



Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2014

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

I risultati di PNE possono essere utilizzati in modo appropriato esclusivamente in contesti di valutazione critica, soprattutto nell'ambito di processi e programmi integrati di valutazione a livello regionale e locale. **Le misure di PNE sono quindi strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN; PNE non produce classifiche, graduatorie, pagelle, giudizi.** Gli indicatori analizzati hanno validità e peso differente per cui non è possibile fornire risultati sintetici né per struttura né per Regione.

Accessi a PNE: da 500 nel settembre 2013 a 14.000 nel settembre 2014. Nella edizione 2013 è disponibile un programma di **formazione a distanza** sulla piattaforma ECM della FNOMCeO e IPASVI il cui percorso è stato completato in 12 mesi da più di **65.000 operatori sanitari** di cui ¼ medici. Il programma sarà disponibile nella nuova edizione a partire da Novembre 2014. Già da ora è disponibile un **corso FAD non accreditato ECM** per gli studenti universitari, di master, di dottorato e specializzazione.

COSA C'È DI NUOVO NELL'EDIZIONE DI PNE 2014?

L'edizione 2014 di PNE sui dati aggiornati al 2013 analizza 58 indicatori di esito/processo, 50 volumi di attività e 23 indicatori di ospedalizzazione. PNE analizza i dati per struttura e non fornisce indicatori per Regione, essendo la variabilità intraregionale superiore a quella interregionale.

Il nuovo sito PNE 2014, oltre alle sezioni **"Struttura ospedaliera/ASL"** e **"Sintesi per struttura/ASL"** in cui sono riportati i risultati di tutte le strutture ospedaliere/ASL di residenza per ciascun indicatore, include:

- Una sezione **"Emergenza-Urgenza"** che contiene le informazioni relative alla copertura dei dati dell'emergenza urgenza per le diverse regioni e la distribuzione per numero di accessi e tempi di permanenza per struttura. Non essendo ancora completa la copertura a livello nazionale, non è possibile misurare indicatori utilizzando questo sistema per tutta Italia.
- Una sezione **"Sperimentazioni regionali"** che contiene i protocolli degli indicatori calcolati dalle regioni che hanno attivi sistemi informativi sanitari non ancora disponibili a livello nazionale.
- Una sezione **"Strumenti per Audit"**. Nel 2013 PNE ha promosso attività di audit sulle strutture con mortalità a 30 giorni dopo ricovero per infarto acuto del miocardio o troppo elevata o troppo bassa rispetto alle evidenze scientifiche disponibili. Questa attività di audit ha messo in evidenza numerosi problemi di qualità dei dati del sistema informativo ospedaliero. Inoltre si sono verificati problemi anche nella codifica delle comorbidità utilizzate per stimare i tassi aggiustati di alcuni indicatori tra cui la proporzione di parti cesarei primari. **Nel 2014 l'attività di audit è prevista per tutti gli indicatori per i quali esistono forti evidenze scientifiche di una relazione con la qualità delle cure erogate, ma la cui interpretazione dipende dalla qualità dei dati utilizzati per l'elaborazione. In questa sezione sono forniti gli elenchi delle strutture da sottoporre al processo di audit sulla qualità dei dati.**



COSA E' PNE ? POTENZIALITA' E LIMITI della VALUTAZIONE

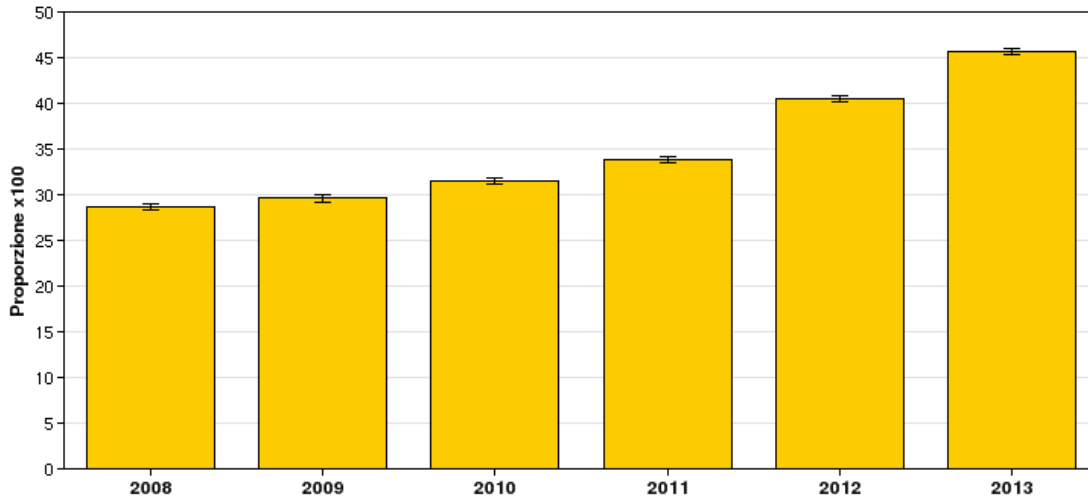
- Il programma nazionale esiti (PNE) è un'attività istituzionale del SSN: **uno strumento operativo** a disposizione delle regioni, delle aziende e degli operatori **per il miglioramento delle performance e per l'analisi dei profili critici, attraverso attività di audit**
- **PNE si integra con i programmi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



RISULTATI

I risultati del Programma Nazionale Esiti (PNE) sono pubblicati sul sito web dedicato <http://95.110.213.190/PNEed14>. A titolo di esempio vengono riportati alcuni risultati.

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

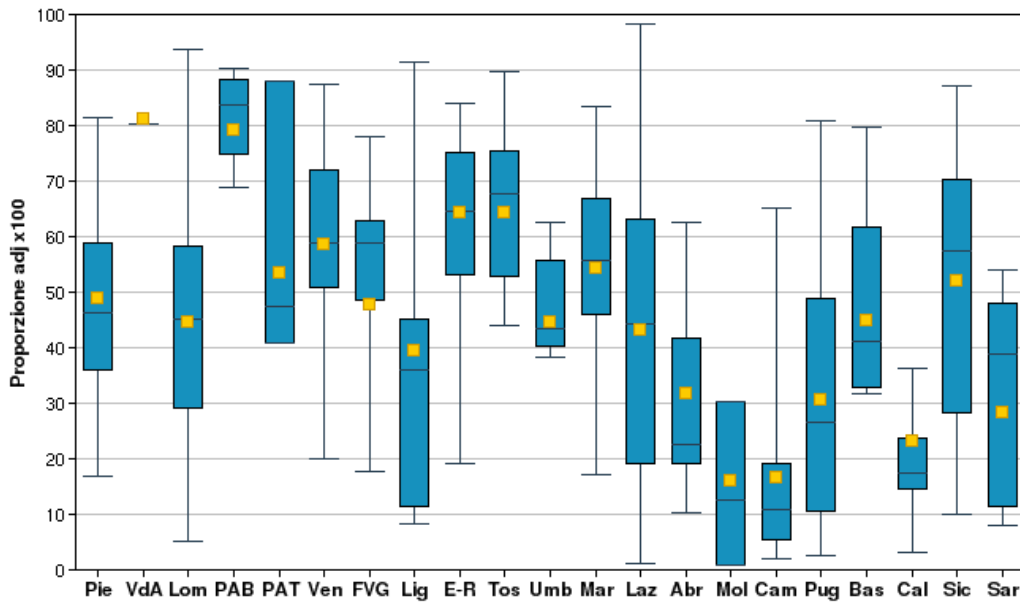


La proporzione di **fratture di femore sopra i 65 anni di età operate entro due giorni** è passata dal **28.7% del 2008 al 45.7% del 2013**, restando ancora al di sotto dello standard atteso, superiore all'80%. Sulla base dei dati di mortalità a un anno, **si stima che il numero di decessi prevenuti in questo periodo, grazie all'anticipazione dell'intervento è di circa 6000**; l'analisi, che tiene conto anche dei diversi fattori di gravità, dimostra che l'effetto protettivo si mantiene per tutte le fasce d'età. Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 48 ore su pazienti con frattura di femore di età > di 65 anni.

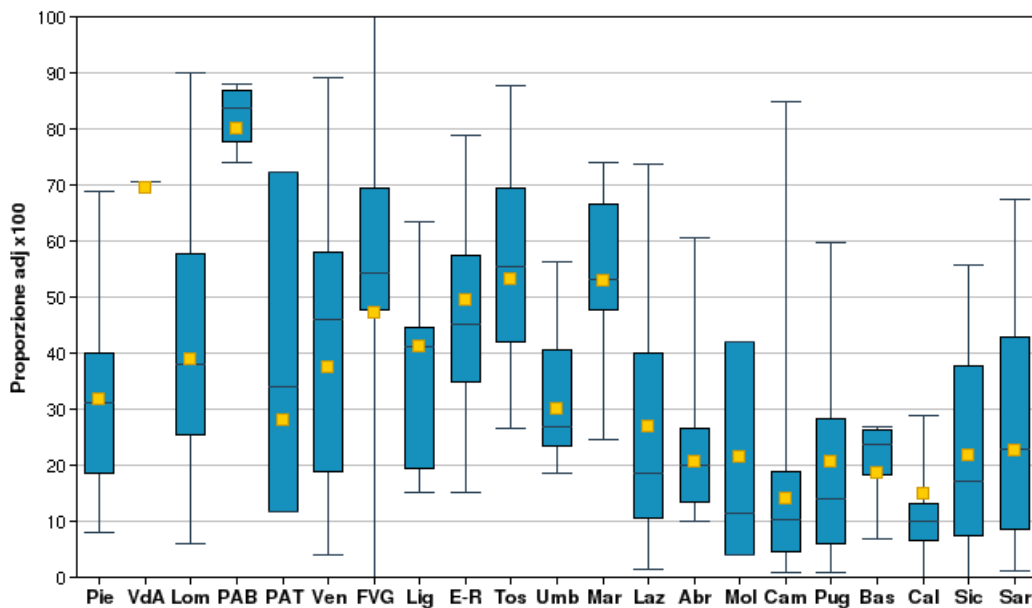
A fronte di un valore nazionale medio del 45.7%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dell'1% ad un massimo del 98%, come mostrato nella figura sottostante.



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



FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI - 2011



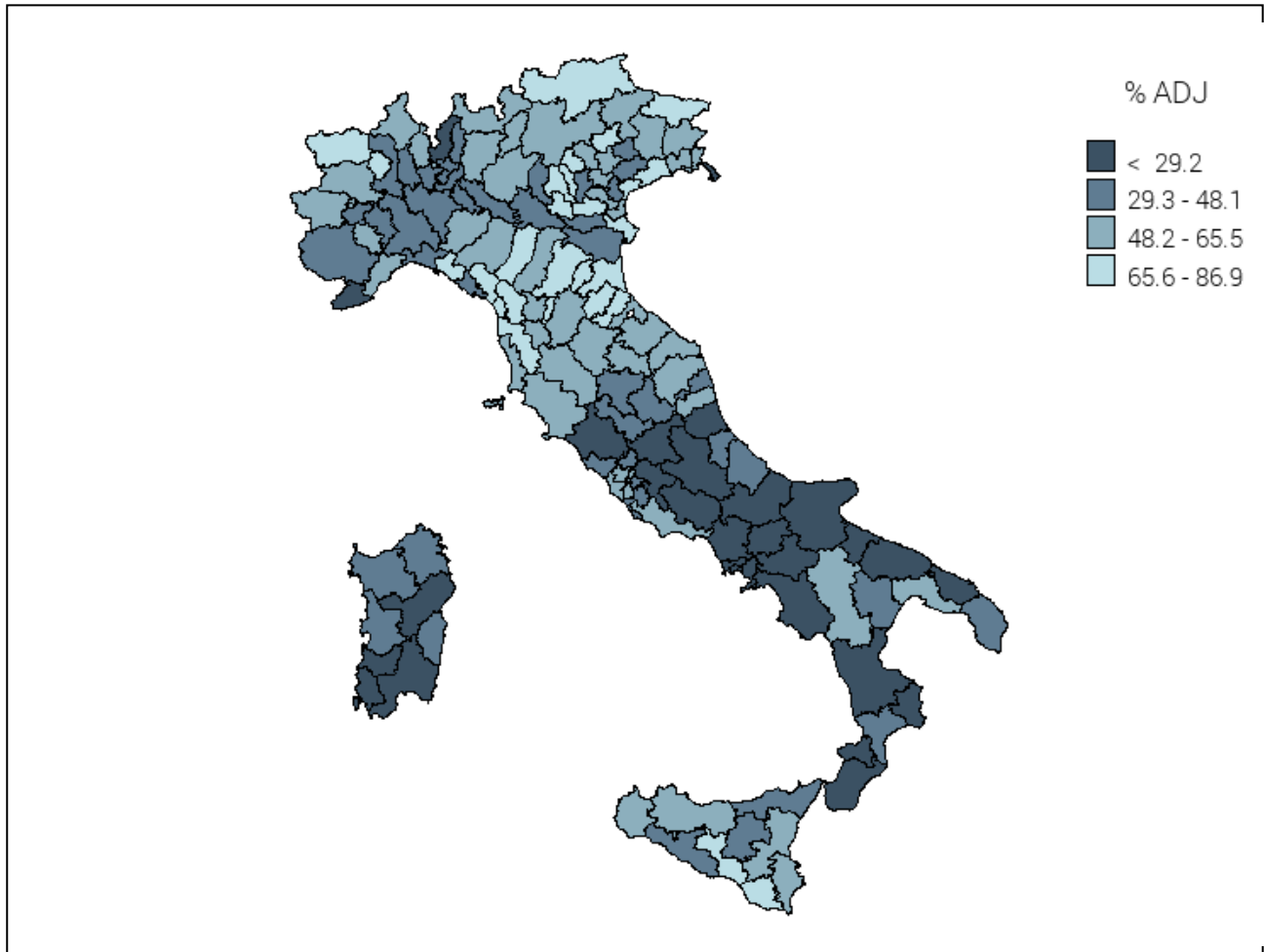
Nelle due figure, i rettangoli, che rappresentano i valori dell'indicatore nel 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e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



Confrontando i dati del 2013 con quelli del 2011, si osserva che, mentre nel 2011 tutte le regioni del sud avevano valori di media e mediana inferiori ai valori nazionali, nel 2013, la Sicilia ha valori medi superiori a quelli nazionali, mentre la Basilicata e il Lazio raggiungono i valori medi nazionali, paragonabili a Lombardia e Umbria.

La Provincia Autonoma di Bolzano mantiene livelli alti, mentre Emilia Romagna, Veneto e Toscana migliorano ulteriormente pur partendo già da valori alti, riducendo anche l'eterogeneità interna. La Liguria, che mostra nel 2013 valori più bassi rispetto al 2011, risente di un errore sistematico nella codifica dei dati che aveva determinato una sovrastima nel 2011.

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



Nota: %ADJ è il rischio/proporzione aggiustato o standardizzato per ridurre i potenziali effetti di confondimento, nei confronti tra ospedali, determinati dall'eterogenea distribuzione di fattori di rischio associati all'esito (comorbidità e caratteristiche demografiche).

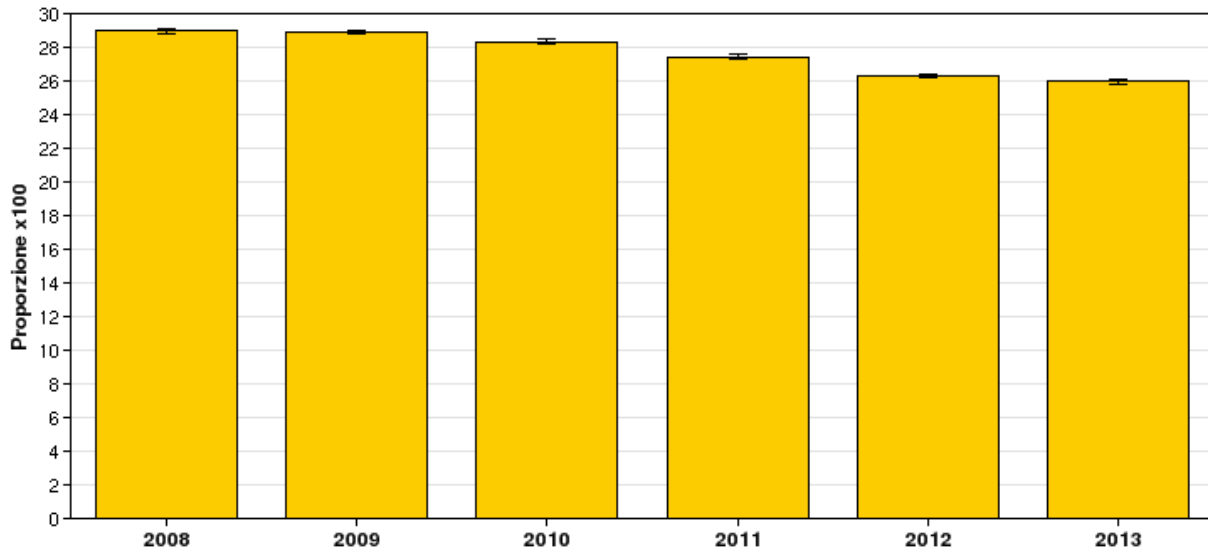
La distribuzione geografica per provincia/ASL mostra un'eterogeneità intra-regionale superiore a quella interregionale.



PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sin dal 1985 afferma che una proporzione di cesarei superiore al 15% non è giustificata. **Il parto cesareo rispetto al parto vaginale comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino e dovrebbe essere effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche.** Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti e 15% per le maternità con meno di 1000 parti.

PROPORZIONE DI PARTI CESAREI PRIMARI – ANDAMENTI TEMPORALI

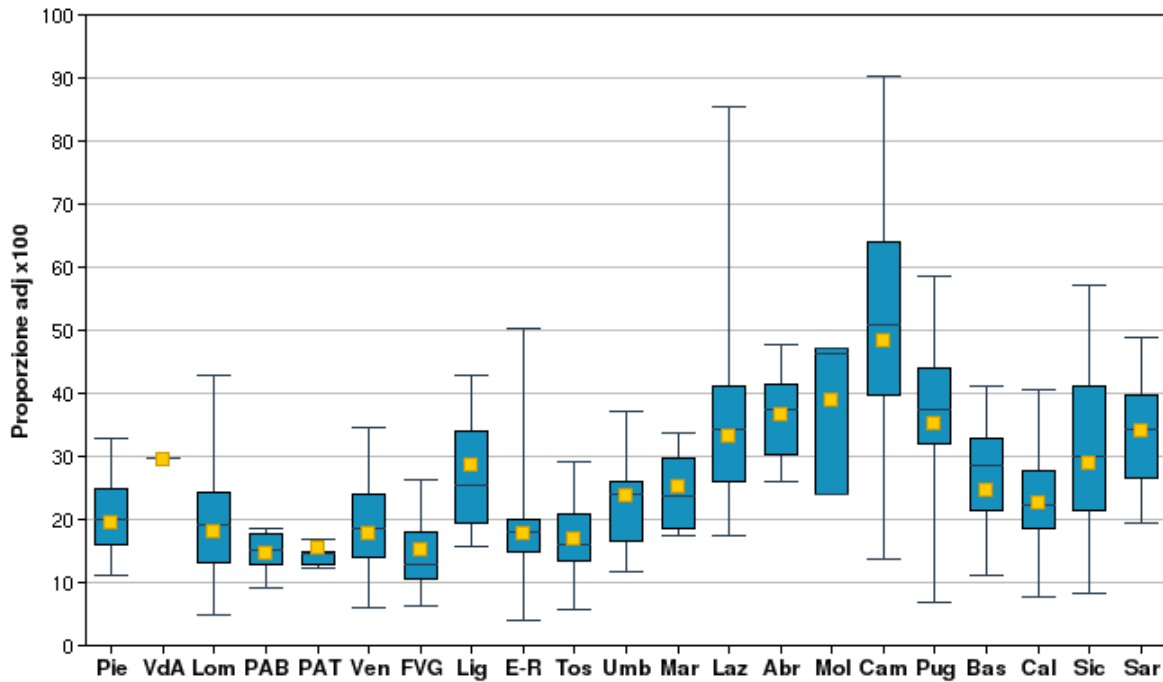


La proporzione di parti cesarei primari è passata dal 29% del 2008 al 26% del 2013, con grandi differenze tra ed intra regioni.

A fronte di un valore nazionale medio del 26%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 4% ad un massimo del 93%, come mostrato nella figura che segue.



PROPORZIONE DI PARTI CESAREI PRIMARI - 2013

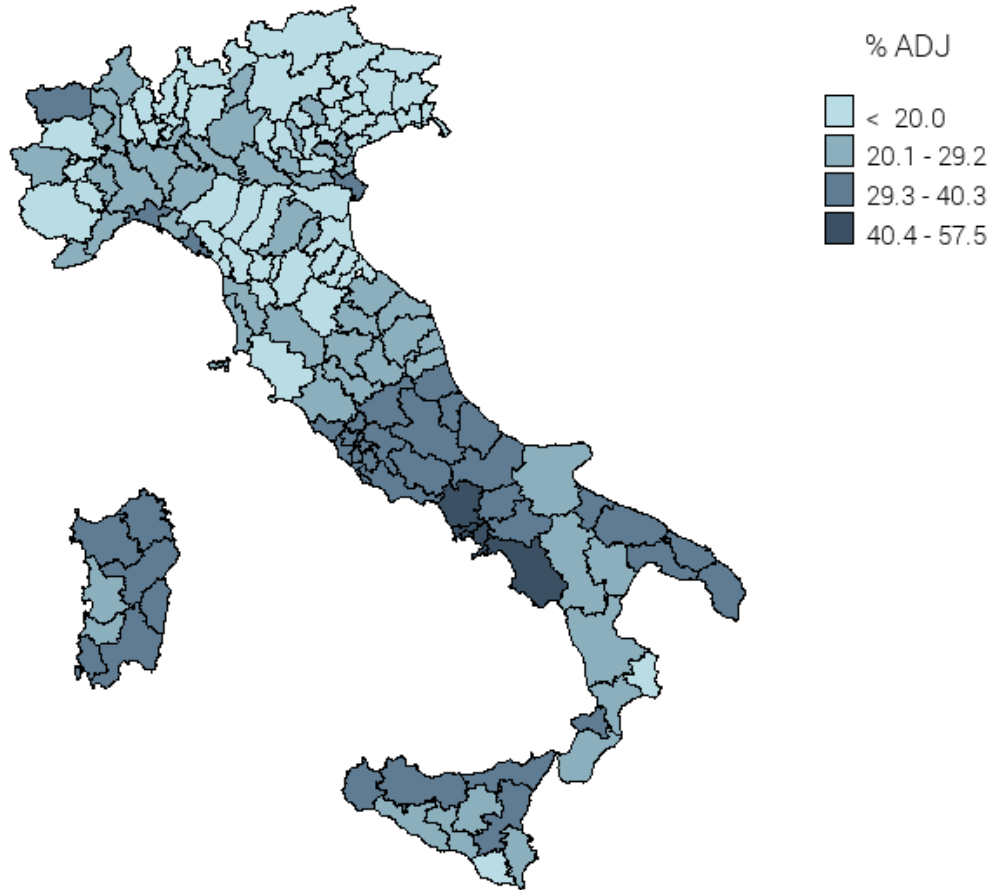


Nella figura i rettangoli, che rappresentano i valori assunti dal 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto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

Mentre nel 2008 tutte le regioni del sud avevano valori di media e mediana superiori ai valori nazionali, nel 2013, Basilicata, Calabria e Sicilia si avvicinano al valore medio nazionale, seppur con grande eterogeneità interna. Rimangono ancora molto evidenti le differenze tra le regioni del nord Italia con valori intorno al 20% e le regioni del sud con valori prossimi al 40% e che, nel caso della Campania, arrivano al 50%. La Liguria e la Valle d'Aosta sono le uniche regioni del nord ad avere valori superiori a quelli nazionali. Anche la distribuzione geografica per provincia/ASL mostra un'elevata eterogeneità intra e interregionale.



PROPORZIONE DI PARTI CESAREI PRIMARI - 2013



Possibili distorsioni dei risultati possono derivare da una non corretta codifica dei fattori di rischio che possono giustificare il ricorso al taglio cesareo. La differenza tra i tassi grezzi di cesarei primari e quelli aggiustati per fattori di rischio possono differire anche per più di 10 punti percentuali, con conseguente sottostima della proporzione di cesarei in caso di ipercodifica e sovrastima in caso di sottocodifica. Le strutture per le quali questa differenza è troppo alta vengono segnalate in una sezione specifica del sito (“strumenti per audit”) per le opportune attività di verifica sulla qualità dei dati.

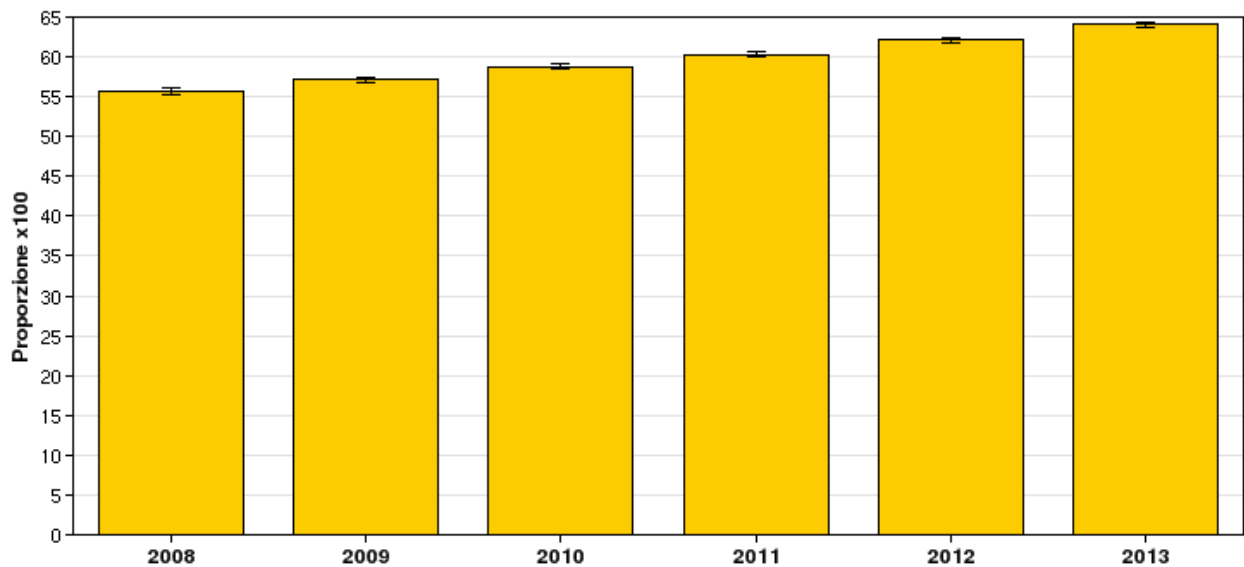


COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: PROPORZIONE DI RICOVERI CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI

Gli interventi di colecistectomia laparoscopica, rispetto agli interventi in laparotomia, oltre a diminuire il rischio di complicanze, riducono la durata della degenza, tanto che in alcune strutture vengono effettuati in day surgery. In ogni caso la degenza post operatoria dovrebbe essere inferiore ai 3 giorni.

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

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



La proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 55.6% del 2008 al 64.1% del 2013, con grandi differenze tra ed intra regioni.

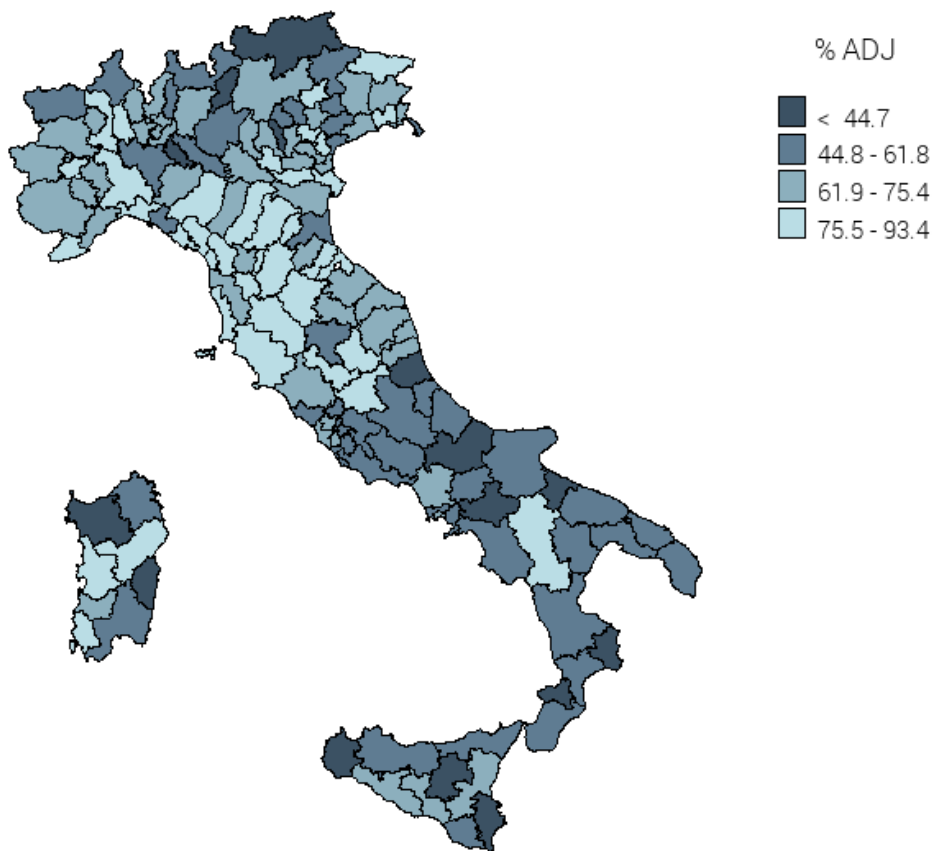
Nel 2013, le regioni che presentano proporzioni inferiori alla media nazionale sono quelle del sud Italia, ad eccezione della Basilicata, mentre le altre regioni hanno valori superiori o paragonabili alla media nazionale.

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



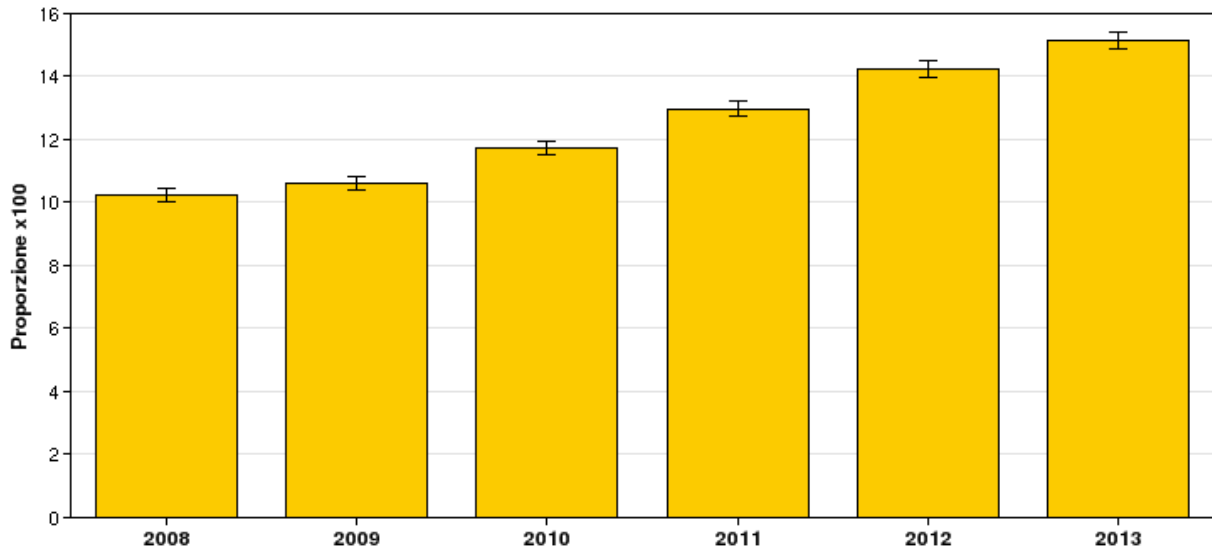


COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: PROPORZIONE DI RICOVERI CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI - 2013





COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: PROPORZIONE DI RICOVERI IN DAY SURGERY – ANDAMENTI TEMPORALI



La proporzione di colecistectomie laparoscopiche effettuate in day surgery, seppur in aumento, è molto bassa. L'unica regione italiana con proporzioni di ricoveri in day surgery elevate nella maggior parte delle strutture ospedaliere è la Toscana; nelle altre regioni i risultati sono estremamente eterogenei.

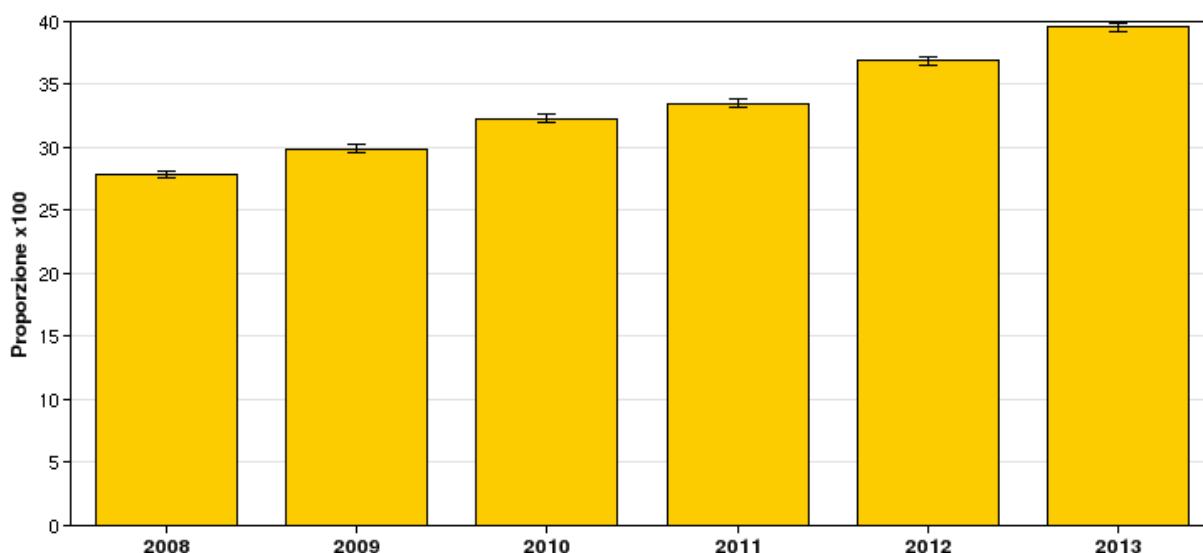


INFARTO MIOCARDICO ACUTO: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI

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

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

INFARTO MIOCARDICO ACUTO: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI – ANDAMENTI TEMPORALI

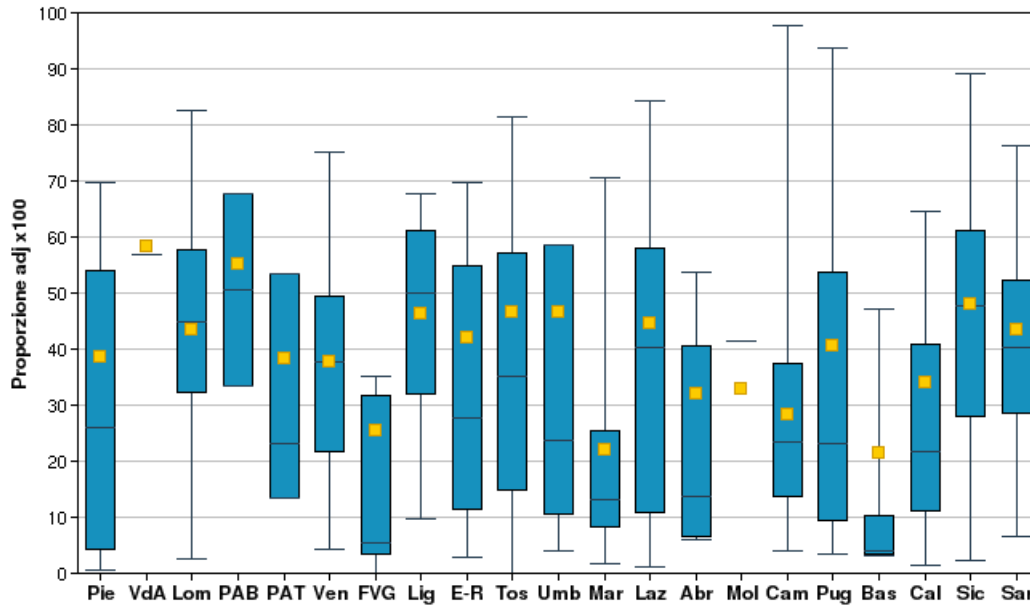


La proporzione di infarti trattati con PTCA entro 2 giorni è passata dal 27.9% del 2008 al 39.6% del 2013.

A fronte di un valore nazionale medio del 39.6%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dello 0.5% ad un massimo del 95%, come mostrato nella figura successiva.



INFARTO MIOCARDICO ACUTO: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI – 2013

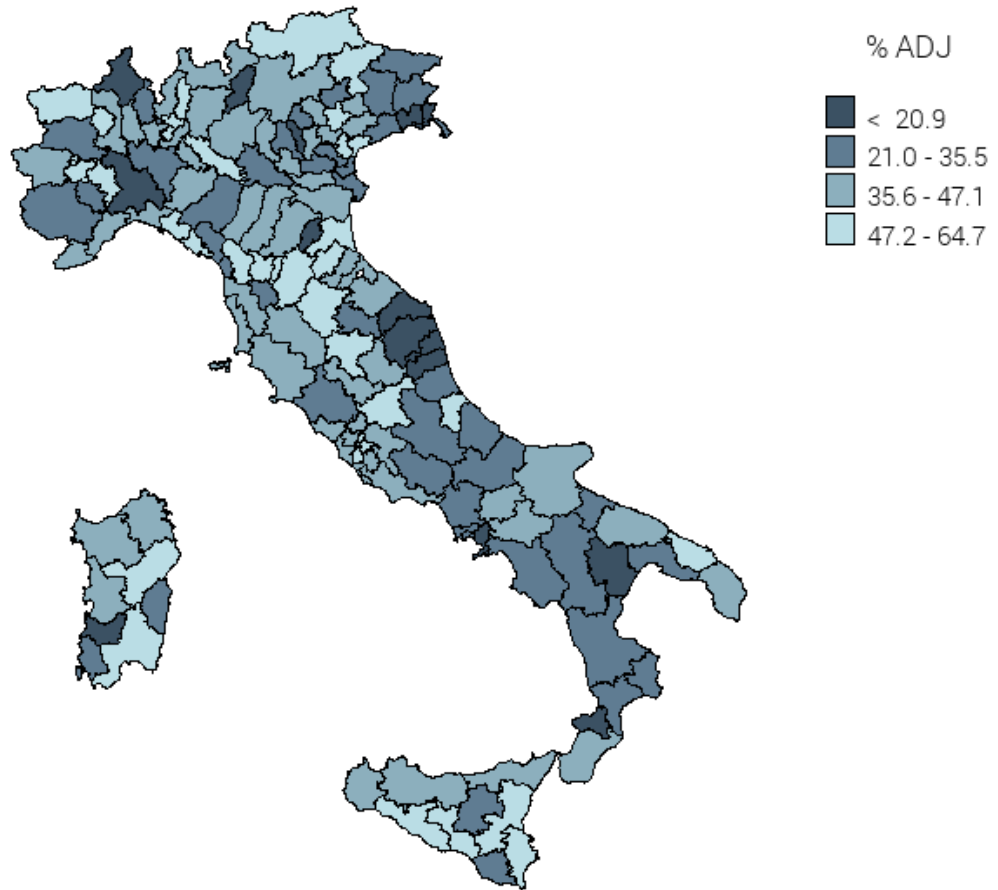


Nella figura i rettangoli, che rappresentano i valori assunti dal 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto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

La distribuzione per regione e per provincia/ASL mostra un'elevata eterogeneità intra e interregionale. **Possibili distorsioni dei risultati possono derivare da una non corretta identificazione degli IMA (es: angina instabile codificata come IMA) o classificazione STEMI, NSTEMI.**



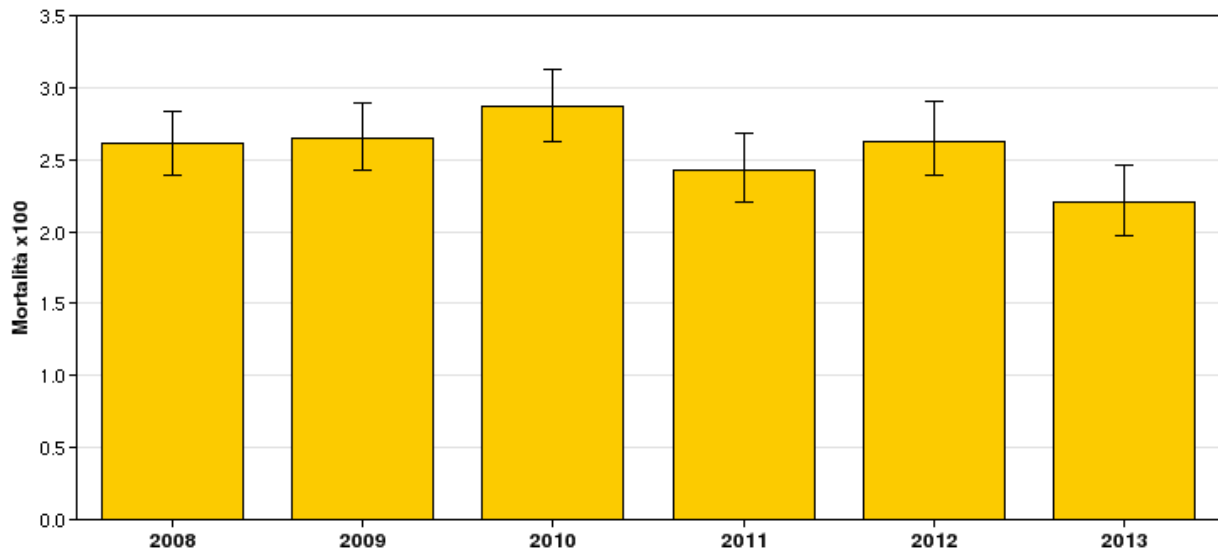
INFARTO MIOCARDICO ACUTO: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI -2013





BY-PASS AORTOCORONARICO: MORTALITÀ A 30 GIORNI

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



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

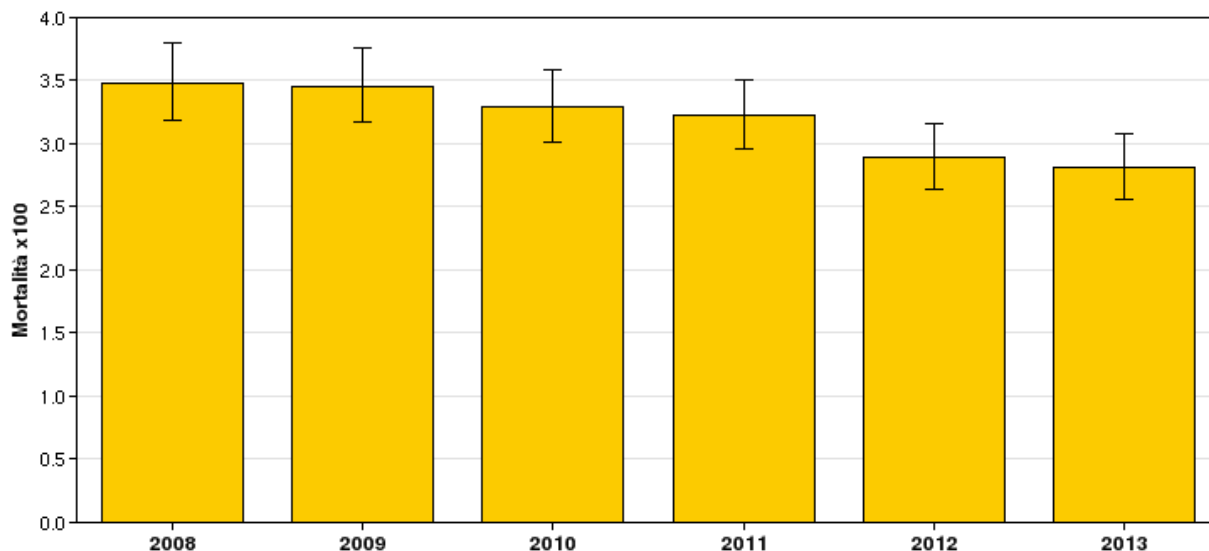
Data la bassa numerosità, i risultati sono stati calcolati per il biennio 2012-2013.

A fronte di un valore nazionale medio del 2.2%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dello 0% ad un massimo del 10.4%.

Il Regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 4% per struttura la mortalità massima a 30 giorni dopo intervento di bypass aortocoronarico isolato.



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



La mortalità a 30 giorni dopo valvuloplastica è passata dal 3.5% del 2008 al 2.8% del 2013, a fronte di un aumento dei volumi di attività.

Data la bassa numerosità, i risultati sono stati calcolati per il biennio 2012-2013.

A fronte di un valore nazionale medio del 2.8%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dello 0.6% ad un massimo dell'11.6%.

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

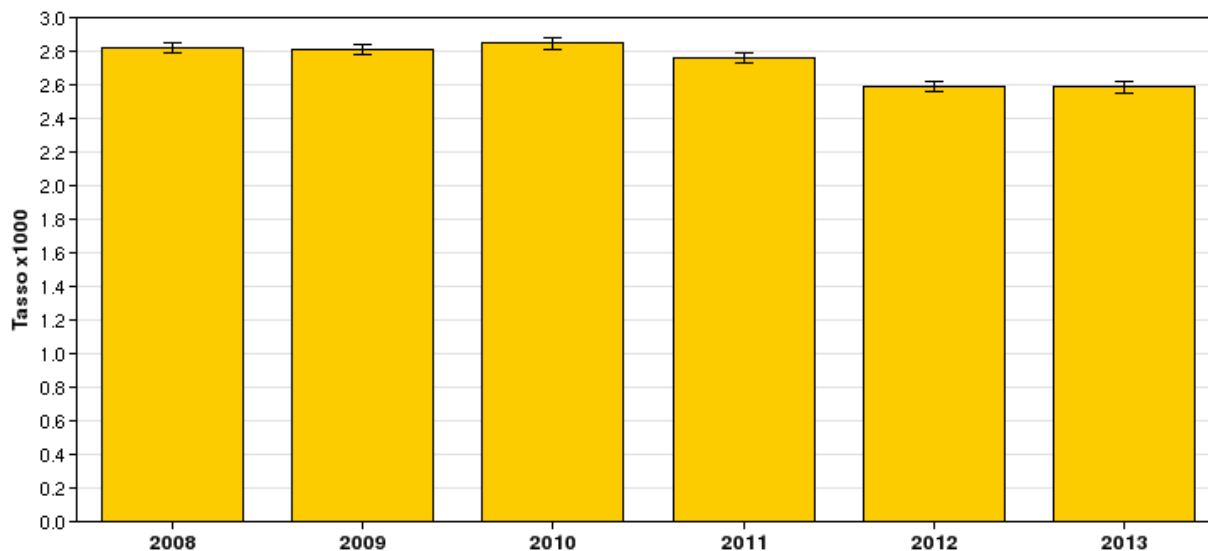
I risultati ottenuti potrebbero essere condizionati dall'indisponibilità a livello nazionale di un codice di procedura che permetta la distinzione tra AVR (sostituzione chirurgica di valvola aortica) e TAVI (impianto transcateretere di valvola aortica).



INDICATORI DI OSPEDALIZZAZIONE

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

OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA – ANDAMENTI TEMPORALI

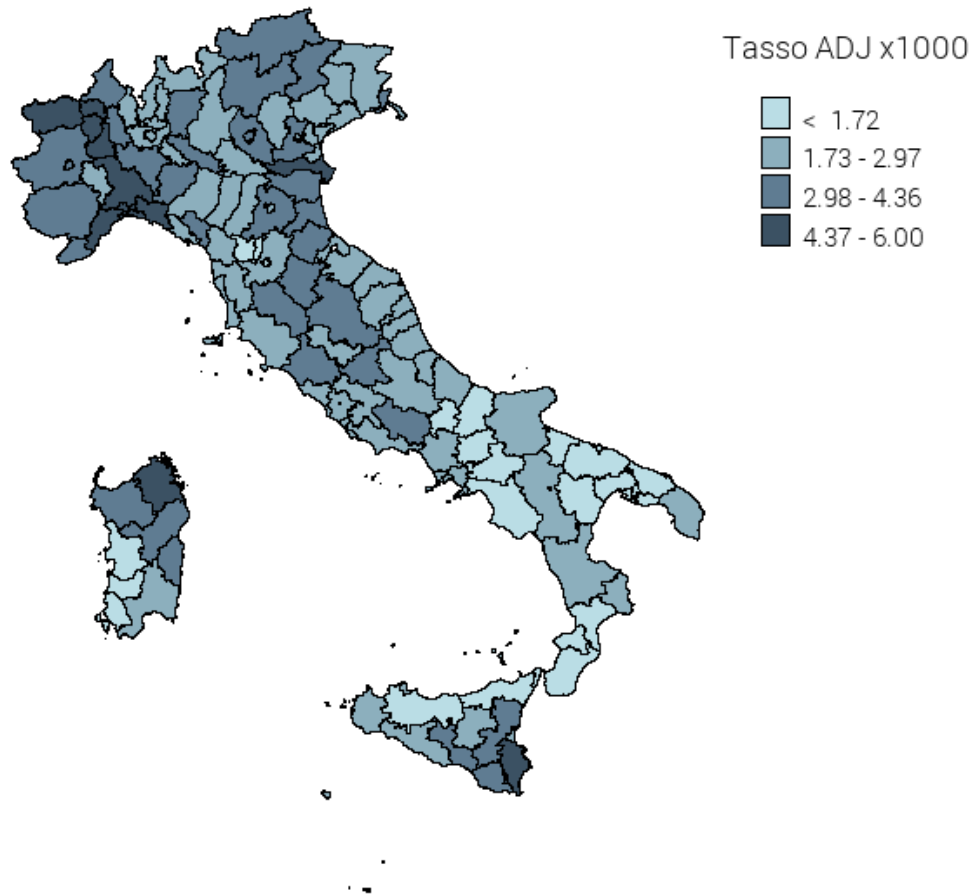


Il tasso di ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia è rimasto sostanzialmente invariato nel corso del tempo.

A fronte di un valore nazionale medio del 2.6‰ nel 2013, si osserva un'elevata variabilità intra e interregionale.

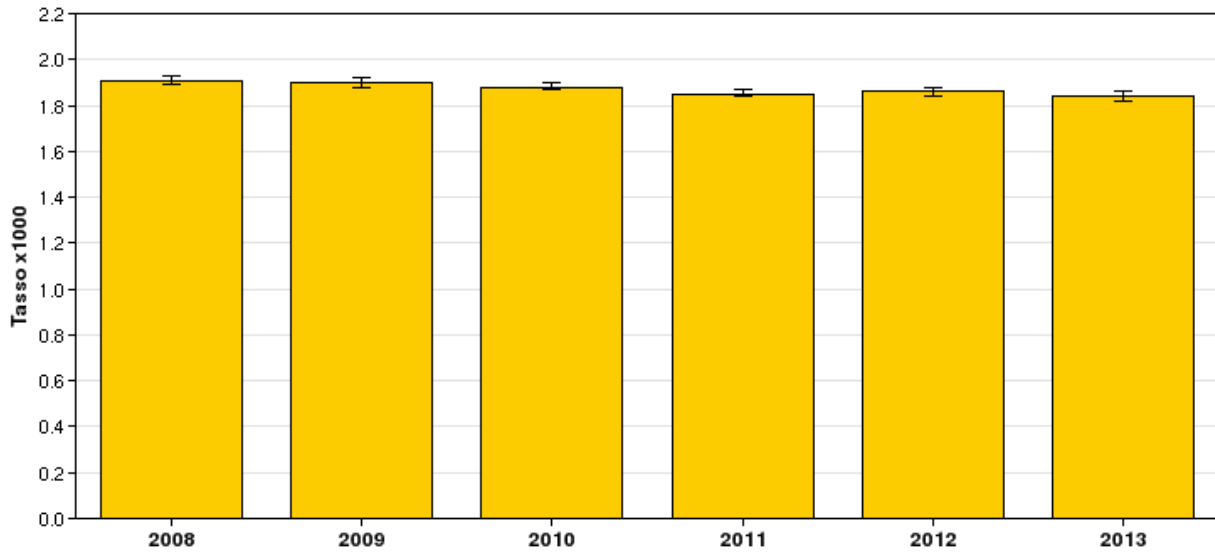


OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA - 2013



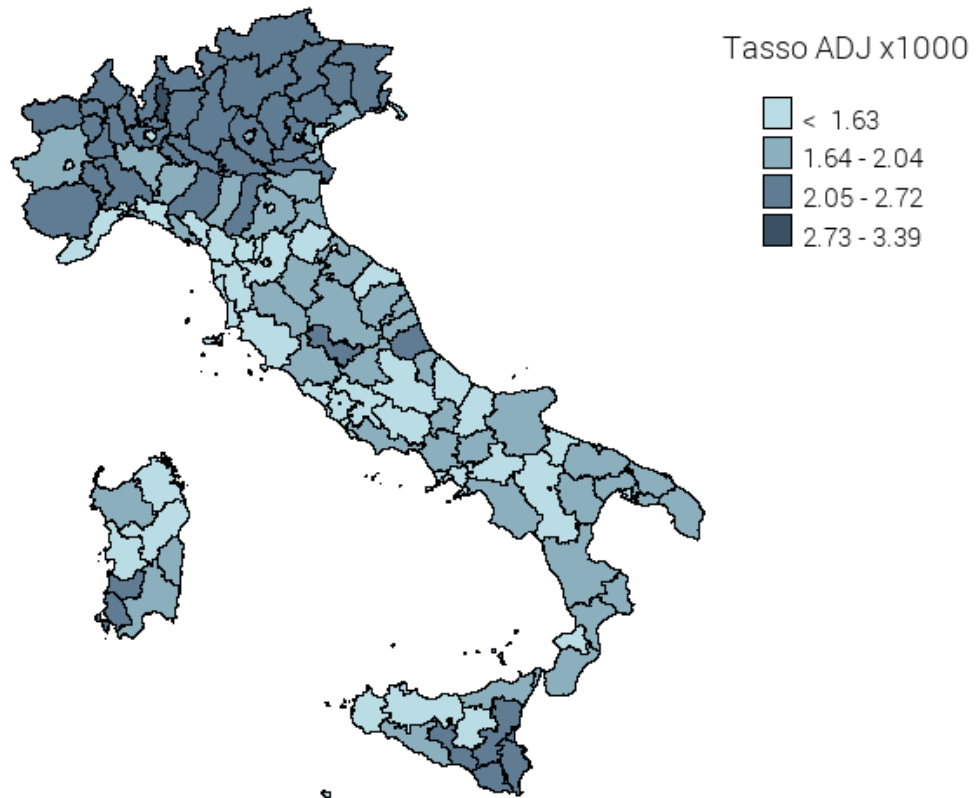


OSPEDALIZZAZIONE PROGRAMMATA PER INTERVENTO DI ISTERECTOMIA – ANDAMENTI TEMPORALI



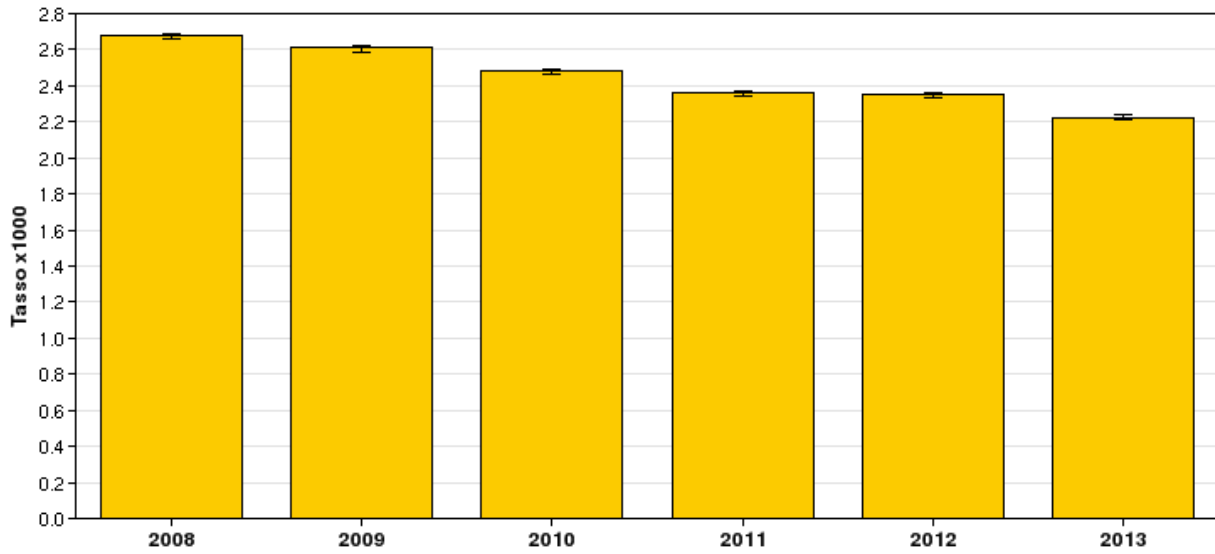
Il tasso di ospedalizzazione per intervento di isterectomia è rimasto sostanzialmente invariato nel corso del tempo. A fronte di un valore nazionale medio del 1.8‰ nel 2013, si osserva una discreta variabilità intra e interregionale.

OSPEDALIZZAZIONE PROGRAMMATA PER INTERVENTO DI ISTERECTOMIA - 2013



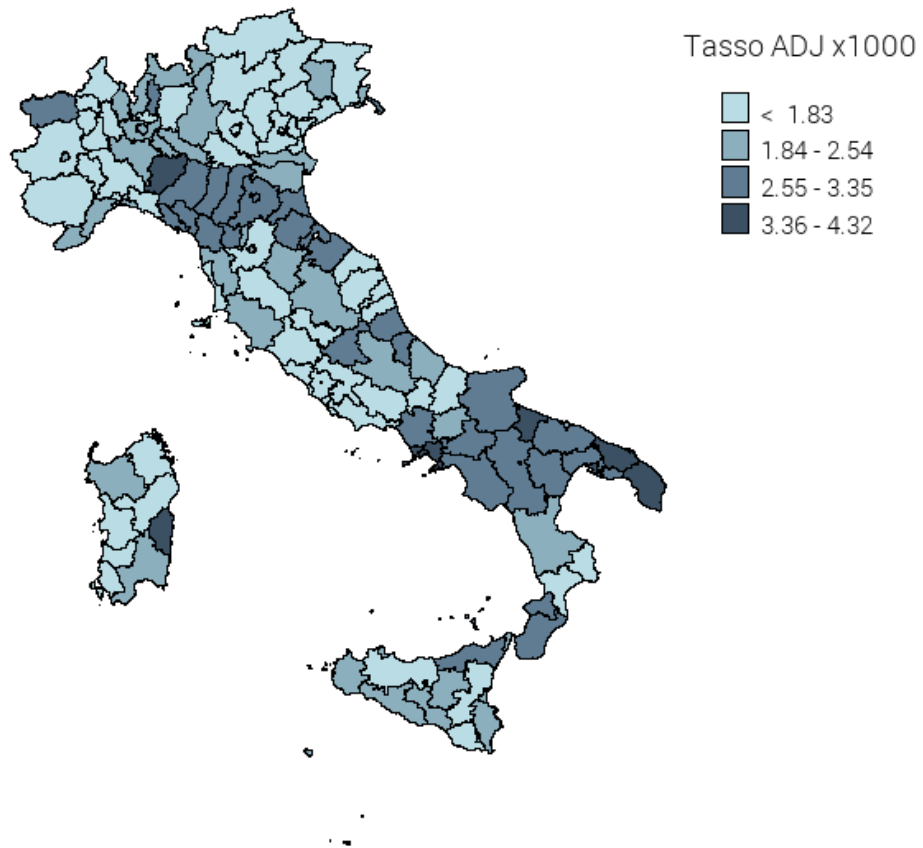


OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA – ANDAMENTI TEMPORALI



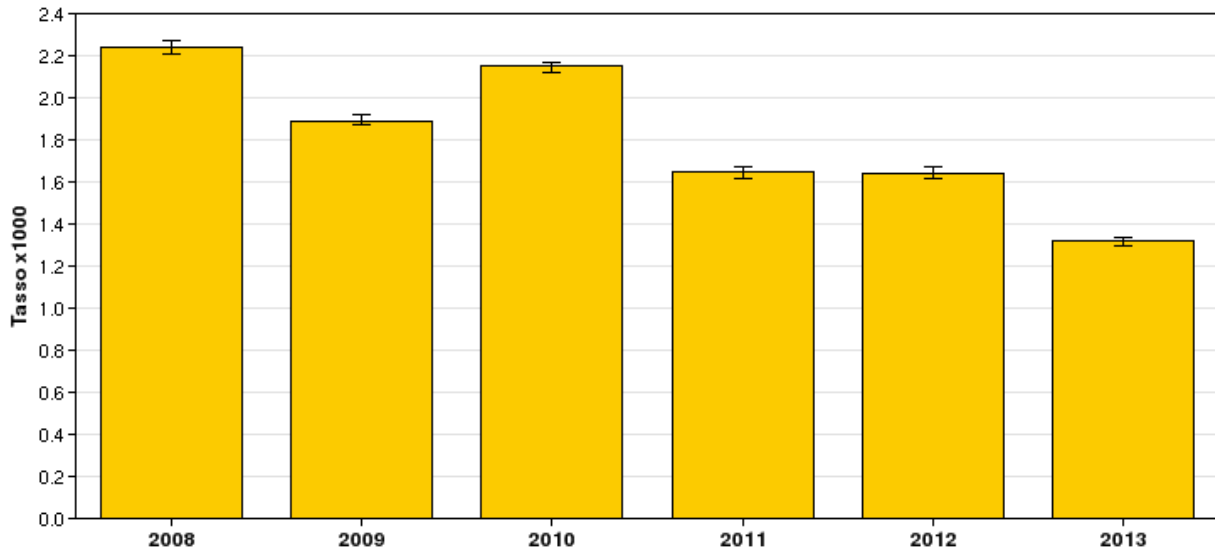
Il tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva si è ridotto dal 2.7% nel 2008 al 2.2% nel 2013. A fronte di un valore nazionale medio del 2.2% nel 2013, si osserva una discreta variabilità intra e interregionale.

OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - 2013



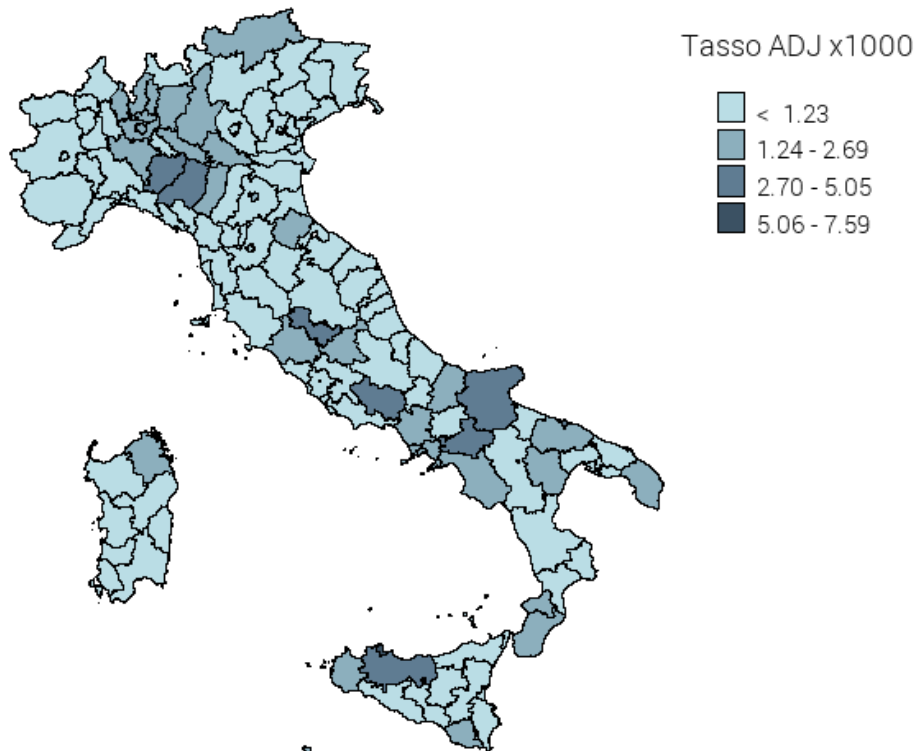


OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE PEDIATRICA – ANDAMENTI TEMPORALI



Il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica si è ridotto dal 2.2% nel 2008 al 1.3% nel 2013. A fronte di un valore nazionale medio del 1.3% nel 2013, si osserva un'elevata variabilità intra e interregionale.

OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE PEDIATRICA - 2013





VOLUMI DI ATTIVITÀ ED ESITO DELLE CURE

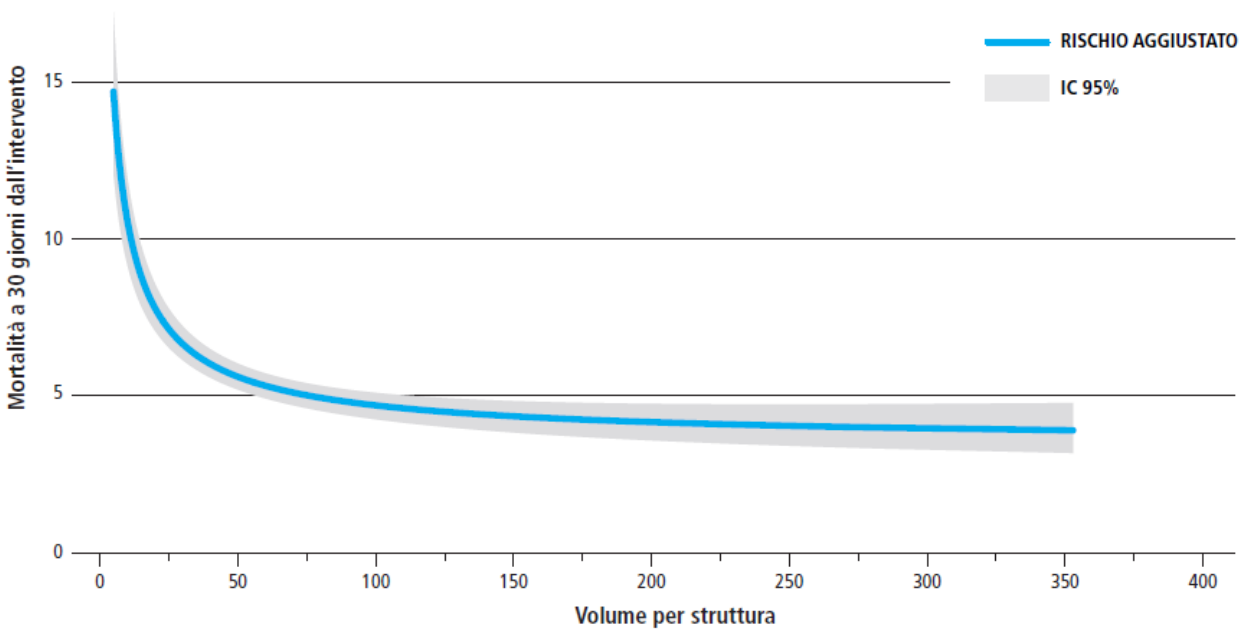
Il volume di attività rappresenta una delle caratteristiche misurabili di processo che possono avere un rilevante impatto sull'efficacia degli interventi e sull'esito delle cure. Sono riportati i volumi di attività delle condizioni cliniche per le quali l'associazione tra volume di attività ed esito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



INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON: VOLUME DI RICOVERI

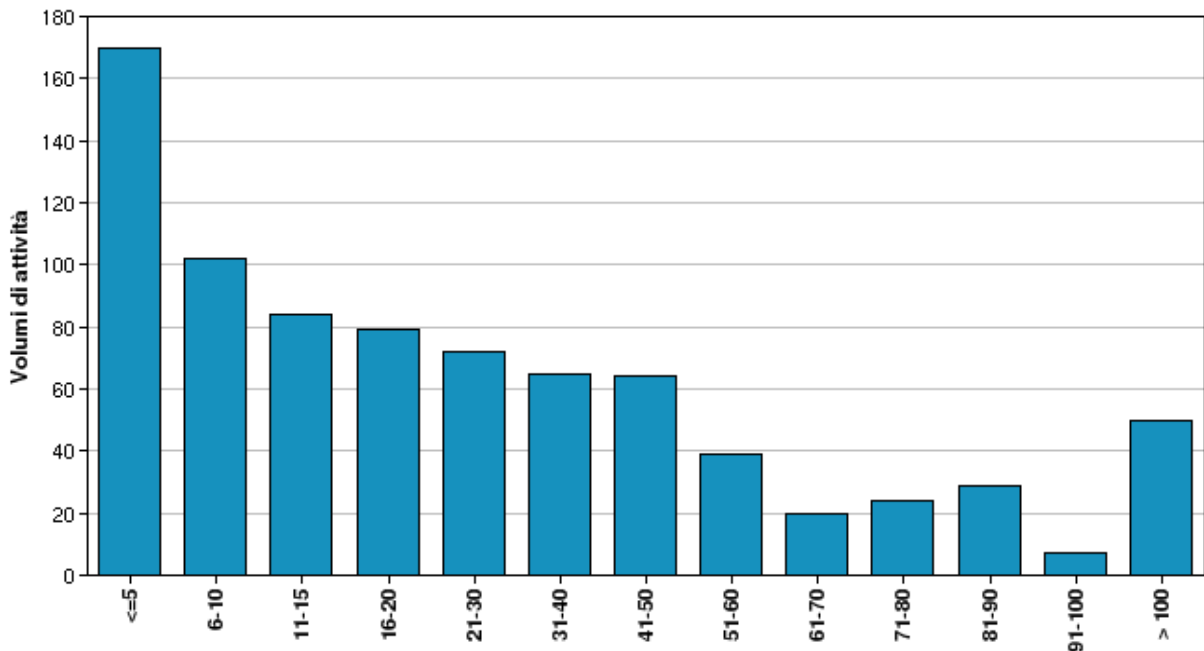
CHIRURGIA DEL CANCRO AL COLON.

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



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

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON: VOLUME DI RICOVERI - 2013



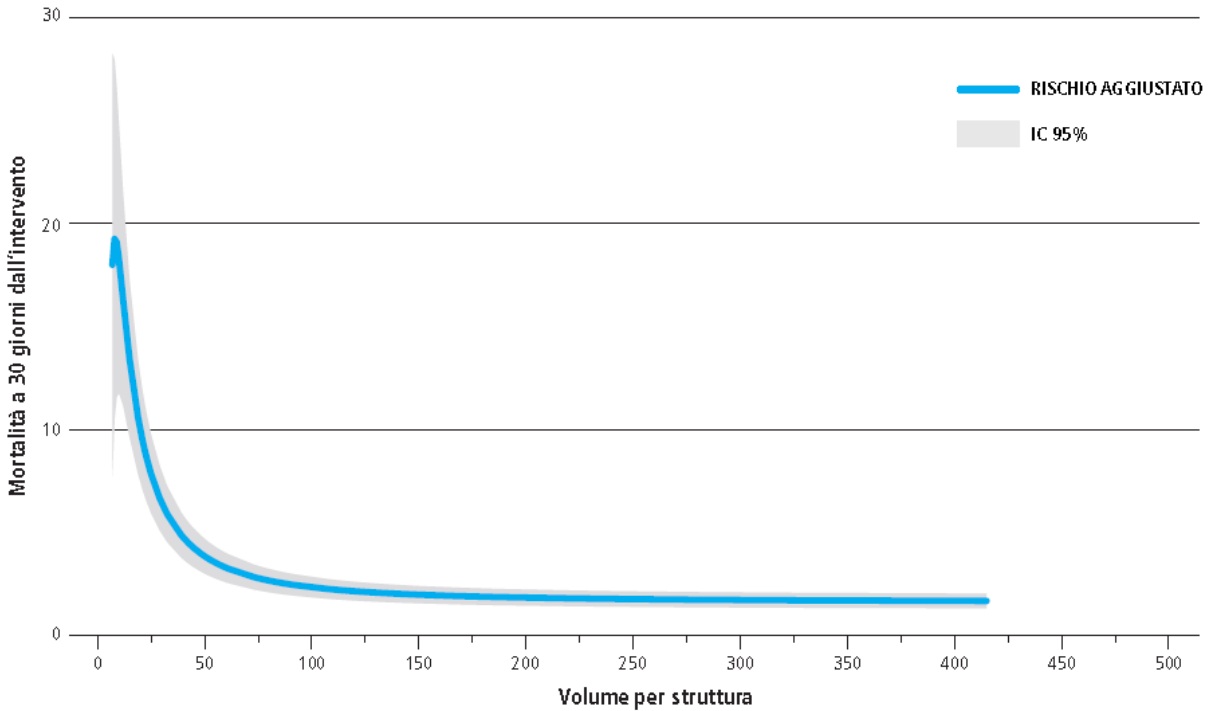
Nel 2013, in Italia, 805 strutture ospedaliere eseguono interventi chirurgici per TM del colon; tra queste, 106 strutture (13.2%) presentano un volume di attività superiore a 50 interventi annui.



INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI

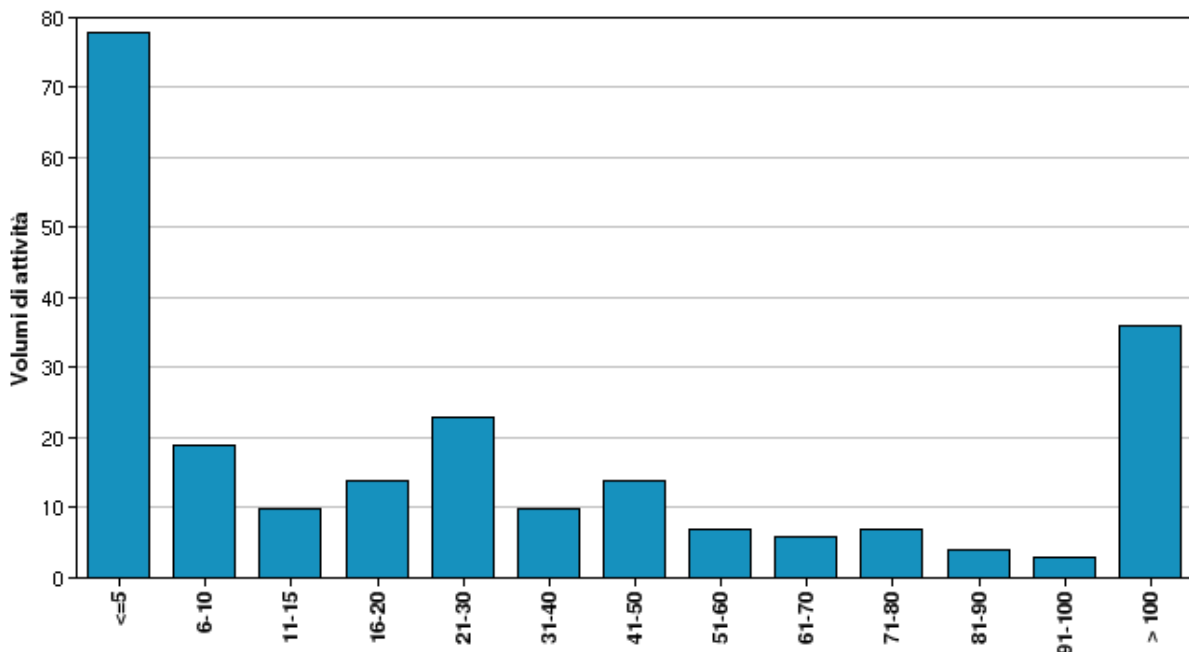
CHIRURGIA DEL CANCRO AL POLMONE.

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



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

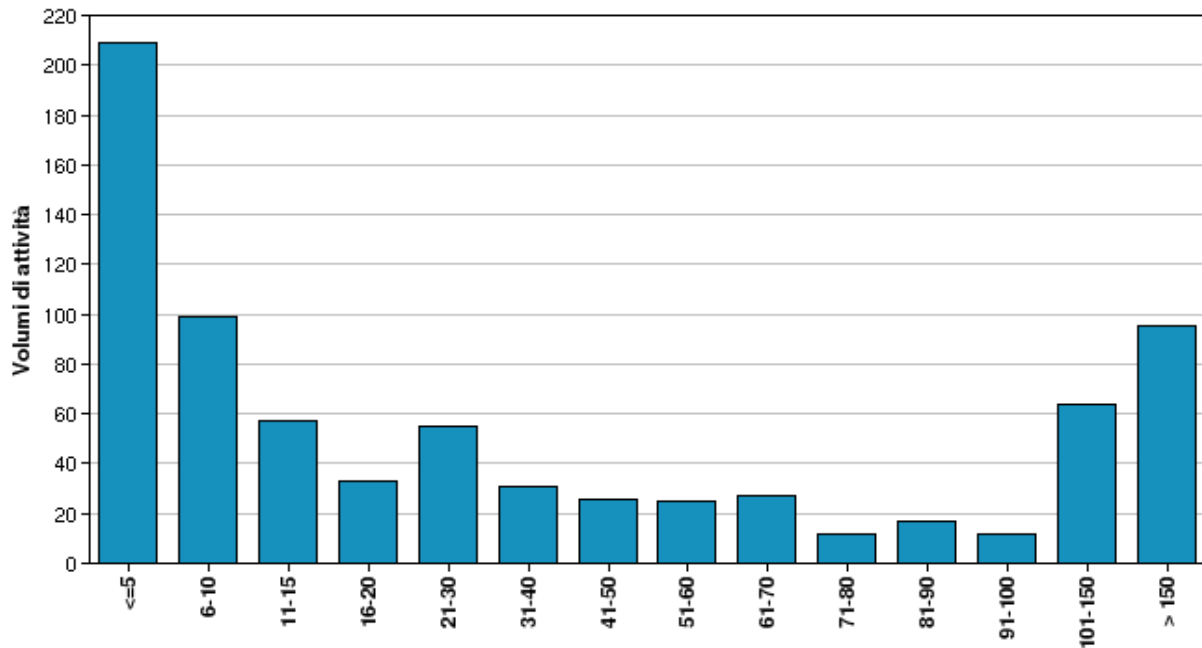
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI - 2013



Nel 2013, in Italia, 231 strutture ospedaliere eseguono interventi chirurgici per TM del polmone; tra queste, 36 strutture (16%) presentano un volume di attività superiore a 100 interventi annui.



INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: VOLUME DI RICOVERI



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

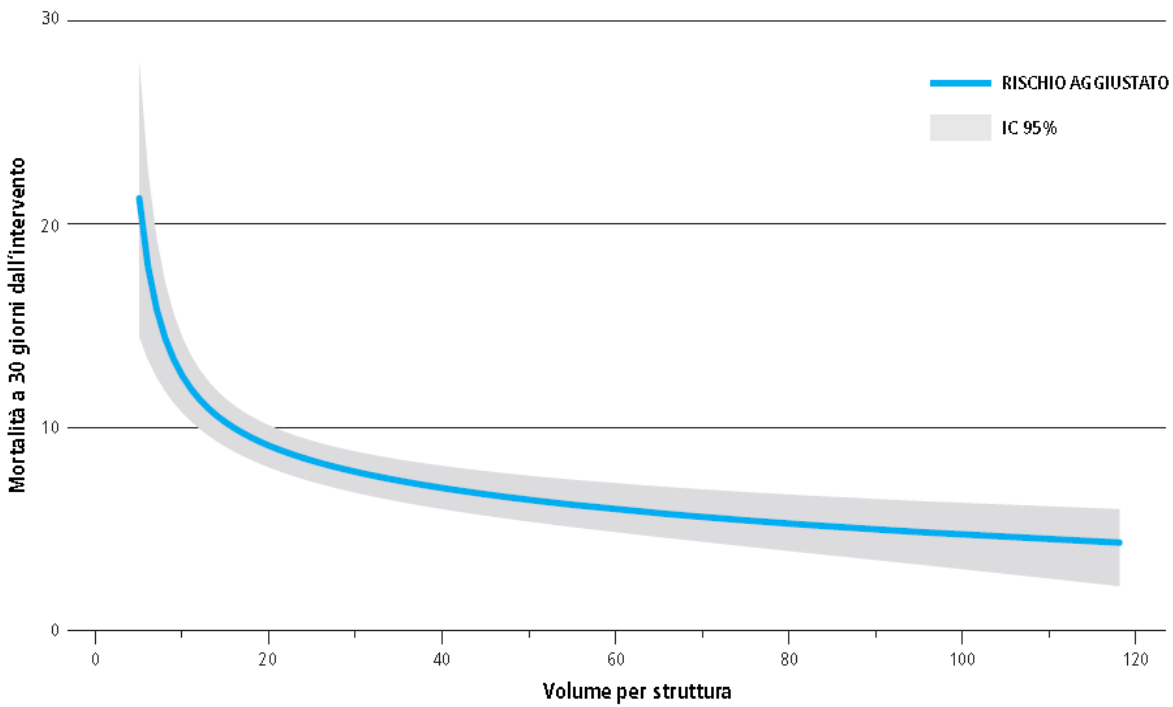
Nel 2013, in Italia, 761 strutture ospedaliere eseguono interventi chirurgici per TM della mammella; tra queste, 98 strutture (13%) presentano un volume di attività superiore a 150 interventi annui.



INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI

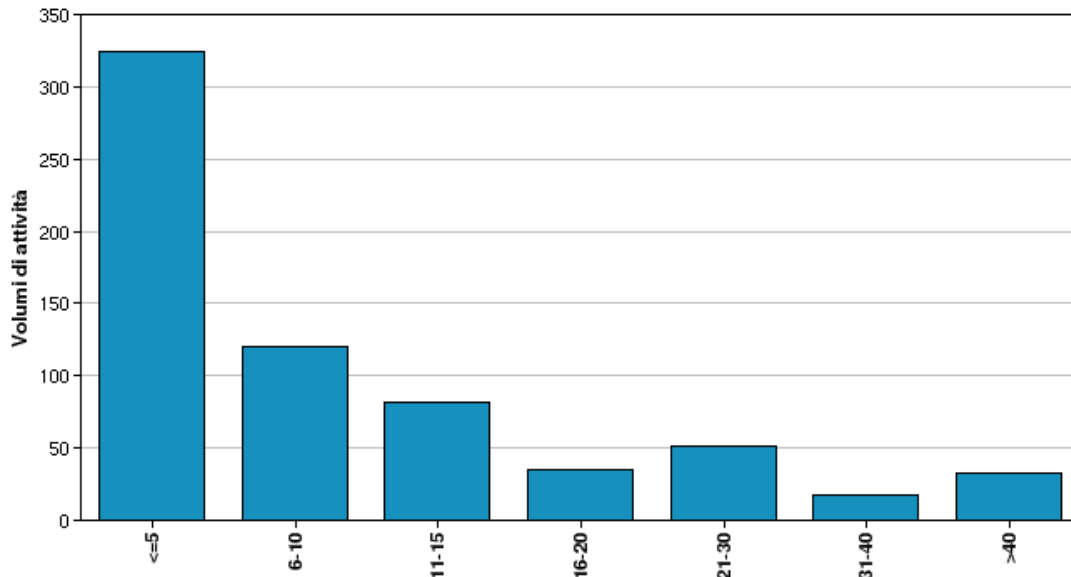
CHIRURGIA DEL CANCRO ALLO STOMACO.

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



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

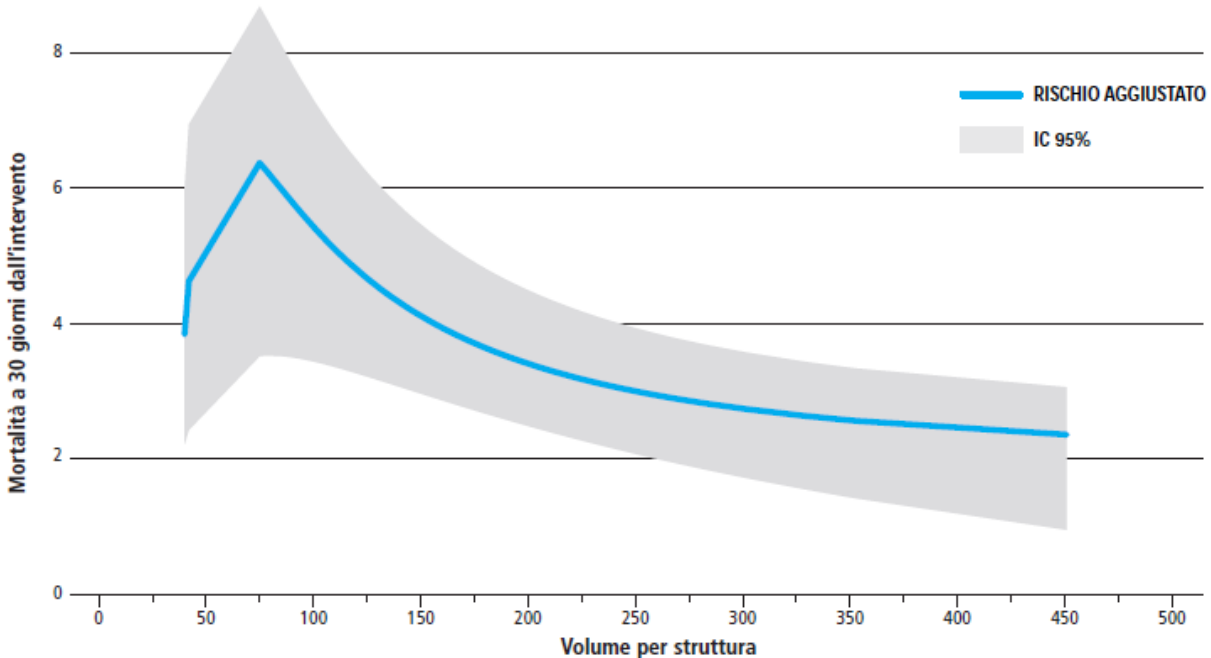
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI - 2013



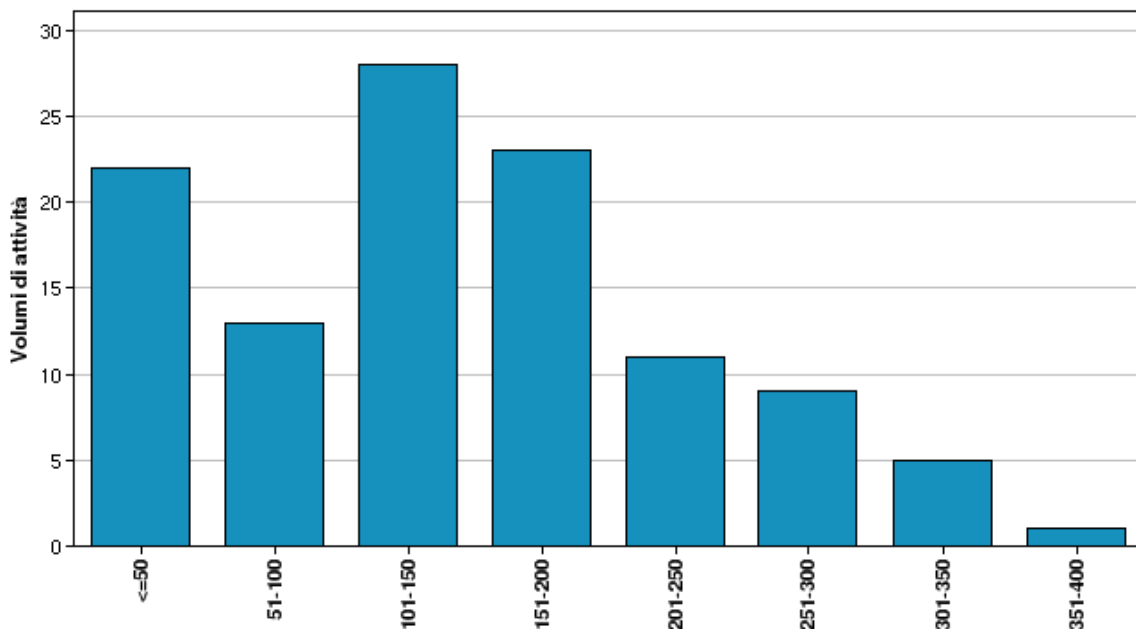
Nel 2013 in Italia 662 strutture ospedaliere eseguono interventi chirurgici per TM dello stomaco; tra queste, 108 strutture (16%) presentano un volume di attività superiore a 20 interventi annui.

BYPASS AORTOCORONARICO: VOLUME DI RICOVERI**BYPASS AORTO-CORONARICO.**

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



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento risulta elevata e non significativamente eterogenea tra le strutture con volumi inferiori a circa 100 interventi/anno, e si riduce decisamente all'aumentare dei volumi di attività, mantenendo la tendenza alla riduzione anche oltre i 250 interventi/anno.

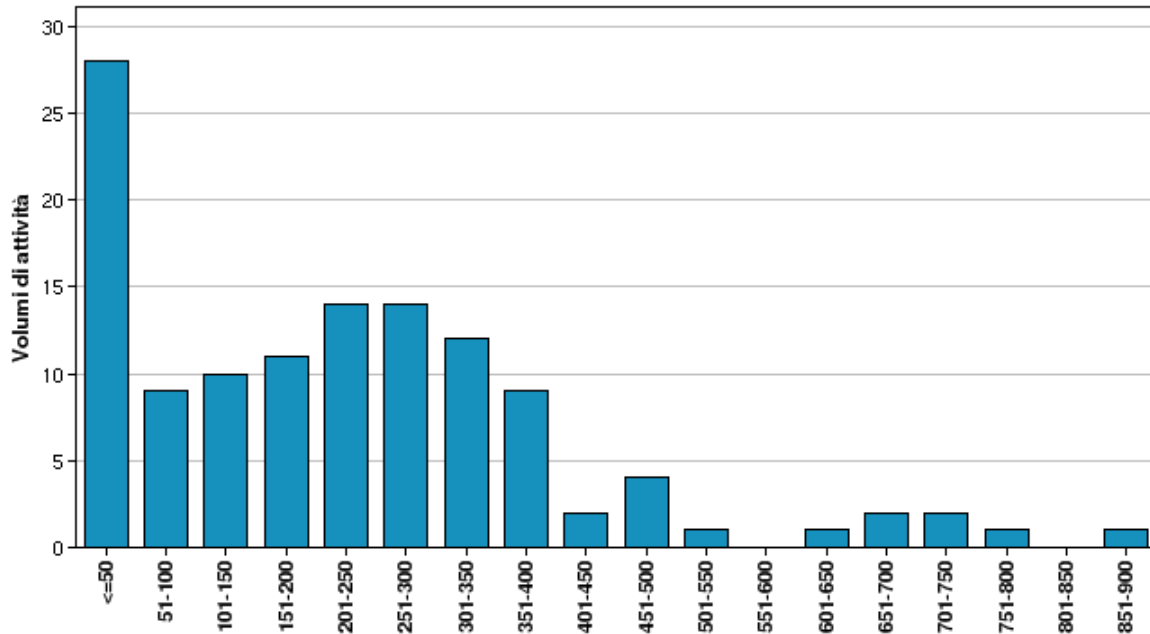
BYPASS AORTOCORONARICO: VOLUME DI RICOVERI - 2013

Nel 2013, in Italia, 112 strutture ospedaliere eseguono interventi di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache; tra queste, 26 strutture (23%) presentano un volume di attività superiore a 200 interventi annui.



Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa a 200 il numero minimo di interventi chirurgici di bypass aortocoronarico per struttura.

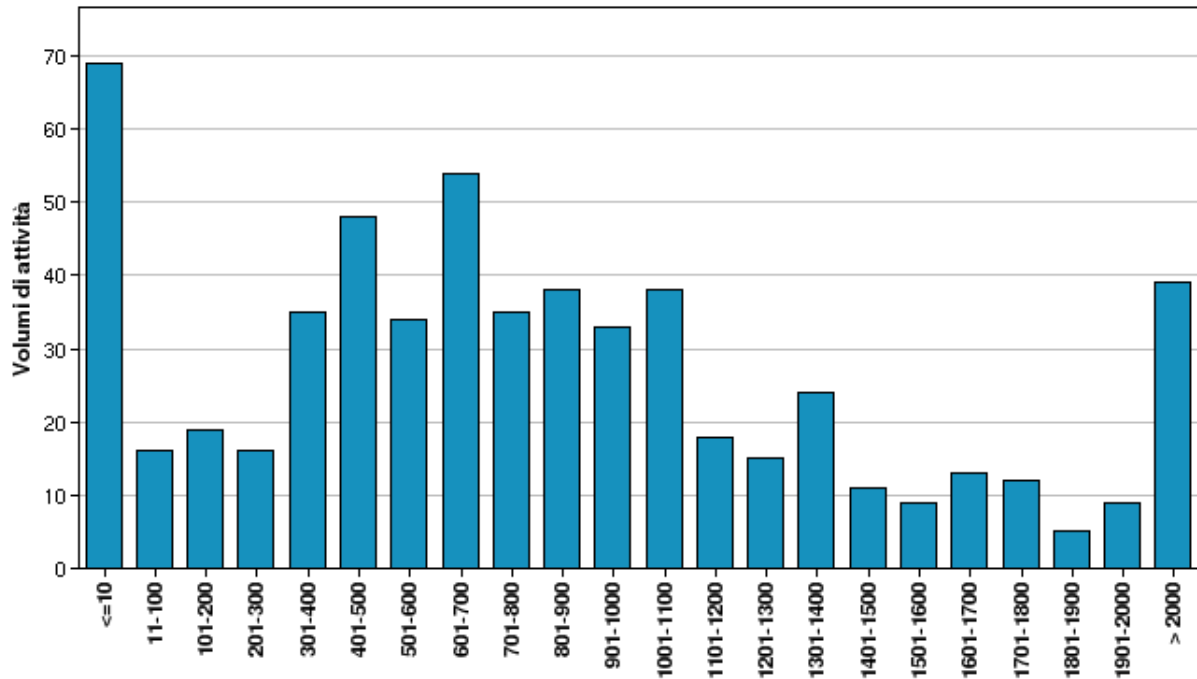
VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE: VOLUME DI RICOVERI - 2013



Nel 2013, in Italia, 121 strutture ospedaliere eseguono interventi di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache; tra queste, 93 strutture (77%) presentano un volume di attività superiore a 50 interventi annui. I volumi di valvuloplastica sono aumentati negli anni. **Le informazioni contenute nelle SDO non consentono di individuare a livello nazionale un codice di procedura che permetta la distinzione tra intervento di sostituzione chirurgica della valvola aortica (AVR) e la sostituzione valvolare aortica transcateretere (TAVI).**



PARTI: VOLUME DI RICOVERI - 2013



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

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

Nel 2013 in Italia le strutture ospedaliere con meno di 500 parti/anno sono 133 (26% delle strutture con più di 10 parti/anno).