura del collo del femore: volumi	599	438	363	83	161	67	42
Protesi ginocchio: volumi	664	375	28	7	289	180	62
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 2 gg	429	368	265	72	61	48	79
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 48 h	430	368	160	43	62	34	55





di diritto privato; misurando, invece, la tempistica di intervento in minuti esse diventano, rispettivamente, il 55% e il 62% circa.

In proposito è sicuramente meritevole di riflessione l'impatto che l'identificazione normativa di requisiti quantitativi e qualitativi produce sul comportamento dei professionisti e del management sanitario quando non accompagnata da un processo culturale che orienti il cambiamento e contribuisca alla diffusione e alla assimilazione delle evidenze scientifiche che sono alla base della determinazione dello standard. L'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo ricovero per intervento di bypass aorto-coronarico isolato è stato per la prima volta calcolato anche tenendo conto delle variabili laboratoristiche "frazione di eiezione preoperatoria" e "creatinina sierica preoperatoria". L'effetto dell'introduzione di questi specifici parametri clinici sugli esiti è evidente nel confronto con i risultati ottenuti con il protocollo operativo originale soprattutto nell'analisi del trend (Tab.3).

In questo caso la performance complessiva migliora: le strutture con una mortalità in linea con il riferimento (< 4,4%) passano da 86% a 92% tra quelle di diritto pubblico e da 87,5% a 97% tra quelle di diritto privato.²

Per quanto riguarda i volumi di attività relativi all'area cardiovascolare, sono stati calcolati e analizzati (Tab. 2b), gli indicatori disciplinati nel DM70/2015, ai quali si aggiunge un ulteriore indicatore che è stato inserito nella proposta di aggiornamento dello stesso Decreto: "volume di ricoveri per interventi di riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale".

Quest'ultimo, assieme ai volumi dei ricoveri per Infarto miocardico acuto e per bypass aorto-coronarico isolato, mostra una forte frammentazione della casistica, con la perdurante presenza di molte strutture che trattano una

numerosità di casi inferiori alla soglia minima prevista: si tratta in particolare di strutture di diritto privato.³

I volumi per intervento di bypass aorto-coronarico isolato (ossia non associato a interventi su valvole o endoarteriectomie) hanno mostrato negli anni un trend in diminuzione, da 16.060 interventi nel 2012 a 14.185 nel 2019 (-11,7%). Il decremento è in parte ascrivibile al maggior controllo dei fattori di rischio (miglioramento dello stile di vita dei pazienti), all'aumento degli interventi di bypass non isolati e in parte al crescente ricorso alle procedure (meno invasive) di angioplastica per il trattamento delle ostruzioni coronariche. Pertanto la soglia attualmente considerata (200 casi/anno) potrebbe essere rivista (in termini di abbassamento), considerando che sulla base delle evidenze a oggi disponibili, il punto di svolta nei volumi associato a esiti migliori si attesta intorno ai 100 interventi/anno.

L'indicatore relativo alle angioplastiche è una proporzione che misura la percentuale di PTCA eseguite su pazienti con IMA-STEMI rispetto al totale delle PTCA effettuate.

Volumi più alti sono, infatti, associati con migliori *outcome* clinici, soprattutto quando la PTCA è eseguita nella fase precoce di IMA, dove è richiesta maggiore abilità ed esperienza rispetto a un intervento di routine in un paziente stabile (PTCA in elezione). Sempre in letteratura è stata indicata come soglia di volume per la PTCA 200-400 casi/anno, al di sotto della quale l'efficacia dell'assistenza erogata potrebbe essere compromessa.

Lo standard fissato dal DM70/2015 è di 250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST. Le strutture che rispettano questo standard sono il 44% tra

² Si consideri che, nell'analisi per area clinica, il PNE nell'edizione 2021 non ha utilizzato i nuovi indicatori caratterizzati dalle nuove variabili, in quanto è ancora in corso la fase di studio della qualità della codifica dei campi di nuova introduzione.

³ In proposito si consideri che le proporzioni di strutture con volumi idonei potrebbero essere sottostimate a causa di una sovrastima degli erogatori considerati nell'analisi: anche se sono state escluse tutte le strutture con volumi inferiori a cinque casi/anno, è plausibile che ad altre strutture con numerosità molto bassa siano attribuiti erroneamente ricoveri per infarto a causa di problemi di miscodifica, ad esempio, della diagnosi o dei trasferimenti.

quelle di diritto pubblico e il 16,5% tra quelle di diritto privato. Differenza, questa, dovuta anche al fatto che queste ultime sono dedicate prevalentemente all'attività programmata.

Entrambi gli indicatori che compongono l'**area sistema nervoso** vedono una percentuale maggiore di strutture overstandard tra le strutture di diritto privato: la proporzione di quest'ultime con valori di mortalità a 30 giorni da un ricovero per ictus ischemico superiori allo standard di riferimento è, infatti, del 75% contro al 54% circa di quelle di diritto pubblico; similmente per la mortalità a 30 giorni da un intervento di craniotomia per tumore cerebrale, dove le strutture pubbliche e le strutture private over-standard sono il 14% e il 33% circa.

L'**area sistema respiratorio** è valutata attraverso un unico indicatore di esito: la mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata, una delle cause più importanti di mortalità e morbosità nei paesi industrializzati.

Rispetto a questo indicatore le strutture pubbliche con qualità alta e molto alta sono il 17%, mentre quelle private sono il 58%.

Da una parte il risultato delle strutture di diritto pubblico con livelli di qualità sub-standard è sicuramente meritevole di attenzione (Fig.3), dall'altra occorre tenere conto che la BPCO è una condizione clinica soggetta a forte misco-difica, soprattutto in quelle strutture di diritto privato dove la casistica trattata non riguarda la fase acuta, ma attiene a ricoveri di riabilitazione respiratoria caratterizzati da ridotta mortalità.

Per quanto riguarda l'**area chirurgia generale**, questa è valutata rispetto al trattamento della colelitiasi, una condizione diffusa che rappresenta un'importante causa di ricorso alla chirurgia addominale e caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari.

L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "*gold standard*" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Anche se non si ha evidenza di alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica, la prima è associata a una degenza ospedaliera e a una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto: in letteratura la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è, in generale, compresa tra 3 e 5 giorni.

Il 79% delle strutture pubbliche e il 92% circa delle strutture private presentano una proporzione superiore alla soglia minima prevista dal DM70 ($\geq 70\%$ a cui applicare una percentuale di tolleranza del 10%) per quel che attiene all'indicatore colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni.

Per quanto riguarda i volumi di attività, le strutture con colecistectomie laparoscopiche in linea con la soglia minima richiesta (90 applicando la percentuale di tolleranza) sono il 41,5% nel pubblico, mentre quelle private sono il 37% circa.

L'**area chirurgia oncologica** è misurata attraverso indicatori di esito e di volume che valutano il singolo momento operatorio e l'abilità del chirurgo e non già il percorso clinico-organizzativo del paziente oncologico, che spesso si articola in numerose e diverse prestazioni, erogate da più centri di cura.

La proporzione di interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento conservativo per tumore maligno della mammella valuta la necessità di re-intervenire chirurgicamente dopo una prima procedura conservativa. Le strutture che riportano una proporzione di nuovi interventi in linea con l'atteso sono il 66% di quelle di diritto pubblico e il 73% di quelle di diritto privato.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano la mortalità a 30 giorni dopo un intervento





di chirurgia oncologica, per il tumore maligno del polmone sono le strutture di diritto pubblico che in percentuale mostrano una performance migliore; diversamente, per il tumore maligno dello stomaco e del colon, le strutture private di qualità alta/molto alta risultano proporzionalmente di più di quelle pubbliche.

Rispetto ai volumi di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella, anche se la percentuale di strutture pubbliche sovra-soglia è maggiore di quella delle strutture private (39% vs 26%), si rileva un generale fenomeno di frammentazione della casistica, tanto più degno di nota se si considera che si tratta di un indicatore al quale sono stati dati spazio ed enfasi a livello scientifico e normativo.

Nell'**area gravidanza e parto**, viene valutata soprattutto la capacità della rete ospedaliera di contenere il ricorso al parto chirurgico per motivi non medici, sia ridimensionando il ricorso al taglio cesareo in donne senza pregresso parto chirurgico, sia promuovendo il parto naturale in donne con precedente cesareo, tutte le volte che non sussistono indicazioni cliniche differenti per il trattamento di specifiche condizioni di salute della donna e/o del neonato.

Il DM70 identifica una percentuale massima di tagli cesarei primari distinta per le strutture di I livello e di II livello, ovvero per le maternità, rispettivamente, sotto e sopra 1000 parti/anno. Riguardo i punti nascita con meno di 1000 parti/anno se le maternità con percentuali di tagli cesarei primari minori o uguali al 15% (16,5% considerando la soglia di tolleranza) sono molto poche tra le strutture pubbliche (17% circa), tra le strutture private solo una su ventisette rispetta lo standard.

Nelle strutture con almeno 1000 parti/anno – che dovrebbero assistere una casistica verosimilmente più complessa – la soglia massima del 25% è rispettata dal 81% delle strutture di diritto pubblico, ma solo dal 44% di quelle di

diritto privato.⁴

Rispetto alle edizioni precedenti sono stati esclusi dalla valutazione gli indicatori di complicanze durante il parto e il puerperio, conseguentemente alla valutazione della estrema eterogeneità di accuratezza e appropriatezza della codifica tra le strutture, tale per cui i punti nascita caratterizzati da migliore codifica risultano sfavoriti nella valutazione comparativa. In sostituzione, è stato introdotto l'indicatore che misura la proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo (VBAC). Anche in questo caso la performance delle strutture pubbliche è nel complesso migliore di quelle di diritto privato con, rispettivamente, il 47% e il 29% dei punti nascita che, con una percentuale (se pur ridotta) di ricorso al VBAC, garantiscono questa prestazione alle partorienti con precedente parto cesareo.

Nonostante già dal 2010, l'Accordo Stato-Regioni sul riordino dei punti nascita prevedeva la chiusura definitiva dei reparti di maternità con < 500 parti/anno, ancora oggi sono diverse le strutture che si collocano al di sotto di questa soglia anche in assenza di condizioni orogeografiche particolari e/o difficili.

L'indicatore *core* dell'**area osteomuscolare** è quello che misura la capacità di intervenire tempestivamente su pazienti over 65 con frattura del collo del femore.

Così come per l'indicatore relativo alle PTCA in IMA-STEMI entro 90 minuti, il confronto tra la proporzione di interventi eseguiti entro 2 giorni e la proporzione di interventi eseguiti entro 48 ore permette di valutare l'effetto dell'impiego della variabile "ora" nel calcolo dell'indicatore. Il DM70 fissa al 60% la percentuale minima di fratture del collo femore da operare entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero.

Anche in questo caso, le strutture in linea con lo standard normativo si riducono notevolmente – dal 72% al 43,5% quelle di diritto pubbli-

⁴ Nella valutazione Treemap che propone il PNE si prevede, invece, la sola soglia del 25% indipendentemente dal numero di parti effettuati dalle strutture.

co e dal 79% al 55% quelle di diritto privato – a rimarcare il maggiore impatto sulla pratica clinico-organizzativa (con effetti potenzialmente distorsivi) di un adempimento normativo rispetto alla persuasione culturale di una pratica *evidence-based*.

L'analisi dei volumi di attività associati a esiti migliori rivela una maggiore concentrazione della casistica tra le strutture di diritto pubblico per quanto riguarda gli interventi di traumatologia e tra le strutture di diritto privato per quanto invece riguarda la protesica, come diretta conseguenza della caratterizzazione della rete di emergenza-urgenza di molte regioni, a forte impronta pubblica.

Il 2020, caratterizzato dalla pandemia Covid-19, rappresenta chiaramente un anno anomalo che rende difficile la valutazione e l'interpretazione degli esiti ospedalieri, avendo registrato effetti macroscopici sia nell'andamento temporale dei volumi di attività sia nella misurazione della qualità delle prestazioni erogate nell'ambito del SSN, non imputabili esclusivamente a una ridotta quantità ed efficacia dell'assistenza, ma anche a una minore qualità dei dati, nonché a variazioni nei fattori di rischio associati agli esiti (ad esempio, minore mobilità) connessi ai periodi di lockdown.

Nell'analisi del trend 2018-2020 (Tab.3) bisogna, tuttavia, considerare non solo che gli indicatori calcolati su più anni (perché la casistica è relativamente ridotta e/o gli esiti sono relativamente rari) possono produrre stime molto diverse di anno in anno, ma anche che, nel complesso, le strutture di diritto privato sono di minor numero rispetto a quelle di diritto pubblico e, dunque, più soggette a fluttuazioni nelle proporzioni di erogatori sopra e sotto soglia. Quando il denominatore è basso, sono sufficienti minime variazioni al numeratore per modificare anche di molto il valore percentuale.

Dall'andamento temporale emerge quanto segue:

– *Volumi di attività*. L'effetto dell'emergenza sa-

nitaria sulla diminuzione dei volumi di attività non-Covid è evidente nella riduzione delle strutture con un numero di interventi conformi alla soglia minima prevista, che risulta più marcata per le prestazioni in elezione. Ad esempio, la proporzione di strutture con interventi di bypass aorto-coronarico isolato al di sopra del volume minimo previsto è passata da 32% a 19% tra quelle di diritto pubblico e da 27% a 13% tra quelle di diritto privato.

Il dato relativo agli interventi chirurgici per tumore maligno della mammella vede le strutture di diritto pubblico in linea con lo standard passare dal 46% al 39% e quelle di diritto privato, pur passando dal 21% al 26%, vedono una differenza di 21 strutture in meno valutate.

Diversamente possiamo registrare come per la protesica, le strutture di diritto privato, storicamente più coinvolte nell'erogazione di questa tipologia di prestazioni e comparativamente meno investite dell'emergenza pandemica, abbiano contribuito alla tenuta complessiva del Servizio Sanitario Nazionale, compensando in parte le contrazioni di offerta nel pubblico.

- *Mortalità a 30 giorni dopo ricovero per IMA*. Nel confronto tra il 2019 e il 2020, le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza allo standard qualitativo passano dal 67,5% al 58% tra quelle di diritto pubblico e dal 64% al 58% tra quelle di diritto privato. Queste ultime tuttavia registrano un complessivo peggioramento già nell'intervallo precedente, considerando che nel 2018 le strutture private che riportavano valori di mortalità più bassi del riferimento erano il 73% circa (con una riduzione in un anno di dieci punti percentuali).
- *Mortalità a 30 giorni dopo ricovero per Scompenso cardiaco congestizio*. Nel confronto tra il 2019 e il 2020, le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza





Tab.3 – Strutture in linea con gli standard qualitativi e quantitativi, per natura giuridica, Trend Italia 2018 – 2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	%	N. strutture	%	N. strutture	%	N. strutture	%	N. strutture	%	N. strutture	%
Infarto miocardico acuto: volumi	473	59,6	158	37,3	502	61,6	168	39,9	509	63,1	172	40,7
Bypass aorto-coronarico isolato: volumi	53	18,9	39	12,8	53	32,1	41	26,8	55	29,1	42	35,7
Proporzioni di PTCA in IMA-STEMI sul totale delle PTCA	322	44,1	85	16,5	322	44,1	85	16,5	327	41,0	82	14,6
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale: volumi	130	26,9	60	15,0	141	33,3	62	19,4	142	35,9	64	18,8
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 gg	315	57,8	55	58,2	314	67,5	55	63,6	311	65,3	55	72,7
Proporzioni di PTCA entro 90min in IMA-STEMI	184	54,9	34	61,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Proporzioni di PTCA entro 2gg in IMA-STEMI	184	98,9	34	100	184	99,5	34	94,1	182	97,8	34	100
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg	411	34,1	119	50,4	410	48,0	119	60,5	407	45,7	119	65,5
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 gg	50	86,0	32	87,5	52	96,2	37	100	51	84,3	37	97,3
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 gg (nuove variabili)	51	92,2	38	97,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 gg	50	78,0	38	81,6	51	80,4	39	87,2	50	86,0	39	89,7
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	57	22,8	14	28,6	68	25,0	17	47,1	69	36,2	19	31,6
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	232	48,7	32	68,8	232	66,4	31	90,3	230	65,2	30	80,0
Intervento chirurgico per TM cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	78	19,2	15	26,7	81	22,2	16	31,3	78	25,6	13	69,2
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	276	17,0	50	58,0	276	31,2	50	74,0	273	32,2	49	69,4
Colecistectomia laparoscopica: volumi	482	41,5	276	36,6	496	67,7	278	46,8	504	66,3	272	47,8
Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria <3 giorni	246	80,9	134	94,0	246	86,2	132	92,4	242	83,1	130	90,8
Intervento chirurgico per TM della mammella: volumi	264	39,0	135	25,9	268	45,9	156	21,2	288	43,1	159	20,1
Intervento chirurgico per TM del polmone: volumi	98	38,8	36	38,9	102	42,2	34	47,1	105	41,0	36	33,3
Proporzione di interventi di resezione entro 120 gg da intervento conservativo per TM mammella	195	67,7	59	69,5	198	67,2	59	74,6	191	67,5	57	68,4
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	44	43,2	17	35,3	58	31,0	18	38,9	58	32,8	16	31,3
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	50	28,0	10	40,0	51	41,2	10	40,0	49	40,8	13	23,1
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	219	34,2	50	30,0	231	41,1	48	45,8	228	40,8	51	47,1
Parti: volumi	348	77,6	69	85,5	352	81,8	74	83,8	361	81,4	78	85,9
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità I livello	207	16,9	27	3,7	207	16,9	27	3,7	195	16,4	26	3,8
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità II livello	112	81,3	36	44,4	112	81,3	36	44,4	121	89,3	37	54,1
Proporzione di parti vaginali dopo cesareo (VBAC)	233	47,2	56	26,8	229	44,5	50	26,0	227	42,7	56	28,6
Frattura del collo del femore: volumi	438	82,9	161	41,6	433	88,0	157	38,2	440	88,2	145	42,1
Protesi ginocchio: volumi	375	7,5	289	62,3	403	18,4	287	69,0	400	19,8	288	62,8
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 2 gg	368	71,5	61	77,0	365	76,7	61	90,2	362	76,0	61	88,5
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 48 h	368	43,5	62	54,8	-	-	-	-	-	-	-	-

allo standard qualitativo passano dal 48% al 34% tra quelle di diritto pubblico e dal 60,5% al 50% tra quelle di diritto privato. Anche in questo caso, tra le strutture private si era registrata già nel 2019 una riduzione delle strutture con performance migliori, rispetto al 65,5% del 2018.

- *Mortalità a 30 giorni dopo ricovero per bypass aorto-coronarico isolato.* Nel confronto tra il 2019 e il 2020, le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza allo standard qualitativo passano dal 96% al 86% tra quelle di diritto pubblico (valore simile a quello del 2018) e dal 100% al 87,5% tra quelle di diritto privato.
- *Mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus ischemico.* Nel confronto tra il 2019 e il 2020, le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza allo standard qualitativo passano dal 66% al 49% tra quelle di diritto pubblico e dal 90% al 69% tra quelle di diritto privato.
- *Mortalità a 30 giorni dopo ricovero per BPCO.* Nel confronto tra il 2019 e il 2020, le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza allo standard qualitativo passano dal 31% al 17% tra quelle di diritto pubblico e dal 74% al 58% tra quelle di diritto privato.
- *Colecistectomia laparoscopica. Degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.* È uno degli indicatori che ha risentito meno dell'impatto pandemico, anche probabilmente per via dell'esigenza di ridurre al minimo la degenza ospedaliera dei pazienti non-covid all'interno delle strutture ospedaliere.
- *Tagli cesarei senza pregresso parto cesareo e VBAC.* Il quadro 2020 è perfettamente sovrapponibile a quello 2019.
- *Tempestività di intervento chirurgico sulla frattura del collo del femore.* Nel confronto tra il 2019 e il 2020, le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza allo standard qualitativo passano dal 77% al 71,5% tra quelle di diritto pubblico e dal 90% al 77% tra quelle di diritto privato.



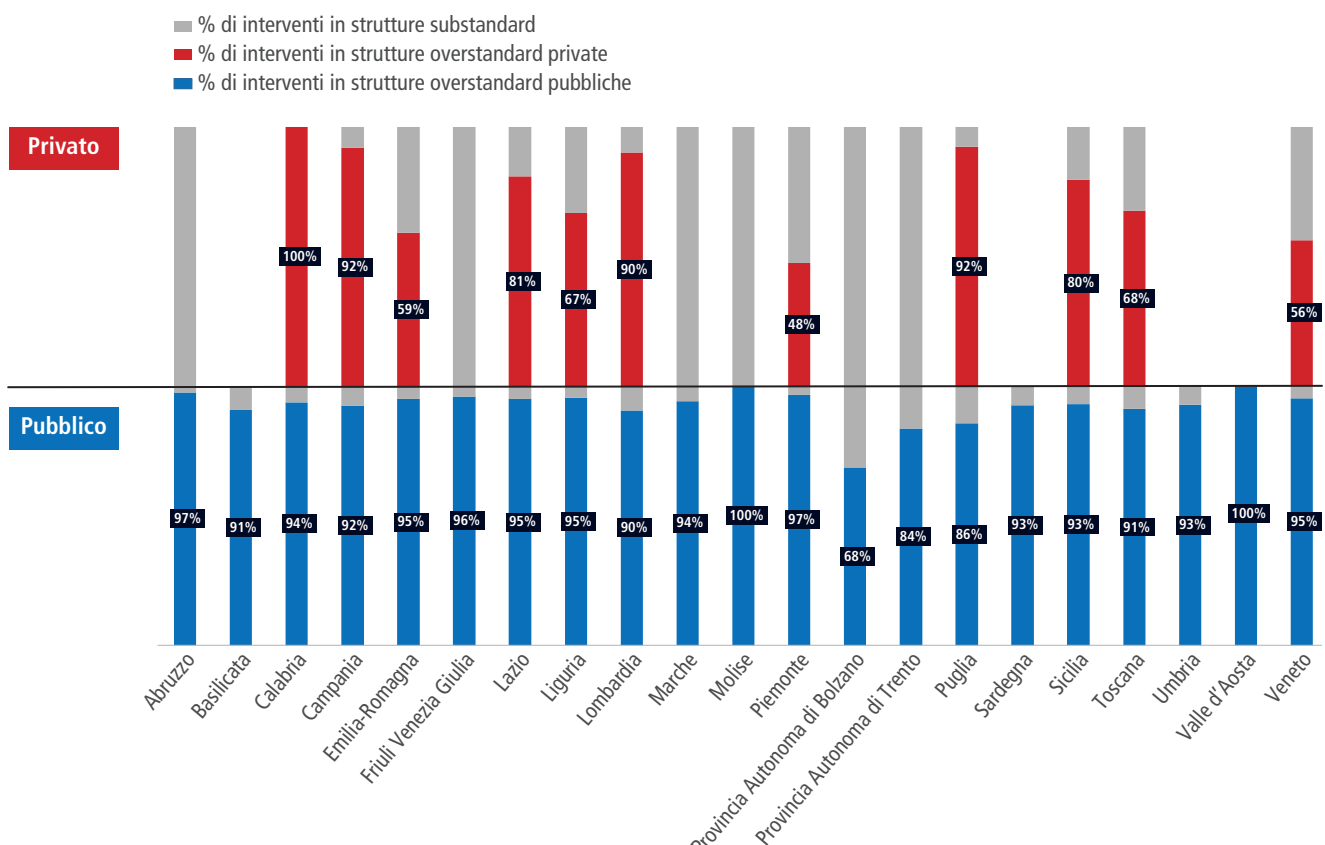
ANALISI REGIONALE

Area sistema cardiovascolare

In Fig.8 è rappresentata a livello regionale la proporzione di IMA che vengono trattati in strutture con volumi di attività in linea con lo standard (≥ 90), considerando separatamente la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN⁵.

Ad esempio, in Veneto, se nell'ambito delle strutture pubbliche la quasi totalità dei ricoveri avviene in strutture conformi alla soglia minima di volume, nell'ambito delle strutture di diritto privato solo il 56% dei pazienti viene ricoverato in strutture con almeno 90 casi/anno.

Fig.8 – Infarto miocardico acuto: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e Regione, 2020



⁵ Anche se sono state escluse tutte le strutture con volumi inferiori a cinque casi/anno, è plausibile che ad altre strutture con numerosità molto bassa siano attribuiti erroneamente ricoveri per infarto a causa di problemi di miscodifica, ad esempio, della diagnosi o dei trasferimenti, con conseguente sottostima della concentrazione della casistica.

In Tab.4 viene riportata, sempre nell'articolazione pubblico-privato, l'informazione relativa alle strutture in linea con lo standard per quanto riguarda l'indicatore di mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto miocardico acuto. Ad esempio, nel Lazio, nell'ambito delle 29 strutture complessivamente valutate, 13 strutture di diritto pubblico su 21 e 6 strutture di di-

ritto privato su 8 sono conformi allo standard. Per favorire una lettura più corretta del dato, la Tab.5 riporta il trend 2018 – 2020, utile a considerare sia eventuali anomalie attribuibili all'anno pandemico, sia possibili fluttuazioni dovute a lievi spostamenti da sopra a sotto soglia (e viceversa) del dato per struttura.

Tab.4 – Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	9	9	3	33,3	0	0	-
Basilicata	2	2	1	50,0	0	0	-
Calabria	12	11	7	63,6	1	1	100
Campania	38	30	18	60,0	8	7	87,5
Emilia-Romagna	25	24	22	91,7	1	0	0,0
Friuli Venezia Giulia	8	8	7	87,5	0	0	-
Lazio	29	21	13	61,9	8	6	75,0
Liguria	11	10	7	70,0	1	1	100
Lombardia	62	39	21	53,8	23	13	56,5
Marche	11	11	7	63,6	0	0	-
Molise	3	3	2	66,7	0	0	-
Piemonte	26	26	17	65,4	0	0	-
P. A. Bolzano	2	2	1	50,0	0	0	-
P. A. Trento	2	2	1	50,0	0	0	-
Puglia	28	21	14	66,7	7	2	28,6
Sardegna	10	10	6	60,0	0	0	-
Sicilia	36	33	22	66,7	3	2	66,7
Toscana	24	23	18	78,3	1	0	0,0
Umbria	5	5	4	80,0	0	0	-
Valle d'Aosta	1	1	1	100	0	0	-
Veneto	26	24	14	58,3	2	2	100



Tab.5 – Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018 – 2020⁶

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	9	3	-	-	9	2	-	-	9	3	-	-
Basilicata	2	1	-	-	2	2	-	-	2	1	-	-
Calabria	11	7	1	1	11	7	1	1	11	5	1	1
Campania	30	15	8	7	30	18	8	8	30	17	8	5
Emilia-Romagna	24	20	1	-	24	22	1	-	24	18	1	-
Friuli Venezia Giulia	8	6	-	-	8	7	-	-	8	8	-	-
Lazio	21	11	8	6	21	14	8	6	21	10	8	8
Liguria	10	7	1	1	10	8	1	-	7	4	1	-
Lombardia	39	18	23	11	39	26	23	13	39	29	23	18
Marche	11	5	-	-	11	9	-	-	11	8	-	-
Molise	3	2	-	-	3	2	-	-	3	2	-	-
Piemonte	26	13	-	-	25	16	-	-	25	19	-	-
P.A.Bolzano	2	-	-	-	2	1	-	-	2	1	-	-
P.A.Trento	2	1	-	-	2	-	-	-	2	1	-	-
Puglia	21	11	7	2	21	14	7	2	21	12	7	3
Sardegna	10	6	-	-	10	7	-	-	10	6	-	-
Sicilia	33	20	3	2	33	15	3	2	33	20	3	2
Toscana	23	17	1	-	23	21	1	1	23	20	1	1
Umbria	5	4	-	-	5	4	-	-	5	5	-	-
Valle d'Aosta	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Veneto	24	14	2	2	24	16	2	2	24	13	2	2

⁶ Le stime puntuali riportate per l'anno 2020 possono discostarsi dalle stime riportate nell'analisi dell'andamento temporale per lo stesso anno, sia perché la stima puntuale può essere calcolata su più anni sia perché l'aggiustamento nel trend avviene considerando anche gli anni precedenti.

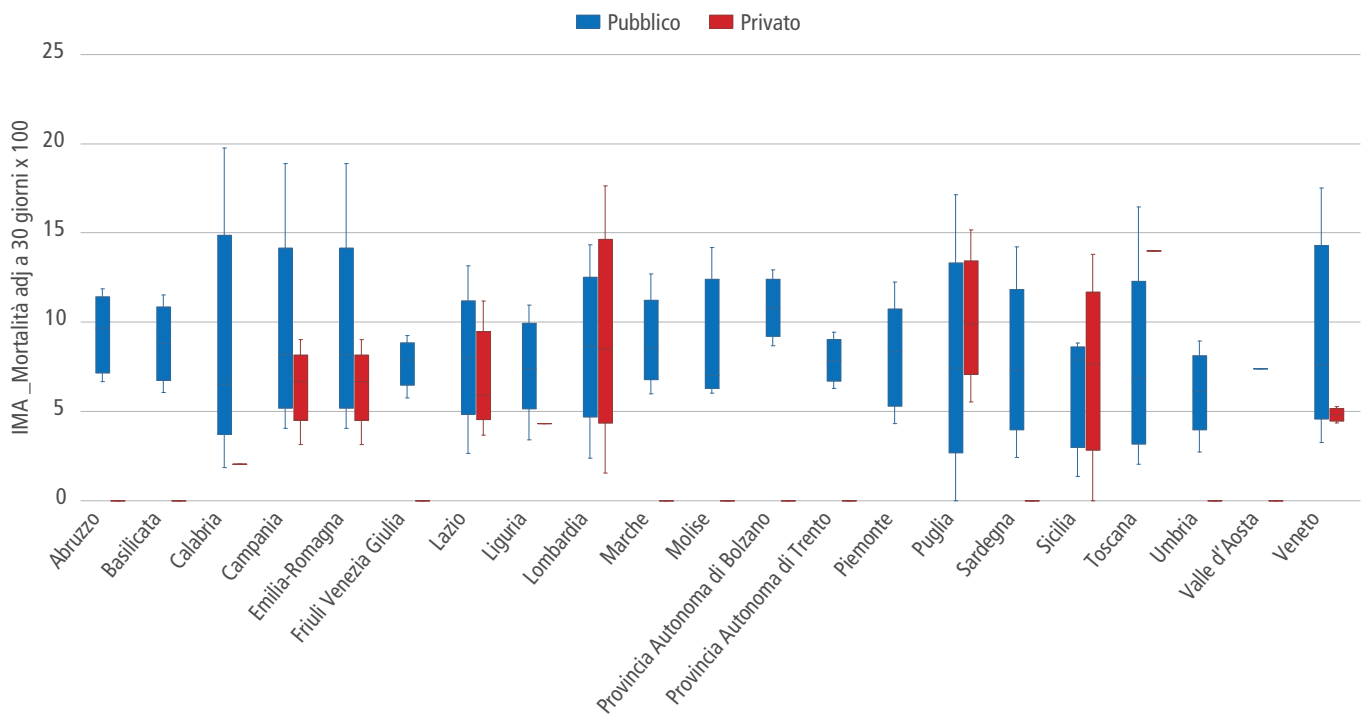
Un'informazione rilevante in un sistema sanitario universalistico è quella relativa all'accesso a servizi di provata efficacia clinica in condizioni di equità, sicurezza e qualità, sull'intero territorio nazionale. È evidente che in un'articolazione regionale della programmazione sanitaria e in una condizione di sostenuta mobilità sanitaria, la valutazione della variabilità tra erogatori e tra aree territoriali diviene centrale.

In Fig.9 è rappresentata per ciascuna regione la variabilità nel dato di mortalità post-IMA tra strutture ospedaliere, distinguendo tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato.

Attraverso i boxplot è possibile verificare i valori di mortalità più alti e più bassi (estremi della distribuzione rappresentati graficamente dai trattini superiore e inferiore), la struttura mediana e le strutture che riportano mortalità comprese nella metà centrale della distribuzione (tra il 25° e il 75° percentile).

Ad esempio in Puglia sia la struttura che riporta il dato più alto di mortalità, sia quella che riporta il dato più basso sono di diritto pubblico. E, anche al di là degli estremi, le strutture pubbliche presentano una maggiore eterogeneità rispetto a quelle di diritto privato.

Fig.9 – Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni – variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



In Tab.6 sono riportati i risultati relativi all'indicatore DM70 sui volumi di angioplastiche coronariche percutanee.

Ad esempio in Liguria sette strutture su dieci di diritto pubblico e una struttura delle due valutate di diritto privato effettuano, nel 2020, un vo-

lume non inferiore a 250 angioplastiche primarie di cui almeno il 30% in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST.

Anche in questo caso, si riporta l'andamento 2018 – 2020 (Tab.7).

Tab.6 – Angioplastica coronarica percutanea: angioplastiche primarie in IMA-STEMI su angioplastiche totali – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	10	9	3	33,3	1	0	0,0
Basilicata	6	6	2	33,3	0	0	
Calabria	8	6	4	66,7	2	0	0,0
Campania	40	30	16	53,3	10	2	20,0
Emilia-Romagna	34	30	11	36,7	4	0	0,0
Friuli Venezia Giulia	4	4	3	75,0	0	0	
Lazio	37	19	10	52,6	18	1	5,6
Liguria	12	10	7	70,0	2	1	50,0
Lombardia	67	43	20	46,5	24	6	25,0
Marche	12	12	4	33,3	0	0	
Molise	4	3	3	100	1	0	0,0
Piemonte	28	24	9	37,5	4	0	0,0
P. A. Bolzano	6	6	1	16,7	0	0	
P. A. Trento	2	2	1	50,0	0	0	
Puglia	23	14	7	50,0	9	2	22,2
Sardegna	9	9	6	66,7	0	0	
Sicilia	38	33	18	54,5	5	1	20,0
Toscana	29	27	8	29,6	2	1	50,0
Umbria	5	5	2	40,0	0	0	
Valle d'Aosta	1	1	0	0,0	0	0	
Veneto	32	29	7	24,1	3	0	0,0

Tab.7 – Angioplastica coronarica percutanea: angioplastiche primarie in IMA-STEMI su angioplastiche totali – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

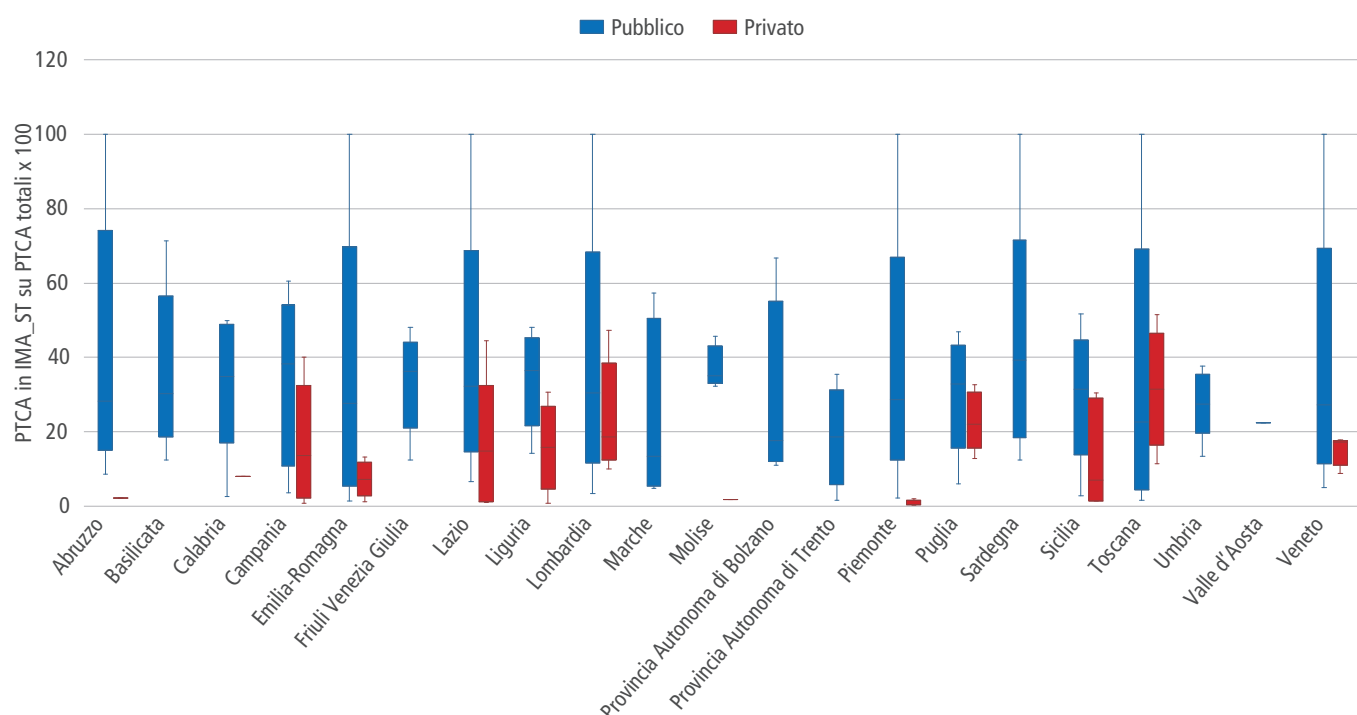
Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	9	3	1	-	9	3	1	-	9	4	1	-
Basilicata	6	2	-	-	6	2	-	-	6	1	-	-
Calabria	6	4	2	-	6	4	2	-	6	4	2	-
Campania	30	16	10	2	30	16	10	2	32	21	9	2
Emilia-Romagna	30	11	4	-	30	11	4	-	33	13	4	-
Friuli Venezia Giulia	4	3	-	-	4	3	-	-	3	3	-	-
Lazio	19	10	18	1	19	10	18	1	20	10	17	1
Liguria	10	7	2	1	10	7	2	1	11	7	2	-
Lombardia	43	20	24	6	43	20	24	6	43	13	23	5
Marche	12	4	-	-	12	4	-	-	12	4	-	-
Molise	3	3	1	-	3	3	1	-	3	3	1	-
Piemonte	24	9	4	-	24	9	4	-	22	4	4	-
P.A.Bolzano	6	1	-	-	6	1	-	-	7	2	-	-
P.A.Trento	2	1	-	-	2	1	-	-	2	1	-	-
Puglia	14	7	9	2	14	7	9	2	13	6	9	1
Sardegna	9	6	-	-	9	6	-	-	9	2	-	-
Sicilia	33	18	5	1	33	18	5	1	31	15	5	2
Toscana	27	8	2	1	27	8	2	1	27	8	2	1
Umbria	5	2	-	-	5	2	-	-	5	2	-	-
Valle d'Aosta	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Veneto	29	7	3	-	29	7	3	-	32	11	3	-



In Fig.10 è rappresentata per ciascuna regione la variabilità tra strutture ospedaliere nella proporzione di angioplastiche in IMA-STEMI, distinguendo tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato. Per quanto riguarda la tempestività di interven-

to come proxy di efficacia e di appropriatezza clinica, il livello di analisi regionale conferma il dato nazionale nella significativa riduzione di strutture in linea con lo standard, con il passaggio alla misurazione dell'intervallo "door to balloon" in minuti.

Fig.10 – Angioplastica coronarica percutanea: angioplastiche primarie in IMA-STEMI su angioplastiche totali – variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



La situazione cambia comunque da regione a regione: ad esempio in Lombardia le strutture di diritto privato hanno un comportamento analogo a quelle di diritto pubblico; diversamente nel Lazio le cardiocirurgie private conservano una adeguata tempestività di intervento anche considerando l'intervallo di 90 minuti.

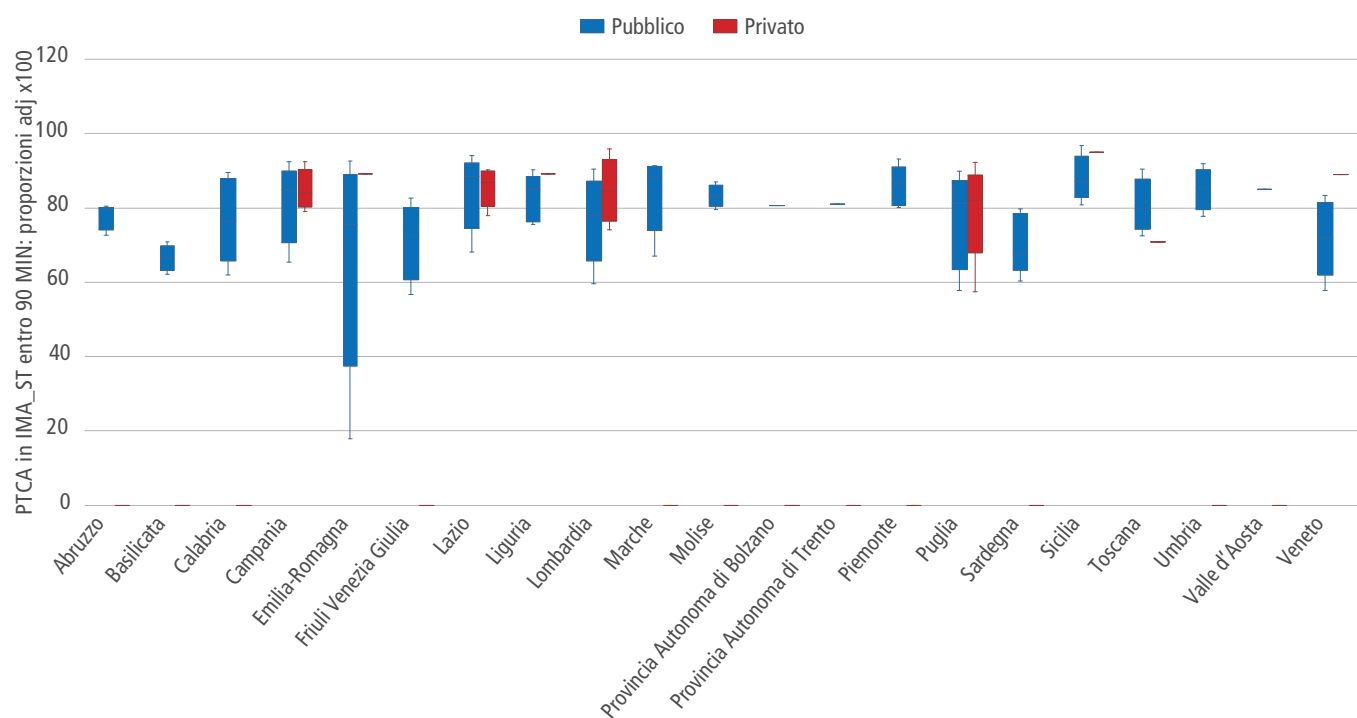
In Fig. 11 è rappresentata per ciascuna regione la variabilità tra strutture ospedaliere nella proporzione di angioplastiche in IMA-STEMI effettuate entro 90 minuti.

Tab.8 – Infarto miocardico acuto: percentuale di trattati con PTCA entro 2 giorni vs 90 minuti – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	Comparto pubblico						Comparto privato					
	N. strutture (2gg)	N. strutture (90min)	N. strutture in linea con lo standard (2gg)	N. strutture in linea con lo standard (90min)	% (2gg)	% (90min)	N. strutture (2gg)	N. strutture (90min)	N. strutture in linea con lo standard (2gg)	N. strutture in linea con lo standard (90min)	% (2gg)	% (90min)
Abruzzo	5	5	5	3	100	60,0	0	0	0	0	-	-
Basilicata	2	2	2	0	100	0,0	0	0	0	0	-	-
Calabria	6	6	6	3	100	50,0	0	0	0	0	-	-
Campania	18	18	18	5	100	27,8	3	3	3	1	100	33,0
Emilia-Romagna	12	12	10	10	83,3	83,3	1	1	1	1	100	100
Friuli Venezia Giulia	3	3	3	2	100	66,7	0	0	0	0	-	-
Lazio	15	15	15	11	100	73,3	4	4	4	4	100	100
Liguria	7	7	7	4	100	57,1	1	1	1	0	100	0
Lombardia	26	26	26	11	100	42,3	15	15	15	6	100	40,0
Marche	4	4	4	3	100	75,0	0	0	0	0	-	-
Molise	2	2	2	2	100	100	0	0	0	0	-	-
Piemonte	17	17	17	15	100	88,2	0	0	0	0	-	-
P.A. Bolzano	1	1	1	1	100	100	0	0	0	0	-	-
P.A. Trento	1	1	1	1	100	100	0	0	0	0	-	-
Puglia	9	9	9	3	100	33,3	7	7	7	6	100	86,0
Sardegna	5	5	5	3	100	60,0	0	0	0	0	-	-
Sicilia	19	19	19	9	100	47,4	1	1	1	1	100	100
Toscana	11	11	11	4	100	36,4	1	1	1	1	100	100
Umbria	3	3	3	2	100	66,7	0	0	0	0	-	-
Valle d'Aosta	1	1	1	1	100	100	0	0	0	0	-	-
Veneto	17	17	17	9	100	52,9	1	1	1	1	100	100



Fig.11 – Angioplastiche coronariche percutanee in IMA-STEMI entro 90 minuti – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



Un altro indicatore *core* del PNE è quello che misura la mortalità a 30 giorni da un ricovero per scompenso cardiaco congestizio. Anche per il trattamento di questa condizione clinica si registra una notevole variabilità interregiona-

le e intraregionale tanto considerando la proporzione di strutture conformi e non conformi allo standard (Tab.9) quanto osservando l'eterogeneità del dato di mortalità struttura-specifico (Fig.12).

Tab.9 – Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	17	13	3	23,1	4	3	75,0
Basilicata	6	6	2	33,3	0	0	-
Calabria	17	15	7	46,7	2	1	50,0
Campania	40	26	10	38,5	14	9	64,3
Emilia-Romagna	42	35	17	48,6	7	5	71,4
Friuli Venezia Giulia	11	11	5	45,5	0	0	-
Lazio	57	29	6	20,7	28	10	35,7
Liguria	13	12	0	0,0	1	0	0,0
Lombardia	90	59	16	27,1	31	14	45,2
Marche	16	16	5	31,3	0	0	-
Molise	4	3	0	0,0	1	1	100
Piemonte	30	28	7	25,0	2	1	50,0
P. A. Bolzano	6	6	5	83,3	0	0	-
P. A. Trento	7	7	6	85,7	0	0	-
Puglia	36	27	12	44,4	9	6	66,7
Sardegna	11	11	4	36,4	0	0	-
Sicilia	51	39	8	20,5	12	6	50,0
Toscana	28	27	9	33,3	1	1	100
Umbria	8	8	5	62,5	0	0	-
Valle d'Aosta	1	1	0	0,0	0	0	-
Veneto	39	32	16	50,0	7	4	57,1

Nella Regione Abruzzo ad esempio solo tre strutture pubbliche su tredici (pari al 23%) si caratterizzano per una mortalità non superiore alla soglia massima indicata, di contro a tre strutture su quattro (pari al 75%) della componente di diritto privato.

In linea generale, la performance delle strutture private risulta comparativamente superiore a quella di diritto pubblico, anche se tra queste

ultime la percentuale con esiti conformi all'atteso varia dallo 0% della Liguria (0 strutture su 12), del Molise e della Valle d'Aosta al 86% della P.A. di Trento (6 strutture su 7).

Dalla lettura dell'andamento temporale della numerosità e proporzione di strutture in linea con il riferimento non sembra essere intervenuto un effetto Covid-19 in termini di conformità allo standard (Tab.10).



Tab.10 – Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

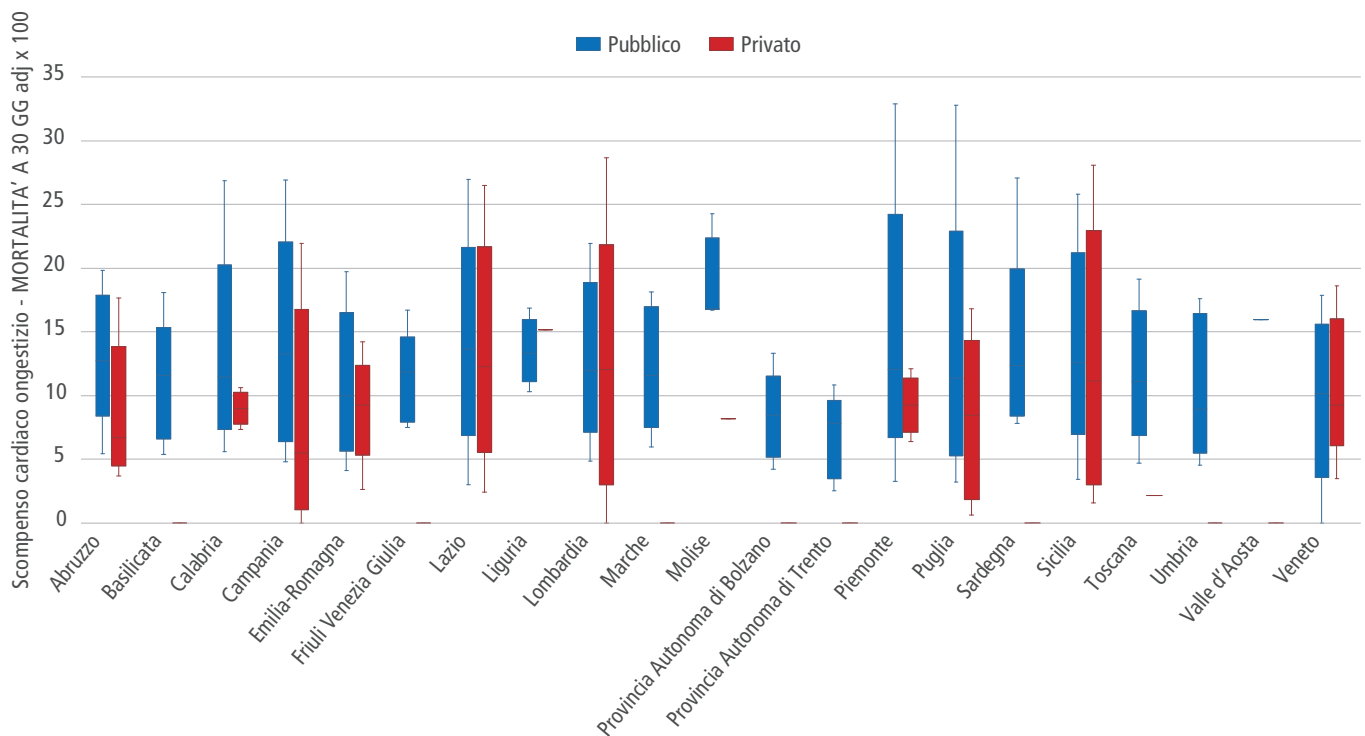
Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	13	3	4	3	13	6	4	4	13	6	4	3
Basilicata	6	2	-	-	6	2	-	-	6	3	-	-
Calabria	15	7	2	1	15	8	2	1	15	6	2	2
Campania	26	10	14	9	26	9	14	10	26	11	14	10
Emilia-Romagna	35	17	7	5	35	24	7	7	35	23	7	5
Friuli Venezia Giulia	11	5	-	-	11	5	-	-	11	5	-	-
Lazio	29	5	28	10	29	10	28	13	29	9	28	16
Liguria	12	-	1	-	12	5	1	-	9	3	1	-
Lombardia	59	17	31	14	59	32	31	17	59	25	31	19
Marche	16	5	-	-	16	5	-	-	16	7	-	-
Molise	3	-	1	1	3	-	1	1	3	-	1	1
Piemonte	28	6	2	1	27	10	2	2	27	11	2	1
P.A.Bolzano	6	5	-	-	6	4	-	-	6	6	-	-
P.A.Trento	7	6	-	-	7	7	-	-	7	7	-	-
Puglia	27	12	9	5	27	9	9	5	27	14	9	6
Sardegna	11	4	-	-	11	4	-	-	11	4	-	-
Sicilia	39	7	12	6	39	8	12	7	39	10	12	9
Toscana	27	8	1	1	27	19	1	1	27	13	1	1
Umbria	8	5	-	-	8	4	-	-	8	3	-	-
Valle d'Aosta	1	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-
Veneto	32	16	7	4	32	25	7	4	32	20	7	5

Osservando i boxplot in Fig.12 si rileva una importante variabilità intraregionale e interregionale, tanto nell'ambito della componente di diritto pubblico quanto all'interno della componente di diritto privato.

Ad esempio in Sicilia – dove 8 strutture pubbliche su 39 (20,5%) e 6 strutture private su 12 (50%) sono conformi allo standard (Tab.9) – si osserva (Fig.12) una significativa eterogeneità

del dato di mortalità, superiore tra le strutture di diritto privato rispetto a quelle di diritto di pubblico. È una struttura privata che fa registrare la mortalità regionale più alta così come è privata la struttura siciliana con la mortalità più contenuta, con una differenza superiore a 20 punti percentuali tra il primo e il terzo quartile della distribuzione.

Fig.12 – Scoppio cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020

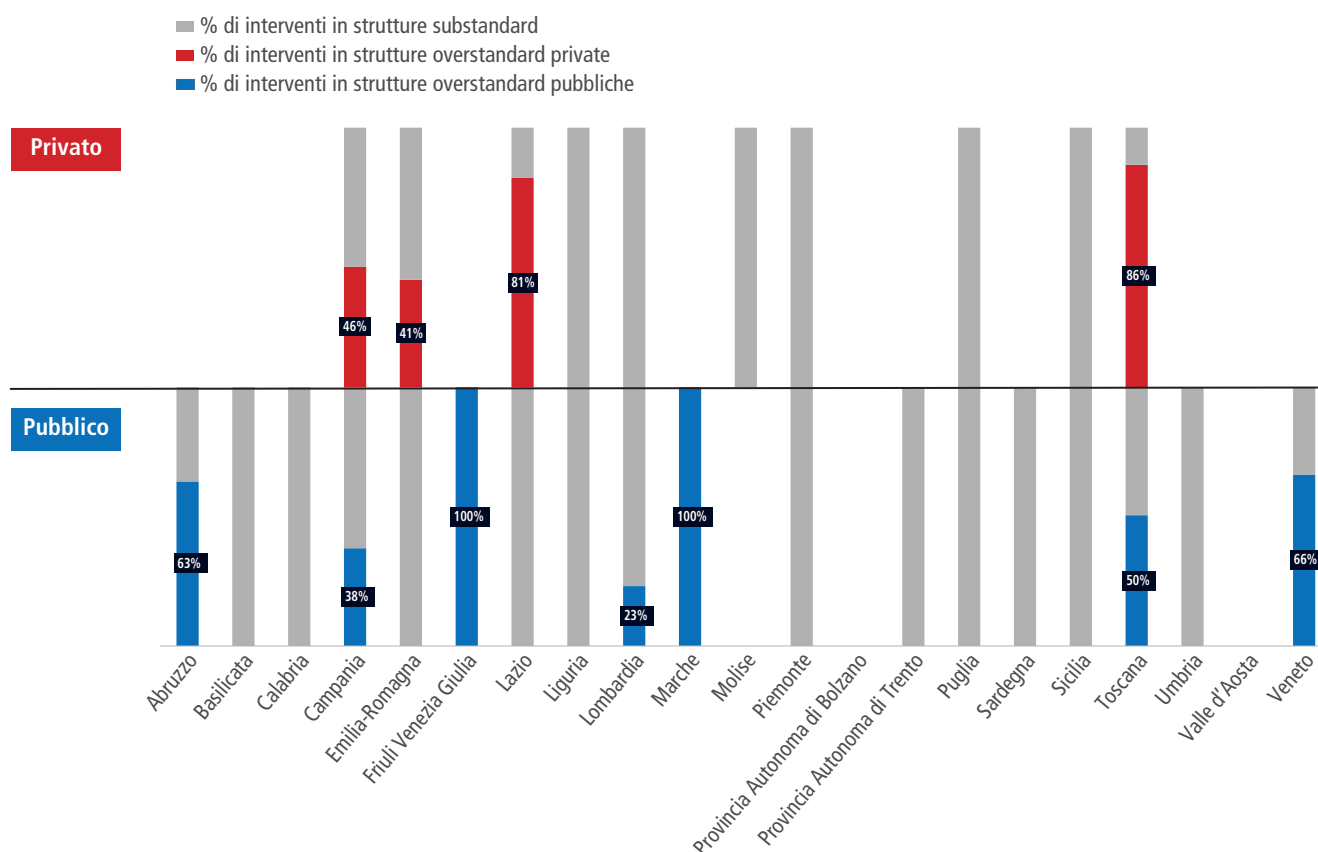


Per quanto riguarda la cardiocirurgia, in Fig.13 è riportato il dato percentuale di bypass aorto-coronarici effettuati in strutture con volumi di attività in linea con lo standard (≥ 180). Ad esempio in Campania, nell'ambito delle strutture di diritto pubblico, il 38% degli interventi chirurgici viene effettuato in strutture conformi al volume minimo richiesto, contro il 46% erogato nelle strutture di diritto privato. Le colonne in grigio rappresentano i contesti in cui

nessuna struttura raggiunge i requisiti quantitativi previsti.

Il quadro della mortalità a 30 giorni da un ricovero per bypass aorto-coronarico isolato è sostanzialmente in linea con l'atteso. Fanno eccezione, tra le strutture di diritto pubblico, due cardiocirurgie campane, una lombarda e una siciliana; tra le strutture di diritto privato, una struttura pugliese.

Fig.13 – Bypass aorto-coronarico isolato: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e Regione, 2020



Dal momento che l'indicatore rappresentato (Tab.11) è stato calcolato per la prima volta nell'edizione PNE 2021, considerando le nuove variabili laboratoristiche introdotte nel nuovo tracciato SDO, non è disponibile un confronto con gli anni precedenti.

Per motivi di completezza, riportiamo, quindi, anche l'indicatore calcolato con il protocollo operativo precedente (non considerando cioè nel modello di aggiustamento la frazione di eiezione e la creatinina sierica).

Tab.11 – Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni (nuovo indicatore) – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	2	2	2	100	0	0	-
Basilicata	1	1	1	100	0	0	-
Calabria	3	2	2	100	1	1	100
Campania	9	5	3	60,0	4	4	100
Emilia-Romagna	6	2	2	100	4	4	100
Friuli Venezia Giulia	2	2	2	100	0	0	-
Lazio	7	4	4	100	3	3	100
Liguria	2	1	1	100	1	1	100
Lombardia	19	9	8	89,9	10	10	100
Marche	1	1	1	100	0	0	-
Molise	1	0	0	-	1	1	100
Piemonte	8	5	5	100	3	3	100
P. A. Bolzano	0	0	0	-	0	0	-
P. A. Trento	1	1	1	100	0	0	-
Puglia	8	2	2	100	6	5	83,3
Sardegna	2	2	2	100	0	0	-
Sicilia	6	3	2	66,7	3	3	100
Toscana	4	3	3	100	1	1	100
Umbria	2	2	2	100	0	0	-
Valle d'Aosta	0	0	0	-	0	0	-
Veneto	5	5	5	100	0	0	-



Tab.12 – Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	2	2	2	100	0	0	-
Basilicata	1	1	1	100	0	0	-
Calabria	3	2	2	100	1	1	100
Campania	9	5	3	60,0	4	4	100
Emilia-Romagna	6	2	2	100	4	4	100
Friuli Venezia Giulia	2	2	2	100	0	0	-
Lazio	7	4	4	100	3	3	100
Liguria	2	1	1	100	1	1	100
Lombardia	19	9	8	89,0	10	10	100
Marche	1	1	1	100	0	0	-
Molise	1	0	0	-	1	1	100
Piemonte	8	5	5	80,0	3	3	100
P. A. Bolzano	0	0	0	-	0	0	-
P. A. Trento	1	1	1	100	0	0	-
Puglia	8	2	2	100	6	5	100
Sardegna	2	2	2	67,0	0	0	-
Sicilia	6	3	2	100	3	3	100
Toscana	4	3	3	100	1	1	100
Umbria	2	2	2	100	0	0	-
Valle d'Aosta	0	0	0	-	0	0	-
Veneto	5	5	5	100	0	0	-

L'indicatore che misura la mortalità a 30 giorni da un intervento di bypass è calcolato su base biennale: i valori calcolati per il 2020 (Tab.12) fanno quindi riferimento ai ricoveri avvenuti sia nel 2020 sia nel 2019; le stime riportate nel trend (Tab. 13) sono, invece, stime puntuali rife-

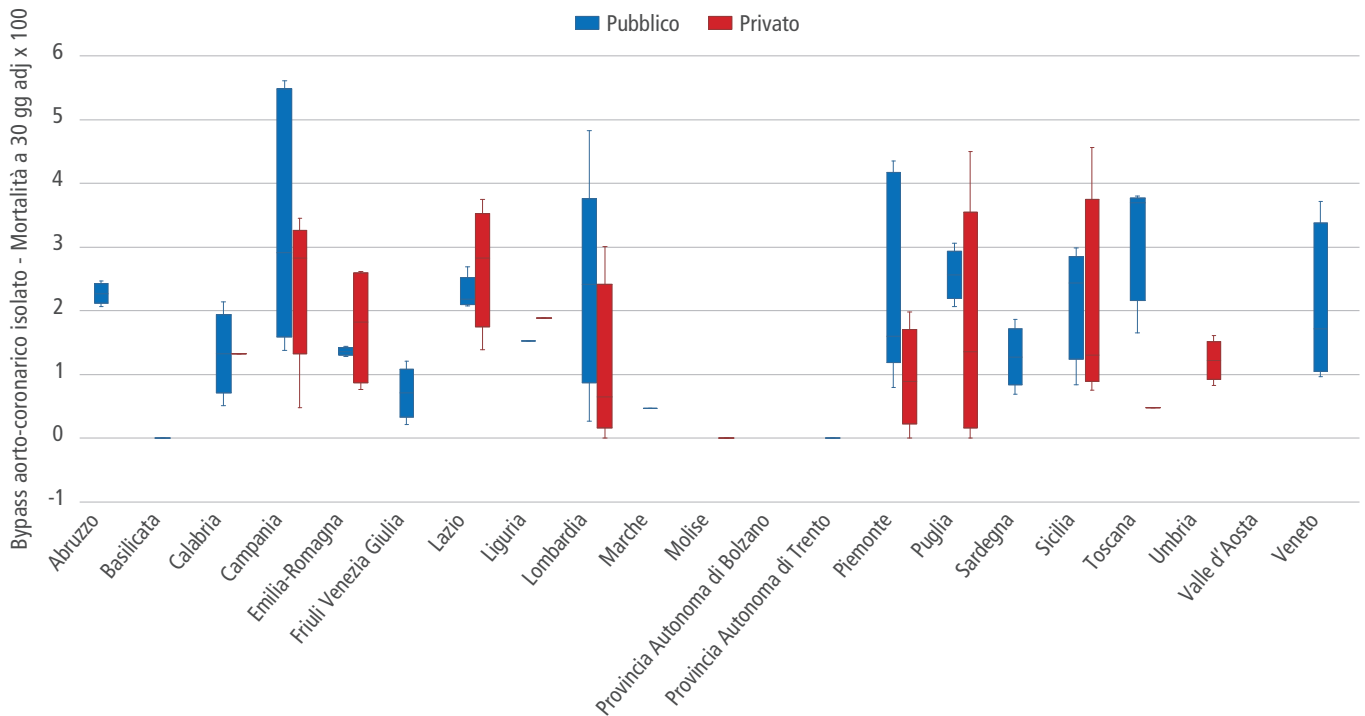
rite alle coorti specifiche di ogni anno. Pertanto i valori riferiti qui al 2020 si discostano da quelli riportati in Tab 12 e rappresentano i soli casi e i soli eventi verificatisi nell'anno solare di riferimento.

Tab.13 – Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	2	2	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Basilicata	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Calabria	2	2	-	-	2	2	1	1	2	2	1	1
Campania	5	3	4	3	5	5	4	4	5	3	4	4
Emilia-Romagna	2	2	4	3	2	2	4	4	2	2	4	4
Friuli Venezia Giulia	2	2	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Lazio	4	4	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3
Liguria	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-	1	1
Lombardia	9	7	7	6	9	8	10	10	9	9	10	10
Marche	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Molise	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1
Piemonte	5	3	2	2	5	5	3	3	5	3	3	3
P.A.Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P.A.Trento	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Puglia	2	2	6	5	2	2	6	6	2	2	6	6
Sardegna	2	2	-	-	2	2	-	-	2	1	-	-
Sicilia	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
Toscana	3	2	1	1	3	3	1	1	3	2	1	1
Umbria	1	1	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	5	5	-	-	5	4	-	-	5	5	-	-



Fig.14 – Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni (nuovo indicatore) – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020.



In Tab.14 è riportata l'informazione relativa alle strutture in linea con la soglia massima di mortalità a 30 giorni dopo intervento di valvuloplastica o di sostituzione delle valvole cardiache: rispetto all'indicatore di esito del bypass, le strutture conformi allo standard sono di numero inferiore, tanto nella componente di diritto pubblico quanto nella componente di diritto privato.

Anche in questo caso l'indicatore è calcolato su base biennale (Tab.14).

Non si riscontrano nel trend grandi differenze nel confronto con gli anni precedenti: gli scostamenti sono essenzialmente dovuti alle strutture con bassa casistica, le quali solo se effettuano più di 4 interventi/anno vengono incluse nella coorte (denominatore del rapporto).

Tab.14 – Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

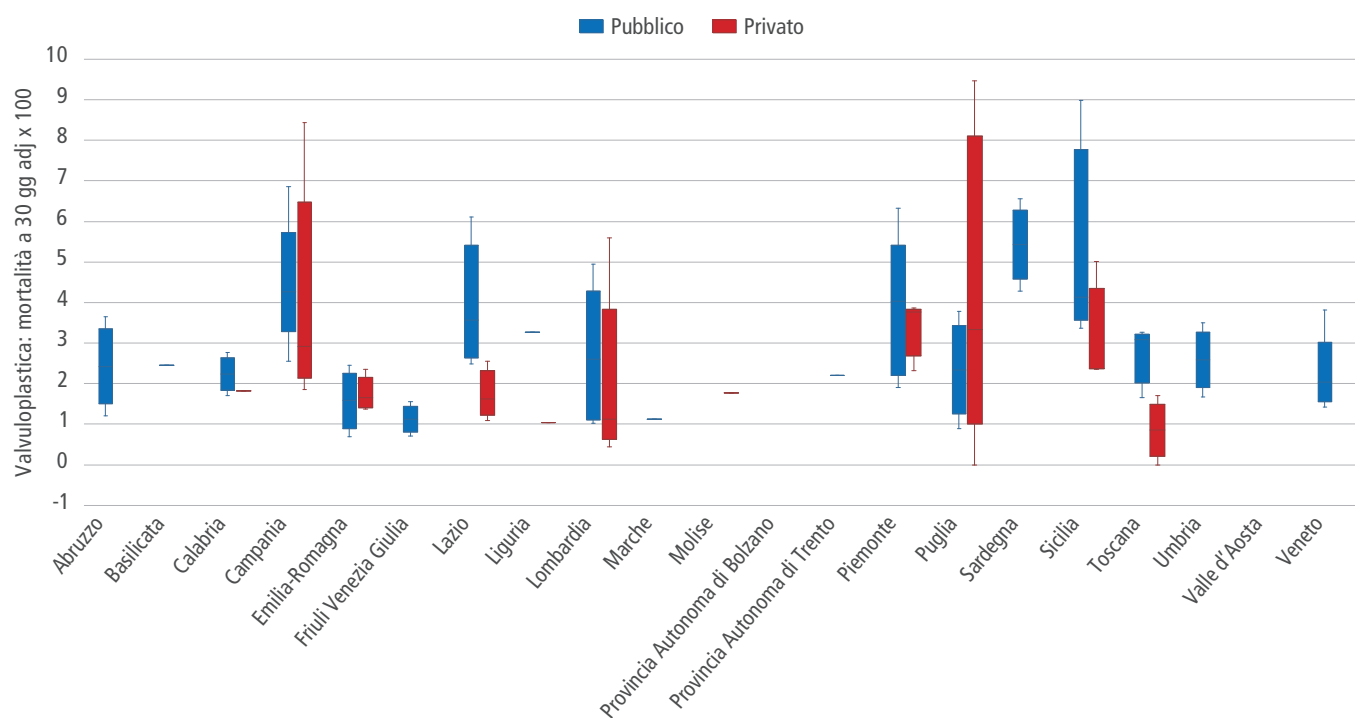
Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	2	2	2	100	0	0	-
Basilicata	1	1	1	100	0	0	-
Calabria	3	2	2	100	1	1	100
Campania	9	5	3	60,0	4	3	75,0
Emilia-Romagna	8	4	4	100	4	4	100
Friuli Venezia Giulia	2	2	2	100	0	0	-
Lazio	7	4	3	75,0	3	3	100
Liguria	2	1	1	100	1	1	100
Lombardia	20	9	7	77,8	11	10	90,9
Marche	1	1	1	100	0	0	-
Molise	1	0	0	-	1	1	100
Piemonte	8	5	3	60,0	3	3	100
P. A. Bolzano	0	0	0	-	0	0	-
P. A. Trento	1	1	1	100	0	0	-
Puglia	9	2	2	100	7	4	57,1
Sardegna	2	2	1	50,0	0	0	-
Sicilia	6	3	2	66,7	3	2	66,7
Toscana	5	3	3	100	2	2	100
Umbria	2	2	2	100	0	0	-
Valle d'Aosta	0	0	0	-	0	0	-
Veneto	5	5	5	100	0	0	-



Tab.15 – Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	2	2	-	-	2	1	-	-	2	2	-	-
Basilicata	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-
Calabria	2	2	-	-	2	1	1	1	2	2	1	1
Campania	5	2	4	3	5	5	4	3	5	2	4	3
Emilia-Romagna	2	1	4	4	2	2	4	4	2	2	4	4
Friuli Venezia Giulia	2	2	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Lazio	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3
Liguria	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-	1	1
Lombardia	9	8	11	9	9	8	11	11	9	8	11	10
Marche	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Molise	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1
Piemonte	5	4	3	2	5	3	3	3	5	5	3	2
P.A.Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P.A.Trento	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Puglia	2	2	6	3	2	2	6	3	2	2	6	5
Sardegna	2	1	-	-	2	-	-	-	2	2	-	-
Sicilia	2	-	3	3	2	2	3	2	2	1	3	3
Toscana	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2
Umbria	2	1	-	-	2	2	-	-	2	1	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	5	5	-	-	5	4	-	-	5	5	-	-

Fig.15 – Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



Così come nel caso del bypass, considerato il numero relativamente contenuto di cardiocirurgie, il dato di variabilità interregionale deve essere letto essenzialmente come eterogeneità tra le (contenute) strutture ospedaliere. Pen-

siamo alla Regione Puglia dove si registrano, nella sola componente di diritto privato, un valore di mortalità di 0% e un valore di mortalità oltre il 9%.

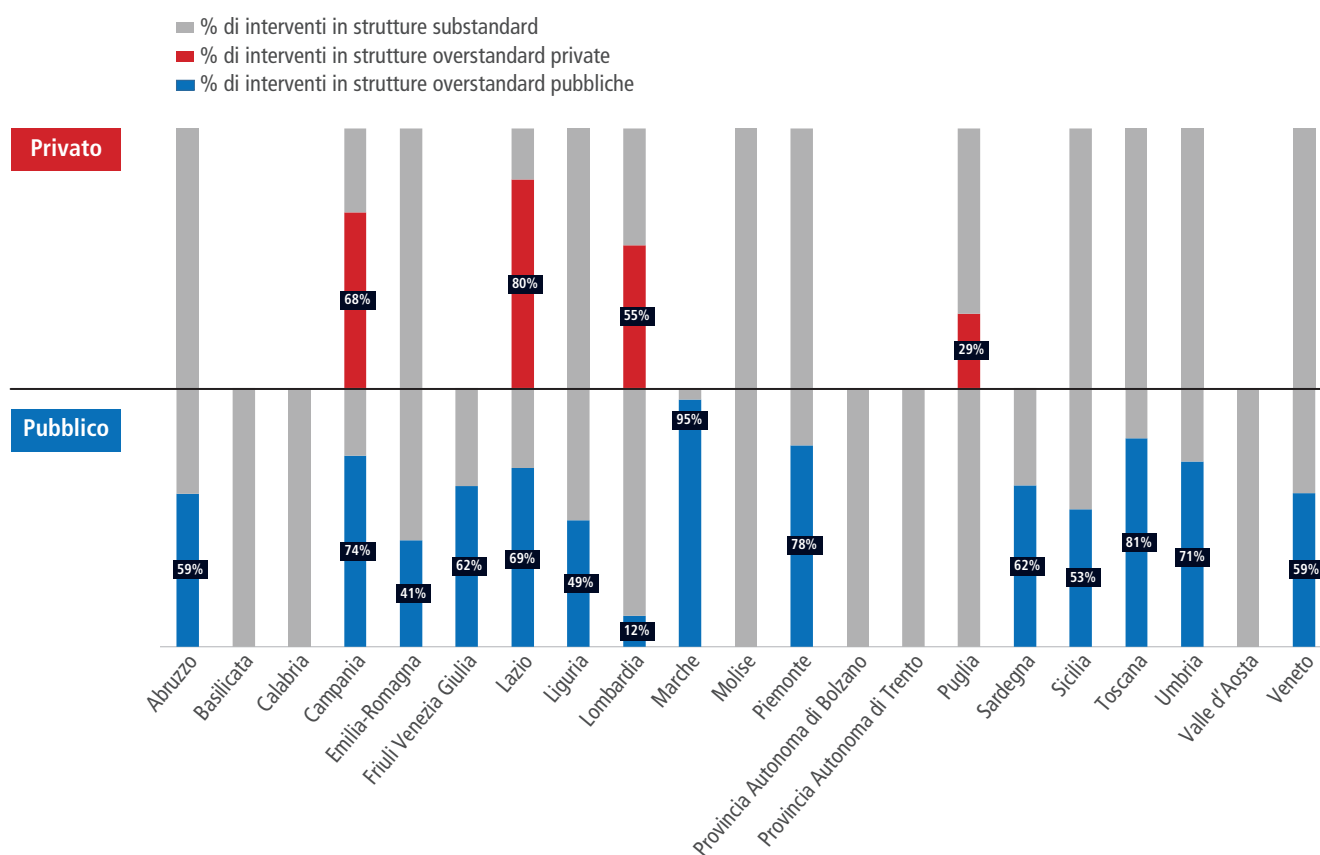


In Fig.16 è rappresentata a livello regionale la proporzione di casi di aneurisma non rotto dell'aorta addominale che vengono trattati in strutture con volumi di attività in linea con lo standard (≥ 54), considerando separatamente la componente di diritto pubblico e la compo-

nente di diritto privato del SSN.

Ad esempio, in Campania, se nell'ambito delle strutture pubbliche il 74% dei casi viene trattato in strutture conformi alla soglia minima di volume, nell'ambito delle strutture di diritto privato questa percentuale è del 68%.

Fig.16 – Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e Regione, 2020



In Tab.16 è riportata l'informazione relativa alle strutture in linea con la soglia massima di mortalità a 30 giorni dopo riparazione chirurgica di un aneurisma non rotto dell'aorta addominale: al di là dei valori percentuali – scarsamente

indicativi considerata la bassa numerosità di strutture che effettuano questa prestazione – sono pochissime le strutture che soddisfano la condizione.

Tab.16 – Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	5	4	2	50,0	1	1	100
Basilicata	1	1	0	0,0	0	0	-
Calabria	1	1	0	0,0	0	0	-
Campania	7	5	1	20,0	2	0	0,0
Emilia-Romagna	9	8	4	50,0	1	1	100
Friuli Venezia Giulia	2	2	0	0,0	0	0	-
Lazio	12	10	3	30,0	2	1	50,0
Liguria	5	4	2	50,0	1	0	0,0
Lombardia	20	10	4	40,0	10	9	90,0
Marche	1	1	1	100	0	0	
Molise	1	0	0	-	1	1	100
Piemonte	8	8	2	25,0	0	0	-
P. A. Bolzano	1	1	0	0,0	0	0	-
P. A. Trento	1	1	1	100	0	0	-
Puglia	8	4	1	25,0	4	1	25,0
Sardegna	3	3	1	33,3	0	0	
Sicilia	8	6	0	0,0	2	1	50,0
Toscana	7	7	4	57,1	0	0	-
Umbria	2	2	2	100	0	0	-
Valle d'Aosta	0	0	0	-	0	0	-
Veneto	9	7	3	42,9	2	1	50,0



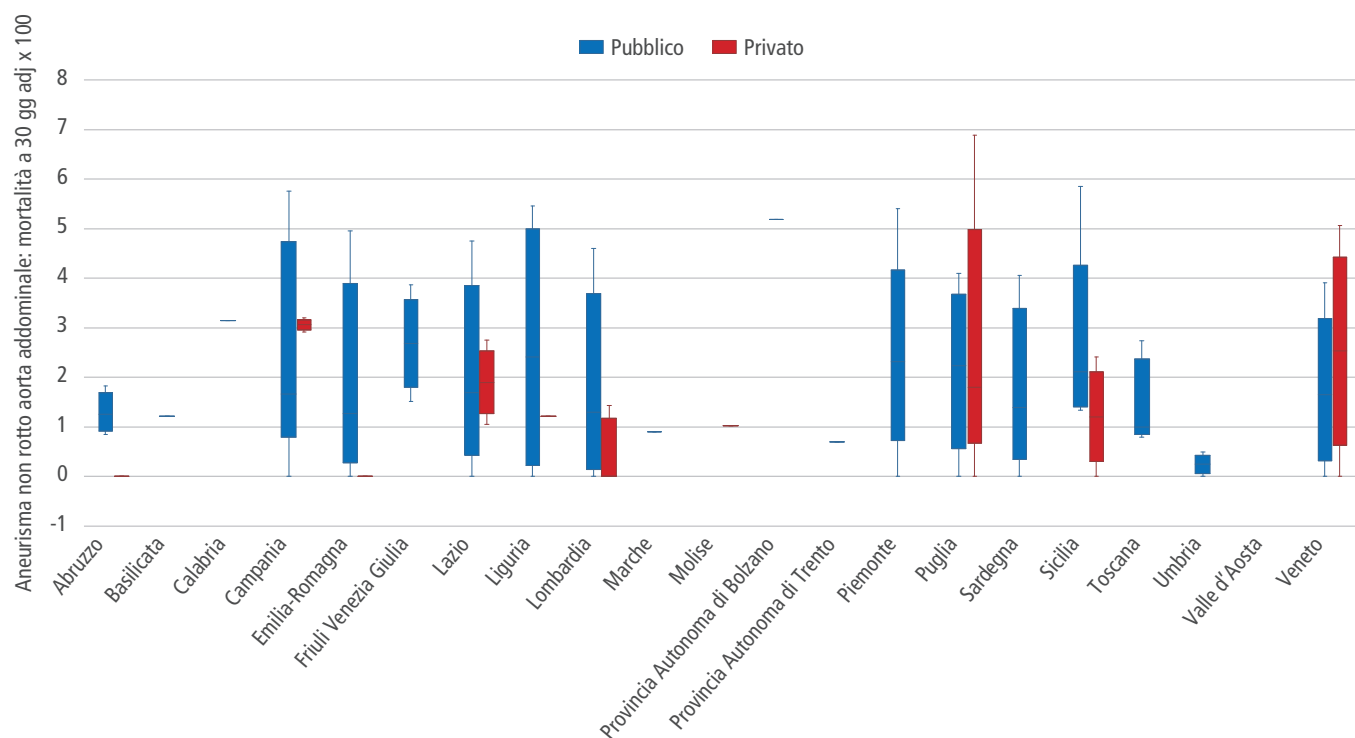
L'indicatore è calcolato su base biennale dal momento che la casistica è relativamente contenuta: ne discende il basso numero di strutture, che considerando l'annualità raggiungono

la soglia di ricoveri minima per il calcolo della mortalità aggiustata sulla base delle condizioni di rischio e che quindi sono rappresentate nel trend.

Tab.17 – Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	3	1	-	-	3	-	-	-	2	2	-	-
Basilicata	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Calabria	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Campania	4	1	2	-	3	-	2	-	4	1	2	-
Emilia-Romagna	5	2	-	-	6	2	-	-	8	5	-	-
Friuli Venezia Giulia	2	-	-	-	2	-	-	-	2	1	-	-
Lazio	8	1	2	1	9	2	2	-	8	3	2	-
Liguria	2	1	1	-	3	-	-	-	2	-	1	-
Lombardia	4	1	5	3	9	3	7	6	8	3	7	5
Marche	1	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-
Molise	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Piemonte	5	1	-	-	7	1	-	-	7	-	-	-
P.A.Bolzano	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
P.A.Trento	1	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Puglia	2	-	2	-	2	-	4	2	3	-	3	1
Sardegna	1	-	-	-	2	-	-	-	3	-	-	-
Sicilia	5	-	-	-	4	1	1	-	5	1	2	-
Toscana	6	2	-	-	7	4	-	-	7	5	-	-
Umbria	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	5	1	1	-	5	1	1	-	5	2	1	-

Fig.17 – Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni – variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020.



Area sistema nervoso

In Tab.18 viene riportato il dettaglio regionale relativo alle strutture pubbliche e private del SSN che risultano in linea con lo standard per quanto riguarda l'indicatore di mortalità a 30 giorni dal ricovero per ictus ischemico.

Come per altri indicatori, la maggior parte delle strutture di natura giuridica privata si trova in Lombardia (41% di tutte le strutture private valutate).

Prendendo ad esempio proprio la Lombardia, nel 2020, solo 12 delle 30 strutture pubbliche riporta una mortalità in linea con lo standard, a fronte di 10 delle 13 strutture di diritto privato.

Tab.18 – Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	8	8	4	50,0	0	0	-
Basilicata	3	3	2	66,7	0	0	-
Calabria	8	7	2	28,6	1	1	100
Campania	20	18	4	22,2	2	1	50,0
Emilia-Romagna	16	16	13	81,3	0	0	-
Friuli Venezia Giulia	6	6	3	50,0	0	0	-
Lazio	18	12	6	50,0	6	5	83,3
Liguria	8	7	3	42,9	1	1	100
Lombardia	43	30	12	40,0	13	10	76,9
Marche	9	9	7	77,8	0	0	-
Molise	1	1	0	0,0	0	0	-
Piemonte	25	25	9	36,0	0	0	-
P. A. Bolzano	2	2	2	100	0	0	-
P. A. Trento	2	2	1	50,0	0	0	-
Puglia	14	11	6	54,5	3	2	66,7
Sardegna	7	7	4	57,1	0	0	-
Sicilia	22	18	6	33,3	4	2	50,0
Toscana	21	21	19	90,5	0	0	-
Umbria	6	6	6	100	0	0	-
Valle d'Aosta	1	1	0	0,0	0	0	-
Veneto	24	22	17	77,3	2	2	100

Rispetto agli anni precedenti, nel 2020, è diminuito il numero di strutture con valori di mortalità al di sotto del riferimento massimo previsto (Tab. 19).

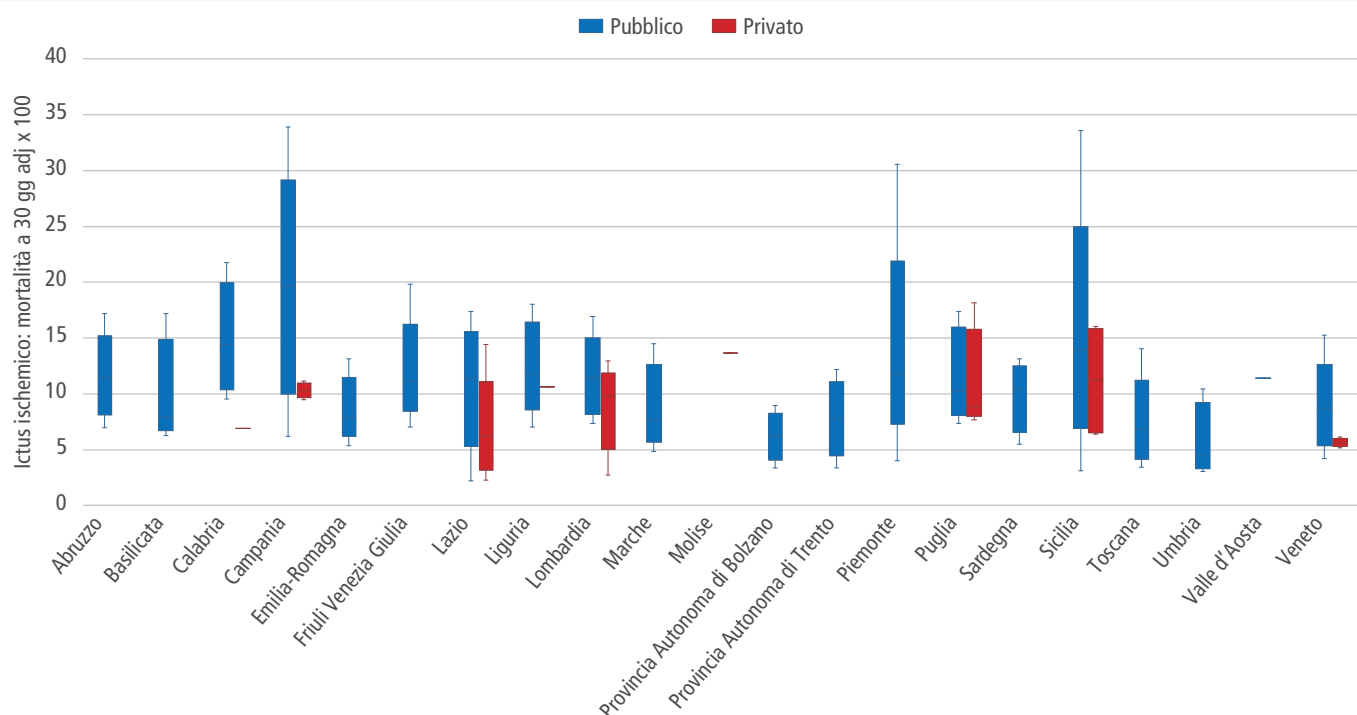
Mantenendo l'esempio della Lombardia, nel 2019 le strutture pubbliche con una mortalità < 11% sono il 77% (23 su 30 contro 11 su 30 del 2020), mentre quelle private sono l'85% (11 su 13, tre in più rispetto all'anno successivo).

Tab.19 – Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	8	3	-	-	8	4	-	-	8	4	-	-
Basilicata	3	2	-	-	3	3	-	-	3	2	-	-
Calabria	7	1	1	1	7	1	1	1	7	3	1	1
Campania	18	4	2	1	18	2	2	2	18	8	2	1
Emilia-Romagna	16	12	-	-	16	15	-	-	16	15	-	-
Friuli Venezia Giulia	6	2	-	-	6	4	-	-	6	5	-	-
Lazio	12	5	6	5	12	6	5	5	12	4	5	5
Liguria	7	2	1	1	7	6	1	1	5	4	1	1
Lombardia	30	11	13	8	30	23	13	11	30	20	13	11
Marche	9	6	-	-	9	7	-	-	9	9	-	-
Molise	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Piemonte	25	6	-	-	25	16	-	-	25	8	-	-
P.A.Bolzano	2	2	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
P.A.Trento	2	1	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Puglia	11	6	3	2	11	6	3	2	11	5	3	2
Sardegna	7	4	-	-	7	5	-	-	7	6	-	-
Sicilia	18	4	4	2	18	8	4	4	18	7	3	1
Toscana	21	19	-	-	21	18	-	-	21	20	-	-
Umbria	6	6	-	-	6	5	-	-	6	5	-	-
Valle d'Aosta	1	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Veneto	22	17	2	2	22	20	2	2	22	20	2	2



Fig.18 – Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



Per alcuni indicatori, la distinzione per natura giuridica delle strutture risulta essere più utile a comprendere il contributo della componente di diritto privato alla performance più o meno positiva della regione che non a stabilire un reale confronto tra pubblico e privato.

Considerando l'intervento chirurgico per tumore cerebrale (Tab.20), se ad esempio in Campania nessuna delle 9 strutture di diritto pubblico riporta valori in linea con l'atteso (non ci sono strutture private che effettuano craniotomie), in Toscana l'unica struttura con una mortalità $\leq 1,65$ è di diritto privato.

Tab.20 – Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni da intervento di craniotomia – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	3	3	1	33,3	0	0	-
Basilicata	1	1	0	0,0	0	0	-
Calabria	3	3	1	33,3	0	0	-
Campania	9	9	0	0,0	0	0	-
Emilia-Romagna	8	7	3	42,9	1	1	100
Friuli Venezia Giulia	2	2	0	0,0	0	0	-
Lazio	13	11	1	9,1	2	0	0,0
Liguria	3	2	0	0,0	1	0	0,0
Lombardia	19	11	2	18,2	8	3	37,5
Marche	2	2	1	50,0	0	0	-
Molise	1	0	0	-	1	0	0,0
Piemonte	5	5	1	20,0	0	0	-
P. A. Bolzano	1	1	0	0,0	0	0	-
P. A. Trento	1	1	0	0,0	0	0	-
Puglia	9	7	0	0,0	2	0	0,0
Sardegna	2	2	0	0,0	0	0	-
Sicilia	9	7	0	0,0	2	1	50,0
Toscana	5	4	0	0,0	1	1	100
Umbria	2	2	1	50,0	0	0	-
Valle d'Aosta	0	0	0	-	0	0	-
Veneto	6	6	1	16,7	0	0	-

La misurazione su base triennale dell'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo intervento di craniotomia per tumore cerebrale rende scar-

samente informativo il dato annuale, che tuttavia riportiamo per ragioni di completezza.



Tab.21 – Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni da intervento di craniotomia – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	3	-	-	-	2	-	-	-	3	1	-	-
Basilicata	1	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-
Calabria	3	1	-	-	3	-	-	-	3	1	-	-
Campania	8	2	-	-	9	3	-	-	8	-	-	-
Emilia-Romagna	5	1	1	-	6	5	1	1	7	4	1	1
Friuli Venezia Giulia	1	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-
Lazio	11	1	2	-	10	1	2	-	8	3	1	1
Liguria	2	1	-	-	2	1	1	-	1	-	1	-
Lombardia	10	3	8	3	10	2	7	3	10	3	7	5
Marche	1	-	-	-	2	1	-	-	2	2	-	-
Molise	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Piemonte	5	1	-	-	5	2	-	-	5	1	-	-
P.A.Bolzano	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
P.A.Trento	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Puglia	7	2	2	1	7	2	2	-	7	2	2	2
Sardegna	2	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-
Sicilia	6	-	1	-	7	-	1	-	6	-	-	-
Toscana	4	1	-	-	4	-	1	1	4	1	-	-
Umbria	2	2	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	5	-	-	-	5	-	-	-	6	2	-	-

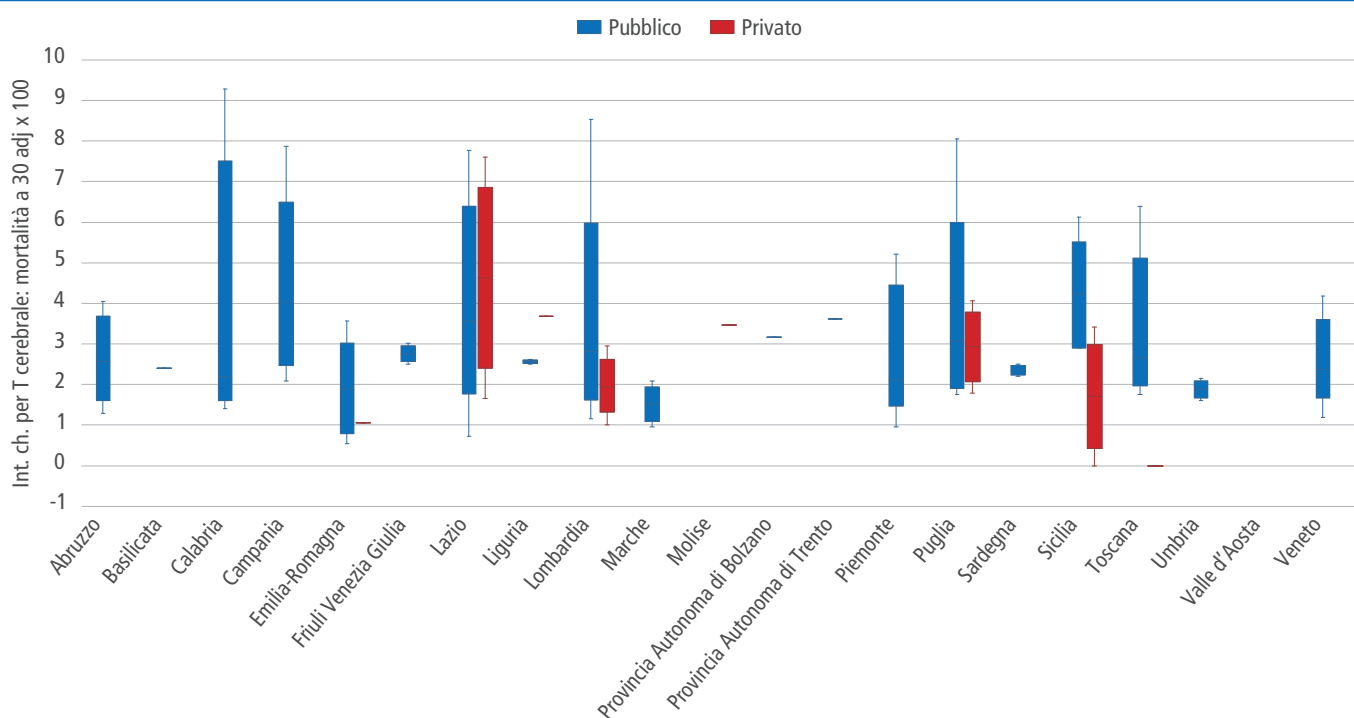
Considerata la scarsa numerosità delle strutture di diritto privato per questo ed altri indicatori,

è fondamentale una lettura integrata dei grafici e delle tabelle.

Ad esempio per quanto riguarda la Regione Sicilia, è possibile vedere (Fig.19) come la performance delle strutture di diritto privato sembra nel complesso essere più alta rispetto a quelle di diritto pubblico; tuttavia (Tab.20), sono solo due le strutture di diritto privato in Sicilia e solo una di queste riporta un dato di mortalità in li-

nea con lo standard. Nessuna delle sette strutture di diritto pubblico presenta una mortalità conforme al riferimento, con una importante variabilità tra di esse che va da un minimo del 3% circa (inferiore alla struttura privata siciliana con la più alta mortalità) a un massimo superiore al 6%.

Fig.19 – Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni da intervento di craniotomia – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



Area sistema respiratorio

La mortalità a 30 giorni da un ricovero per BPCO riacutizzata è l'indicatore rappresentativo dell'area del sistema respiratorio. A seconda delle caratteristiche della rete regionale, la componente di diritto privato assume un ruolo diverso nell'ambito del SSN sia in termini di contributo all'erogazione della prestazione sia in termini di apporto qualitativo.

Ad esempio sia in Veneto sia in Abruzzo ci sono solo due strutture di diritto privato che effettua-

no ricoveri per BPCO riacutizzata: mentre nel primo caso nessuna struttura riporta una mortalità contenuta al di sotto del riferimento massimo previsto, in Abruzzo entrambe le strutture presentano esiti conformi allo standard.

Per questo indicatore – in quasi tutte le regioni – le strutture di diritto pubblico risultano più in difficoltà rispetto a quelle di diritto privato. Ad esempio in Puglia solo una struttura di diritto pubblico su venti riporta una mortalità $\leq 7,7\%$ a fronte di sette strutture su nove di diritto privato.

Tab.22 – BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	11	9	1	11,1	2	2	100
Basilicata	5	5	1	20,0	0	0	-
Calabria	10	9	2	22,2	1	1	100
Campania	26	21	4	19,0	5	4	80,0
Emilia-Romagna	33	30	8	26,7	3	1	33,3
Friuli Venezia Giulia	7	7	0	0,0	0	0	-
Lazio	23	15	1	6,7	8	5	62,5
Liguria	10	9	1	11,1	1	0	0,0
Lombardia	53	37	8	21,6	16	7	43,8
Marche	10	10	0	0,0	0	0	-
Molise	0	0	0	-	0	0	-
Piemonte	25	25	2	8,0	0	0	-
P. A. Bolzano	2	2	0	0,0	0	0	-
P. A. Trento	1	1	1	100	0	0	-
Puglia	29	20	1	5,0	9	7	77,8
Sardegna	11	11	1	9,1	0	0	-
Sicilia	19	16	1	6,3	3	2	66,7
Toscana	20	20	6	30,0	0	0	-
Umbria	4	4	1	25,0	0	0	-
Valle d'Aosta	1	1	0	0,0	0	0	-
Veneto	26	24	7	29,2	2	0	0,0

Essendo l'indicatore calcolato su base annuale, l'analisi del trend assume rilevanza maggiore rispetto agli indicatori pluriennali. In questo caso (Tab.23) è possibile vedere come nell'anno 2020, la riduzione rispetto agli anni precedenti della proporzione di strutture conformi allo standard non ha riguardato tutte le regioni: ad esempio Basilicata, Calabria e Campania riportano proporzioni non diverse dal 2019 e dal 2018.

In altre realtà regionali si assiste, invece, per diverse strutture a un aumento della mortalità a

30 giorni oltre la soglia massima prevista. Ad esempio in Lombardia, le strutture di diritto pubblico in linea con l'atteso passano dall'essere 17 su 37 nel 2019 a 8 su 37 nel 2020; quelle di diritto privato passano da 11 su 16 a 7 su 16. Nel Lazio il peggioramento delle strutture di diritto pubblico è, invece, in qualche modo contenuto dalla tenuta di quelle di diritto privato.

Una possibile ipotesi è da rintracciare nel diverso impatto che ha avuto la pandemia nelle varie regioni.

Tab.23 – BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

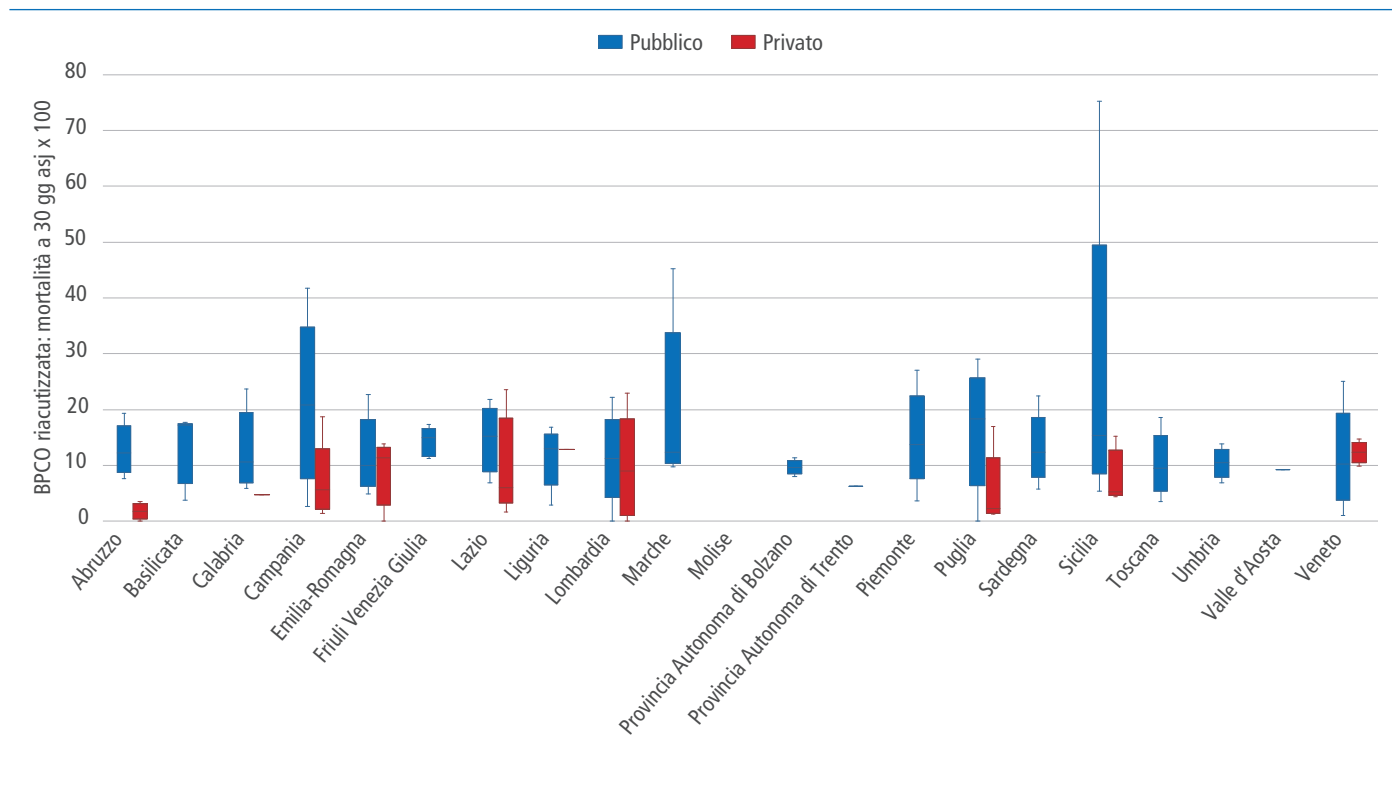
Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	9	-	2	2	9	2	2	2	9	-	2	2
Basilicata	5	1	-	-	5	1	-	-	5	1	-	-
Calabria	9	2	1	1	9	1	1	1	9	3	1	1
Campania	21	4	5	4	21	3	5	4	21	2	5	4
Emilia-Romagna	30	9	3	1	30	14	3	3	30	12	3	2
Friuli Venezia Giulia	7	-	-	-	7	2	-	-	7	1	-	-
Lazio	15	1	8	5	15	3	8	4	15	2	8	5
Liguria	9	1	1	-	9	2	1	1	6	2	1	-
Lombardia	37	8	16	7	37	17	16	11	37	23	16	11
Marche	10	-	-	-	10	1	-	-	10	2	-	-
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	25	3	-	-	25	5	-	-	25	5	-	-
P.A.Bolzano	2	-	-	-	2	1	-	-	2	1	-	-
P.A.Trento	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Puglia	20	1	9	7	20	3	9	7	20	3	9	7
Sardegna	11	1	-	-	11	4	-	-	11	4	-	-
Sicilia	16	1	3	2	16	3	3	2	16	3	2	1
Toscana	20	6	-	-	20	6	-	-	20	8	-	-
Umbria	4	1	-	-	4	2	-	-	4	3	-	-
Valle d'Aosta	1	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Veneto	24	7	2	-	24	14	2	2	24	11	2	1



L'analisi della variabilità (Fig. 20) pone il problema di un sistema caratterizzato da estrema eterogeneità sia interregionale che intra-regionale, sottolineata anche dalla presenza di *outlier*

soprattutto negativi (alte mortalità) difficilmente spiegabili alla luce delle caratteristiche della condizione clinica e meritevoli di approfondimento in termini di audit sulla qualità dei dati.

Fig.20 – BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



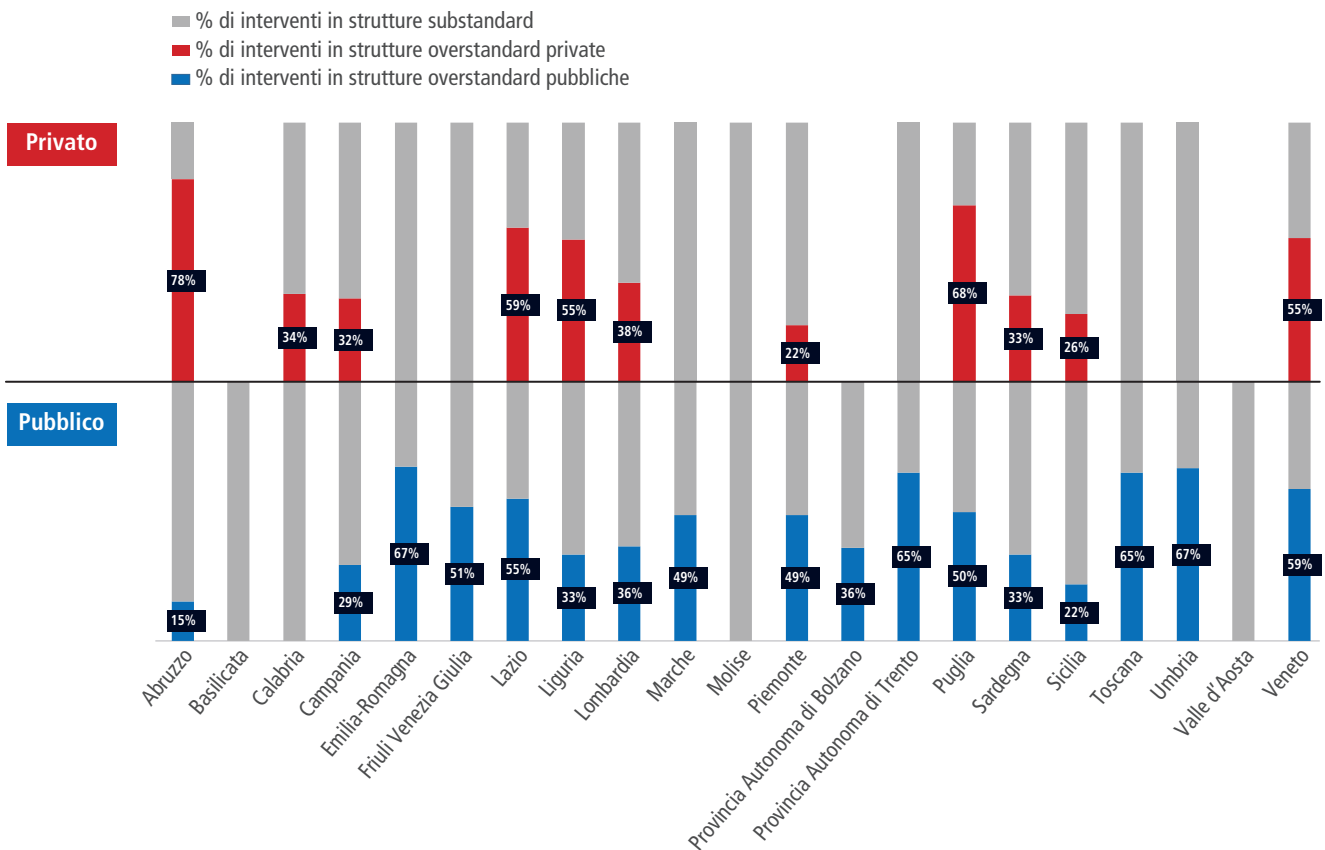
Area chirurgia generale

In Fig.21 è rappresentata a livello regionale la proporzione di colecistectomie laparoscopiche che vengono effettuate in strutture con volumi di attività in linea con lo standard (≥ 90). Ad esempio, in Liguria se nell'ambito delle strutture pubbliche il 33% dei ricoveri avviene

in strutture conformi alla soglia minima di volume, nell'ambito delle strutture di diritto privato il 55% dei pazienti viene ricoverato in strutture con almeno 90 casi/anno.

In Emilia-Romagna, invece, nessuna delle strutture di diritto privato effettua una numerosità di interventi in linea con la soglia di volume minima.

Fig.21 – Colecistectomie laparoscopiche: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e Regione, 2020



In Tab.24 viene riportata, sempre nell'articolazione pubblico-privato, l'informazione relativa alle strutture in linea con lo standard per quanto riguarda le proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Ad esempio, nelle Marche, nell'ambito delle 11 strutture complessivamente valutate, tutte le 8 strutture di diritto pubblico e 2 delle 3 strutture di diritto privato risultano conformi allo stan-

dard. Tra le regioni dove questa prestazione è erogata anche da strutture di natura giuridica privata, le Marche e il Piemonte rappresentano le sole due regioni in cui la componente di diritto pubblico ha complessivamente una performance migliore della componente di diritto privato; in tutte le altre, sono le strutture private ad essere in proporzione maggiormente conformi allo standard.

Tab.24 – Colecistectomie laparoscopiche: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	10	6	3	50,0	4	3	75,0
Basilicata	3	3	0	0,0	0	0	-
Calabria	9	4	3	75,0	5	4	80,0
Campania	33	12	7	58,3	21	18	85,7
Emilia-Romagna	24	22	19	86,4	2	2	100
Friuli Venezia Giulia	8	7	5	71,4	1	1	100
Lazio	41	20	16	80,0	21	21	100
Liguria	7	6	4	66,7	1	1	100
Lombardia	70	40	29	72,5	30	28	93,3
Marche	11	8	8	100	3	2	66,7
Molise	3	1	0	0,0	2	2	100
Piemonte	29	23	21	91,3	6	5	83,3
P. A. Bolzano	3	3	1	33,3	0	0	-
P. A. Trento	3	3	3	100	0	0	-
Puglia	23	13	8	61,5	10	10	100
Sardegna	12	8	4	50,0	4	3	75,0
Sicilia	31	16	14	87,5	15	14	93,3
Toscana	22	22	21	95,5	0	0	-
Umbria	6	5	5	100	1	1	100
Valle d'Aosta	1	1	0	0,0	0	0	-
Veneto	31	23	23	100	8	8	100

In Tab.25 è possibile valutare eventuali scostamenti da un anno all'altro nel numero di strutture conformi allo standard di qualità rispetto a quelle valutabili.

Tab.25 – Colectomie laparoscopiche: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018 – 2020

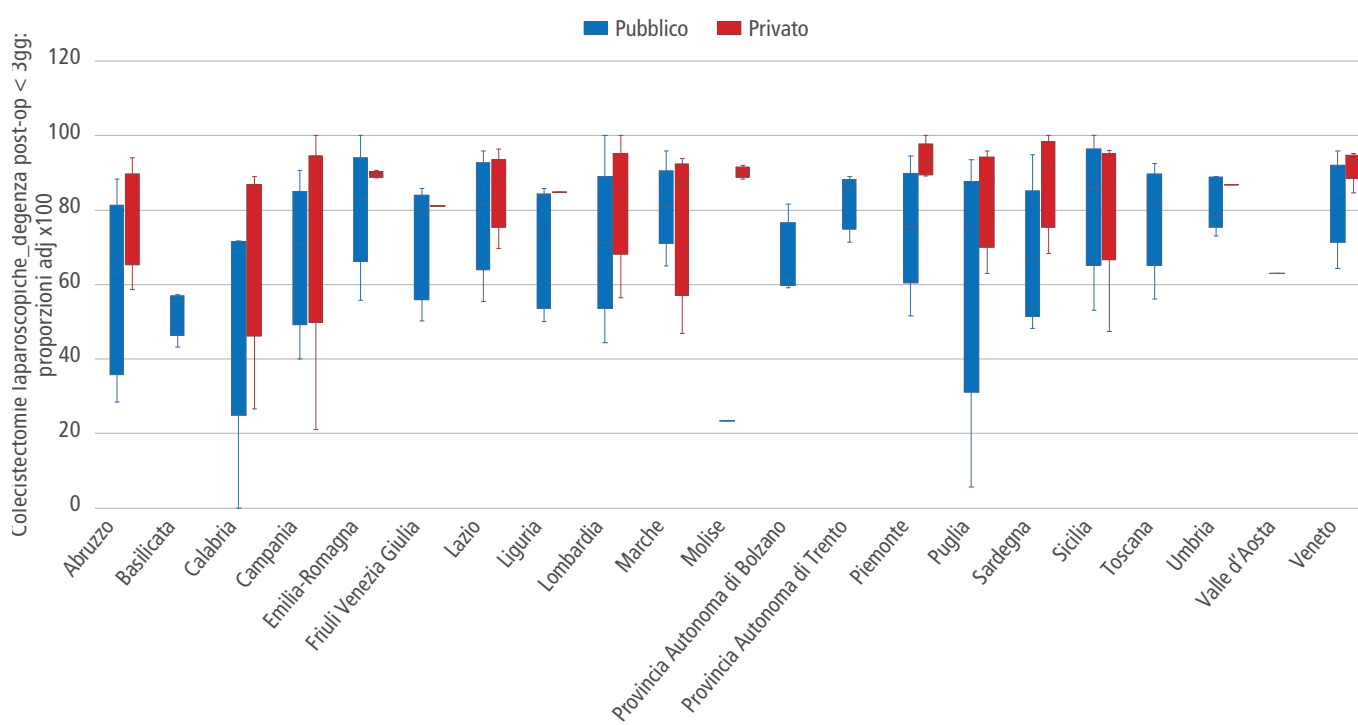
Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	6	3	4	3	6	3	4	3	6	2	4	2
Basilicata	3	-	-	-	3	1	-	-	3	1	-	-
Calabria	4	3	5	4	4	3	5	3	4	2	4	3
Campania	12	7	21	19	12	7	21	18	12	8	21	20
Emilia-Romagna	22	20	2	2	22	22	2	2	22	21	2	2
Friuli Venezia Giulia	7	5	1	1	7	5	1	1	7	5	1	1
Lazio	20	16	21	21	20	16	21	21	20	16	21	20
Liguria	6	4	1	1	6	6	1	1	4	3	1	1
Lombardia	40	30	30	28	40	35	30	28	40	34	30	29
Marche	8	8	3	2	8	8	3	2	8	8	3	2
Molise	1	-	2	2	1	-	2	2	1	-	2	2
Piemonte	23	21	6	6	23	21	6	6	23	21	6	4
P.A.Bolzano	3	2	-	-	3	3	-	-	3	3	-	-
P.A.Trento	3	3	-	-	3	3	-	-	3	3	-	-
Puglia	13	8	10	10	13	9	10	10	13	6	10	9
Sardegna	8	4	4	4	8	5	2	2	8	5	3	3
Sicilia	16	15	15	14	16	16	15	14	14	14	13	11
Toscana	22	21	-	-	22	22	-	-	22	21	-	-
Umbria	5	5	1	1	5	5	1	1	5	5	1	1
Valle d'Aosta	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Veneto	23	23	8	8	23	22	8	8	23	23	8	8



Anche se la componente di diritto privato sembra più aderente agli standard rispetto a quella di diritto pubblico, il dato di variabilità (Fig.22) mostra una importante eterogeneità tanto tra le strutture pubbliche quanto tra quelle priva-

te. Anzi, in alcuni casi, la variabilità interna alla componente di diritto privato è superiore: è il caso ad esempio della Campania dove tra le 21 strutture, la proporzione minore è di circa il 20%, mentre quella più alta è del 100%.

Fig.22 – Colectistomie laparoscopiche: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



Area chirurgia oncologica

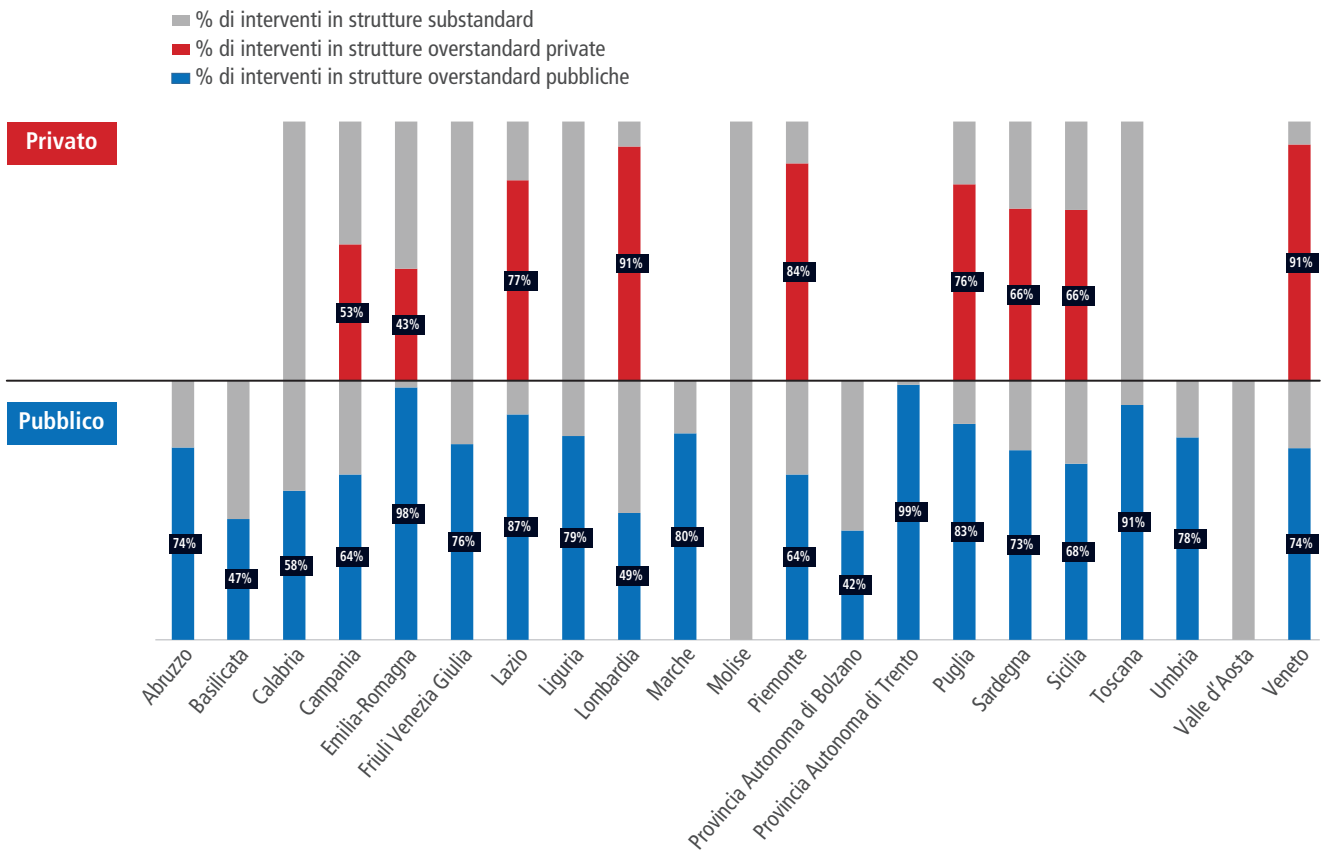
In Fig.23 è rappresentata a livello regionale la proporzione di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella che vengono effettuati in strutture con volumi di attività in linea con lo standard (≥ 135), considerando separatamente la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN.

Se ad esempio in Calabria nessuna struttura privata raggiunge lo standard minimo di vo-

lume, in Piemonte l'84% degli interventi che avvengono nel comparto privato avviene in strutture sopra-soglia, a fronte del 64% nel pubblico.

Nonostante l'enfasi a lungo data all'importanza di una maggiore concentrazione della casistica per una tipologia di prestazione fortemente associata a esiti migliori, esiste ancora un fenomeno di frammentazione, più marcato in alcune regioni rispetto ad altre.

Fig.23 – Interventi chirurgici per tumore maligno della mammella: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e Regione, 2020



In Tab.26 è rappresentata la percentuale – distinta per natura giuridica – di strutture con una proporzione in linea con l’atteso di re-interventi a 120 giorni da una prima procedura chirurgica per tumore maligno della mammella.

L’indicatore in oggetto, che misura la necessità di re-intervenire chirurgicamente dopo un primo intervento conservativo per neoplasia della

mammella, descrive situazioni molto diverse da regione a regione. Se ad esempio in Sardegna, nell’ambito delle 6 strutture complessivamente valutate, nessuna delle 4 di diritto pubblico ed entrambe le strutture di diritto privato sono conformi allo standard, in Sicilia la percentuale di strutture in linea con l’atteso è sostanzialmente identica tra le due componenti.

Tab.26 – Interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	4	4	3	75,0	0	0	-
Basilicata	3	3	1	33,3	0	0	-
Calabria	5	4	3	75,0	1	1	100
Campania	22	14	10	71,4	8	6	75,0
Emilia-Romagna	15	12	11	91,7	3	2	66,7
Friuli Venezia Giulia	9	8	2	25,0	1	0	0,0
Lazio	21	17	12	70,6	4	3	75,0
Liguria	6	6	4	66,7	0	0	-
Lombardia	56	35	25	71,4	21	18	85,7
Marche	7	7	6	85,7	0	0	-
Molise	1	1	0	0,0	0	0	-
Piemonte	22	18	11	61,1	4	3	75,0
P. A. Bolzano	4	4	1	25,0	0	0	-
P. A. Trento	1	1	1	100	0	0	-
Puglia	16	8	7	87,5	8	5	62,5
Sardegna	6	4	0	0,0	2	2	100
Sicilia	21	14	8	57,1	7	4	57,1
Toscana	14	14	10	71,4	0	0	-
Umbria	4	4	3	75,0	0	0	-
Valle d’Aosta	1	1	0	0,0	0	0	-
Veneto	29	25	17	68,0	4	2	50,0

La misurazione su base biennale dell'indicatore richiede accortezza nella lettura del trend per anno, soggetto a fluttuazioni (Tab.27).

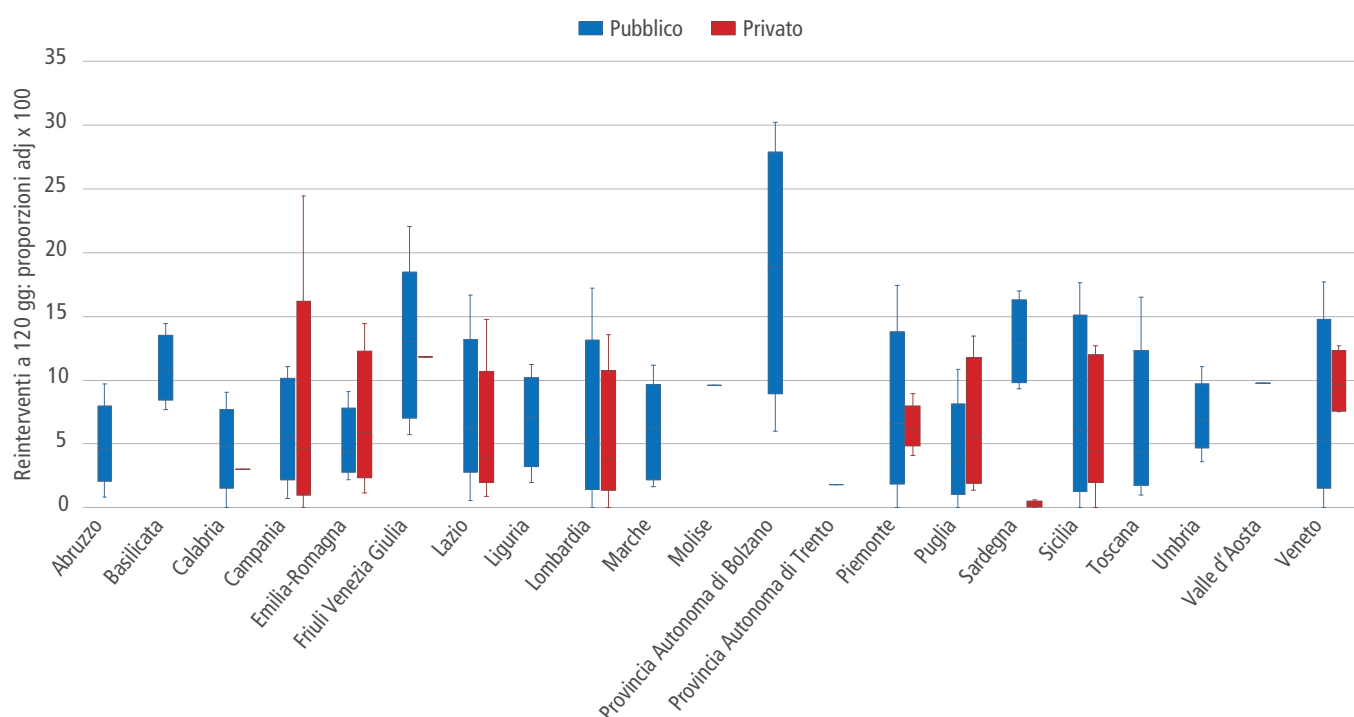
Anche in questo caso si riporta un'importante eterogeneità tra regioni e all'interno delle stesse, che assume caratteristiche diverse tra i vari SSR (Fig.24).

Tab.27 – Interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018 – 2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	4	4	-	-	4	4	-	-	4	4	-	-
Basilicata	3	1	-	-	3	1	-	-	3	1	-	-
Calabria	4	3	1	1	4	4	1	1	4	4	1	1
Campania	14	11	7	4	13	8	8	6	12	9	8	6
Emilia-Romagna	12	10	3	2	12	12	3	1	12	11	3	2
Friuli Venezia Giulia	8	4	1	-	8	1	1	1	8	2	1	-
Lazio	17	10	4	3	17	14	4	2	17	14	4	2
Liguria	6	4	-	-	6	4	-	-	2	1	-	-
Lombardia	33	26	19	14	32	23	19	17	33	23	19	14
Marche	7	5	-	-	6	5	-	-	7	6	-	-
Molise	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Piemonte	15	10	4	4	18	11	4	3	17	10	3	2
P.A.Bolzano	4	1	-	-	4	1	-	-	4	-	-	-
P.A.Trento	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Puglia	8	7	8	5	8	8	7	7	8	7	7	6
Sardegna	4	-	2	2	4	1	1	1	4	-	1	1
Sicilia	13	6	6	4	13	7	7	5	12	9	6	5
Toscana	14	10	-	-	14	10	-	-	14	13	-	-
Umbria	4	3	-	-	4	2	-	-	4	2	-	-
Valle d'Aosta	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Veneto	22	14	4	2	25	16	4	-	23	12	4	-



Fig.24 – Interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella – variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



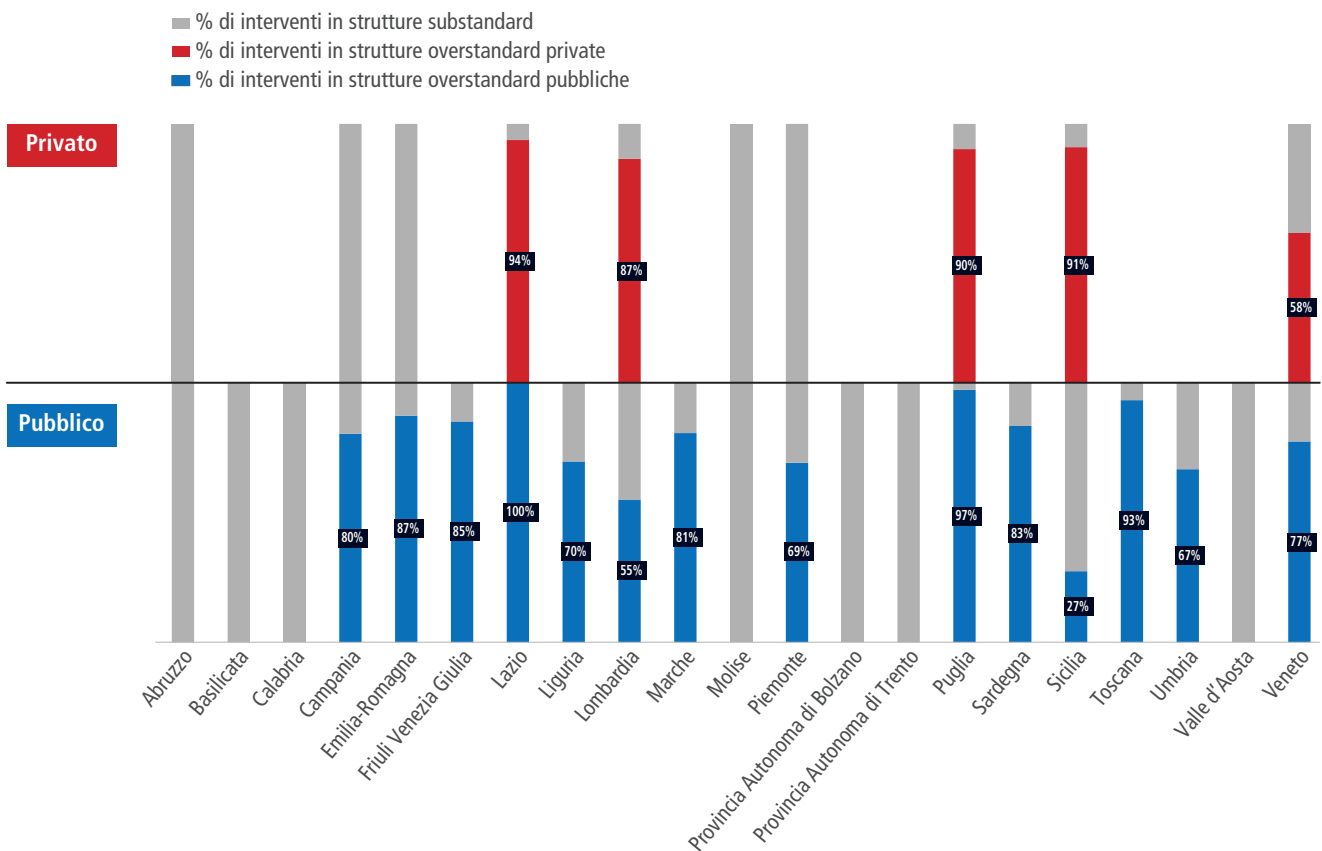
Nella Provincia autonoma di Bolzano, dove non ci sono strutture di diritto privato che effettuano chirurgia sulla mammella e solo una struttura pubblica su quattro presenta proporzioni conformi al riferimento, la percentuale di re-interventi va da un minimo del 6% a un massimo del 30%.

In Campania si rileva una forte eterogeneità tra le 8 strutture di diritto privato: è privata la struttura con performance migliore così come privata è la struttura con la percentuale più alta di re-interventi.

In Fig.25 è rappresentata a livello regionale la proporzione di interventi chirurgici per tumore maligno del polmone che vengono effettuati in strutture con volumi di attività in linea con lo standard (≥ 72), considerando separatamente la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN. Ad esempio in Lombardia, se nell'ambito delle strutture pubbliche solo il 55% degli interventi

avviene in strutture conformi alla soglia minima di volume, nell'ambito delle strutture di diritto privato l'86,5% dei pazienti viene operato in strutture con almeno 72 casi/anno. Diversamente, in Veneto, mentre nell'ambito delle strutture pubbliche il 77% degli interventi avviene in strutture conformi allo standard, tra le private questa percentuale è del 58%.

Fig.25 – Interventi chirurgici per tumore maligno del polmone: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e Regione, 2020



Nella lettura del dato riportato in Tab.28 occorre innanzitutto considerare che delle ventuno strutture di diritto privato che erogano questa prestazione, nove (43%) sono in Lombardia.

Di queste nove strutture solo due presentano nel 2020 una mortalità a 30 giorni in linea con il riferimento, mentre tra le dodici strutture di di-

ritto pubblico sono cinque quelle conformi allo standard.

La misurazione su base triennale dell'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico per tumore maligno del polmone rende scarsamente informativo il dato annuale, che tuttavia riportiamo per ragioni di completezza.

Tab.28 – Interventi chirurgici per tumore maligno del polmone: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

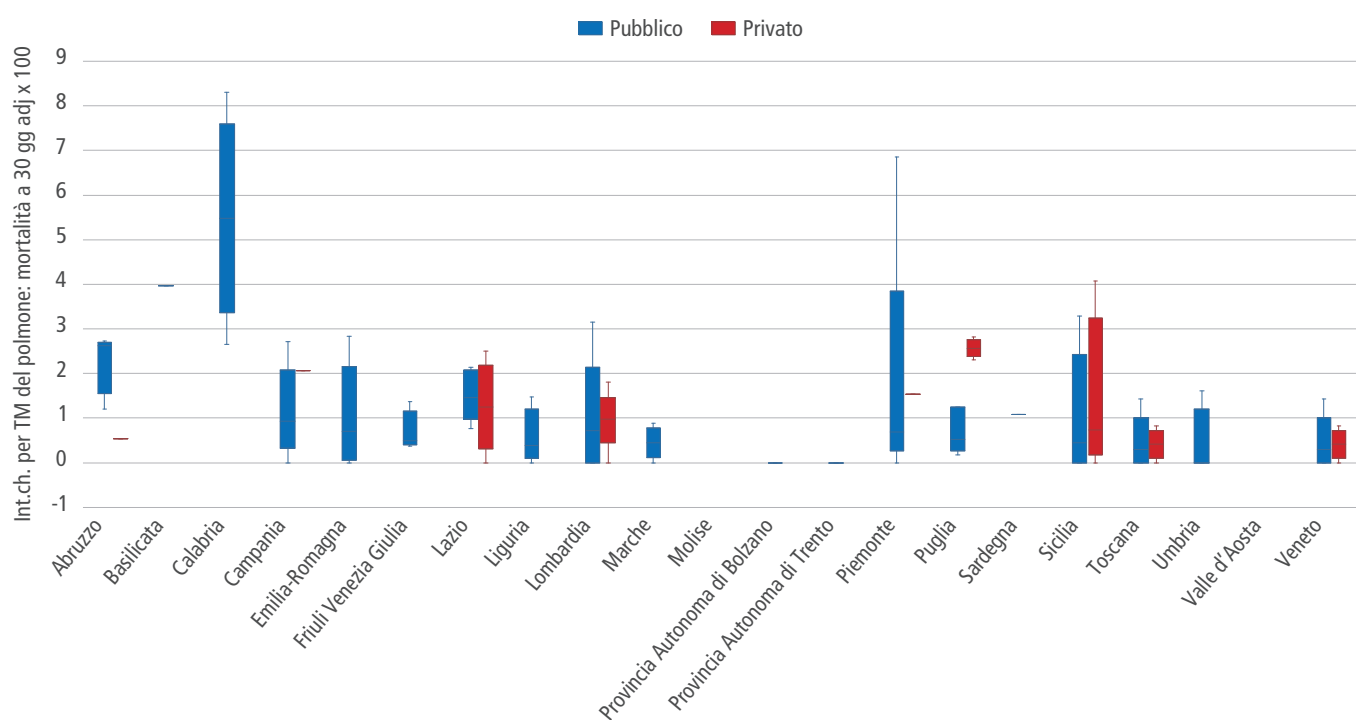
Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	4	3	0	0,0	1	1	100
Basilicata	1	1	0	0,0	0	0	-
Calabria	2	2	0	0,0	0	0	-
Campania	5	4	1	25,0	1	0	0,0
Emilia-Romagna	10	10	5	50,0	0	0	-
Friuli Venezia Giulia	3	3	2	66,7	0	0	-
Lazio	7	5	0	0,0	2	1	50,0
Liguria	3	3	2	66,7	0	0	-
Lombardia	21	12	5	41,7	9	2	22,2
Marche	2	2	1	50,0	0	0	-
Molise	0	0	0	-	0	0	-
Piemonte	7	6	2	33,3	1	0	0,0
P. A. Bolzano	1	1	1	100	0	0	-
P. A. Trento	1	1	1	100	0	0	-
Puglia	7	5	3	60,0	2	0	0,0
Sardegna	1	1	0	0,0	0	0	-
Sicilia	10	7	4	57,1	3	1	33,3
Toscana	4	4	2	50,0	0	0	-
Umbria	3	3	2	66,7	0	0	-
Valle d'Aosta	0	0	0	-	0	0	-
Veneto	9	7	5	71,4	2	1	50,0

Tab.29 – Interventi chirurgici per tumore maligno del polmone: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	1	-	-	-	2	-	1	-	3	-	1	1
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Calabria	1	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-
Campania	2	1	-	-	3	-	1	-	2	1	1	-
Emilia-Romagna	9	5	-	-	10	4	-	-	9	6	-	-
Friuli Venezia Giulia	2	2	-	-	2	2	-	-	3	-	-	-
Lazio	5	-	2	1	5	-	2	1	5	1	2	1
Liguria	1	1	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-
Lombardia	4	1	7	2	6	2	8	3	8	1	7	2
Marche	1	1	-	-	2	1	-	-	1	1	-	-
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	4	1	1	-	6	3	-	-	5	2	-	-
P.A.Bolzano	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
P.A.Trento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Puglia	3	1	2	-	5	1	2	-	5	4	2	-
Sardegna	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Sicilia	2	1	3	2	2	-	3	2	4	-	2	-
Toscana	4	2	-	-	4	1	-	-	3	1	-	-
Umbria	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	3	2	2	1	4	3	1	1	4	1	1	1



Fig.26 – Interventi chirurgici per tumore maligno del polmone: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020.



Anche in questo caso, più di differenze legate alla natura giuridica delle strutture, rileva l'eterogeneità interregionale e intra-regionale nel dato di mortalità.

rogeità interregionale e intra-regionale nel dato di mortalità.

In Tab.30 viene riportato il dato relativo alle strutture in linea con lo standard per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni dal ricovero per intervento chirurgico per tumore maligno del colon.

Ad esempio in Piemonte, delle 26 strutture di diritto pubblico e delle 3 di diritto privato, rispettivamente 5 e 2 presentano una mortalità in linea con l'atteso.

Tab.30 – Interventi chirurgici per tumore maligno del colon: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	9	7	5	71,4	2	1	50,0
Basilicata	3	3	1	33,3	0	0	-
Calabria	3	3	0	0,0	0	0	-
Campania	21	14	4	28,6	7	3	42,9
Emilia-Romagna	21	21	8	38,1	0	0	-
Friuli Venezia Giulia	7	7	5	71,4	0	0	-
Lazio	28	18	7	38,9	10	2	20,0
Liguria	9	8	3	37,5	1	0	0,0
Lombardia	58	36	16	44,4	22	10	45,5
Marche	9	9	5	55,6	0	0	-
Molise	2	1	0	0,0	1	1	100
Piemonte	29	26	5	19,2	3	2	66,7
P. A. Bolzano	3	3	2	66,7	0	0	-
P. A. Trento	2	2	1	50,0	0	0	-
Puglia	15	11	4	36,4	4	2	50,0
Sardegna	9	8	3	37,5	1	1	100
Sicilia	22	16	4	25,0	6	3	50,0
Toscana	23	23	7	30,4	0	0	-
Umbria	6	6	2	33,3	0	0	-
Valle d'Aosta	1	1	1	100	0	0	-
Veneto	31	28	16	57,1	3	1	33,3



La misurazione su base triennale dell'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico per tumore maligno del colon rende scarsamente informativo il dato annuale, che tuttavia riportiamo per ragioni di completezza.

Rileva una forte variabilità anche all'interno di ciascuna regione e tra le strutture della stessa natura giuridica (Fig.27).

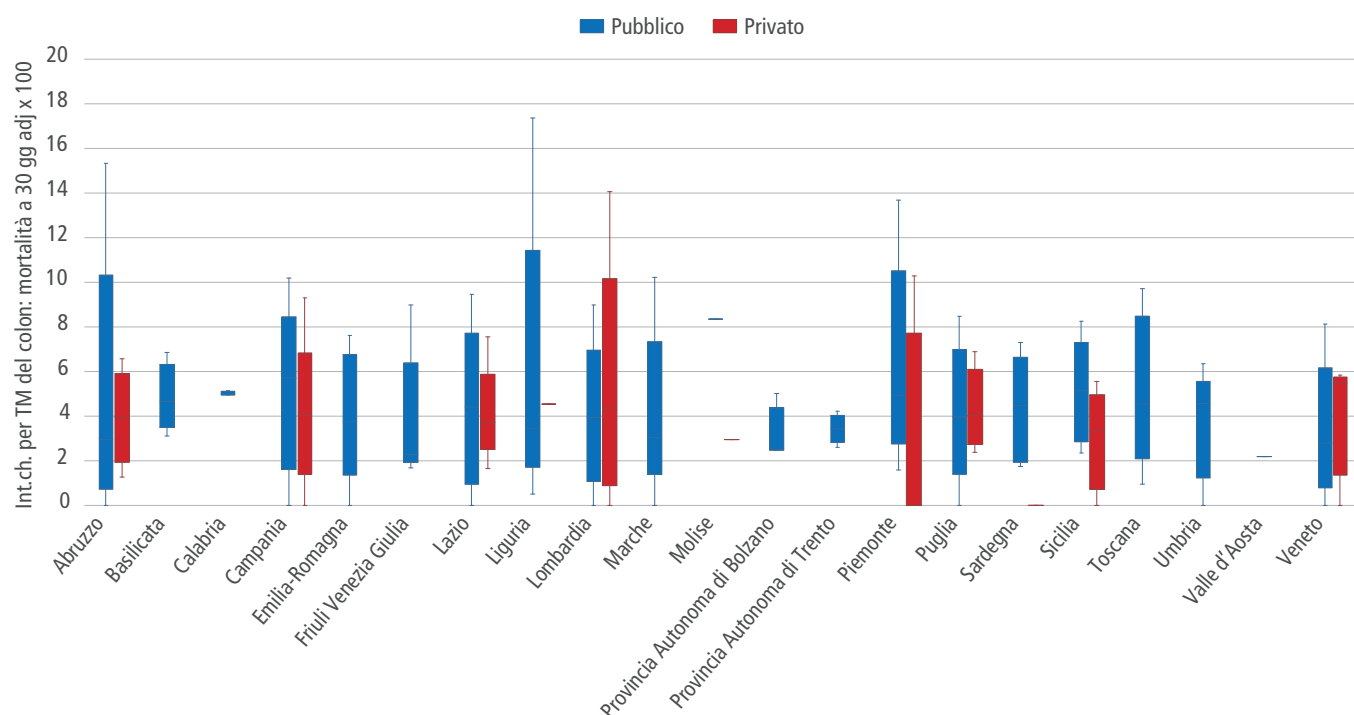
Tab.31 – Interventi chirurgici per tumore maligno del colon: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	5	-	2	1	5	2	2	1	5	-	1	1
Basilicata	2	1	-	-	3	1	-	-	2	-	-	-
Calabria	3	1	-	-	3	-	-	-	3	-	-	-
Campania	13	2	5	1	13	4	5	3	12	4	6	2
Emilia-Romagna	18	7	-	-	20	8	-	-	19	10	-	-
Friuli Venezia Giulia	5	3	-	-	7	3	-	-	6	2	-	-
Lazio	14	4	10	2	15	4	8	4	18	5	10	5
Liguria	8	3	1	1	8	5	1	-	5	1	1	-
Lombardia	32	12	19	5	34	13	19	9	31	16	18	10
Marche	8	3	-	-	8	5	-	-	9	5	-	-
Molise	1	-	1	-	1	-	1	1	1	-	1	1
Piemonte	25	6	2	1	25	9	2	1	26	12	3	1
P.A.Bolzano	3	2	-	-	2	2	-	-	3	2	-	-
P.A.Trento	2	-	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Puglia	11	4	4	2	11	6	4	1	11	6	4	1
Sardegna	8	3	-	-	8	5	-	-	7	3	-	-
Sicilia	15	6	5	2	15	5	4	2	15	4	4	3
Toscana	22	4	-	-	21	8	-	-	22	9	-	-
Umbria	4	1	-	-	5	1	-	-	6	1	-	-
Valle d'Aosta	1	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-
Veneto	19	12	1	-	24	11	2	-	24	11	3	-

Nei casi di Abruzzo, Liguria, Piemonte ci sono strutture di diritto pubblico che presentano dati di mortalità anche cinque volte la soglia massima indicata, sicuramente meritevoli di attenzione nell'ambito di programmi di audit sulla qualità dei dati.

Per quanto riguarda le strutture di diritto privato, ad esempio in Lombardia la più alta mortalità è di una struttura privata.

Fig.27 – Interventi chirurgici per tumore maligno del colon: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



Ancora più che nel caso del polmone, le strutture che effettuano interventi chirurgici per tumore maligno dello stomaco sono relativamente poche.

In particolare, delle 17 strutture di diritto privato, 7 sono in Lombardia e 5 nel Lazio. Di queste, rispettivamente 5 e 2 presentano una mortalità in linea con l'atteso, mentre nella componente di diritto pubblico quelle conformi allo standard sono 4 su 9 in Lombardia e 3 su 4 nel Lazio.

Tab.32 – Interventi chirurgici per tumore maligno dello stomaco: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	0	0	0	-	0	0	-
Basilicata	0	0	0	-	0	0	-
Calabria	2	2	0	0,0	0	0	-
Campania	6	6	1	16,7	0	0	-
Emilia-Romagna	9	9	5	55,6	0	0	-
Friuli Venezia Giulia	2	2	2	100	0	0	-
Lazio	9	4	3	75,0	5	2	40,0
Liguria	1	1	0	0,0	0	0	-
Lombardia	16	9	4	44,4	7	5	71,4
Marche	3	3	2	66,7	0	0	-
Molise	0	0	0	-	0	0	-
Piemonte	5	5	3	60,0	0	0	-
P. A. Bolzano	1	1	0	0,0	0	0	-
P. A. Trento	1	1	0	0,0	0	0	-
Puglia	8	5	1	20,0	3	0	0,0
Sardegna	0	0	0	-	0	0	-
Sicilia	5	3	0	0,0	2	1	50,0
Toscana	8	8	0	0,0	0	0	-
Umbria	2	2	0	0,0	0	0	-
Valle d'Aosta	0	0	0	-	0	0	-
Veneto	6	6	3	50,0	0	0	-

La misurazione su base triennale dell'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco

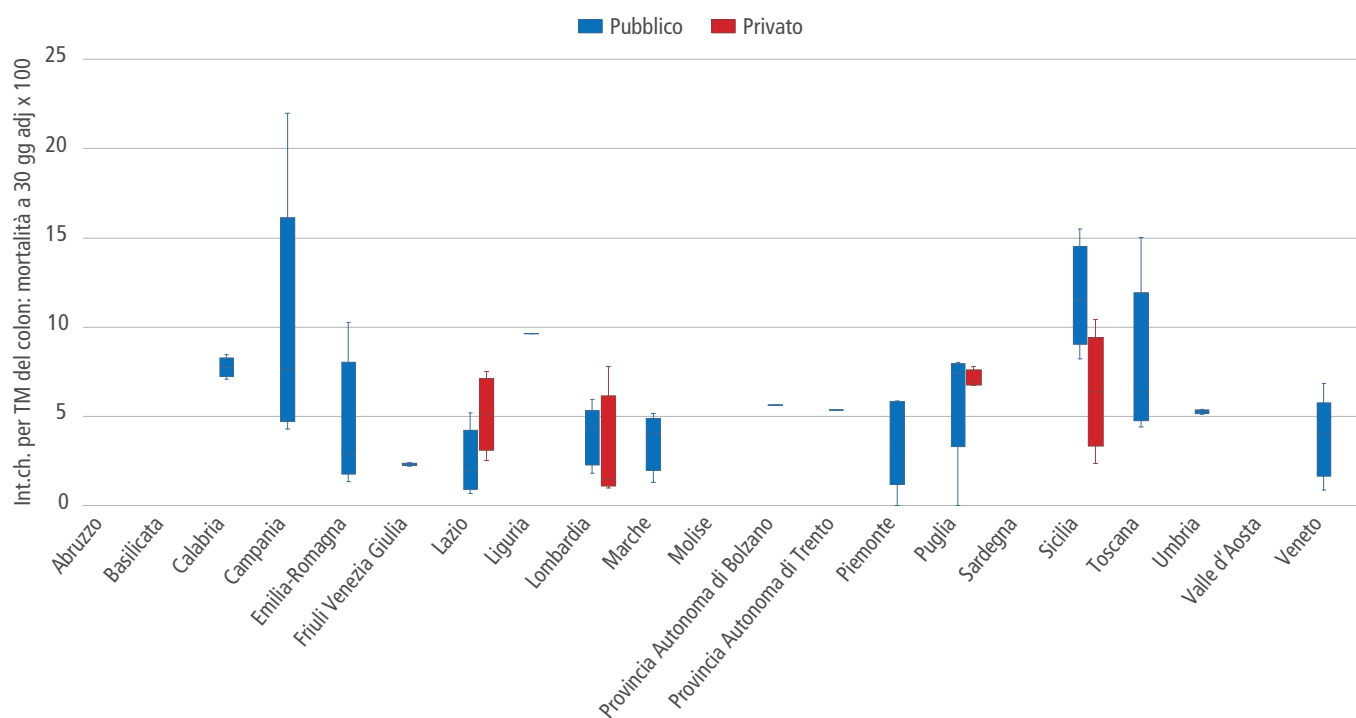
rende scarsamente informativo il dato annuale, che tuttavia riportiamo per ragioni di completezza.

Tab.33 – Interventi chirurgici per tumore maligno dello stomaco: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	1	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-
Campania	4	-	-	-	6	2	-	-	5	2	-	-
Emilia-Romagna	7	4	-	-	7	3	-	-	9	7	-	-
Friuli Venezia Giulia	1	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-
Lazio	2	1	3	2	4	4	2	1	1	1	4	1
Liguria	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	8	1	5	2	5	3	4	3	5	2	5	2
Marche	2	-	-	-	2	-	-	-	1	1	-	-
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	3	2	-	-	3	2	-	-	3	1	-	-
P.A.Bolzano	1	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-
P.A.Trento	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Puglia	4	-	1	-	2	-	2	-	4	1	3	-
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	2	-	1	-	2	-	2	-	3	-	1	-
Toscana	7	3	-	-	8	2	-	-	7	2	-	-
Umbria	2	1	-	-	2	1	-	-	2	1	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	4	1	-	-	4	2	-	-	4	2	-	-



Fig.28 – Interventi chirurgici per tumore maligno dello stomaco: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



Area gravidanza e parto

In Tab.34 si riporta il dato relativo ai punti nascita che sono tuttora al di sotto dello standard di volume.

Nonostante gli sforzi di razionalizzazione delle reti, ancora nel 2020 ci sono 88 strutture al di sotto di 450 parti, di cui 78 di diritto pubblico e 10 di diritto privato.

Anche in questo caso esiste una forte eterogeneità tra regioni, non sempre giustificata da specifiche caratteristiche orografiche e territoriali.

In Campania, ad esempio, ancora 12 strutture di diritto pubblico su 30 effettuano meno di 450 parti, mentre tutte le 23 maternità di diritto privato hanno volumi conformi al requisito quantitativo minimo.

Nel Lazio 5 strutture pubbliche su 22 e 5 strutture private su 14 sono sub-standard.

Tab.34 – Parti: volumi – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	9	9	7	77,8	0	0	-
Basilicata	5	5	4	80,0	0	0	-
Calabria	10	10	9	90,0	0	0	-
Campania	53	30	18	60,0	23	23	100
Emilia-Romagna	23	23	16	69,6	0	0	-
Friuli Venezia Giulia	9	8	7	87,5	1	1	100
Lazio	36	22	17	77,3	14	9	64,3
Liguria	11	9	8	88,9	2	1	50,0
Lombardia	60	48	41	85,4	12	11	91,7
Marche	12	12	9	75,0	0	0	-
Molise	3	3	2	66,7	0	0	-
Piemonte	28	27	22	81,5	1	0	0,0
P. A. Bolzano	5	5	4	80,0	0	0	-
P. A. Trento	4	4	2	50,0	0	0	-
Puglia	26	21	18	85,7	5	5	100
Sardegna	11	11	7	63,6	0	0	-
Sicilia	45	38	29	76,3	7	6	85,7
Toscana	24	23	20	87,0	1	0	0,0
Umbria	8	8	5	62,5	0	0	-
Valle d'Aosta	1	1	1	100	0	0	-
Veneto	34	31	24	77,4	3	3	100



In un Paese dove le nascite continuano progressivamente a segnare record negativi, il fenomeno delle maternità con un numero esiguo di parti/anno non è destinato a ridimensionarsi.

Tab.35 – Parti: volumi – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018 – 2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	9	7	-	-	9	8	-	-	9	8	-	-
Basilicata	5	4	-	-	5	4	-	-	5	4	-	-
Calabria	10	9	-	-	12	10	-	-	12	10	1	1
Campania	30	18	23	23	29	22	25	24	29	21	25	25
Emilia-Romagna	23	16	-	-	23	18	-	-	23	18	-	-
Friuli Venezia Giulia	8	7	1	1	9	6	1	1	8	7	1	1
Lazio	22	17	14	9	22	13	16	9	22	19	17	11
Liguria	9	8	2	1	9	9	2	2	9	9	2	2
Lombardia	48	41	12	11	47	44	12	11	52	45	13	11
Marche	12	9	-	-	12	11	-	-	13	11	-	-
Molise	3	2	-	-	3	2	-	-	3	2	-	-
Piemonte	27	22	1	-	26	23	-	-	26	22	-	-
P.A.Bolzano	5	4	-	-	5	4	-	-	5	4	-	-
P.A.Trento	4	2	-	-	4	2	-	-	4	3	-	-
Puglia	21	18	5	5	21	21	6	6	22	21	7	6
Sardegna	11	7	-	-	11	7	-	-	12	7	1	-
Sicilia	38	29	7	6	41	32	8	6	40	33	8	7
Toscana	23	20	1	-	24	20	1	-	25	20	-	-
Umbria	8	5	-	-	8	6	-	-	8	5	-	-
Valle d'Aosta	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Veneto	31	24	3	3	31	25	3	3	33	24	3	3

In Tab.36 è riportata l'informazione relativa alle strutture che effettuano tra 500 e 1000 parti/anno con una proporzione di tagli cesarei primari (ovvero cesarei in donne senza un pregresso parto chirurgico) in linea con la soglia massima attesa per le maternità di I livello (15% a cui abbiamo applicato soglia di tolleranza del 10%). Per quanto il comportamento delle strutture vari a seconda del contesto regionale, rileva in quasi tutte le regioni un basso livello di aderenza allo standard, con regioni come la Basilicata o la Calabria dove le maternità sono tutte di

diritto pubblico e tutte con una proporzione di parti chirurgici superiore al riferimento, regioni come la Campania dove nessuno dei 21 punti nascita pubblici e degli 11 di diritto privato è in linea con lo standard e regioni come il Friuli Venezia Giulia dove l'unica maternità di diritto privato (così come 3 dei 5 punti nascita di diritto pubblico) presenta proporzioni superiori alla soglia definita.

Delle 27 strutture ospedaliere private, 11 (41%) sono situate in Campania.

Tab.36 – Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità I livello – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	7	7	0	0,0	0	0	-
Basilicata	4	4	0	0,0	0	0	-
Calabria	5	5	0	0,0	0	0	-
Campania	32	21	0	0,0	11	0	0,0
Emilia-Romagna	9	9	5	55,6	0	0	-
Friuli Venezia Giulia	6	5	3	60,0	1	0	0,0
Lazio	15	12	0	0,0	3	0	0,0
Liguria	7	5	1	20,0	2	0	0,0
Lombardia	26	22	7	31,8	4	1	25,0
Marche	7	7	1	14,3	0	0	-
Molise	3	3	0	0,0	0	0	-
Piemonte	19	19	8	42,1	0	0	-
P. A. Bolzano	3	3	0	0,0	0	0	-
P. A. Trento	1	1	1	100	0	0	-
Puglia	17	15	0	0,0	2	0	0,0
Sardegna	8	8	0	0,0	0	0	-
Sicilia	27	24	2	8,3	3	0	0,0
Toscana	13	13	2	15,4	0	0	-
Umbria	5	5	0	0,0	0	0	-
Valle d'Aosta	1	1	0	0,0	0	0	-
Veneto	19	18	5	27,8	1	0	0,0



In Tab.37 è possibile verificare come questa situazione sia sostanzialmente invariata nel tempo.

Si presenta meno critico il quadro delle maternità che effettuano almeno 1000 parti/anno, per le quali la proporzione massima di ricorso al taglio cesareo è fissata al 25% (Tab.38.)

Tab.37 – Proporzioni di parti con taglio cesareo primario - maternità I livello – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	7	-	-	-	7	-	-	-	7	-	-	-
Basilicata	4	-	-	-	4	-	-	-	3	-	-	-
Calabria	5	-	-	-	5	-	-	-	6	-	-	-
Campania	21	-	11	-	21	-	11	-	19	-	10	-
Emilia-Romagna	9	5	-	-	9	5	-	-	7	4	-	-
Friuli Venezia Giulia	5	3	1	-	5	3	1	-	5	3	1	-
Lazio	12	-	3	-	12	-	3	-	11	-	2	-
Liguria	5	1	2	-	5	1	2	-	6	2	2	-
Lombardia	22	7	4	1	22	7	4	1	22	7	4	1
Marche	7	1	-	-	7	1	-	-	8	-	-	-
Molise	3	-	-	-	3	-	-	-	3	1	-	-
Piemonte	19	8	-	-	19	8	-	-	16	3	-	-
P.A.Bolzano	3	-	-	-	3	-	-	-	2	-	-	-
P.A.Trento	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Puglia	15	-	2	-	15	-	2	-	14	-	1	-
Sardegna	8	-	-	-	8	-	-	-	8	-	-	-
Sicilia	24	2	3	-	24	2	3	-	24	2	3	-
Toscana	13	2	-	-	13	2	-	-	9	3	-	-
Umbria	5	-	-	-	5	-	-	-	4	1	-	-
Valle d'Aosta	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Veneto	18	5	1	-	18	5	1	-	19	5	3	-

Si dà evidenza di una divaricazione nord-sud, per cui le regioni meridionali presentano ancora diverse strutture con proporzione di parti chirurgici superiori all'atteso.

Ad esempio in Campania – dove è presente 1/3 dei punti nascita di tutta la componente di diritto privato – solo 1 delle 5 strutture di diritto pubblico e 2 delle 12 di diritto privato presentano valori in linea con il riferimento.

Tab.38 – Proporzioni di parti con taglio cesareo primario - maternità II livello – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	2	2	1	50,0	0	0	-
Basilicata	1	1	1	100	0	0	-
Calabria	5	5	1	20,0	0	0	-
Campania	17	5	1	20,0	12	2	16,7
Emilia-Romagna	11	11	11	100	0	0	-
Friuli Venezia Giulia	3	3	3	100	0	0	-
Lazio	14	7	7	100	7	3	42,9
Liguria	3	3	2	66,7	0	0	-
Lombardia	27	19	18	94,7	8	7	87,5
Marche	3	3	3	100	0	0	-
Molise	0	0	0	-	0	0	-
Piemonte	7	7	6	85,7	0	0	-
P.A. Bolzano	2	2	2	100	0	0	-
P.A. Trento	2	2	2	100	0	0	-
Puglia	9	6	3	50,0	3	2	66,7
Sardegna	3	3	1	33,3	0	0	-
Sicilia	15	11	7	63,6	4	0	0,0
Toscana	9	9	9	100	0	0	-
Umbria	2	2	2	100	0	0	-
Valle d'Aosta	0	0	0	-	0	0	-
Veneto	13	11	11	100	2	2	100



Tab.39 – Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità II livello – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

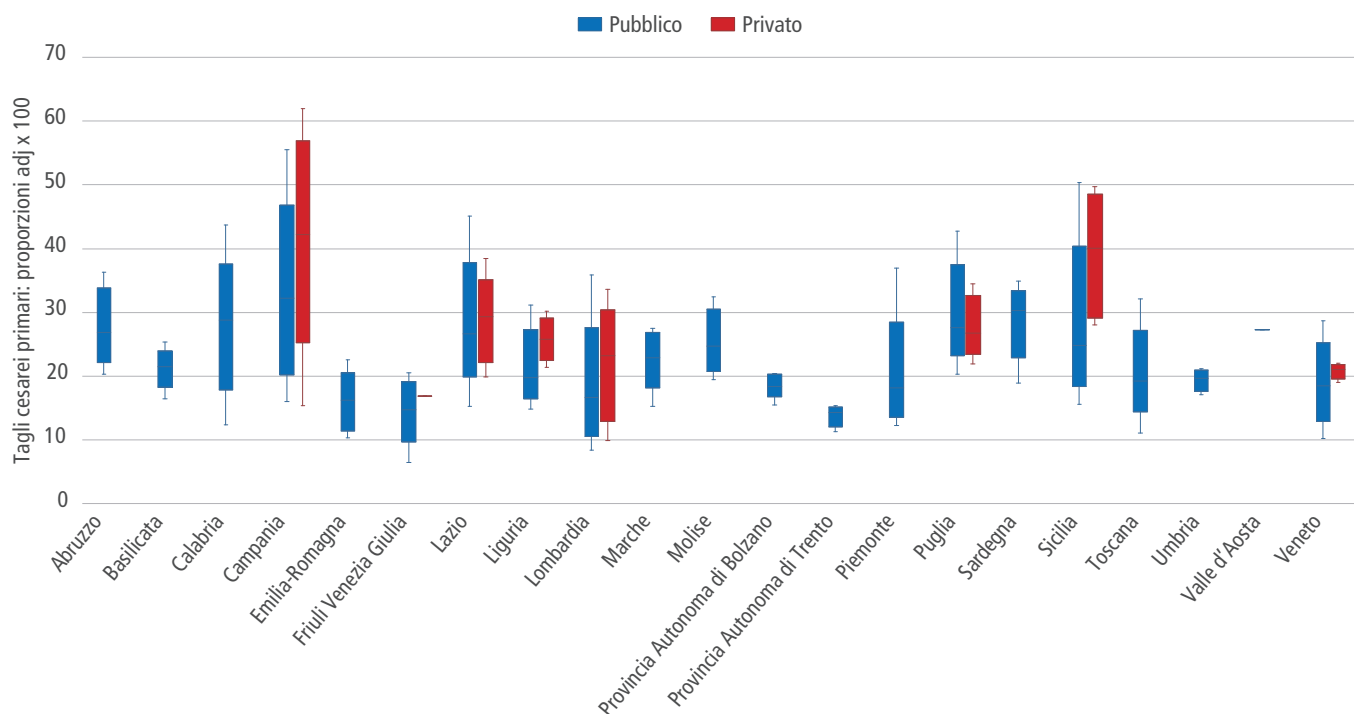
Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	2	1	-	-	2	1	-	-	2	1	-	-
Basilicata	1	1	-	-	1	1	-	-	2	2	-	-
Calabria	5	1	-	-	5	1	-	-	4	2	-	-
Campania	5	1	12	2	5	1	12	2	6	3	13	3
Emilia-Romagna	11	11	-	-	11	11	-	-	13	13	-	-
Friuli Venezia Giulia	3	3	-	-	3	3	-	-	3	3	-	-
Lazio	7	7	7	3	7	7	7	3	8	5	8	5
Liguria	3	2	-	-	3	2	-	-	2	1	-	-
Lombardia	19	18	8	7	19	18	8	7	19	19	8	7
Marche	3	3	-	-	3	3	-	-	2	2	-	-
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	7	6	-	-	7	6	-	-	9	9	-	-
P.A.Bolzano	2	2	-	-	2	2	-	-	3	3	-	-
P.A.Trento	2	2	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Puglia	6	3	3	2	6	3	3	2	7	6	4	3
Sardegna	3	1	-	-	3	1	-	-	3	3	-	-
Sicilia	11	7	4	-	11	7	4	-	10	8	4	2
Toscana	9	9	-	-	9	9	-	-	13	13	-	-
Umbria	2	2	-	-	2	2	-	-	3	3	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	11	11	2	2	11	11	2	2	10	10	-	-

In Fig.29 è rappresentata per ciascuna regione la variabilità nel dato di ricorso al cesareo tra strutture ospedaliere, distinguendo tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato e non differenziando a seconda dei volumi di parti/anno.

Restando sull'esempio della Campania, è di diritto privato sia la struttura con più alte proporzioni sia la struttura con proporzioni più basse.

La necessità di contenere i parti cesarei si persegue sia limitando i tagli cesarei in donne senza pregresso cesareo alle sole volte in cui incorrono determinate condizioni di rischio per la donna e il bambino tali da giustificare il ricorso sia favorendo il parto naturale in donne con pregresso cesareo nei casi in cui non sussistano contrindicazioni.

Fig.29 – Proporzione di parti con taglio cesareo primario – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



In Tab.40 viene riportata, sempre nell'articolazione pubblico-privato, l'informazione relativa alle strutture in linea con lo standard per quanto riguarda le proporzioni di parto vaginale in donne con pregresso cesareo (VBAC).

Ad esempio, delle 25 strutture complessivamente valutate nel Lazio, 1 struttura di diritto pubblico su 15 e 4 strutture di diritto privato su 10 sono conformi allo standard.

Lo standard minimo di riferimento è una soglia

relativamente contenuta, pari a un VBAC ogni dieci parti in donne che hanno già subito un cesareo.

Alcune regioni sembrano essere interessate da un progressivo miglioramento. Ad esempio in Umbria dove se nel 2018 e nel 2019 una maternità su 3 garantiva questa prestazione ad almeno una donna su dieci, nel 2020 tutte e tre le strutture di diritto pubblico presentano una proporzione superiore al 9%.

Tab.40 – Proporzioni di parti naturali in donne con pregresso cesareo – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico			Comparto privato		
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	%
Abruzzo	7	7	4	57,1	0	0	-
Basilicata	4	4	0	0,0	0	0	-
Calabria	10	10	1	10,0	0	0	-
Campania	47	24	0	0,0	23	2	8,7
Emilia-Romagna	15	15	14	93,3	0	0	-
Friuli Venezia Giulia	4	4	4	100	0	0	-
Lazio	25	15	1	6,7	10	4	40,0
Liguria	5	5	2	40,0	0	0	-
Lombardia	41	32	26	81,3	9	4	44,4
Marche	7	7	4	57,1	0	0	-
Molise	2	2	0	0,0	0	0	-
Piemonte	15	15	14	93,3	0	0	-
P. A. Bolzano	4	4	4	100	0	0	-
P. A. Trento	2	2	2	100	0	0	-
Puglia	22	17	1	5,9	5	2	40,0
Sardegna	6	6	2	33,3	0	0	-
Sicilia	36	30	4	13,3	6	0	0,0
Toscana	14	14	9	64,3	0	0	-
Umbria	3	3	3	100	0	0	-
Valle d'Aosta	1	1	1	100	0	0	-
Veneto	19	16	14	87,5	3	3	100

Tab.41 – Proporzioni di parti naturali in donne con progresso cesareo – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	7	4	-	-	7	2	-	-	7	1	-	-
Basilicata	4	-	-	-	4	-	-	-	4	-	-	-
Calabria	10	1	-	-	10	-	-	-	9	-	-	-
Campania	24	-	23	2	21	-	17	2	23	2	23	2
Emilia-Romagna	15	14	-	-	15	12	-	-	15	12	-	-
Friuli Venezia Giulia	4	4	-	-	4	4	-	-	4	4	-	-
Lazio	15	1	10	4	15	-	10	2	15	-	10	2
Liguria	5	2	-	-	5	2	-	-	3	2	-	-
Lombardia	32	26	9	4	31	26	9	6	32	25	9	7
Marche	7	4	-	-	7	3	-	-	7	3	-	-
Molise	2	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-
Piemonte	15	14	-	-	15	14	-	-	15	11	-	-
P.A.Bolzano	4	4	-	-	4	4	-	-	4	4	-	-
P.A.Trento	2	2	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Puglia	17	1	5	2	17	2	5	-	17	2	5	-
Sardegna	6	2	-	-	6	3	-	-	6	2	-	-
Sicilia	30	4	6	-	30	4	6	-	29	4	6	2
Toscana	14	9	-	-	14	9	-	-	14	9	-	-
Umbria	3	3	-	-	3	1	-	-	3	1	-	-
Valle d'Aosta	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Veneto	16	14	3	3	16	13	3	3	15	12	3	3



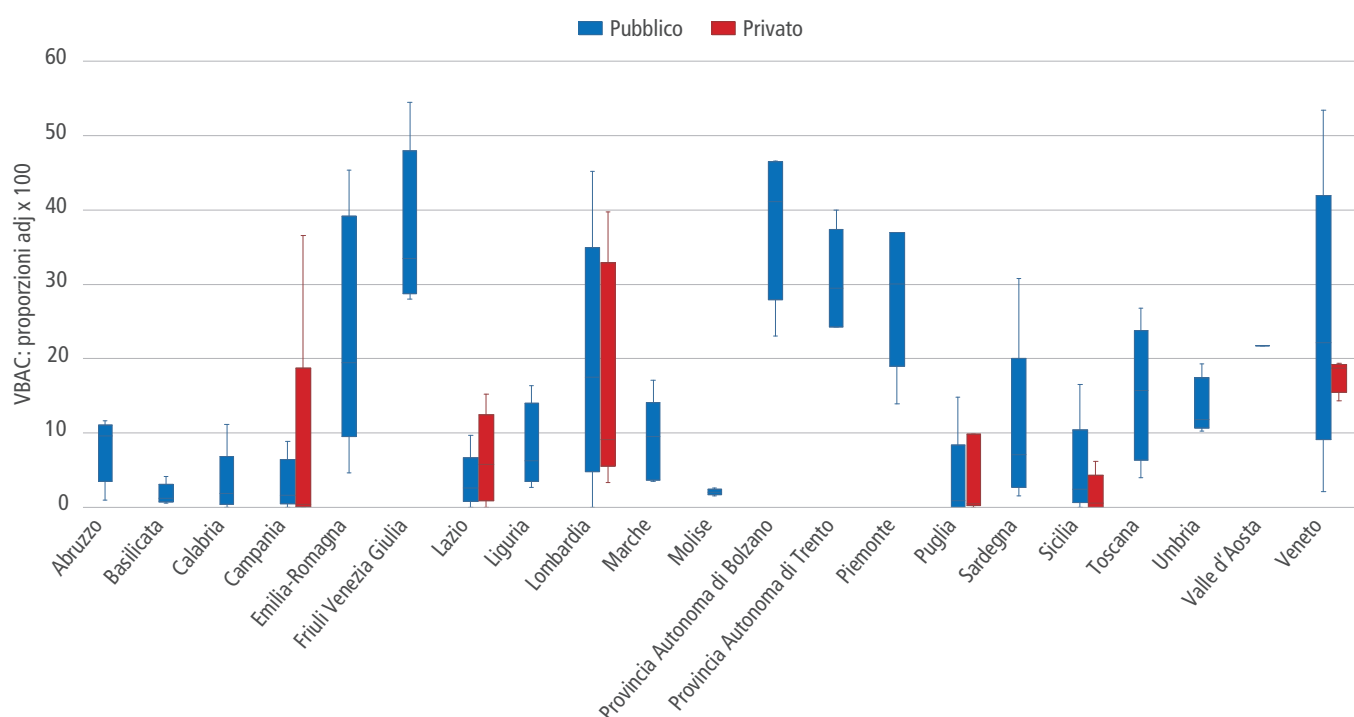
In riferimento a questo indicatore esiste una forte variabilità tra maternità che supera la dimensione regionale ed è estranea alla divaricazione pubblico-privato.

Ad esempio in Emilia-Romagna, nell'ambito della componente di diritto pubblico, c'è una

maternità che garantisce il parto vaginale dopo cesareo a circa una donna su due e un punto nascita dove il VBAC viene applicato a una donna su venti.

In Sicilia nessuna delle strutture di diritto privato raggiunge lo standard minimo previsto.

Fig.30 – Proporzioni di parti naturali in donne con progresso cesareo – variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020



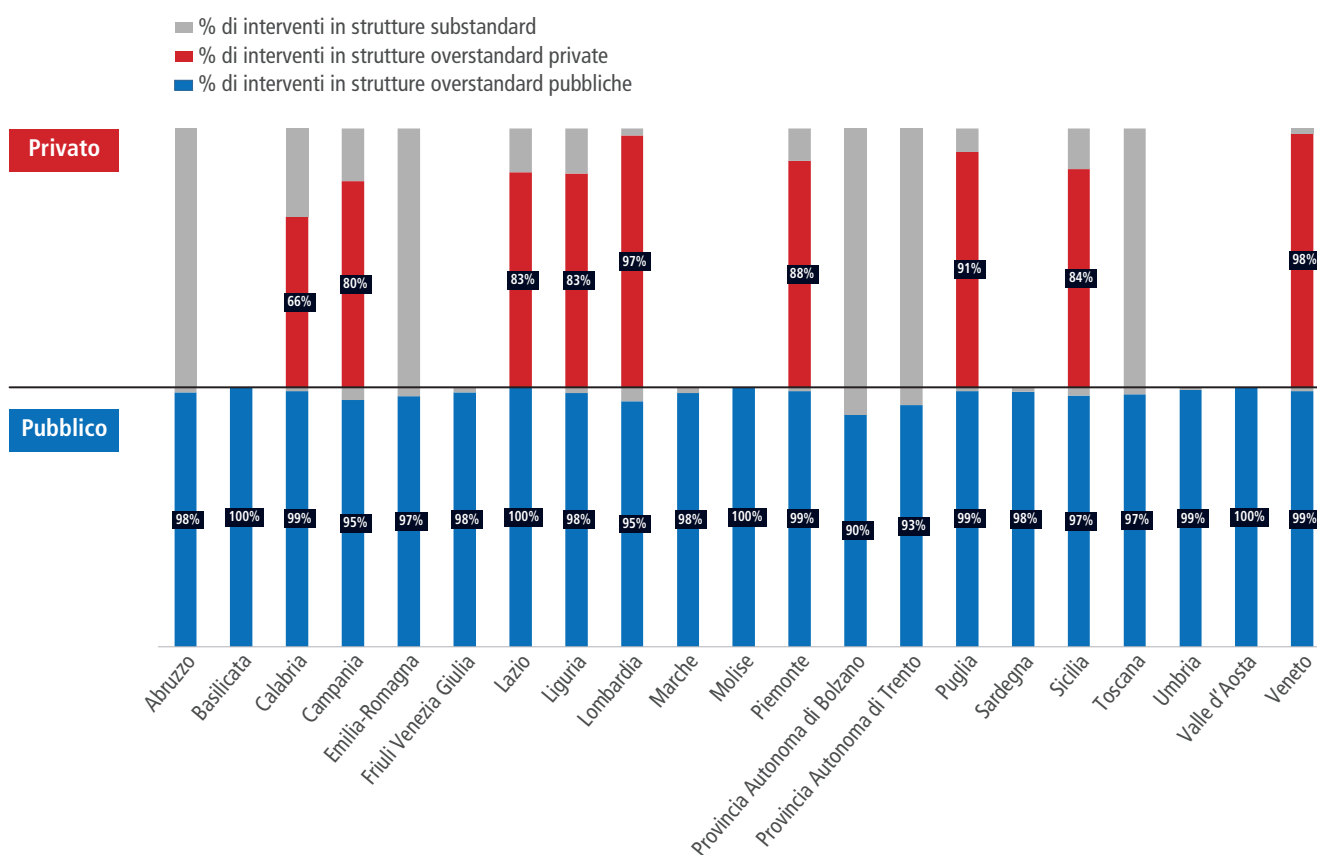
Area osteomuscolare

In Fig.31 è rappresentata a livello regionale la proporzione di fratture del collo del femore (FCF) che vengono trattate in strutture con volumi di attività in linea con lo standard (≥ 90), considerando separatamente la componente

di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN.

Ad esempio, in Liguria, nell'ambito della componente di diritto privato, il 17% degli interventi avviene in strutture che effettuano meno di 90 casi/anno.

Fig.31 – Frattura del collo del femore: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e Regione, 2020



In Tab.42 è rappresentato il confronto tra la proporzione di strutture conformi allo standard quando la tempistica di intervento è calcolata in giorni e quando è calcolata in ore.

Chiaramente l'intervallo in ore tra il momento del ricovero e quello di effettuazione della procedura rappresenta una misura più precisa della tempestività di intervento, ma il dettaglio relativo all'ora è di recente introduzione e utilizzato per la prima volta a livello nazionale solo nell'ultima edizione del PNE.

Si dà evidenza di come in quasi tutte le regioni il numero di strutture conformi allo standard si

riduce, anche di molto, nel passaggio da giorni in ore, ponendo il tema dell'aderenza a una evidenza sulla base di criteri normativi anziché culturali.

Ad esempio in Toscana, dove il servizio è completamente coperto dalla componente di diritto pubblico, le strutture in linea con lo standard si dimezzano.

Dal momento che l'indicatore che considera l'intervallo calcolato in ore è stato calcolato per la prima volta nell'edizione PNE 2021, non è disponibile un confronto delle stime con gli anni precedenti.

Tab.42 – Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni vs 48 ore – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, 2020

Regioni	Comparto pubblico						Comparto privato					
	N. strutture (2gg)	N. strutture (48h)	N. strutture in linea con lo standard (2gg)	N. strutture in linea con lo standard (48h)	% (2gg)	% (48h)	N. strutture (2gg)	N. strutture (48h)	N. strutture in linea con lo standard (2gg)	N. strutture in linea con lo standard (48h)	% (2gg)	% (48h)
Abruzzo	12	12	6	3	50,0	25,0	0	0	0	0	-	-
Basilicata	6	6	1	1	16,7	16,7	0	0	0	0	-	-
Calabria	9	9	1	0	11,1	0,0	1	1	1	1	100	100
Campania	30	30	15	6	50,0	20,0	6	6	2	2	33,3	33,3
Emilia-Romagna	26	26	24	20	92,3	76,9	0	0	0	0	-	-
Friuli Venezia Giulia	9	9	6	3	66,7	33,3	0	0	0	0	-	-
Lazio	30	30	20	12	66,7	40,0	10	10	10	6	100	60,0
Liguria	7	7	3	0	42,9	0,0	2	2	1	0	50,0	0,0
Lombardia	52	52	41	24	78,8	46,2	22	23	19	14	86,4	60,9
Marche	12	12	10	5	83,3	41,7	0	0	0	0	-	-
Molise	3	3	0	0	0,0	0,0	0	0	0	0	-	-
Piemonte	32	32	25	13	78,1	40,6	1	1	1	0	100	0,0
P.A.Bolzano	4	4	4	3	100	75,0	0	0	0	0	-	-
P.A.Trento	3	3	3	3	100	100	0	0	0	0	-	-
Puglia	22	22	19	16	86,4	72,7	4	4	3	2	75,0	50,0
Sardegna	12	12	4	4	33,3	33,3	0	0	0	0	-	-
Sicilia	35	35	30	18	85,7	51,4	10	11	6	7	60,0	63,6
Toscana	27	27	24	12	88,9	44,4	0	0	0	0	-	-
Umbria	7	7	3	1	42,9	14,3	0	0	0	0	-	-
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0,0	0,0	0	0	0	0	-	-
Veneto	29	29	24	16	82,8	55,2	4	4	3	2	75,0	50,0

Per valutare l'andamento temporale, riportiamo il trend per le proporzioni di interventi effettuati entro i 2 giorni dalla data di ricovero. Laddove in Veneto non si registrano sostanziali

variazioni tra il 2019 e il 2020 e in Basilicata si riduce il numero delle strutture in linea con lo standard, in altre regioni, come ad esempio in Sicilia, la situazione migliora.

Tab.43 – Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e Regione, Trend Italia 2018-2020

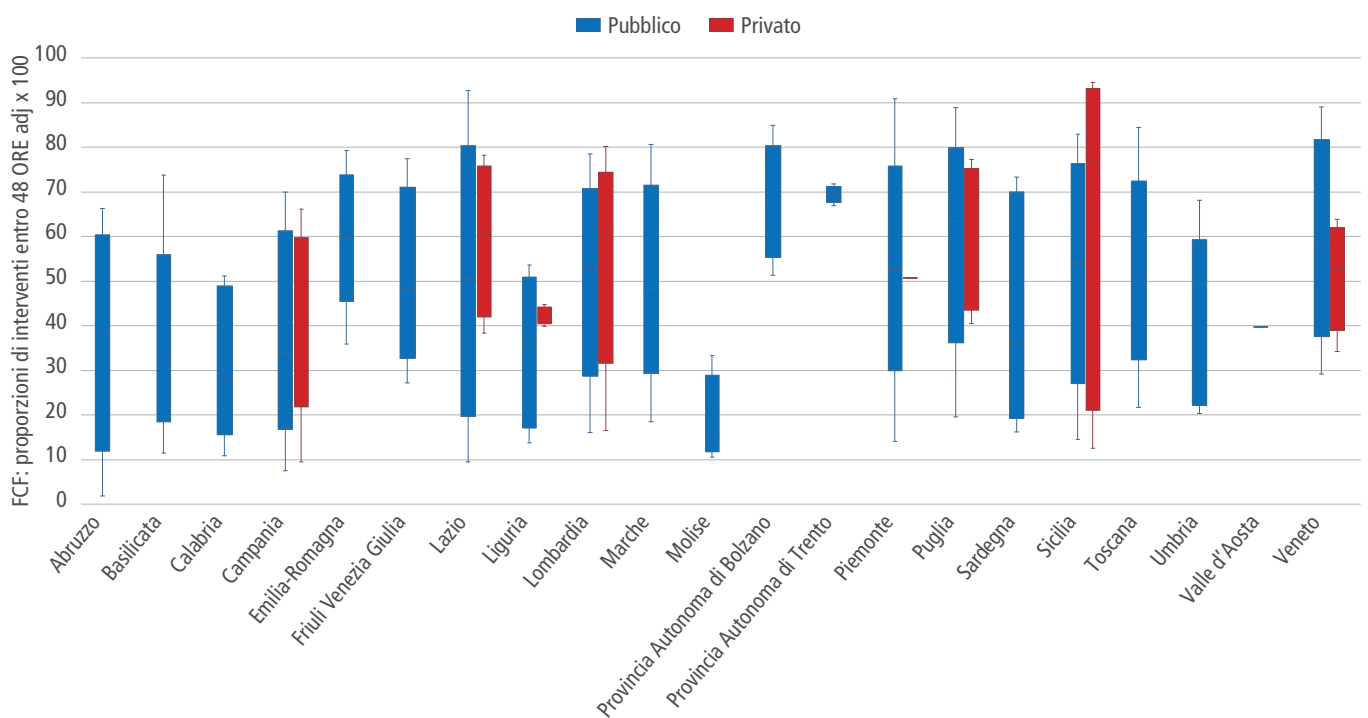
Regioni	Anno 2020				Anno 2019				Anno 2018			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Abruzzo	12	6	-	-	12	9	-	-	12	9	-	-
Basilicata	6	1	-	-	6	4	-	-	6	3	-	-
Calabria	9	1	1	1	9	-	1	1	9	1	1	1
Campania	30	15	6	2	30	17	6	4	30	19	6	5
Emilia-Romagna	26	24	-	-	26	25	-	-	26	24	-	-
Friuli Venezia Giulia	9	6	-	-	9	8	-	-	9	7	-	-
Lazio	30	20	10	10	29	18	10	10	29	17	10	9
Liguria	7	3	2	1	7	3	2	1	5	3	2	1
Lombardia	52	41	22	19	52	47	22	22	52	47	22	21
Marche	12	10	-	-	12	10	-	-	12	9	-	-
Molise	3	-	-	-	3	-	-	-	3	-	-	-
Piemonte	32	25	1	1	31	27	1	1	31	24	1	1
P.A.Bolzano	4	4	-	-	4	4	-	-	4	4	-	-
P.A.Trento	3	3	-	-	3	3	-	-	3	3	-	-
Puglia	22	19	4	3	22	17	4	3	22	16	4	4
Sardegna	12	4	-	-	12	7	-	-	12	7	-	-
Sicilia	35	30	11	7	35	25	11	9	34	25	11	8
Toscana	27	24	-	-	26	25	-	-	26	25	-	-
Umbria	7	3	-	-	7	5	-	-	7	7	-	-
Valle d'Aosta	1	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Veneto	29	24	4	3	29	25	4	4	29	24	4	4



Misurando l'indicatore in ore aumenta anche la variabilità, soprattutto intra-regionale, con strutture fortemente al di sotto dello standard e strutture con buoni livelli di aderenza al riferimento in quasi tutte le regioni.

Ad esempio, in Sicilia, nella sola componente di diritto privato c'è una struttura che riporta la proporzione più alta a livello nazionale di interventi tempestivi e una struttura con proporzioni del 12% circa.

Fig.32 – Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e Regione, 2020

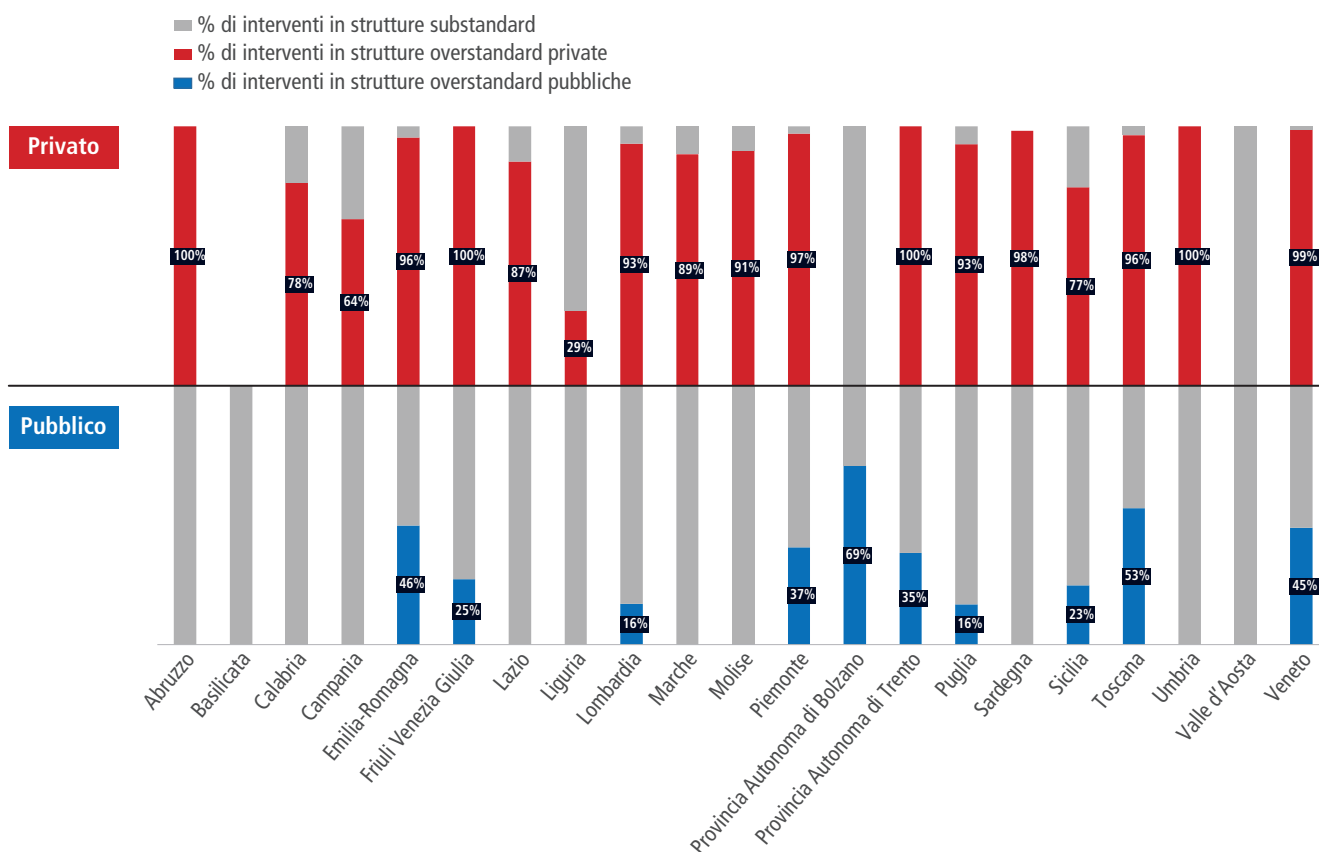


Per quanto riguarda la chirurgia protesica, in Fig.33 è riportata la proporzione di artroplastiche del ginocchio effettuate in strutture con volumi conformi allo standard di volume.

Ad esempio, in Veneto, se nell'ambito delle

strutture private la quasi totalità dei ricoveri avviene in strutture conformi alla soglia minima di volume, nell'ambito delle strutture di diritto pubblico solo il 45% dei pazienti viene trattato in strutture con almeno 90 casi/anno.

Fig.33 – Protesi di ginocchio: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e Regione, 2020



Per migliorare bisogna conoscere, per conoscere bisogna misurare. La cultura del dato è ormai considerata parte integrante della pratica clinica e della gestione manageriale delle strutture ospedaliere. L'abitudine a confrontarsi con le evidenze scientifiche, con i risultati delle proprie attività e con i benchmark nazionali e internazionali rappresenta un elemento imprescindibile per valorizzare l'impegno dei professionisti e garantire ai pazienti trattamenti e interventi sanitari di provata efficacia clinica e rispondenti agli standard qualitativi e quantitativi di appropriatezza e sicurezza.

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (**Age-nas**) è l'organo tecnico-scientifico del SSN che svolge, tra l'altro, attività di ricerca, valutazione e monitoraggio con l'obiettivo di mettere a disposizione di tutti gli stakeholder dati scientificamente validati e utili a orientare le proprie decisioni terapeutiche, programmatiche, organizzative e politiche. In questo quadro, il Programma Nazionale Esiti (**PNE**) – che misura gli *outcome* ospedalieri, attraverso una valutazione di natura comparativa – rappresenta uno strumento prezioso, che deve essere utilizzato in tutte le sue potenzialità e a tutti i livelli di lettura.

L'Associazione Italiana Ospedalità Privata (**Aiop**) è la realtà maggiormente rappresentativa della componente di diritto privato del SSN e ha nella sua *mission* la promozione della qualità delle strutture associate, orientandone i comportamenti verso decisioni *evidence-based* a beneficio della Salute pubblica tutta.

Il *Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici degli Ospedali Italiani*, elaborato sulla base delle stime prodotte nell'ambito del PNE, è sintesi della collaborazione tra le due realtà: fotografando la performance delle strutture di diritto privato, dei punti di forza e delle criticità, si vogliono attivare strategie di miglioramento continuo degli esiti e dei processi, nella tensione verso un SSN davvero universale, sempre più in grado di rispondere ai bisogni di tutta la popolazione e dove l'equità sia declinata verso l'alto.



SCARICA QUESTA PUBBLICAZIONE IN PDF
DALLA PAGINA PUBBLICAZIONI SU WWW.AIOP.IT

