CORSO DI RIVALIDAZIONE MANAGERIALE
PER I DIRIGENTI DELLE AZIENDE SANITARIE

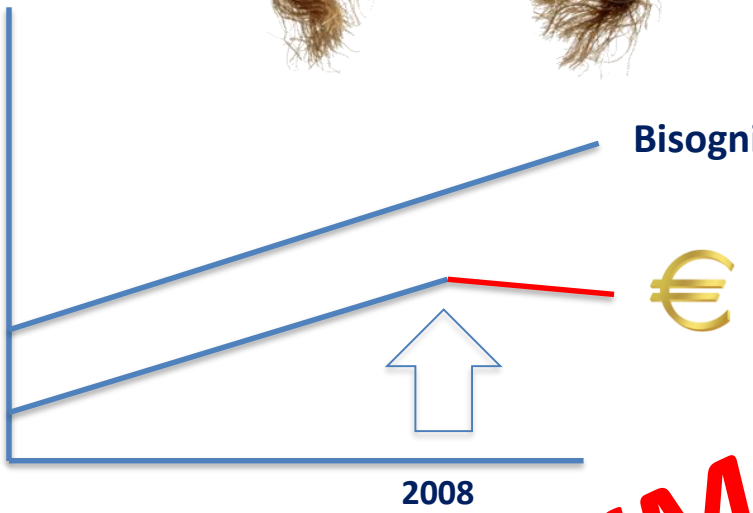
Valutazione degli esiti in termini di appropriatezza e sicurezza delle cure in sanità Il Programma Nazionale Esiti (PNE) dell'AGENAS: metodologia ed esempi

Carlo Signorelli, Anna Odone
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano
Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva
Direzione Sanitaria IRCCS Ospedale San Raffaele

Milano, 6 giugno 2019

Programma della giornata

- Parte 1: La sostenibilità del SSN e i fattori di contesto
- Parte 2: Qualità e sicurezza delle cure. Misurazioni delle performance
- Parte 3: Metodologia del Programma Nazionale Esiti (PNE)
- Parte 4: Esercitazione sul PNE



PNE, ULTIMA SPIAGGIA per la sostenibilità del SSN ?

SUL SITO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Online il «Tripadvisor» della sanità

Informazioni sugli Irccs in base alla regione e alla patologia da curare, con possibilità di dare i voti

CA A CAMPIONE SU OSPEDALI PUBBLICI E CONVENZIONATI

"Tripadvisor" della sanità uove i reparti savonesi

edia di Pietra Ligure guida le cinque strutture "stellate"

IL RETROSCENA

MARIO DE FAZIO

SAVONA. Cinque reparti da cinque stelle. O quasi, a giudicare dal gradimento degli utenti. La sanità ligure e savonese è finita sotto esame di un'applicazione studiata per far "dare i voti" alle strutture complesse della regione da parte dell'unica categoria

che si occupa di traumi, artroscopie e fratture del piede, separato dalla pur rinomata chirurgia protesica che a ponente può vantare su una lunga tradizione. Un reparto capace di effettuare circa 1.800 interventi l'anno (1.300 sui traumi più diversi e circa 500 sulle altre due specializzazioni). Il punteggio ottenuto è di 72 centesimi, il migliore a Savona e tra i primi quindici reparti in Liguria. «Mi fa molto piacere

Photographer: Wolfgang Kaehler/LightRocket via Getty Image

Benchmark

Italy's Struggling Economy Has World's Healthiest People

By Wei Lu and Vincent Del Giudice
20 marzo 2017, 05:01 CET

When it comes to living a long life, Italy is the place to be.The high-heeled boot surrounded by five seas is ranked the healthiest country on Earth in the *Bloomberg Global*

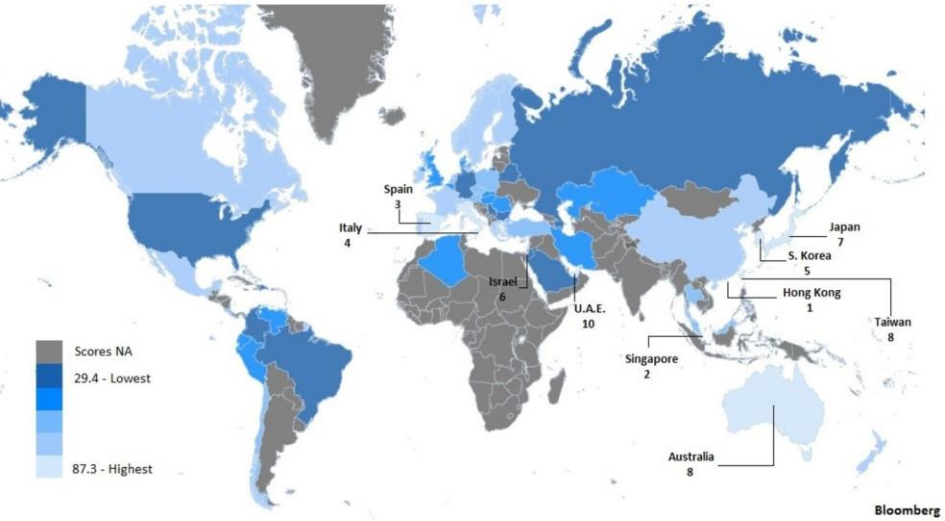
LIVE ON BLOOMBERG
Watch Live TV
Listen to Live Radio
Bloomberg Television

Business

These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care

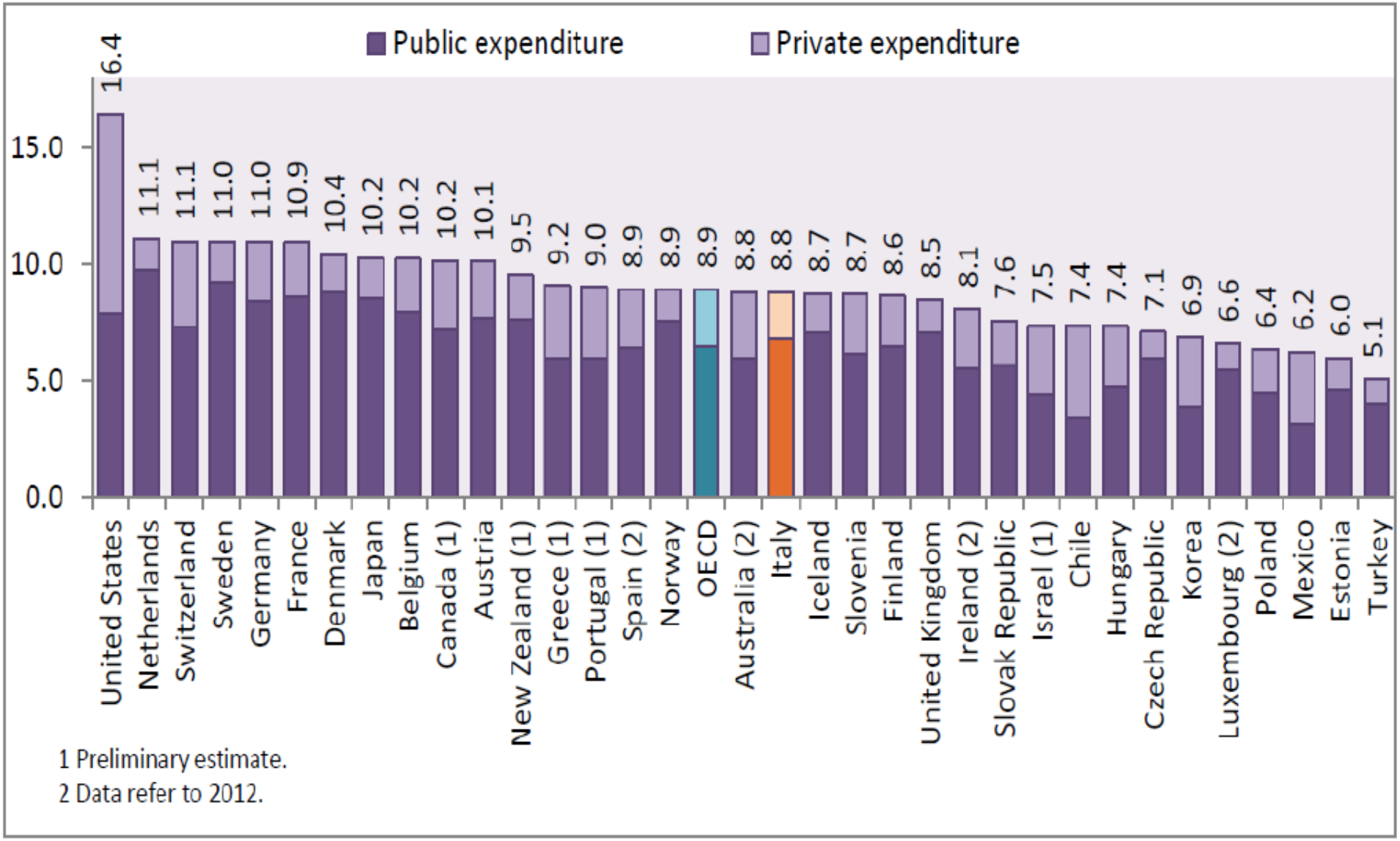
By Lee J Miller and Wei Lu

Health Care Efficiency Scores in 56 Economies



Bloomberg Health Care Efficiency

Rank	Rank 1Y Ago	Chg	Economy	Efficiency Score	Life Expectancy	Relative Cost %	Absolute Cost $
1	1	-	Hong Kong	87.3	84.3	5.7	2,222
2	2	-	Singapore	85.6	82.7	4.3	2,280
3	3	-	Spain	69.3	82.8	9.2	2,354
4	6	2	Italy	67.6	82.5	9.0	2,700
5	4	-1	S. Korea	67.4	82.0	7.4	2,013
6	7	1	Israel	67.0	82.0	7.4	2,756
7	5	-2	Japan	64.3	83.8	10.9	3,733
8	10	2	Australia	62.0	82.4	9.4	4,934



Source: OECD Health Statistics 2015

Ministero della Salute

World Health Organization

Giornata mondiale della Salute 2019

World Health Day
#Healthforall

Servizio sanitario nazionale

Princìpi fondamentali

- **Universalità**
  Le prestazioni sanitarie sono estese a tutta la popolazione

- **Uguaglianza**
  I cittadini devono poter accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche

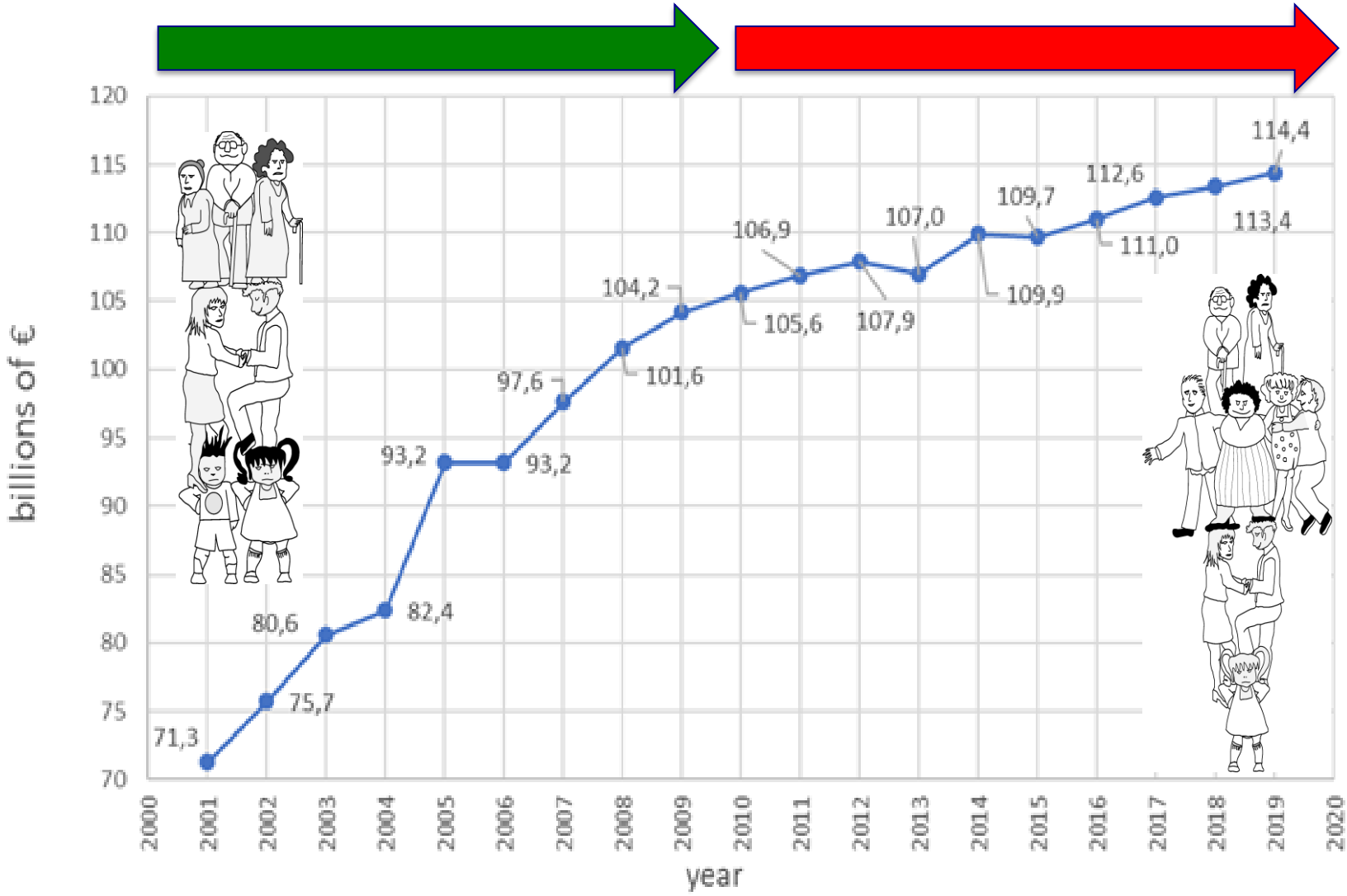
- **Equità**
  A tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute

Il nostro SSN

- Principi guida del SSN: UNIVERSALITA', EQUITA' e SOLIDARIETA' coerenti con UHC (OMS)
- Uno dei Sistemi più studiati (e più apprezzati)
- Sanità Italiana ai primi posti per PERFORMANCE (qualità dell'assistenza in relazione alla spesa)
- Indicatori sanitari tra i migliori del mondo
- Abbiamo affrontato al meglio il periodo di crisi economica

I problemi del SSN

- …
- …
- …


billions of €
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
70
71,3
75,7
80,6
82,4
93,2
93,2
97,6
101,6
104,2
105,6
106,9
107,9
107,0
109,9
109,7
111,0
112,6
113,4
114,4
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
year

Finanziamento e spesa sanitaria

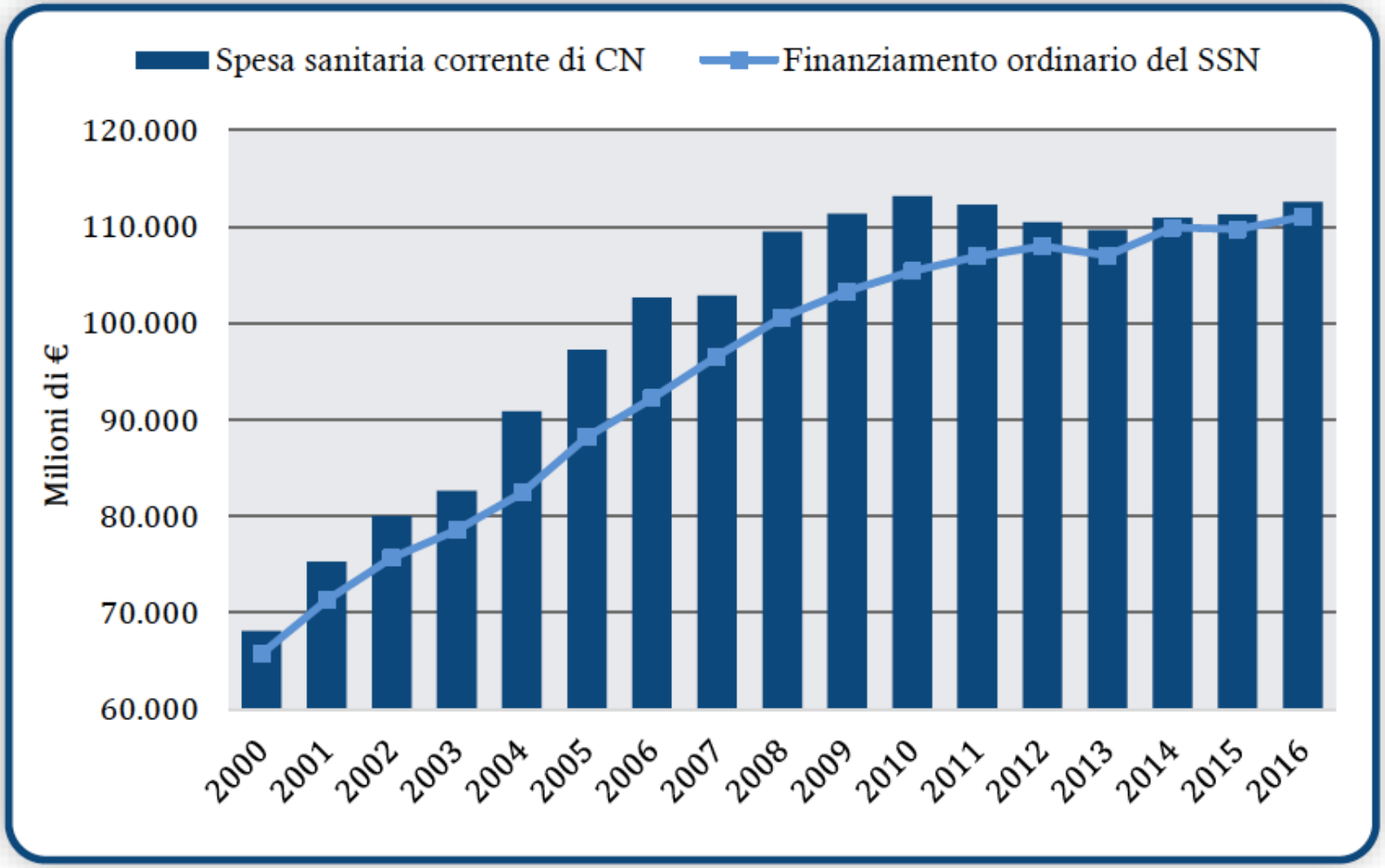
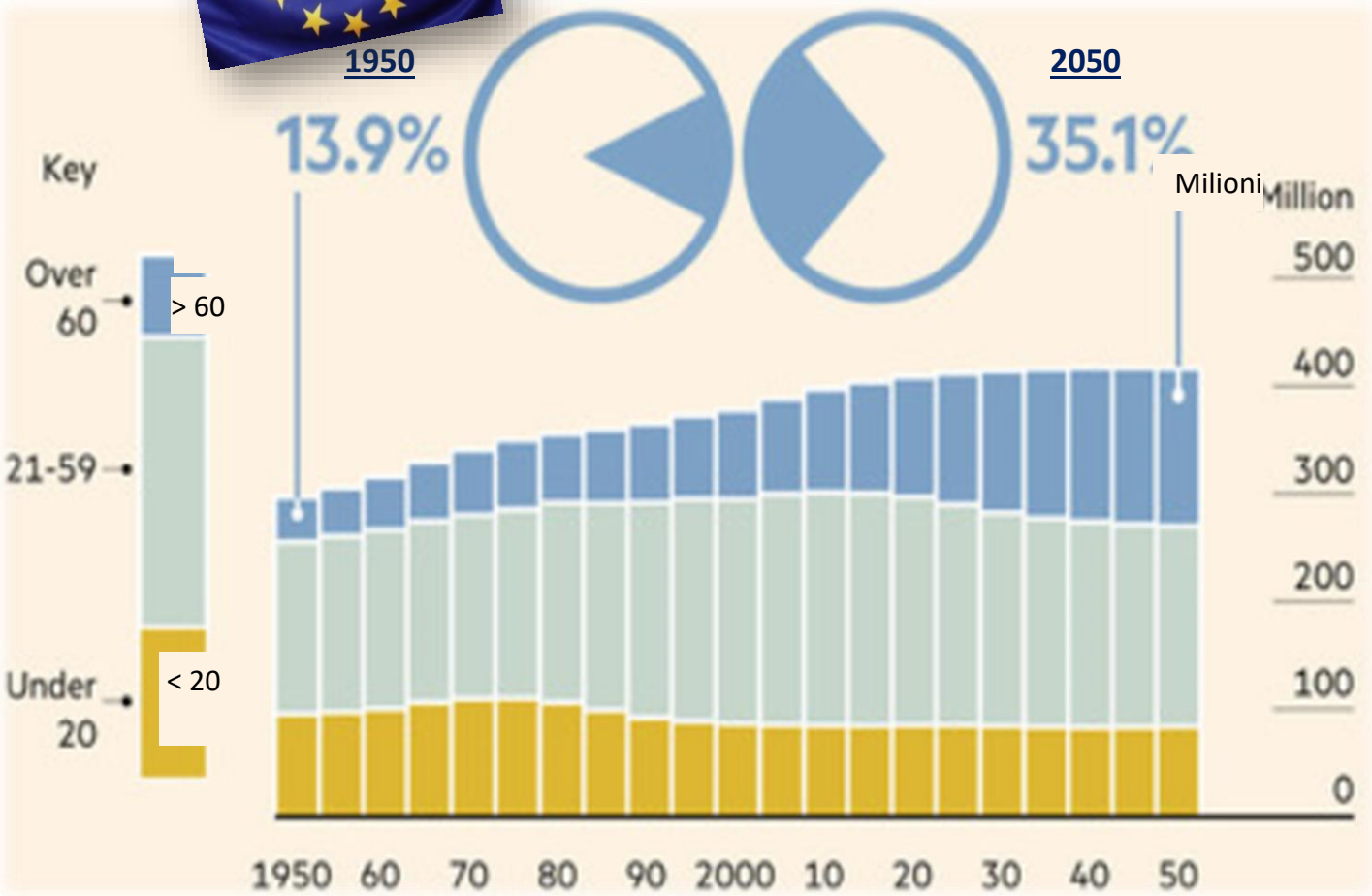


Figura 2.5. Trend spesa sanitaria corrente vs finanziamento ordinario del SSN 2000-2016 (dati da[16])

Domanda di servizi sanitari

DEMOGRAFIA: Entro il 2050 oltre 1/3 della popolazione dell'UE avrà un'età maggiore di 60 anni (UN)

% Popolazione UE di 60 anni e oltre



"gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare value"

Taiichi Ohno, Toyota

Disinvestimento

Riallocazione

Overuse	Underuse
Interventi sanitari *low value*	Interventi sanitari *high value*
- Inefficaci	- Efficaci
- Rischiosi	- Sicuri
- Inappropriati	- Appropriati

Impatto degli sprechi sulla sanità

	Categoria	%	Mld €*	(± 20%)
1.	Sovra-utilizzo	30	7,42	(5,94 – 8.90)
2.	Frodi e abusi	20	4,95	(3,96 – 5.94)
3.	Acquisti a costi eccessivi	13	3,21	(2,57 – 3.86)
4.	Sotto-utilizzo	14	3,46	(2,77 – 4,15)
5.	Complessità amministrative	11	2,72	(2,18 – 3,26)
6.	Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,97	(2,37 – 3.56)

*€ 24,73 miliardi calcolati proiettando la stima di Don Berwick (22%) sui € 112,408 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2015

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

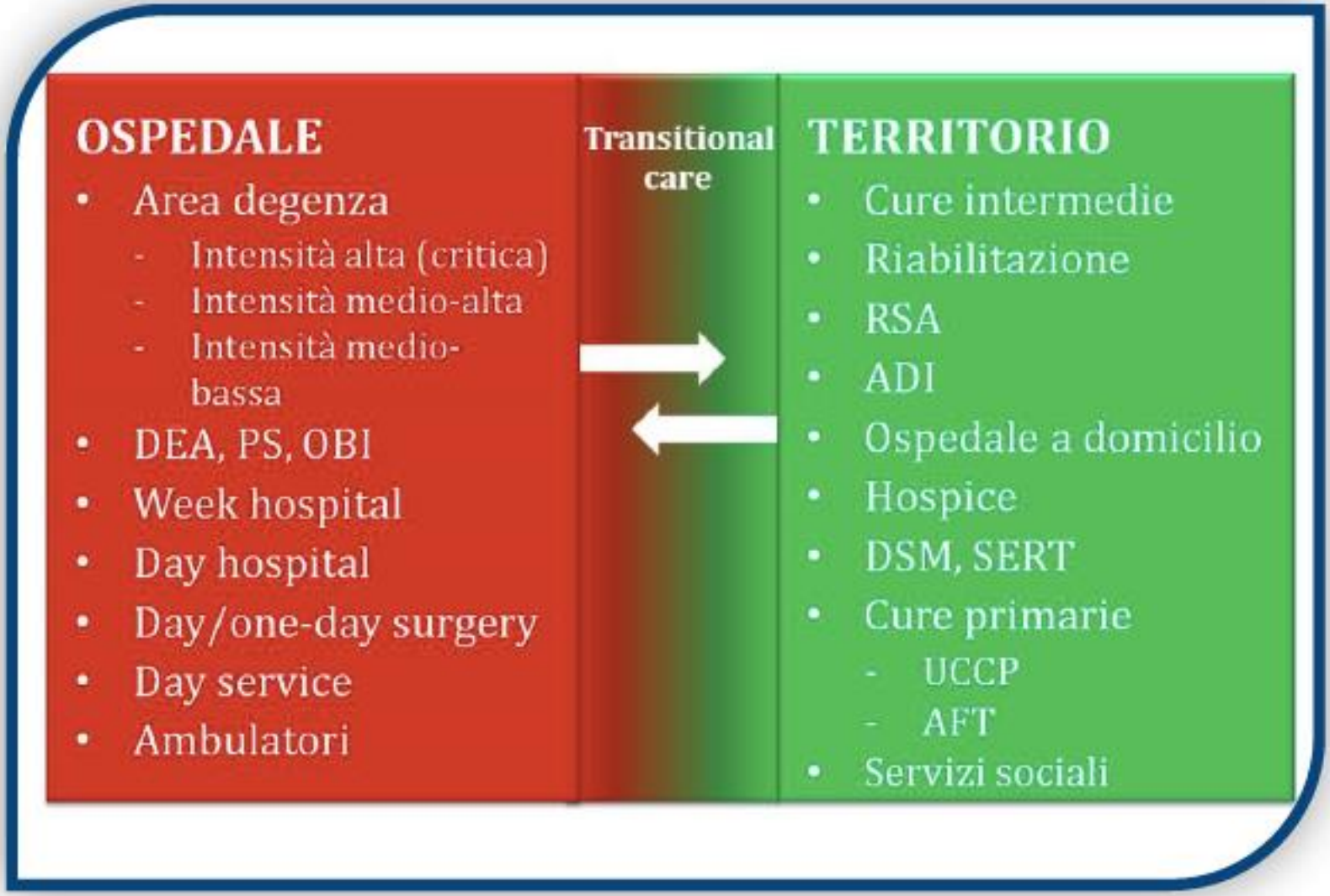
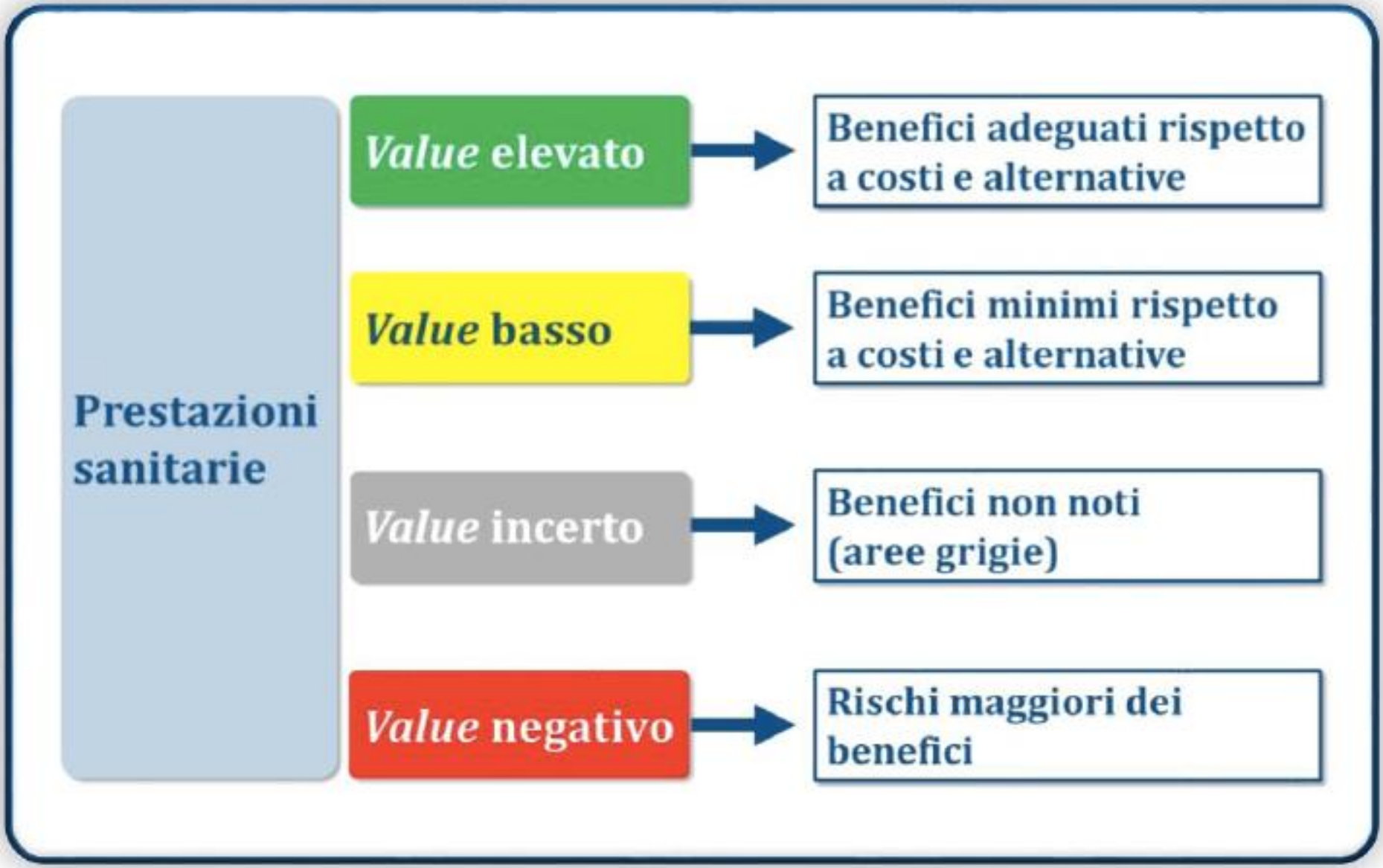


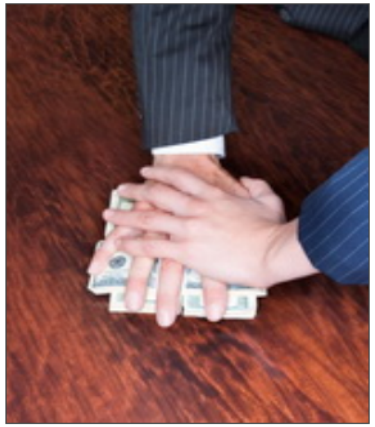
Figura 11. Offerta di servizi secondo intensità di cura


Prestazioni sanitarie
Value elevato
Benefici adeguati rispetto a costi e alternative
Value basso
Benefici minimi rispetto a costi e alternative
Value incerto
Benefici non noti (aree grigie)
Value negativo
Rischi maggiori dei benefici

ott
9
2018

Anac passa a setaccio la sanità, ecco la mappa degli sprechi

TAGS: CORRUZIONE, AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE (ANAC), SPRECHI IN SANITÀ



Dai cerotti ai pasti ospedalieri, dalle siringhe ai dispositivi per il diabete, le regioni spendono ogni anno 6 miliardi di euro, ma circa il 15%, pari a quasi un miliardo, si potrebbe risparmiare. Questo è l'impatto degli sprechi e dei relativi risparmi che si potrebbero ottenere se si uniformassero i prezzi delle forniture a quelli pagati dalle regioni "virtuose" oppure allineandoli ai cosiddetti "prezzi standard". A passare a setaccio le spese della sanità, settore per settore, è l'Autorità Nazionale Anticorruzione. Nello specifico, secondo una tabella elaborata dall'Anac, per presidi e dispositivi medici
comples
risparmi

Per il se
miliardi
17,5%.
se ne po
bianche
potrebb
diabete,
potrebb
potrebb
miliardi
un total
potrebb
degli op

troppo corta".

ARTICOLI CORRELATI

06-07-2018 | Nomine e concorsi in sanità, arresti in Basilicata. Il governatore Pittella ai domiciliari

06-07-2017 | Corruzione, Cantone (Anac): sanità continua a preoccupare

06-04-2017 | Corruzione, un'azienda sanitaria su quattro ha registrato almeno un episodio. Tredici miliardi di sprechi

Ospedali, giungla di menù e costi Un pasto? Oscilla tra 8 e 15 euro

PER APPROFONDIRE: mensa, ospedali, pasti, sanità

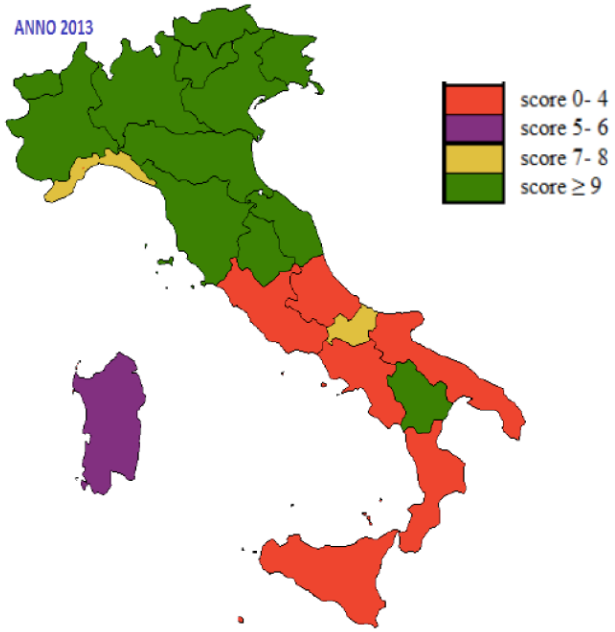
DIFFERENZE REGIONALI

Degenza pre-operatoria (gg) per interventi chirurgici elettiv

UNA SANITÀ A PEZZI

REGIONE CHE VAI, SANITÀ CHE TROVI...

* L'indicatore rientra tra le misure previste dal Patto per la Salute 2010-2012



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Europe.view

Redrawing the map

All latest updates

The European map is outdated and illogical. Here's how it should look

Apr 29th 2010 | Europe

Timekeeper Like 10K Tweet

I fattori di contesto

101/2016 - 24 May 2016

eurostat | newsrelease

Avoidable deaths in 2013

One death out of three in the EU could have been avoided in the light of current medical knowledge and technology

Anno 2013

- In Italia 50.098 morti evitabili nei soggetti di età inferiore a 75 anni

thebmj

BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 (Published 3 May 2016)

ANALYSIS

CrossMark
click for updates

Medical error—the third leading cause of death in the US

Medical error is not included on death certificates or in rankings of cause of death. **Martin Makary** and **Michael Daniel** assess its contribution to mortality and call for better reporting

I rimedi del Governo 2013-18

- *(Modifiche norme Costituzionali)*
- *Nuovi LEA (marzo 2017)*
- *Standard ospedalieri per l'accreditamento (DM 70/2015)*
- *Legge Gelli su sicurezza delle cure e responsabilità professionale (L 24/2017)*
- *Albo nazionale manager sanitari*
- *Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate*

Principali contenuti della Legge Gelli (24/2017)

1. **Linee guida.** Le linee guida assumono equilibrato ruolo
2. **Azione di rivalsa.** Potrà avvenire solo per dolo e colpa grave.
3. **Risk management.** Aspetto fondamentale delle cure
4. **Audit** «***Verbali e atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nei procedimenti giudiziari***»
5. **Garante diritto alla salute.** Viene esclusa la possibilità di effettuare segnalazioni anonime
6. **Medici medicina generale.** La responsabilità di tipo extracontrattuale viene estesa anche ai medici di famiglia.
7. **Assicurazioni.** Viene rimandata ad un apposito decreto l'individuazione dei requisiti minimi

SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE

DM 2 APRILE 2015 N. 70

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento Ospedali)

Il Decreto Ministeriale 2 Aprile 2015, n.70 *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"* (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015) individua per alcune attività/processi assistenziali, specifiche **soglie minime di volume e valori di rischio di esito** alle quali le singole strutture ospedaliere devono adeguarsi affinché vengano riconosciuti i requisiti di qualità.

Bypass aorto-coronarico	Soglia
Volume per Struttura Complessa	200 interventi/anno
Mortalità a 30 giorni dall'intervento	Max. 4%

Regioni

ENTRO 3 MESI:

- Provvedimento generale di programmazione di riduzione dotazione pl (Allegato 1)
- Provvedimenti attuativi per garantire adeguamenti entro il triennio 2014-2016
- Atto indirizzo aziende: criteri ammissione in elezione ed emergenza/urgenza definiti con Intesa Stato-Regione sulla base di LG elaborate da tavolo tecnico

Finalizzati a valutare e selezionare i pazienti secondo:

- severità condizione clinica/evento morboso/trauma
- intensità/complessità assistenza

Specificamente definiti per ammissione in:

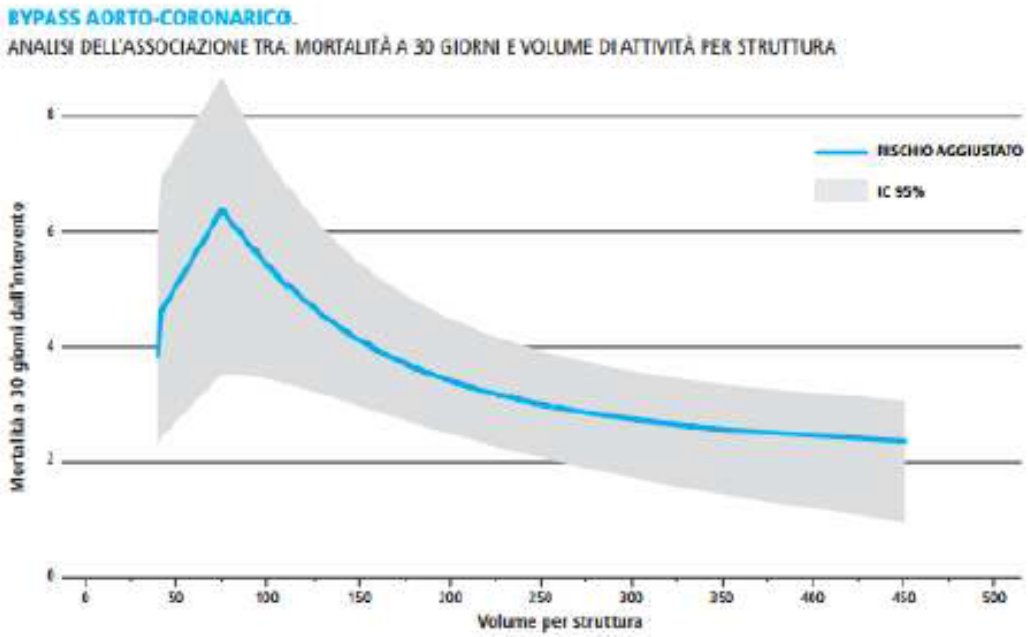
- ricovero ordinario per acuti
- ricoveri diurni per acuti
- ricoveri ordinari per lungodegenze
- ricoveri ordinari per riabilitazione
- ricoveri diurni per riabilitazione
- osservazione breve

Il Decreto Ministeriale 70

Indicatore di VOLUME	Soglia DM70	Soglia tollerata (10%)
Interventi di bypass aorto-coronarico	200	180
Interventi di colecistectomia laparoscopica	100	90
Interventi per frattura del femore	75	67
Infarto acuto del miocardio	100	90
Interventi per tumore della mammella	150	135
Parti	500	450
Interventi di angioplastica coronarica percutanea	250	225

Indicatore di ESITO	Soglia DM70	Soglia tollerata (10%)
Proporzione di STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni	min 60%	min 54%
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aortocoronarico	max 4%	max 4,4%
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	max 4%	max 4,4%
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	min 70%	min 63%
Proporzione di parti con taglio cesareo primario (≤ 25% per strutture con almeno 1000 parti annui; ≤15% per strutture con meno di 1000 parti annui)	max 25% o max 1	max 27,5% o max 16,5%
Proporzione di Interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore in pazienti di età ≥ 65 anni	min 60%	min 54%

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



Il rischio di morte a 30 giorni dopo Bypass aorto-coronarico isolato risulta elevato 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

Numeri complessivi ospedalità pubblica & privata accreditata

ITALIA: N° totale di Ospedali: 1034
Ospedali privati accreditati: 492 (47,6%)
N° medio posti letto: Pubblici 281, Privati 82

NORD: N° totale Ospedali: 388
Osped. priv. accred. 190 (49%)
N° medio posti letto: pub. 403, priv. 93

CENTRO: N° totale Ospedali 217
Osped. priv. Accred. 102 (47%)
N° medio posti letto: pub. 257, priv. 72

SUD: N° totale Osped. 429
Osped. priv. accred. 200 (46,6%)
N° medio posti letto: pub. 188, priv. 78

Rapporto «Ospedali & Salute» AIOP 2018 su dati 2016

I limiti del D.M. 70/2015

- Parere favorevole “estorto” alle Regioni nel 2014
- Critiche su rigidità, concezione centralista, penalizzazione piccoli ospedali
- Regioni hanno ultima parola su riorganizzazioni reti ospedaliere
- Non favorisce pluralismo erogatori
- Non prevede gradualità applicazione e differenze regionali
- **RISULTATO: è largamente disatteso**

Underused rural hospitals are a drain on budgets, but closing them will be a political nightmare

KEITH GEREIN, EDMONTON JOURNAL 12.03.2014 |

Sanità, Maroni al Morelli di Sondalo: 'I piccoli ospedali vanno mantenuti'

SERVONO MANAGER PREPARATI

Ma chi sono i decisori sanitari (Health Policy Maker) ?

- Ministro della salute
- Direttori generali del Ministero
- Assessore Regionale alla sanità
- Direttore della sanità regionale
- Direttori generali (Manager) di ASL/AO
- Direttori di Dipartimento e Dirigenti di strutture (mid-Manager)

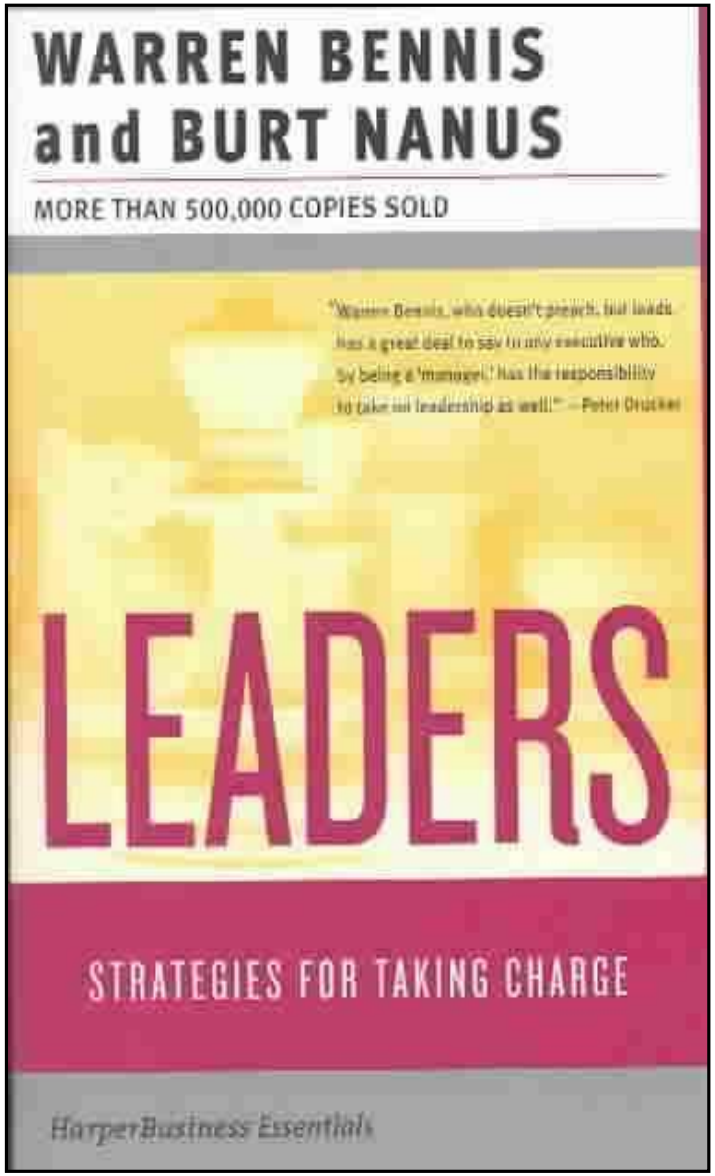
Leadership…

“Leadership is the capacity to translate vision into reality”

Warren G. Bennis

[La leadership è la capacità di tradurre la visione in realtà].

Warren G. Bennis



Perché si misurano le performance ?

- Misurare mette le organizzazioni e le persone di fronte alla percezione e comprensione di ciò che è problematico, attiva il cambiamento, riduce la tendenza al satisficing (accontentarsi) ed elimina la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato.
- In sintesi, misurare bene le proprie performance può consentire all'Azienda sanitaria di fare il salto dalla mediocrità all'eccellenza

Perché oggi misuriamo le performance del SSN ?

- Perché lo richiede il sistema (dal 2009)
- Per migliorare qualità e sicurezza delle cure
- Per recuperare risorse all'interno del sistema
- Per garantire il progresso dei sistemi diagnostici e terapeutici verso il "value"

IL MISURATORE DI STATO

È uno strumento di misurazione, analisi, monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie

UTILIZZO INDICATORI PNE

- Per **accreditamenti**
- Per **requisiti minimi strutture ospedaliere**
- Per valutare le **performance** dei **DG**
- Per **requisiti Scuole di Specializzazione**

3 sistemi a confronto	PNE (Programma Nazionale Esiti) Italia Programma Nazionale Esiti - PNE	MeS (Management e Sanità) S. Anna – Pisa – Italia	King's Health Partners Londra
Fonti dati	**SDO** (Sistema Informativo Ospedaliero) **AT** (Anagrafe Tributaria) **EmUr** (Emergenza-Urgenza)	**SDO**, **Prestazioni Ambulatoriali**, **PS**, **118**, **Certificati di Assistenza al Parto**, **AD-RSA** (assistenza domiciliare e residenziale)...	**PEDIC** (Patient Experience Data Intelligence Centre)
Classi di indicatori	Esito e Processo, Volumi attività, Ospedalizzazione	Sintesi, Valutazione, Osservazione	Patient/staff satisfaction and perception
Medicine and Surgery:			
- cardio-cerebro-vascolare	✓	✓	✗
- pneumologia	✓	✓	✗
- epatologia, nefrologia	✗	✓	✓
- urologia	✓	✓	✗
- gastroenterologia	✓	✓	✓
- ortopedia	✓	✓	✓
- chirurgia oncologica	✓	✓	✓
- ostetricia	✓	✓	✗
- malattie infettive	✓	✓	✗
- otorinolaringoiatria	✓	✓	✗
Mental health	✗	✓	✓
Pharmaceutical sciences	✗	✓	✓
Nursing prowess	✗	✗	✓
Imaging e ingegneria biomedica	✗	✓	✓
Cure palliative	✗	✗	✓

RIASSUMENDO…

- **SSN è a rischio, molti attori a diversi livelli possono contribuire a salvarlo**
- **Necessità di misurare le performance e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni**
- **Dirigenti devono essere aperti a discussioni e innovazioni e far cadere alcune "barriere" (esami diagnostici h24, piene attività 7gg, turnazioni più efficienti)**
- **Professionisti devono essere aiutati (no a extra time fuorilegge, più tutela per *malpractice*, più spazi formativi)**
- **Sistema formativo si deve adeguare ai nuovi bisogni**

PNE 2017-2018 – Alcuni esempi

#1 – Infarto del miocardio
#2 – Parti Cesarei
#3 – Fratture di Femore
#4 – Chirurgia laparoscopica
#5 – Gastroenterite pediatrica
#6 – Treemap strutture private

- Mortalità 30gg
- % TC su parti
- Operata in 48h
- Ricoveri<3gg
- Ricoveri
- 21 indicatori

Risultati #1 – INFARTO MIOCARDICO ACUTO

- I decessi a **30 giorni dal ricovero** per infarto acuto del miocardio sono in calo (dal 10,4% del 2010 al 9,0% del 2015)

- Bassa la variabilità interregionale e discreta quella intra regionale, con valori che variano da un minimo dell'1,3% ad un massimo del 25%

Risultati #1 – INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Infarto Miocardico Acuto (IMA)

132.896 casi ogni anno

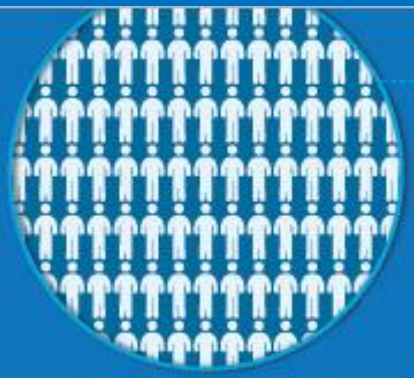
- Per l'IMA abbiamo considerato che il numero minimo di casi trattati per ciascuna struttura debba essere di 100 casi ogni anno.

Ospedali

maggiore è il numero di casi trattati, migliore è il risultato

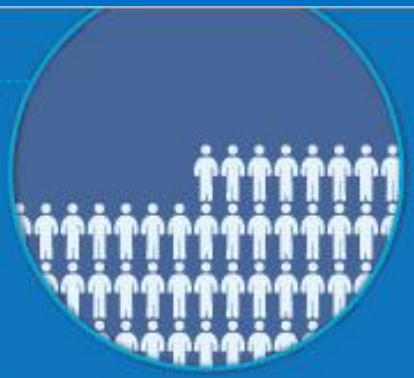
che trattano almeno **100** casi l'anno

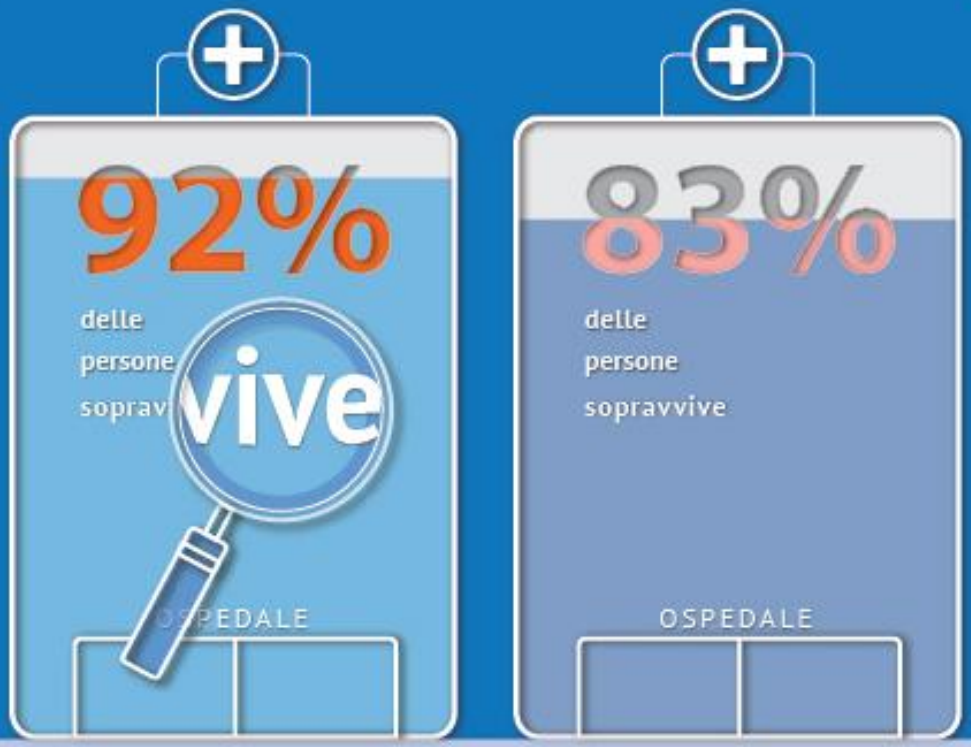
che trattano **meno** di **100** casi l'anno



100
casi l'anno

meno
di **100** casi l'anno





391
ospedali

252
ospedali

sopravvivenza a 30 giorni

834 morti in meno per IMA ogni anno

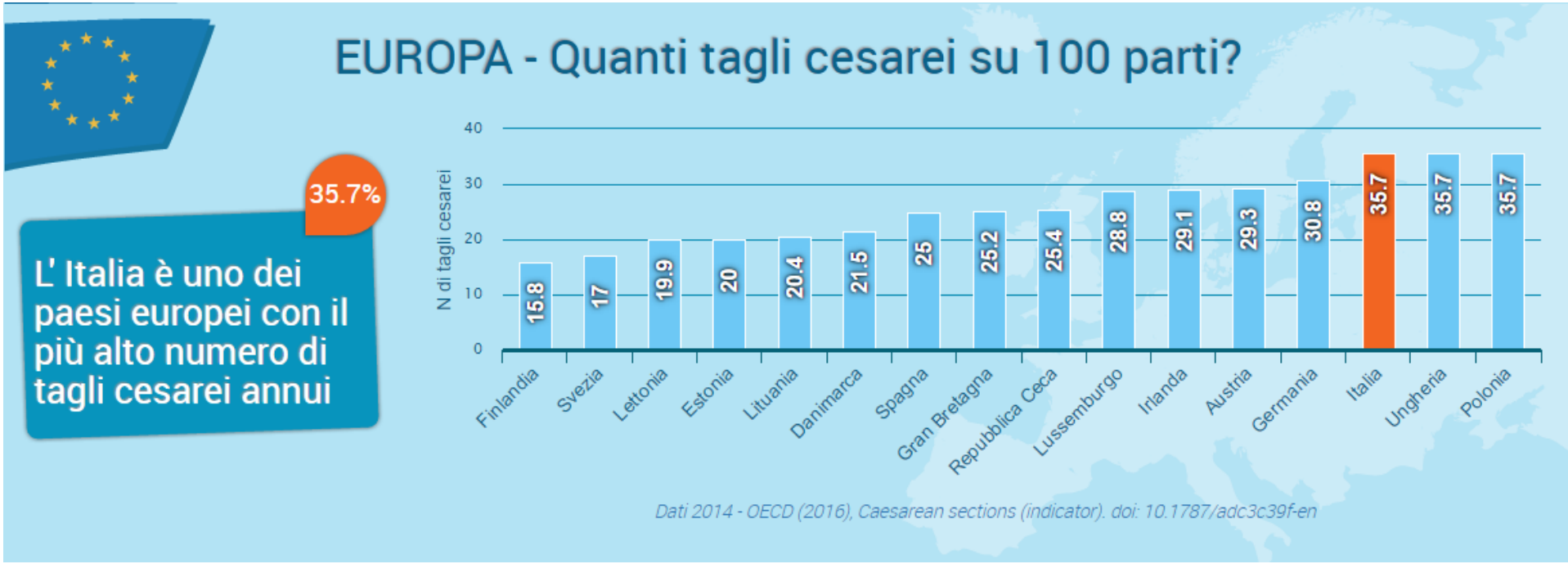
se tutte le persone con IMA fossero ricoverate
negli ospedali che trattano almeno 100 casi l'anno

Risultati #2 – TAGLIO CESAREO

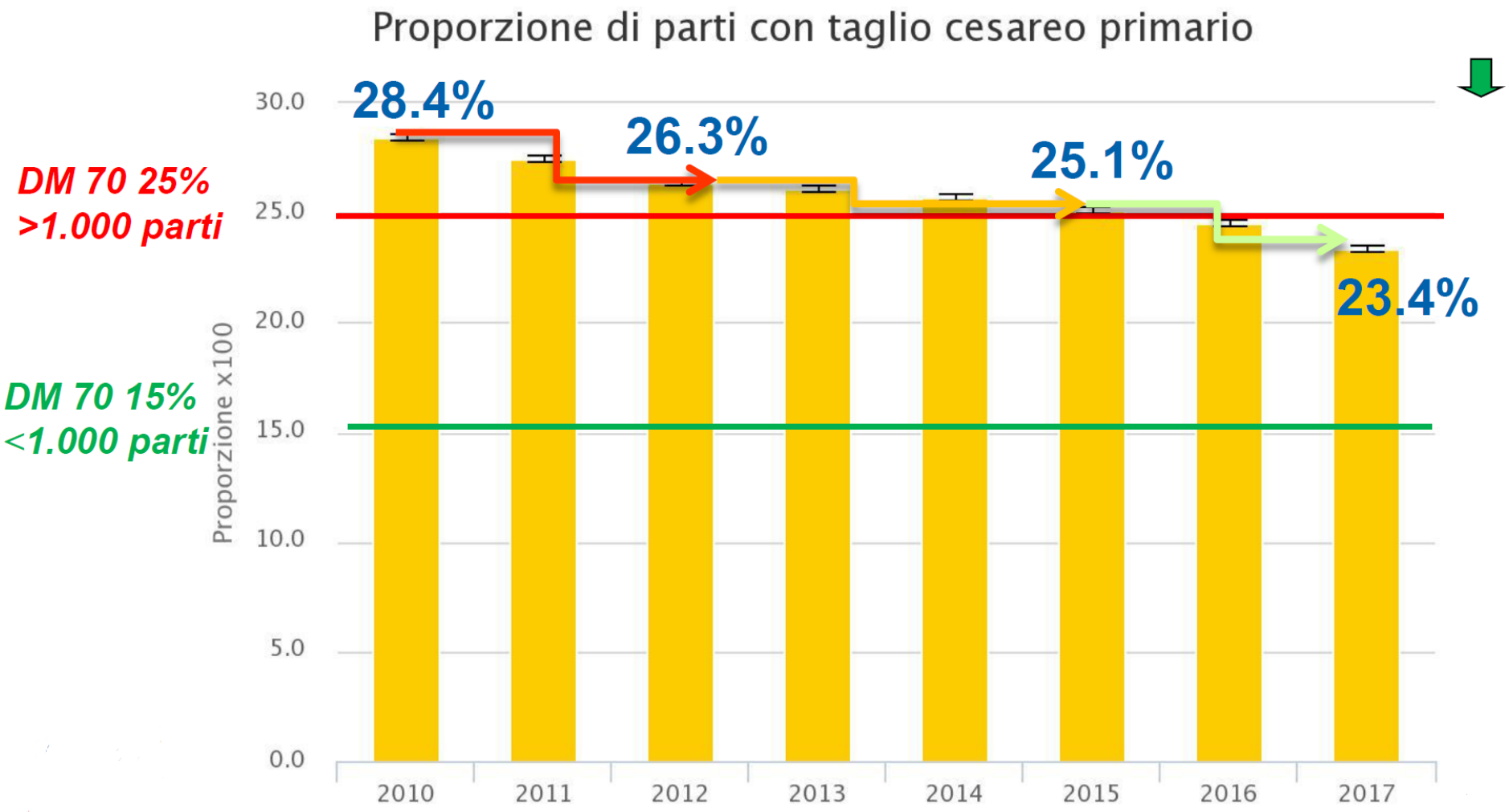
- Dati PNE 2016 INCORAGGIANTI: progressivo decremento dal 29% del 2010 al 25% del 2015
- Negli ultimi 5 anni sono circa 45.000 le donne alle quali è stato risparmiato un taglio cesareo primario, di cui 12.000 nel 2015
- Gradiente NORD-SUD (20%)

Risultati #2 – TAGLIO CESAREO

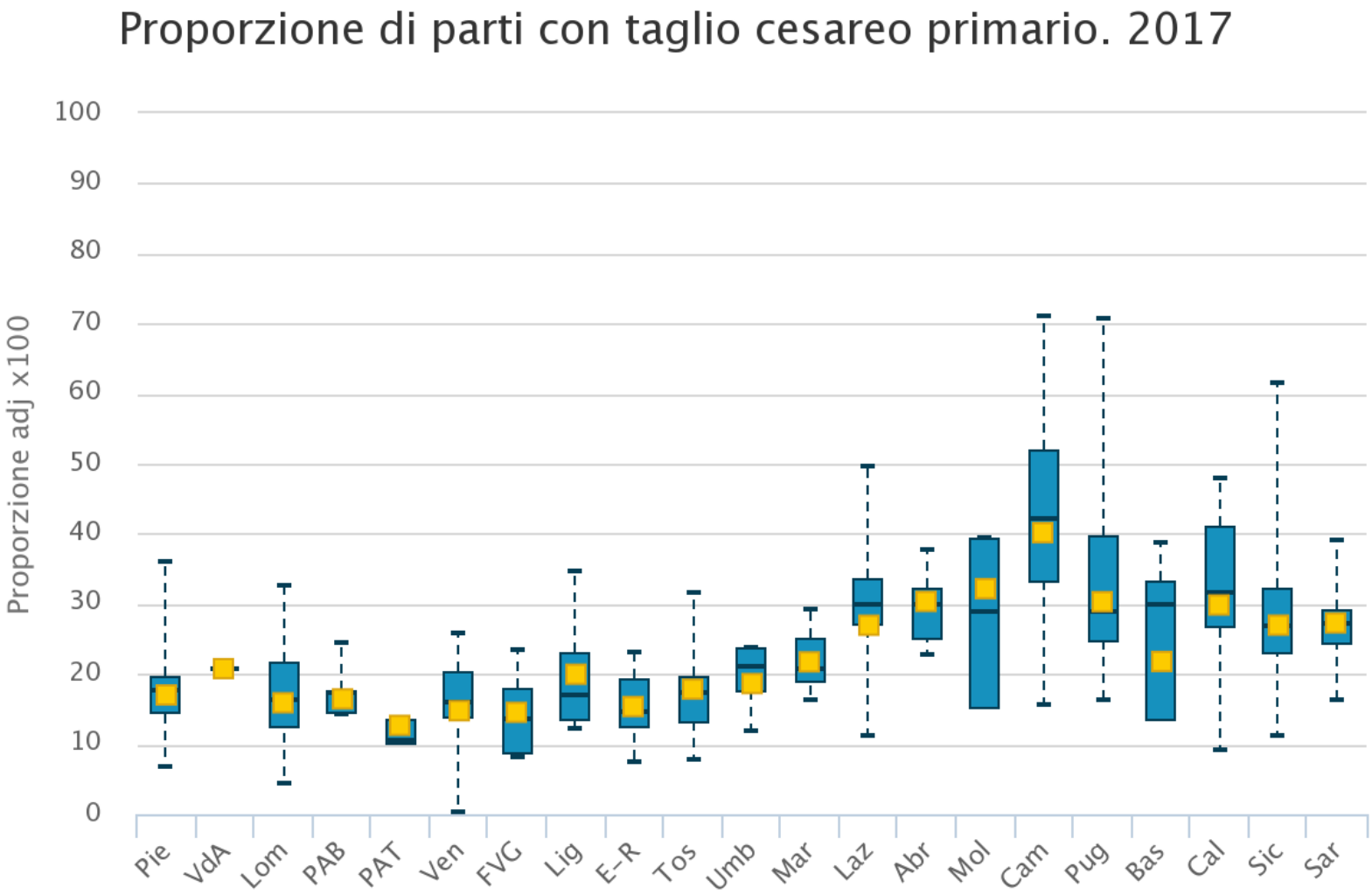
- Il Ministero della Salute fissa al **25%** la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti annui e **15%** per le maternità con meno di 1000 parti annui
- Il ricorso al parto cesareo rispetto a quello naturale comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino ed è richiesto solo in caso di indicazioni cliniche specifiche)



Proporzioni di tagli cesarei primari
PNE Italia 2010-2017

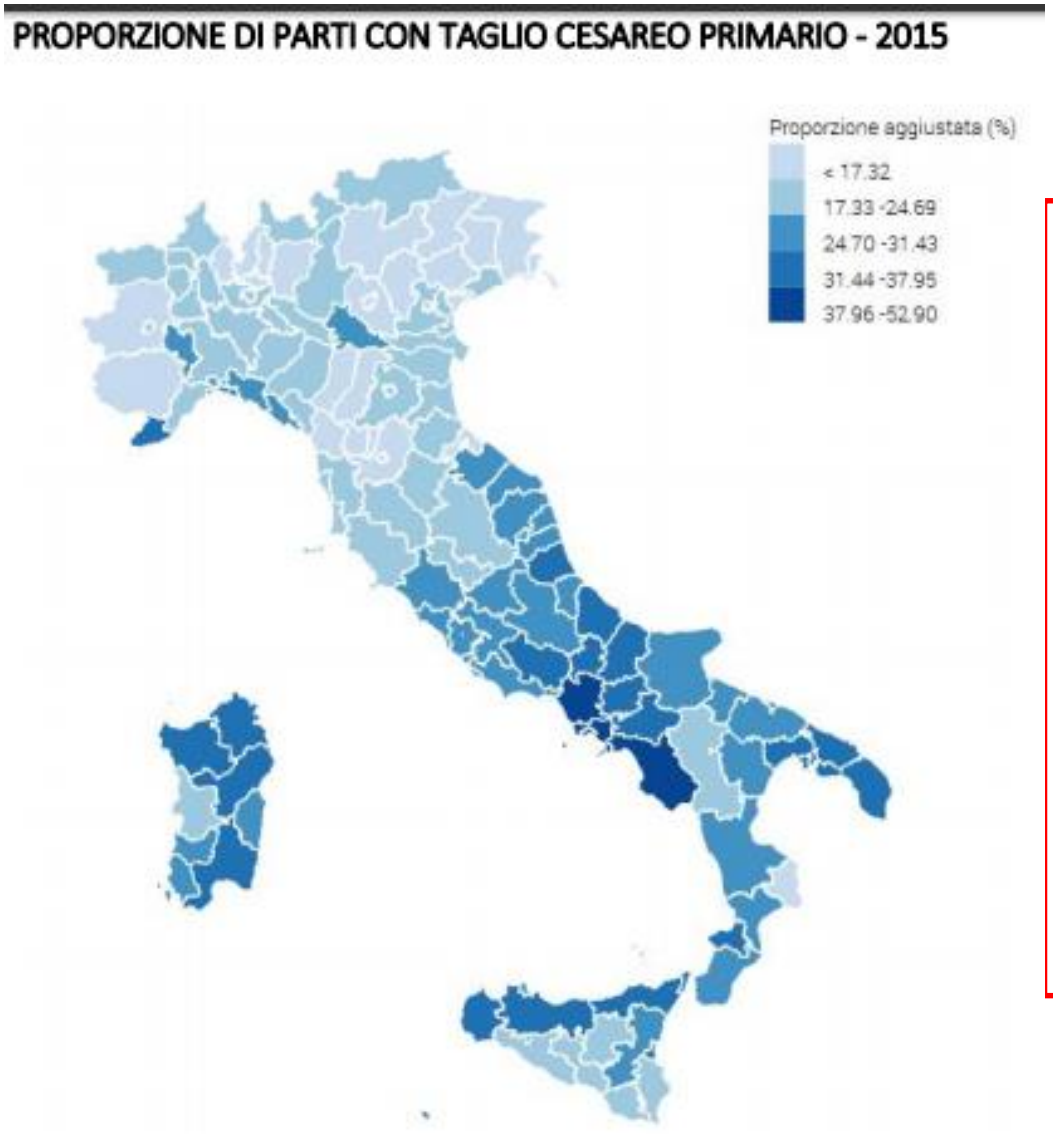


Risultati #2 – TAGLIO CESAREO



- Dati PNE 2017 con trend positivo: decremento dal **29%** del 2010 al **24,5%** del 2016
- Negli ultimi 5 anni sono circa 45.000 le donne alle quali è stato risparmiato un TC primario

Proporzione di parti cesarei primari – 2015



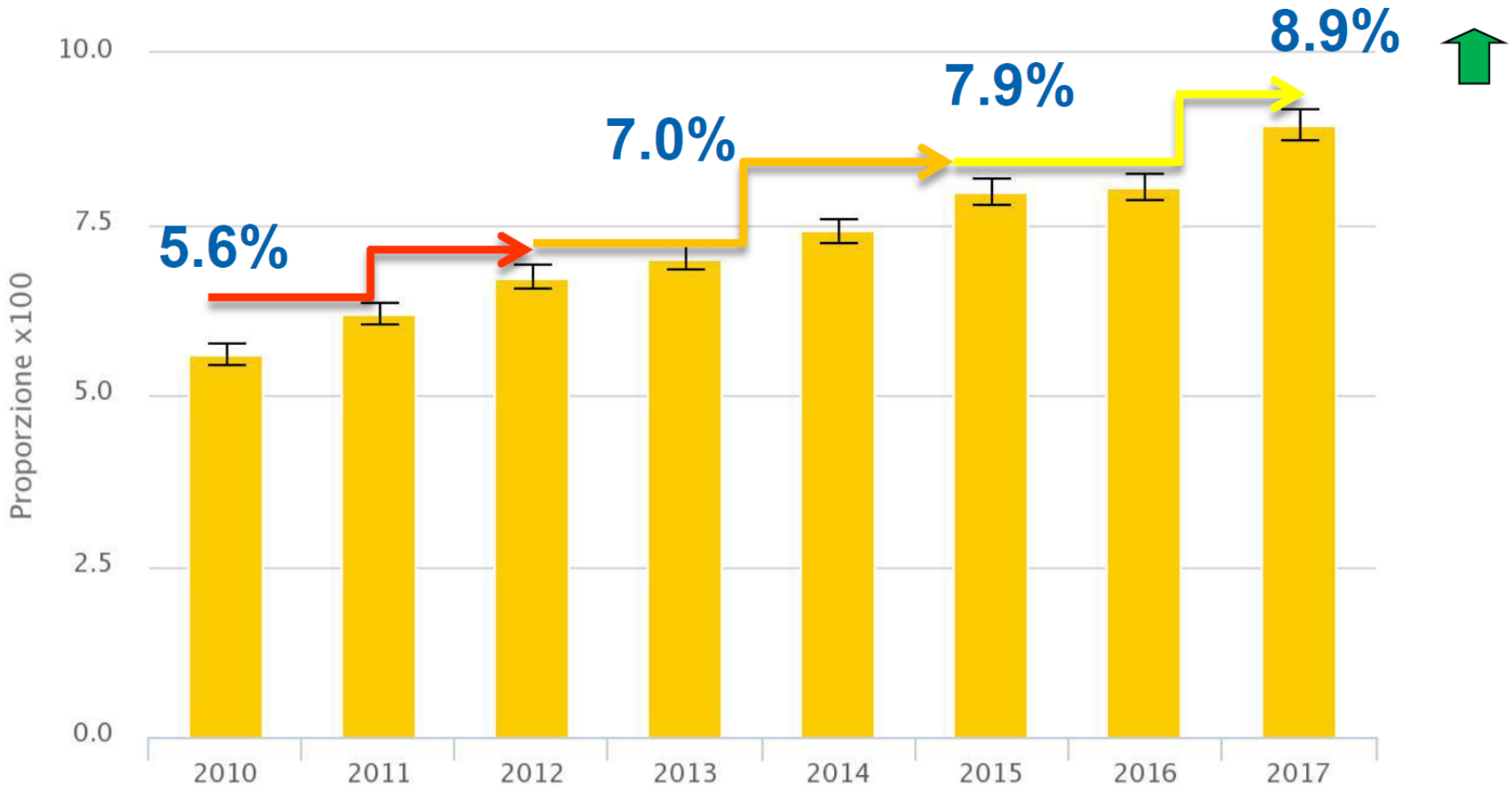
GRADIENTE NORD-SUD

Nel 2015, rimangono ancora evidenti le differenze tra le regioni del nord Italia e le regioni del sud, con valori medi rispettivamente inferiori e superiori al 20% e che, nel caso della Campania sono stabili al 50%. Fa eccezione la Liguria, con risultati analoghi a quelli delle regioni del Sud.

Qui il problema è più complesso!

- Tasso appropriato 15-18% (fonte OMS), ma:
  - Molti TC sono richiesti dalle gestanti (anche in assenza di indicazione clinica)
  - Medicina difensiva condiziona scelte
  - Alcuni professionisti non sono in grado di gestire parti naturali complessi (es. podalici)
  - Molti professionisti ritengono che sia la scelta corretta
  - Molte gestanti la pensano allo stesso modo (ignorando che la mortalità materna aumenta !)

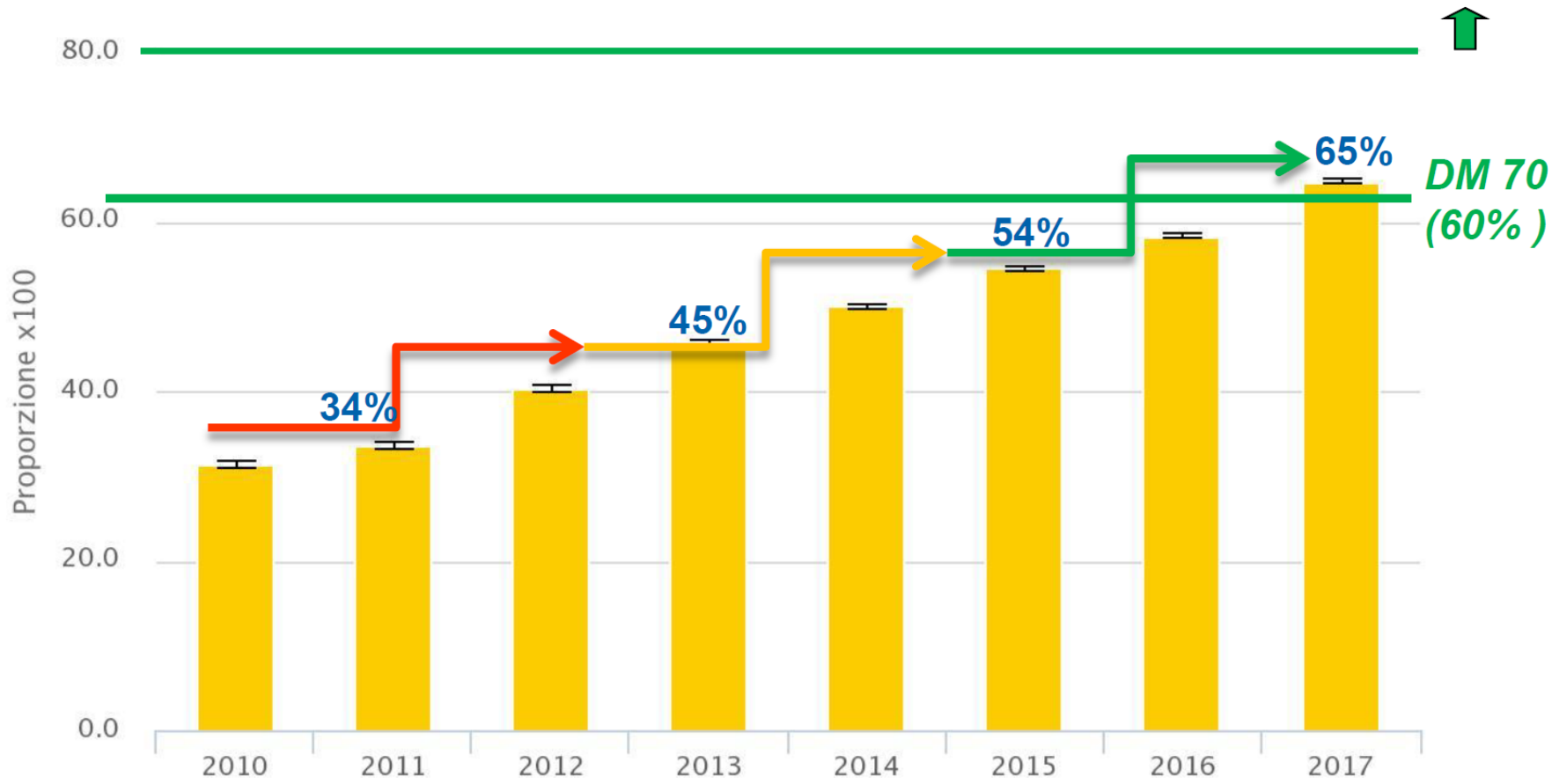
Proporzioni di parti naturali in donne con pregresso cesareo
PNE Italia 2010-2017



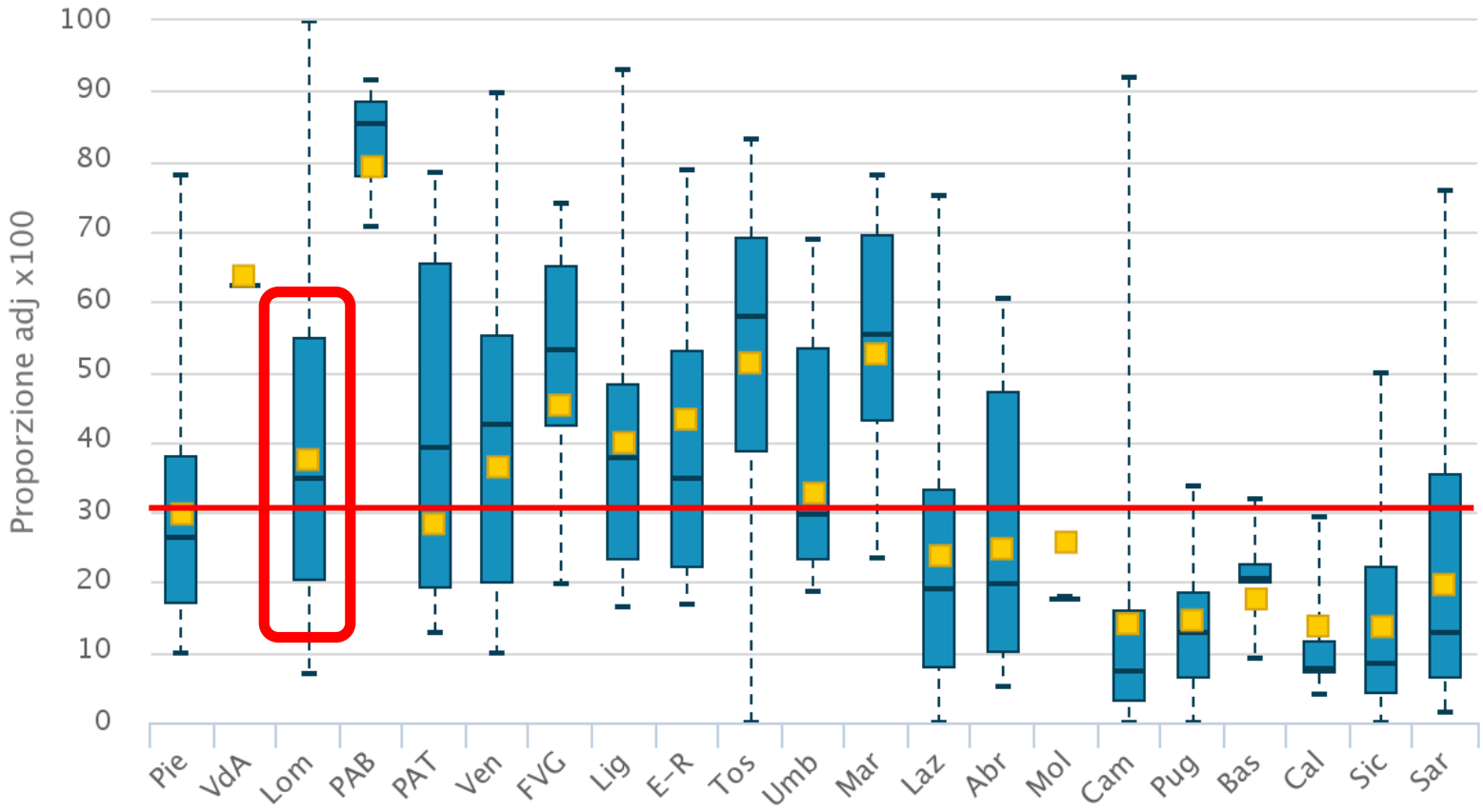
Risultati #3 – FRATTURE FEMORE

- Garantire un intervento chirurgico tempestivo (entro 48H) per la frattura del collo del femore ai soggetti fragili sopra i 65 anni costituisce un evidente **beneficio di salute**, nonche' un risparmio di risorse
- Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera ha fissato, come valore di riferimento, lo standard minimo al 60%.
- La proporzione di fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età operate entro due giorni è passata dal 31% del 2010 al 58% del 2016
- Notevole variabilità intra e interregionale, con range per struttura ospedaliera dall' 1% al 97%
- In ogni regione è presente almeno una struttura che rispetta lo standard, fatta eccezione per Campania, Molise e Calabria.

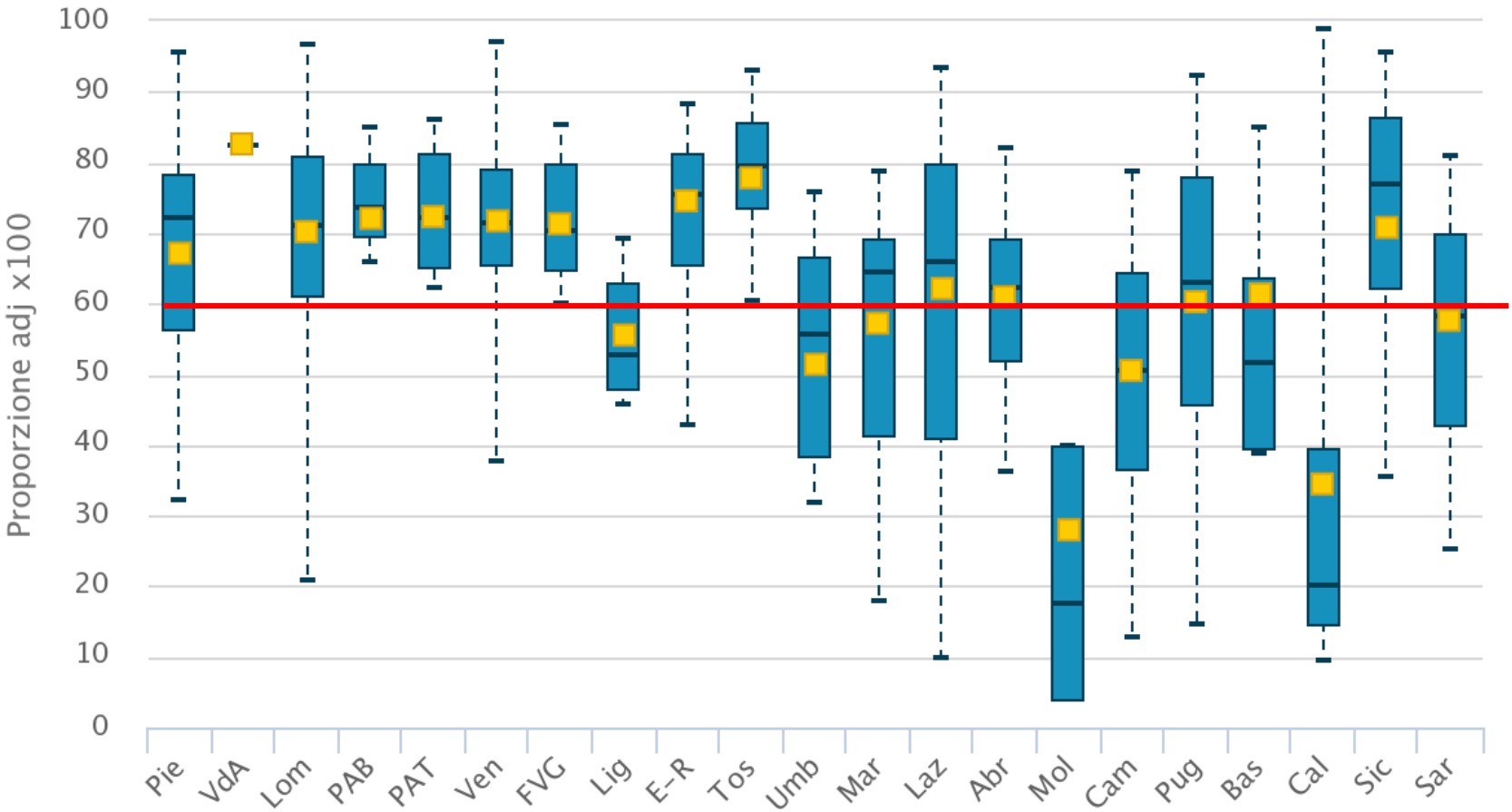
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
PNE Italia 2010-2017



Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. 2010



Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. 2017

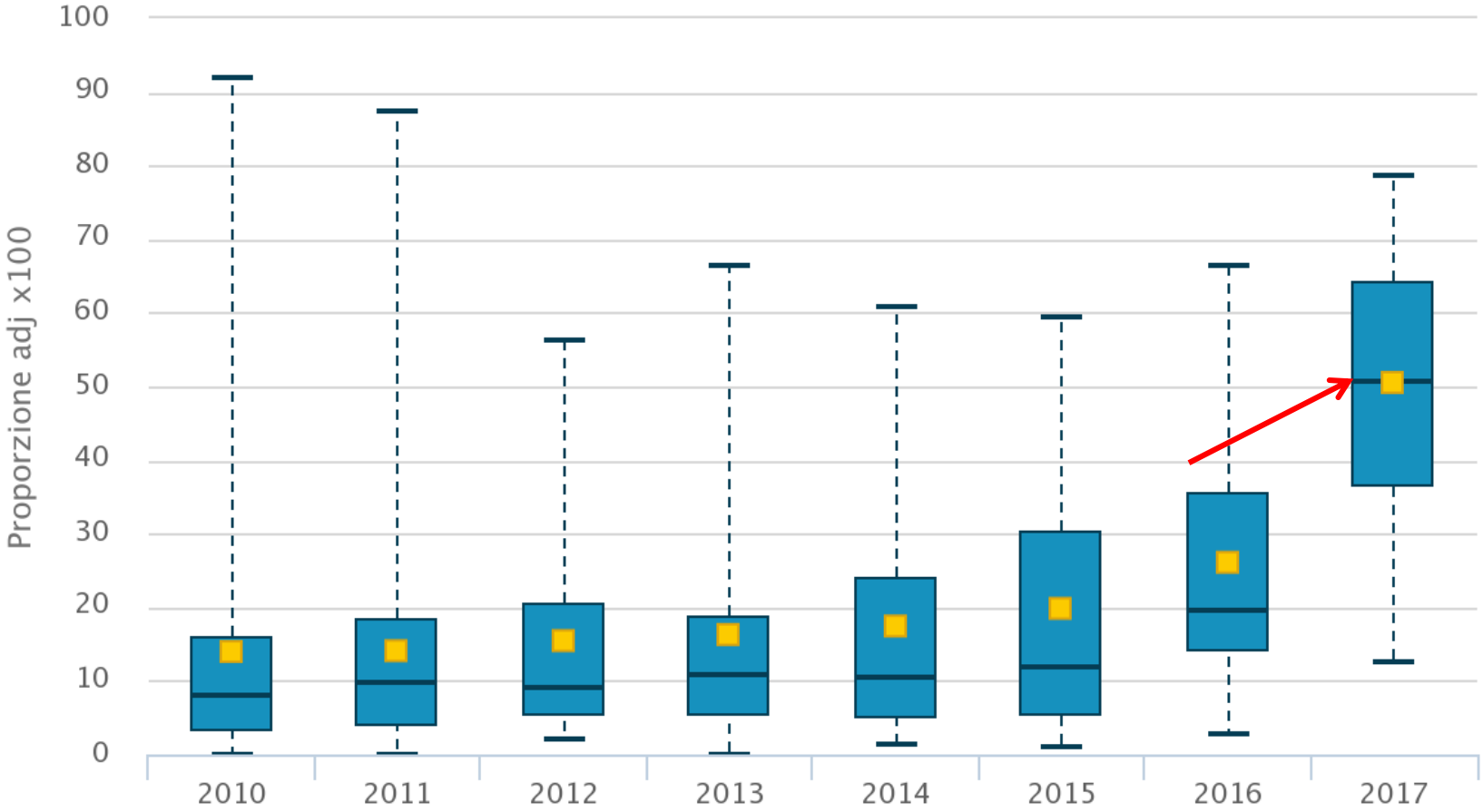


PREMESSO che

a. l'art. 3 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'art. 4 della Legge 8 novembre 2012, n. 189 dispone che la Regione provveda alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del servizio nazionale regionale (comma 3) e ne fissi gli obiettivi (comma 5);
b. con distinte delibere di giunta regionale del 2016 e del 2017 sono stati nominati i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR e sono stati stabiliti gli obiettivi di carattere generale, specifici di natura preliminare e tematici ad essi assegnati;
c. i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono sottoposti a verifica al fine di controllare il raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari, nonché al fine di evidenziare fattispecie rientranti nella previsione di cui all'art. 3 bis, comma 7 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e/o in quella di cui all'art.8 della L.R. 24 dicembre 2003 n. 28;

Campania, Sanità. Risultati di gestione dei Dg: la Regione fissa i criteri di valutazione

FCF: PROPORZIONE INTERVENTI ENTRO 2GG, CAMPANIA



ESEMPIO

- Parliamo di: DRG 79.30.02 - Riduzione cruenta di frattura con osteosintesi di medi segmenti (clavicola, rotula, radio, ulna, perone) € 2.400

Condivisione iter

DAY 1: ricovero
DAY 2: intervento
DAY 3: degenza
DAY 4: degenza
DAY 5: dimissioni

Iter alternativo

DAY 1: ricovero
DAY 2: attesa
DAY 3: attesa
DAY 4: festivo
DAY 5: intervento
DAY 6: degenza
DAY 7: degenza
DAY 8: dimissioni

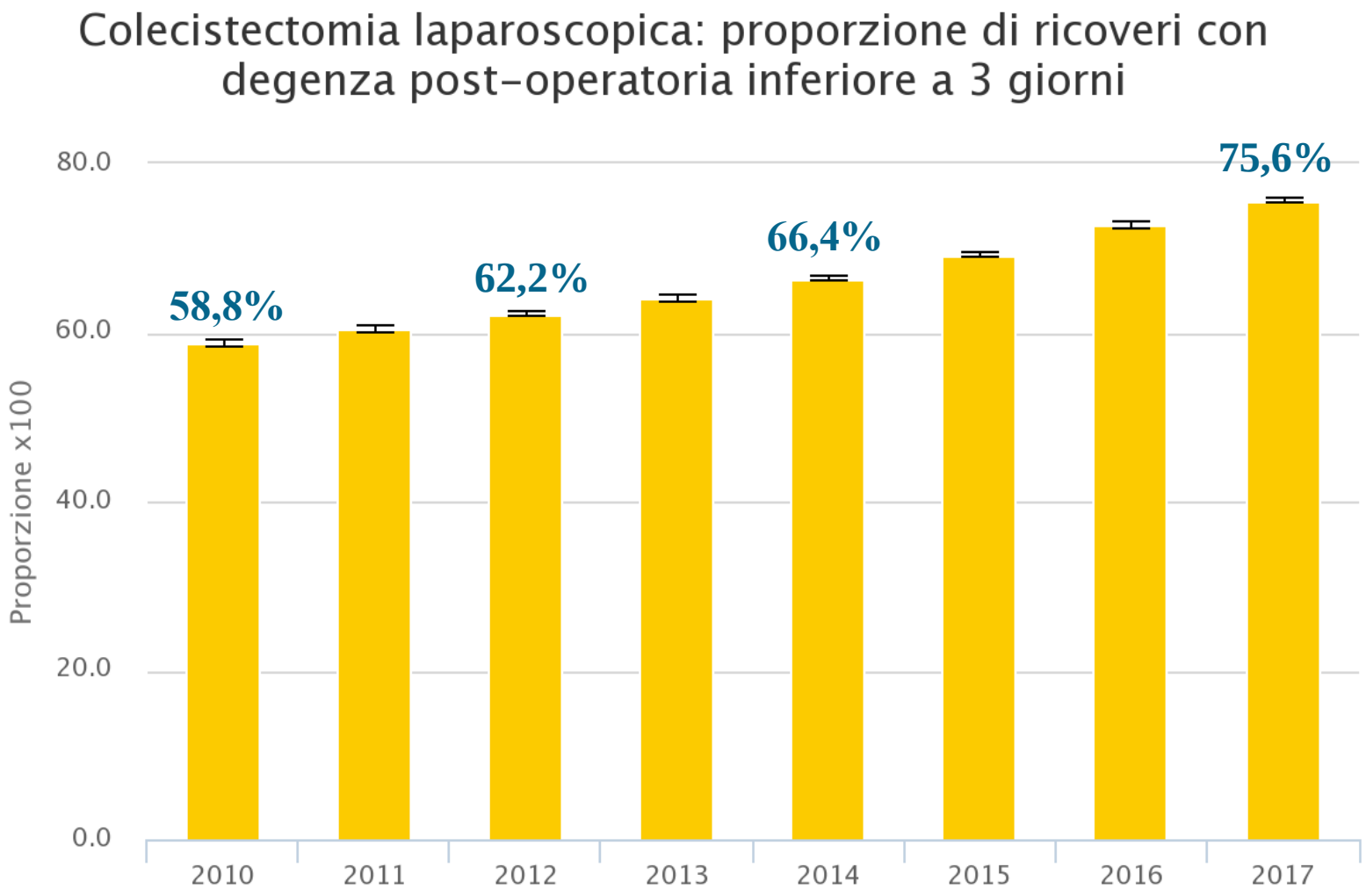
Fattori di contesto

+ 3gg (>1.200€)

Se ci sono 10 casi al mese di iter alternativi sono almeno €10.000 di costi in più per fattori organizzativi

- Dirigente chiede più personale
- DG non lo concede
- Il sistema "ingessato" consente poca flessibilità
- I tagli lineari peggiorano la situazione
- <qualità, >migrazioni

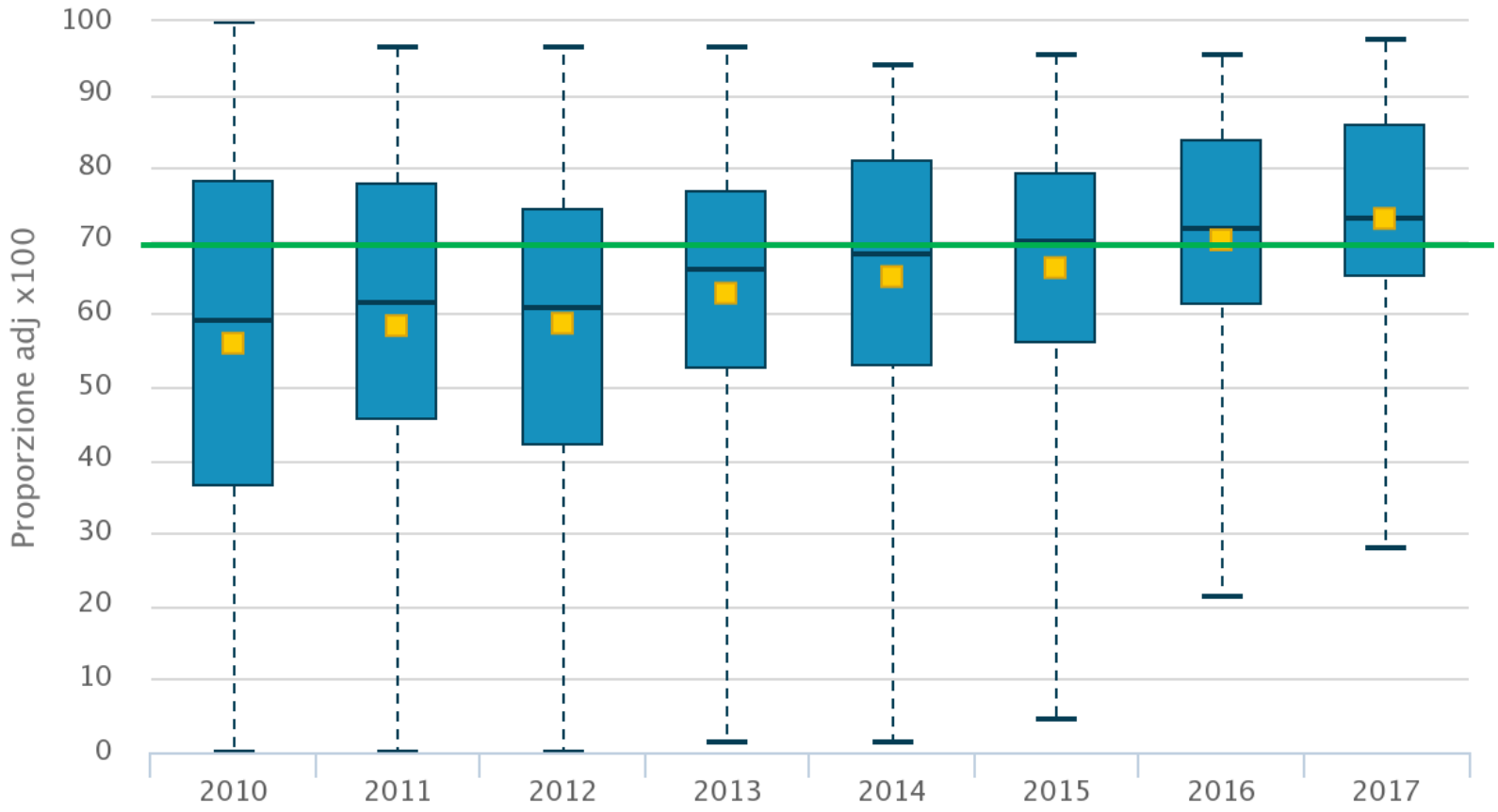
Risultati #4 – COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



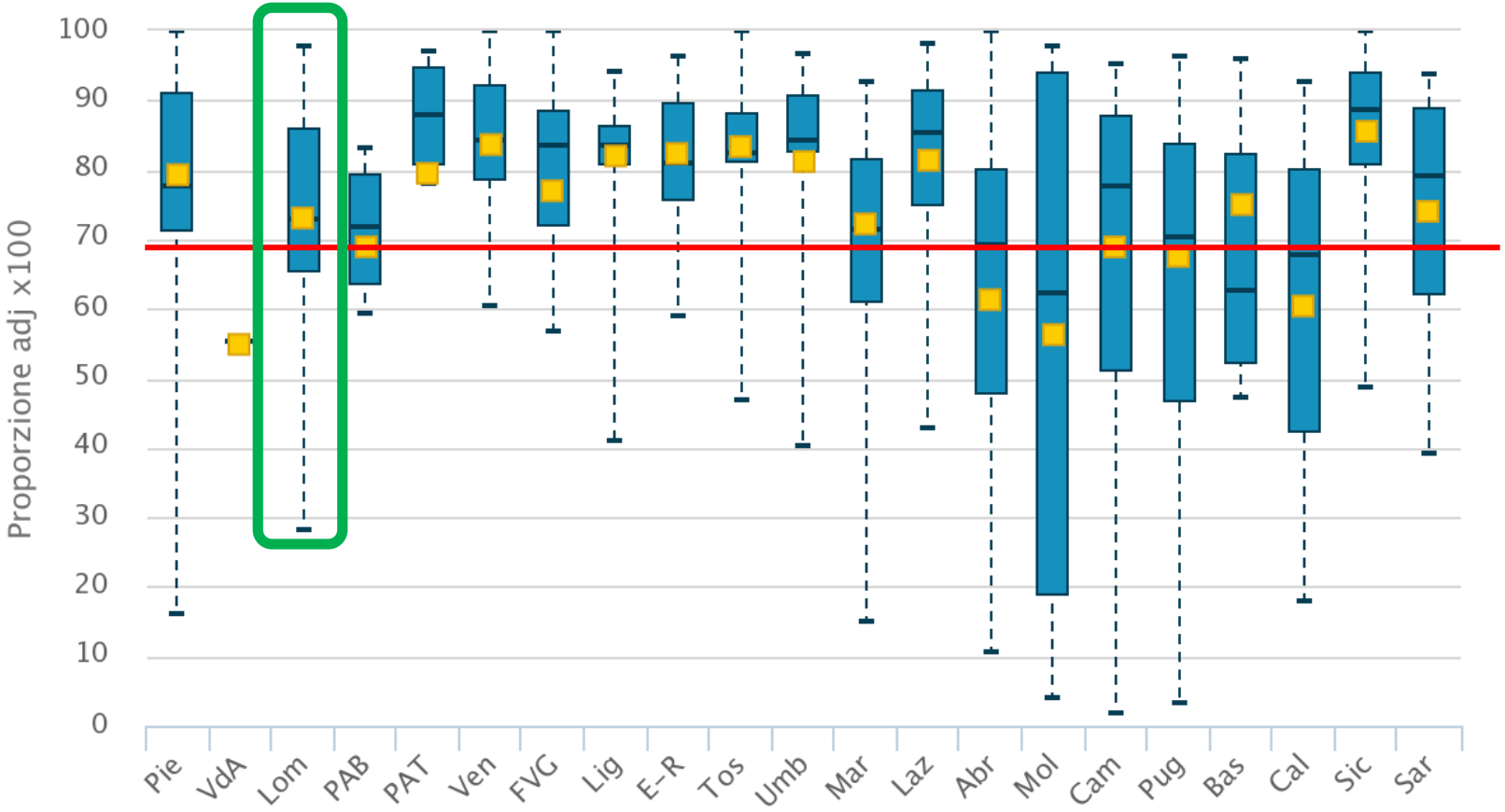
DM 70

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età>=65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con> 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di *By pass* aorto-coronarico isolato, mortalita' aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni



Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. 2017



esporta come immagine

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

ASL Ats Della Montagna 01-01-2017 - 30-11-2017

Ricoveri residenti
374

369 (98.7%)

5 (1.3%)

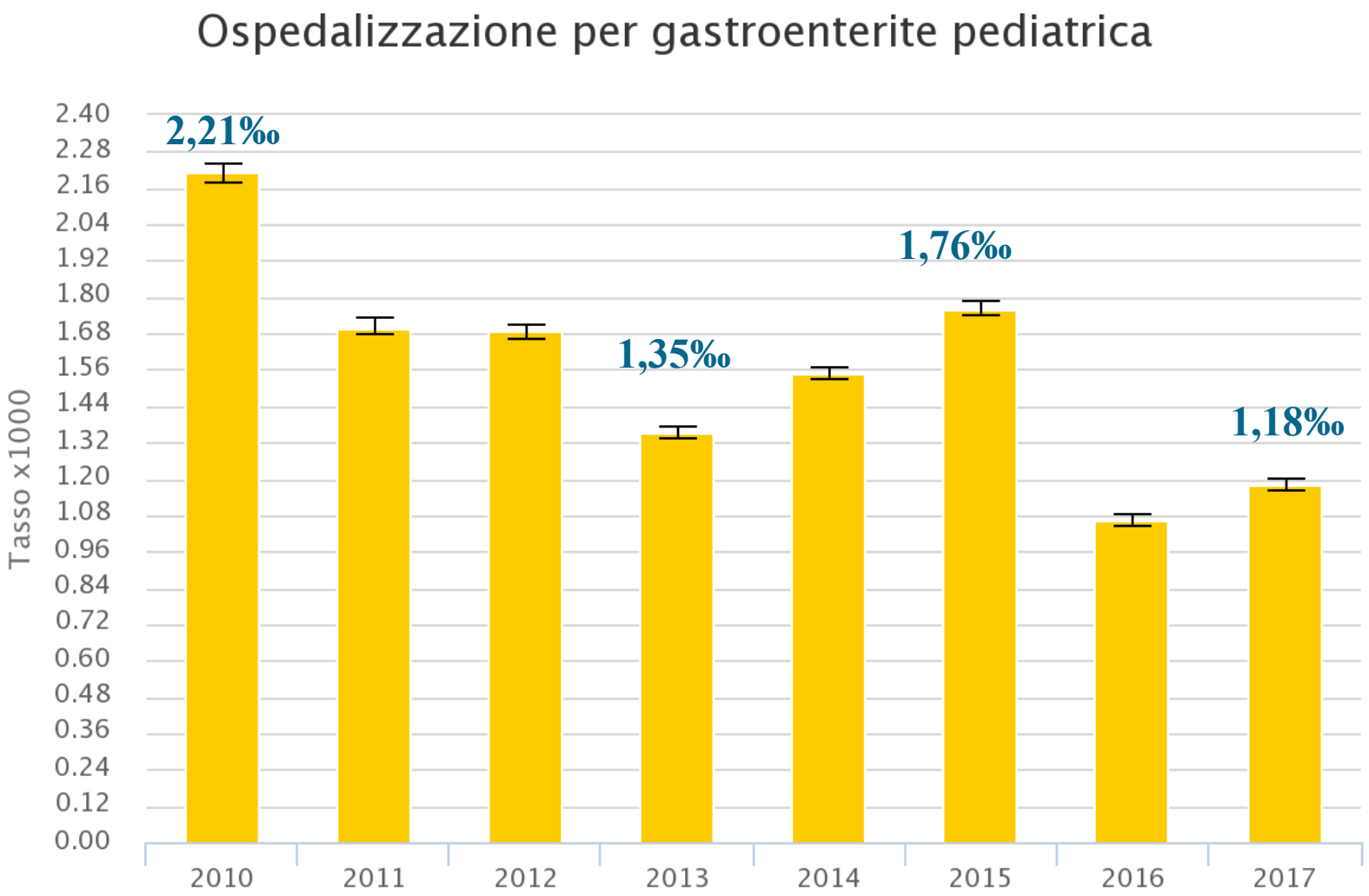
Ricoveri in strutture della stessa regione

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
Altre strutture		84	22.5	
OSPEDALE SONDRIO - SONDRIO	Sondrio	100	26.7	52.12
OSPEDALE VALCAMONICA - ESINE - ESINE	Esine	72	19.3	88.41
OSPEDALE DI CHIAVENNA - CHIAVENNA	Chiavenna	42	11.2	-
OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA - GRAVEDONA ED UNITI	Gravedona Ed Uniti	37	9.9	-
OSPEDALE MORELLI - SONDALO - SONDALO	Sondalo	34	9.1	-

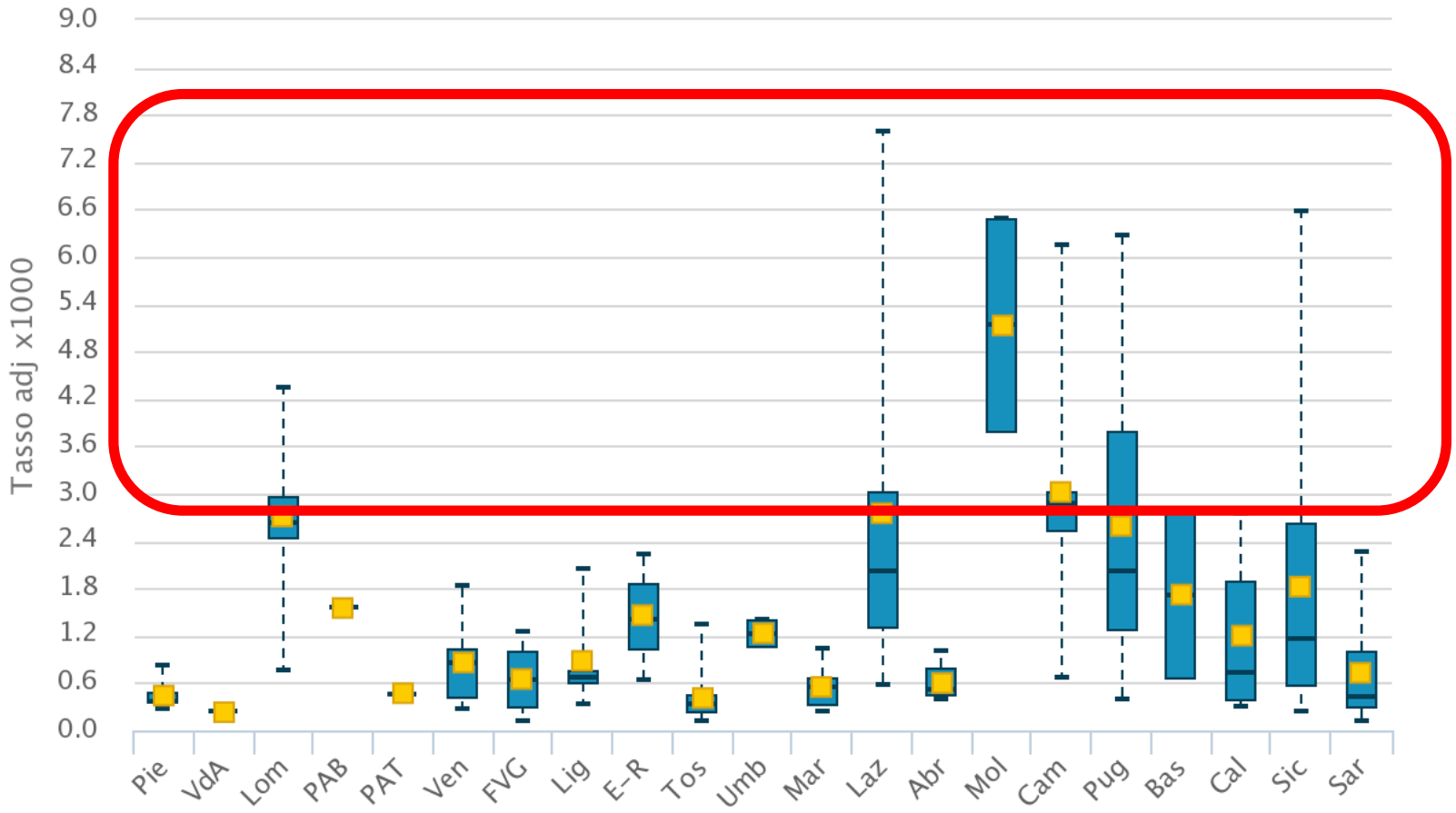
Ricoveri in strutture di altre regioni

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
Altre strutture		5	1.3	

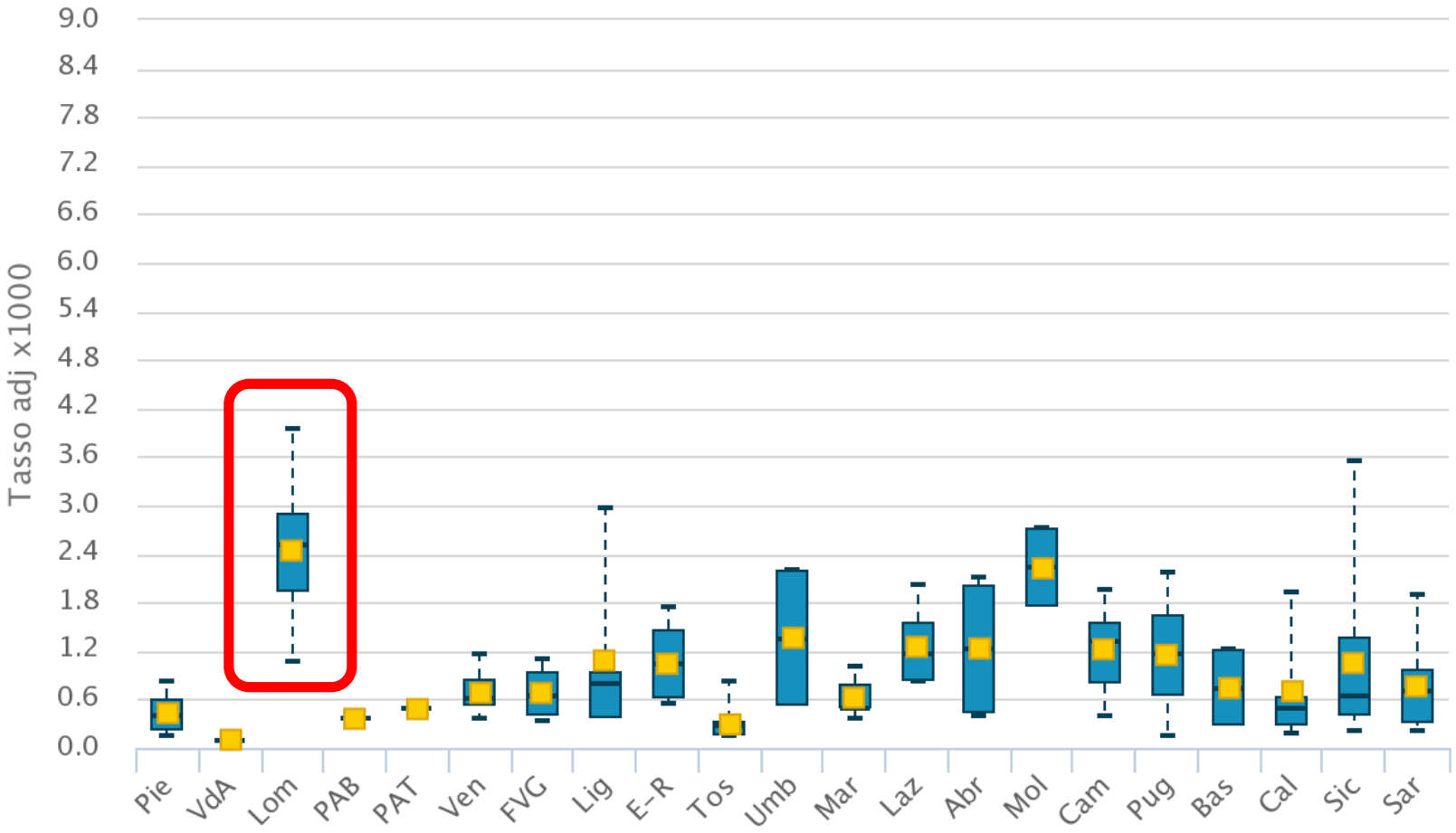
Risultati #5 – GATSROENTERITE PEDIATRICA



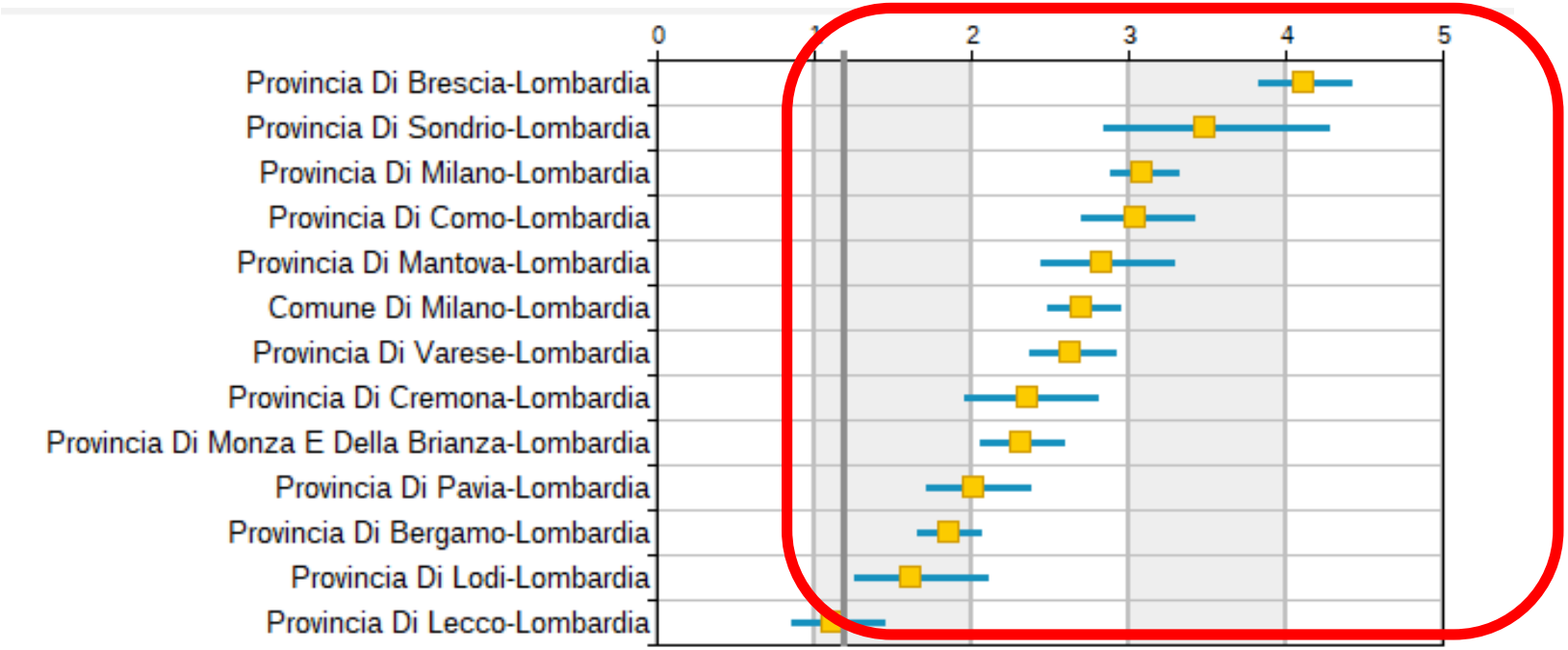
Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica. 2015



Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica. 2017



OSPEDALIZZAZIONI PER GASTROENETRITE PEDIATRICA, LOMBARDIA 2017



Grafici TREEMAP

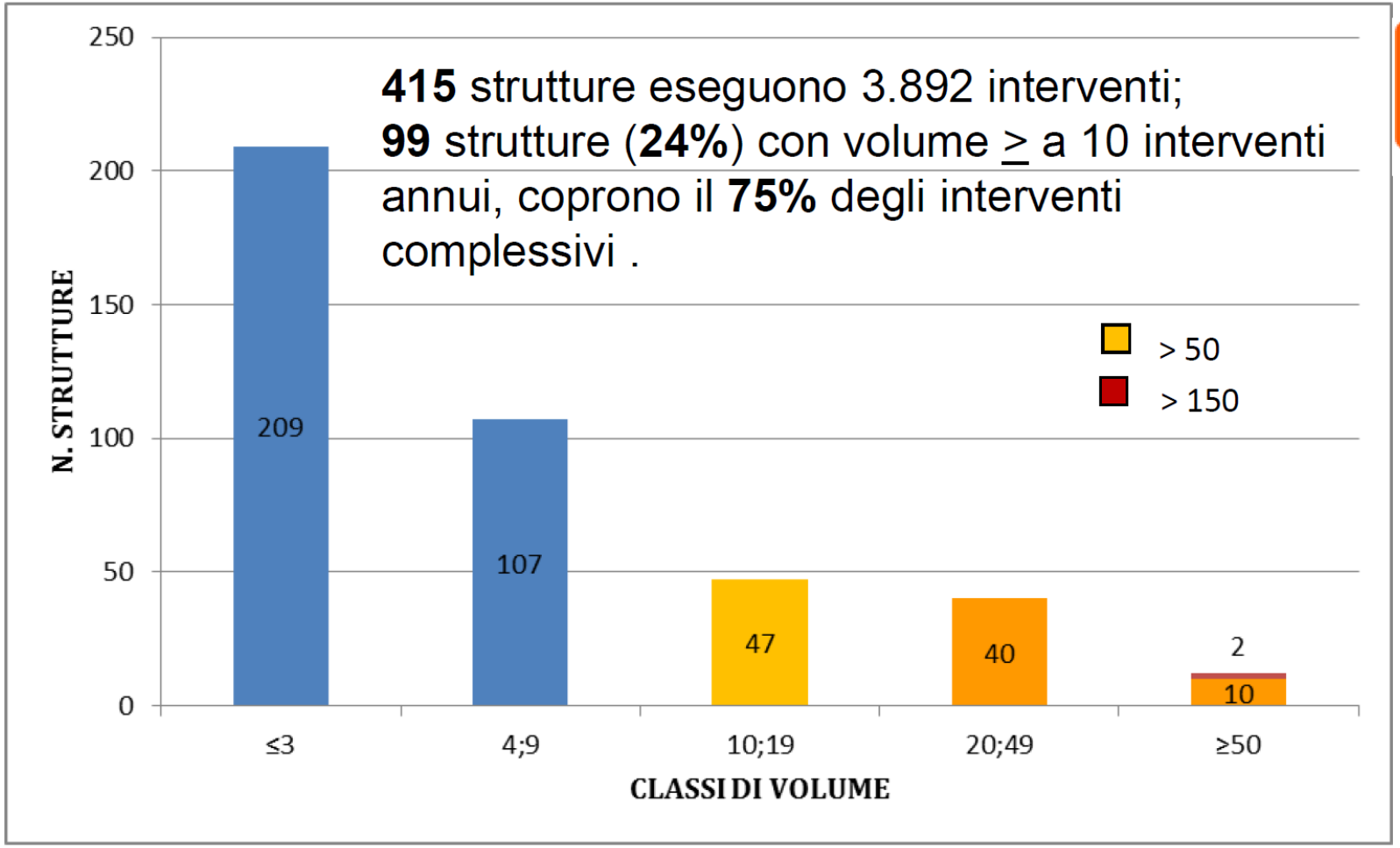
Riportano il grado di **aderenza agli standard di qualità** delle **strutture ospedaliere italiane** per le seguenti **aree cliniche**:

- 6 cardiocircolatorio
- 2 nervoso
- 1 respiratorio
- 2 chirurgia generale
- 5 chirurgia oncologica
- 3 gravidanza e parto
- 2 osteomuscolare

21 INDICATORI TREEMAP

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

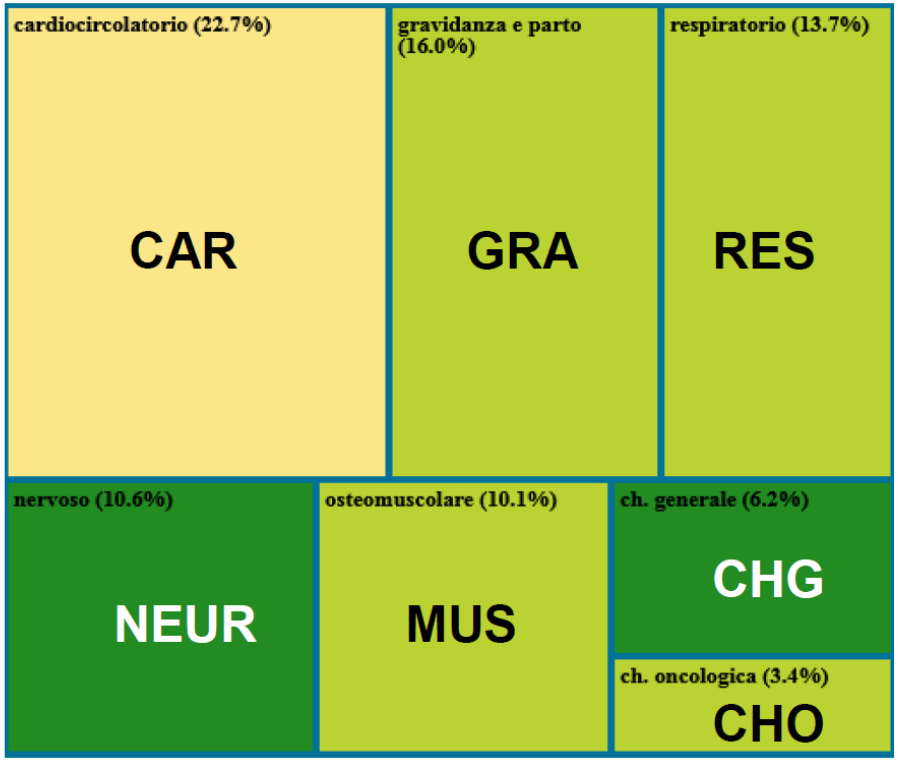
TM dell'ovaio: distribuzione volumi di attività per struttura

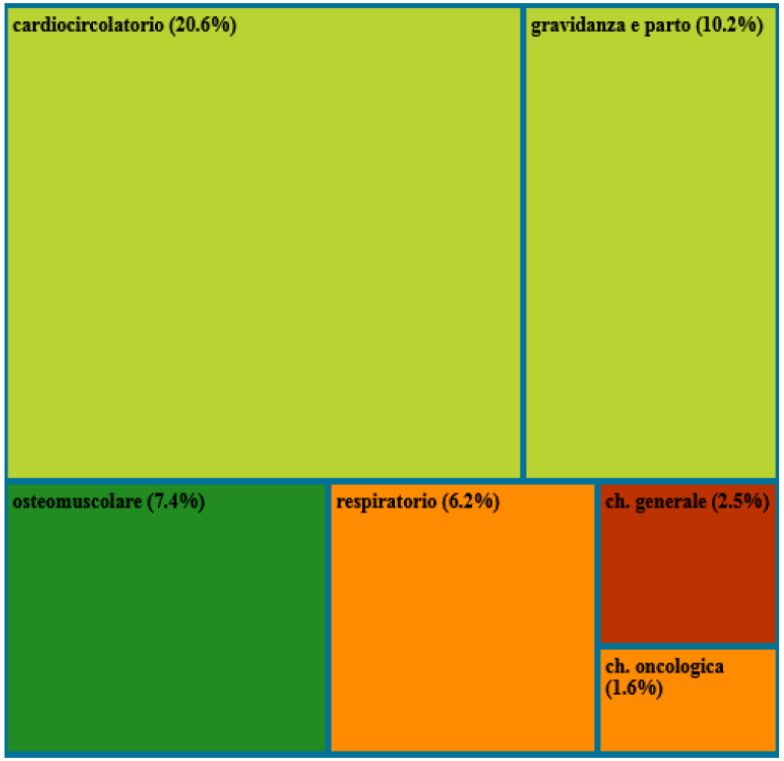


NEW

Treemap

Rappresentazione sintetica di ciascuna struttura ospedaliera rispetto a parametri di **aderenza agli standard qualitativi** raggruppando 21 indicatori in **aree cliniche**





Livello di aderenza a standard di qualità

Molto alto | Alto | Medio | Basso | Molto basso | ND

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

agena.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

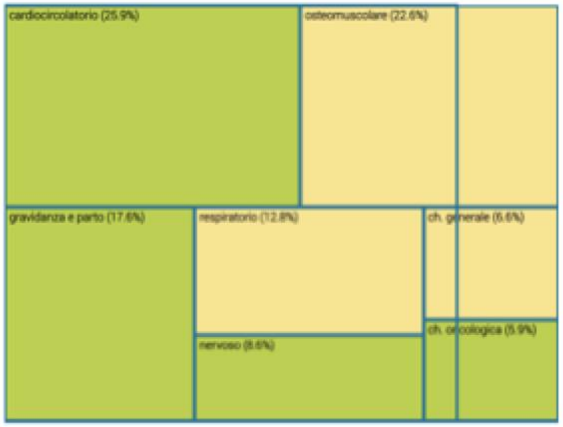
Oggi l'Ospedale è classificato così ....

ESTRATTO DATI AGENAS (PNE-TREEMAP) PER SEI STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE LOMBARDIA (2016)

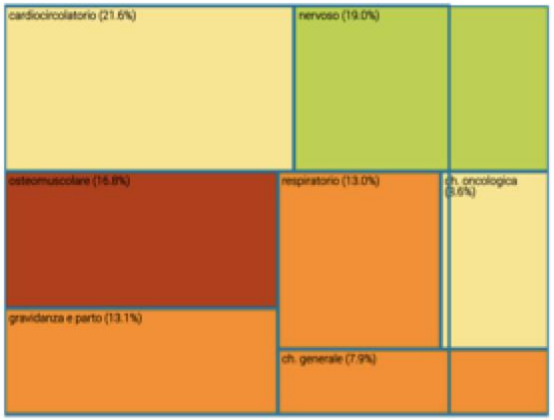
Scala cromatica dei 21 indicatori (raggruppati in 7 aree cliniche)

IRCCS privato - NORD

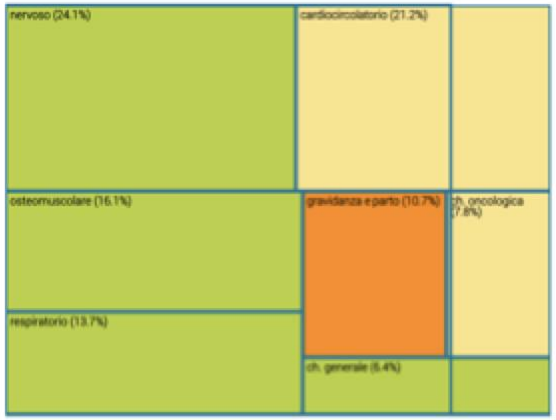
IRCCS pubblico - NORD



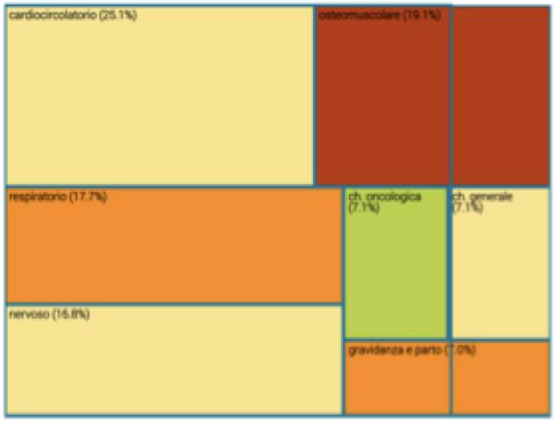
Policlinico pubblico - CENTRO-SUD



AO pubblica - NORD



AO pubblica - CENTRO-SUD



Policlinico privato - CENTRO SUD

Gli indicatori PNE vanno bene per tutte le esigenze?

Le ambizioni di alcune Aziende di passare dalla mediocrità all'eccellenza

Statistiche descrittive

Confronti per la appropriatezza delle cure e sostenibilità SSN

Deospedalizzazione e medicina di territorio

I criteri per l'accreditamento delle Specializzazioni

Criteri per i requisiti minimi delle strutture ospedaliere

Conclusioni

- I principali indicatori PNE evidenziano un trend temp
miglioramento per la maggior parte delle aree cliniche.
- I confronti mostrano aree di qualità elevata e confrontabile con le migliori realtà internazionali (mortalità post-procedure, ospedalizzazioni per pat. croniche) ed aree sulle quali è necessario intervenire ulteriormente (parti, femori, frammentazione chirurgia oncologica).
- Si registra una riduzione di variabilità negli esiti a livello nazionale ma il divario Nord-Sud è ancora presente .
- Esiste una variabilità ancora importante fra Ospedali nella stessa Regione.
- Continua il decremento di ospedalizzazioni per patologie acute e croniche ad alto rischio di inappropriatezza.
- Sulla base dell'analisi Treemap nazionale, le aree della chirurgia oncologica, della gravidanza/parto e del respiratorio sono quelle su cui far convergere iniziative di miglioramento.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE