CORSO DI RIVALIDAZIONE MANAGERIALE PER I DIRIGENTI DELLE AZIENDE SANITARI

Politica socio sanitaria: SSN e SSR, comparazione sistemi sanitari, la valutazione dei sistemi sanitari. Indicatori di benessere e determinanti della salute. Indicatori performance (anche PNE, LEA, etc.)
Rapporti stato salute popolazione

Carlo Signorelli, Anna Odone

Milano Febbraio 2020

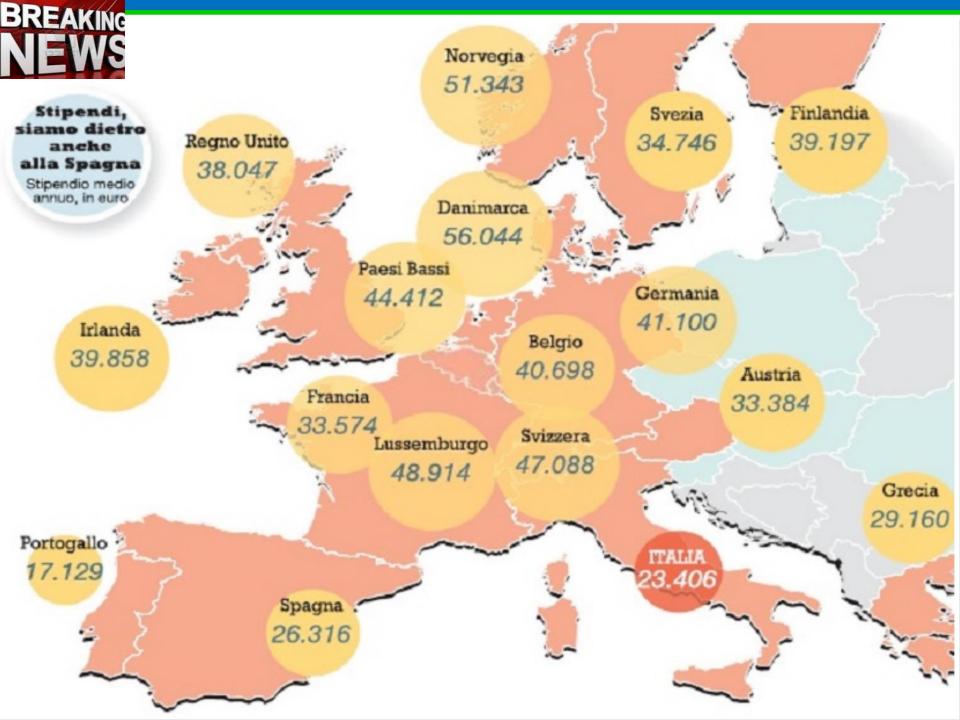


Inappropriatezza in ospedale. Per diabete, malattie polmonari, insufficienza cardiaca, influenza, asma e alcol correlate, l'alternativa al ricovero con l'assistenza territoriale non decolla

E' quanto risulta dall'analisi delle SDO 2018 che contengono anche una serie di indicatori sui tassi di ospedalizzazione per alcune patologie che potrebbero essere trattate fuori dall'ospedale. Più alti sono meno significativa è la presenza di servizi sul territorio.



21 GEN - I ricoveri ospedalieri calano progressivamente ma la crescita dell'assistenza territoriale non sembra crescere di pari misura. E' quanto si deduce dall'analisi delle SDO 2018 che consentono un'analisi indiretta dei progressi nella medicina territoriale come alternativa all'ospedalizzazione attraverso una serie di indicatori riferiti ai tassi di ospedalizzazione per condizioni cliniche - come il diabete non controllato, il diabete con complicanze, l'insufficienza cardiaca, l'asma nell'adulto, le malattie polmonari croniche ostruttive, l'influenza nell'anziano e le patologie correlate all'alcol - per i quali valori più bassi indicano una migliore efficienza dell'assistenza sanitaria, sia come efficacia dei servizi territoriali, sia come ridotta inappropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione.



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 pratica su PC







Online il «Tripadvisor» della sanità

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



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

MADIO DE EAZIO

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 aponente puòvantare suuna 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 trai 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*



Business

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

By Lee J Miller and Wei Lu

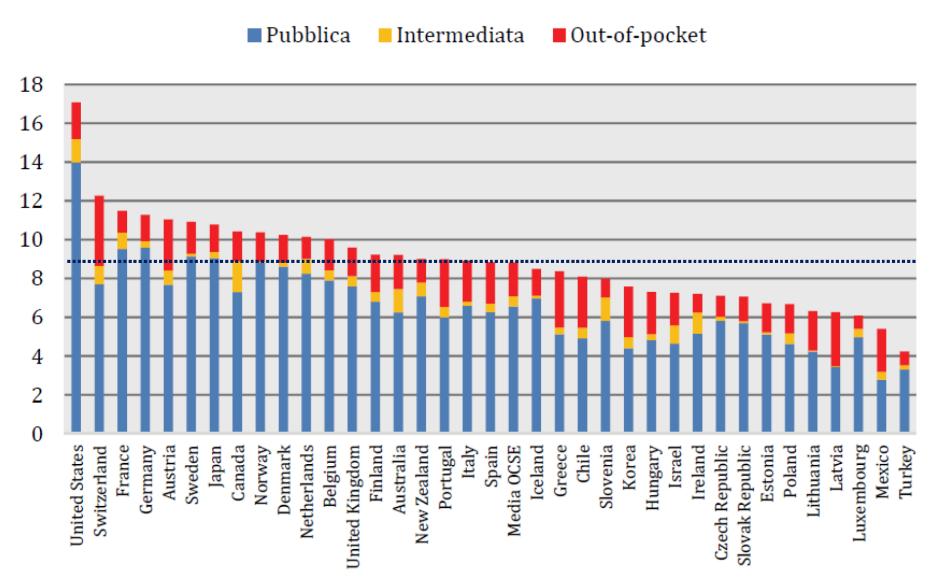
Health Care Efficiency Scores in 56 Economies



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

Figura 3.6. Spesa sanitaria totale nei paesi OCSE in percentuale del PIL





Giornata mondiale della Salute 2019



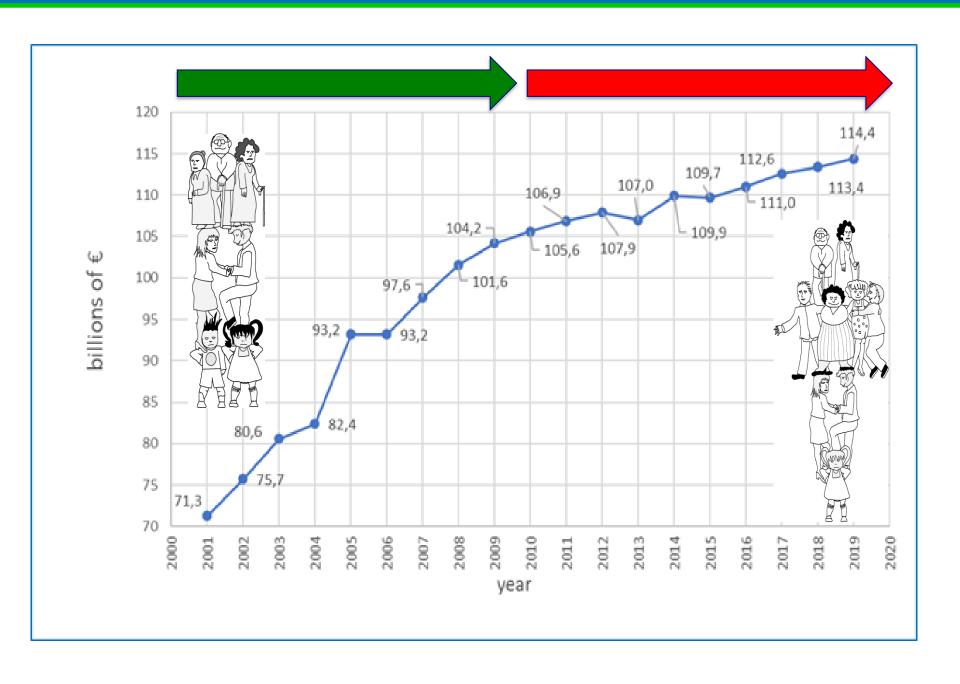
World Health Day #Healthforall

Servizio sanitario nazionale

Principi 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

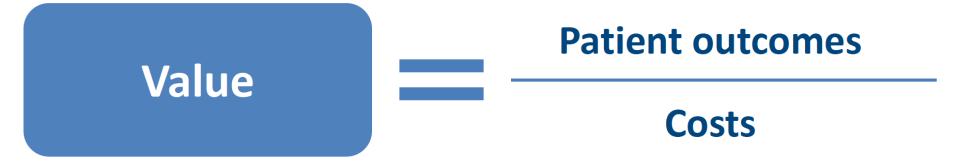




What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

N ENGL J MED 363;26 NEJM.ORG DECEMBER 23, 2010





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

Taiichi Ohno, Toyota

Disinvestimento

Overuse

Interventi sanitari
low value

- Inefficaci
- Rischiosi
- Inappropriati



Riallocazione



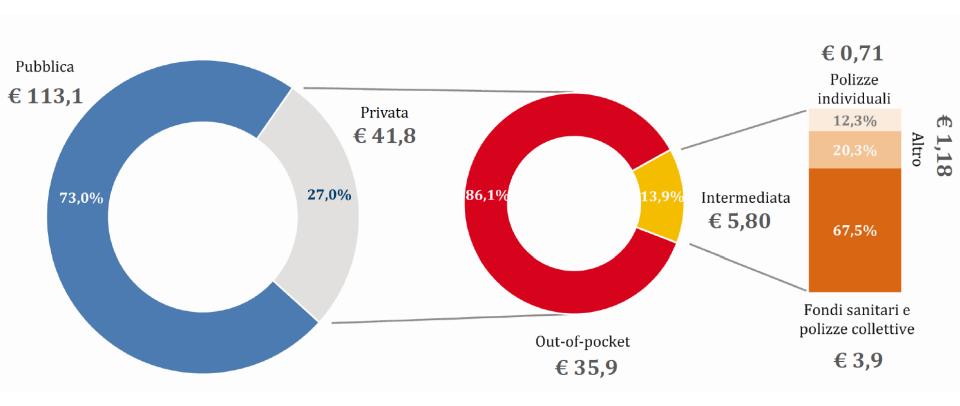
Underuse

Interventi sanitari high value

- Efficaci
- Sicuri
- Appropriati

Ripartizione della spesa sanitaria

€ 41,8 miliardi di spesa sanitaria privata



Stima sprechi e inefficienze 2017

	Categoria	%	Mld €*	(± 20%)
1.	Sovra-utilizzo	30	6,45	(5,16 – 7,74)
2.	Frodi e abusi	22	4,73	(3,79-5,67)
3.	Acquisti a costi eccessivi	10	2,15	(1,72-2,58)
4.	Sotto-utilizzo	15	3,22	(2,58-3,87)
5.	Inefficienze amministrative	11	2,36	(1,89-2,84)
6.	Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,58	(2,06-3,10)

^{*€ 21,5} miliardi (range 17,20 – 25,79) calcolati proiettando la stima del 19% sui € 113,131 miliardi di spesa pubblica





Campania

Basilicata

Sardegna ITALIA

Calabria

Sicilia

Puglia

7,78

6,71

12,04

6,35

11,49

18,97

10,79

1,77

0.67

2,24

1,39

1,24

5,41

1,30

5,04

14,33

0,25

4,13

1,97

7,78

5,15

Indicatori di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali - Attività per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati 2018 e differenza con 2017 e 2013 (in rosso le Regioni in piano di rientro)

REGIONE	Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato (per 100.000 ab.)		Diff con 2013	Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto (per 100.000 ab.)	Diff con 2017	Diff con 2013	Tasso di ospedalizzazion e per insufficienza cardiaca (per 100.000 ab.) (età >= 18 anni)	Diff con 2017	Diff con 2013
Piemonte	4,88	0,39	- 1,08	3,80	0,33	- 1,40	231,60	2,89	- 45,29
Valle d'Aosta	2,84	0,95	- 5,61	5,25	- 1,27	1,45	283,50	- 15,31	- 7,45
Lombardia	12,63	- 1,38	- 7,80	9,25	0,83	- 1,76	297,65	- 19,56	- 29,82
P.A. Bolzano	29,75	- 0,00	- 3,46	7,40	0,58	- 0,53	324,39	8,75	- 20,86

								(età >= 18 anni)			
Piemonte	4,88	0,39	- 1,08	3,80	0,33	-	1,40	231,60	2,89	-	45,29
Valle d'Aosta	2,84	0,95	- 5,61	5,25	- 1,27		1,45	283,50	- 15,31	-	7,45
Lombardia	12,63	- 1,38	- 7,80	9,25	0,83	-	1,76	297,65	- 19,56	-	29,82
P.A. Bolzano	29,75	- 0,00	- 3,46	7,40	0,58	-	0,53	324,39	8,75		20,86
P.A. Trento	12,14	- 1,86	- 0,55	1,83	- 1,53	-	3,06	270,61	- 36,72	-	3,13
Veneto	13,86	- 3,15	- 3,73	5,64	- 0,32	-	2,83	325,94	- 15,01		37,28
Friuli V.G.	14,77	5,12	0,50	4,86	0,85	-	2,17	367,03	- 28,09	-	43,41
Liguria	8,86	- 1,52	- 4,29	9,88	1,27	-	1,95	309,91	- 7,33	-	33,96
Emilia Romagna	20,72	- 2,63	- 5,14	6,04	0,85	-	1,60	352,41	- 14,44	-	17,47
Toscana	4,76	- 0,75	- 1,70	3,23	0,01	-	1,29	283,08	- 3,16	-	8,64
Umbria	15,61	3,24	4,38	8,55	3,64	-	1,87	397,14	- 5,93	-	6,02
Marche	5,95	0,40	- 4,38	4,35	- 0,30	-	1,28	359,77	7,10		2,09
Lazio	9,19	- 1,31	- 7,65	3,21	- 0,43	-	1,07	286,68	- 24,63	-	39,51
Abruzzo	8,97	- 1,75	- 5,22	2,48	- 0,60	-	3,76	400,20	8,14	-	84,75

lemonte	4,88	0,39	-	1,08	3,80		0,33	-	1,40	231,60		2,89	-	45,29
alle d'Aosta	2,84	0,95	-	5,61	5,25	-	1,27		1,45	283,50	-	15,31	-	7,45
ombardia	12,63	- 1,38	-	7,80	9,25		0,83	-	1,76	297,65	-	19,56	-	29,82
.A. Bolzano	29,75	- 0,00	-	3,46	7,40		0,58		0,53	324,39		8,75	-	20,86
.A. Trento	12,14	- 1,86	-	0,55	1,83	-	1,53	-	3,06	270,61	-	36,72	-	3,13
eneto	13,86	- 3,15	-	3,73	5,64	-	0,32	-	2,83	325,94		15,01	-	37,28
riuli V.G.	14,77	5,12		0,50	4,86		0,85	-	2,17	367,03	-	28,09	-	43,41
iguria	8.86	- 152	-	4 29	9.88		1 27		195	309.91	_	7 33	-	33.96

P.A. Bolzano	29,75	- 0,00	- 3,46	7,40	0,58	- 0,53	324,39	8,75	-	20,86
P.A. Trento	12,14	- 1,86	- 0,55	1,83	- 1,53	- 3,06	270,61	- 36,72	-	3,13
Veneto	13,86	- 3,15	- 3,73	5,64	- 0,32	- 2,83	325,94	- 15,01	-	37,28
Friuli V.G.	14,77	5,12	0,50	4,86	0,85	- 2,17	367,03	- 28,09	-	43,41
Liguria	8,86	- 1,52	- 4,29	9,88	1,27	- 1,95	309,91	- 7,33	-	33,96
Emilia Romagna	20,72	- 2,63	- 5,14	6,04	0,85	- 1,60	352,41	- 14,44	-	17,47
Toscana	4,76	- 0,75	- 1,70	3,23	0,01	- 1,29	283,08	- 3,16	-	8,64
Umbria	15,61	3,24	4,38	8,55	3,64	- 1,87	397,14	- 5,93	-	6,02
Marche	5.95	0.40	- 4.38	4.35	- 0.30	- 1.28	359.77	7.10	Т	2.09

Liguria	8,86	- 1,52	- 4,29	9,88	1,27	- 1,95	309,91	- 7,33	- 33	3,96
Emilia Romagna	20,72	- 2,63	- 5,14	6,04	0,85	- 1,60	352,41	- 14,44	- 17	7,47
Toscana	4,76	- 0,75	- 1,70	3,23	0,01	- 1,29	283,08	- 3,16	- 8	8,64
Umbria	15,61	3,24	4,38	8,55	3,64	- 1,87	397,14	- 5,93	- (6,02
Marche	5,95	0,40	- 4,38	4,35	- 0,30	- 1,28	359,77	7,10	1 :	2,09
Lazio	9,19	- 1,31	- 7,65	3,21	- 0,43	- 1,07	286,68	- 24,63	- 39	9,51

Toscana	4,76	- 0,75	- 1,70	3,23	0,01	- 1	,29 283,08	- 3,16	-	8,64
Umbria	15,61	3,24	4,38	8,55	3,64	- 1	,87 397,14	- 5,93	-	6,02
Marche	5,95	0,40	- 4,38	4,35	- 0,30	- 1	,28 359,77	7,10		2,09
Lazio	9,19	- 1,31	- 7,65	3,21	- 0.43	- 1	,07 286,68	- 24,63		39,51
Abruzzo	8,97	- 1,75	- 5,22	2,48	- 0,60	- 3	,76 400,20	8,14	-	84,75
Molise	8.68	- 4.85	- 5.61	2.63	1.06	- 4	.03 509.72	- 7.93	T	41.54

0.91

0.57

1,10

0.28

0.64

1,30

0,26

270,45

305,68

322,37

238,68

297,97

249,00

300,26

21,10

0.63

3,95

26,63

4,65

4,48

11,73

72,88 14,73

16,96

120,17

73,06

21,09

38,90

6,48

3.00

0.74

0.88

3,88

0.78

2,44

8,53

5,59

3,39

6,63

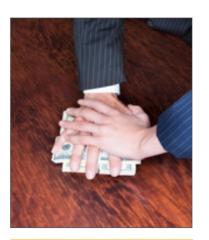
3,14

7,05

5,87

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

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



ARTICOLI CORRELATI

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

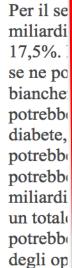
06-07-2017 | Corruzione, Cantone (Anac): sanità continua a preoccupare

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

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

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

ER APPROFONDIRE: mensa, ospedali, pasti, sanità



comples

risparm



troppo corta".





Redrawing the map

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





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"



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective

HEALTH CARE 2009

A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System

Michael E. Porter, Ph.D.

Despite many waves of debate and piecemeal reforms, the U.S. health care system remains largely the same as it was decades ago. We have seen no convincing approach to changing the

unsustainable trajectory of the system, much less to offsetting the rising costs of an aging population and new medical advances.

Today there is a new openness to changing a system that all agree is broken. What we need now is a clear national strategy achieving and maintaining good health is inherently less costly than dealing with poor health.

True reform will require both moving toward universal insurance coverage and restructuring the care delivery system. These two components are profoundly access without improved value is unsustainable and sure to fail. Even countries with universal coverage are facing rapidly rising costs and serious quality problems; they, too, have a pressing need to restructure delivery.²⁻⁴

How can we achieve universal coverage in a way that will support, rather than impede, a fundamental reorientation of the delivery system around value for patients? There are several critical steps. Michael E. Porter



The big question is whether we can move beyond a reactive and piecemeal approach to a true national health care strategy centered on value.

This undertaking is complex, but the only real solution is to align everyone in the system around a common goal: doing what's right for patients.



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



	PNE (Programma Nazionale Esiti)	MeS (Management e Sanità)
	[17] [18] [18] [18] [18] [18] [18] [18] [18	S. Anna – Pisa – Italia
3 sistemi a confronto	Programma Nazionale Esiti - PNE	Sant'Ann Scuola Universitaria Superiore
	SDO (Sistema Informativo Ospedaliero)	SDO, Prestazioni Ambulatoriali, PS,
Fonti dati	AT (Anagrafe Tributaria)	Certificati di Assistenza al Parto, AD
	EmUr (Emergenza-Urgenza)	(assistenza domiciliare e residenziale)
Classi di indicatori	Esito e Processo, Volumi attività, Ospedalizzazione	Sintesi, Valutazione, Osservazione
Medicine and Surgery:		
- cardio-cerebro-vascolare	✓	✓
- pneumologia	✓	✓
- epatologia, nefrologia	*	✓
- urologia	✓	✓
- gastroenterologia	✓	✓
- ortopedia	✓	✓
- chirurgia oncologica	✓	✓
- ostetricia	✓	✓
- malattie infettive	✓	✓
- otorinolaringoiatria	· /	V
Mental health	×	✓
Pharmaceutical sciences	×	✓
Nursing prowess	×	×
Imaging e ingegneria biomedica	×	✓
Cure palliative	×	×

PARTNERS mbulatoriali, PS, 118, **PEDIC** nza al Parto, AD-RSA (Patient Experience Data Intelligence Centre) re e residenziale)... Osservazione Patient/staff satisfaction and perception

King's Health Partners

Londra

III I III IIII IIII HEALTH

Pioneering better health for all

DIFFERENZE REGIONALI

Degenza pre-operatoria (gg) per interventi chirurgici elettis



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

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.

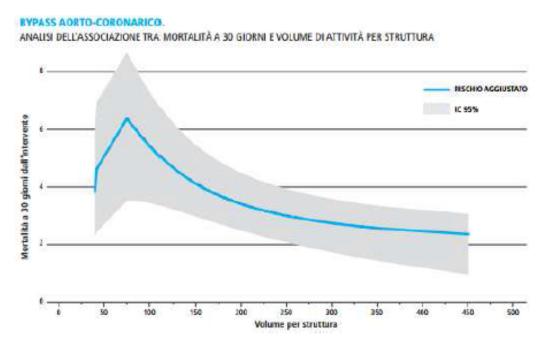
Bypass aorto-coronarico	Soglia				
Volume per Struttura Complessa	200 interventi/anno				
Mortalità a 30 giorni dall'intervento	Max. 4%				

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	min 60%	min 54%
transluminale (PTCA) entro 2 giorni		
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aortocoronarico	max 4%	max 4,4%
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione	max 4%	max 4,4%
di valvole cardiache	IIIdX 4 /0	111dX 4,4 /0
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-	min 70%	min 63%
operatoria inferiore a 3 giorni	111111 7 0 76	111111 03 70
Proporzione di parti con taglio cesareo primario (≤ 25% per	max 25%	max 27,5%
strutture con almeno 1000 parti annui; ≤15% per strutture con meno		,
di 1000 parti annui)	o max 1	o max 16,5%
Proporzione di Interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di	min 600/	min 5.49/
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

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

H GEREIN, EDMONTON JOURNAL 12.03.2014 |



ospedali vanno mantenuti'



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)

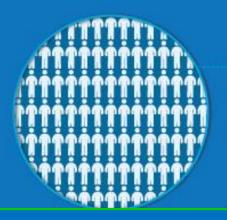
132.896 casi ogni anno



 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

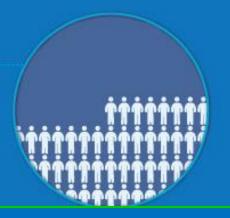
che trattano

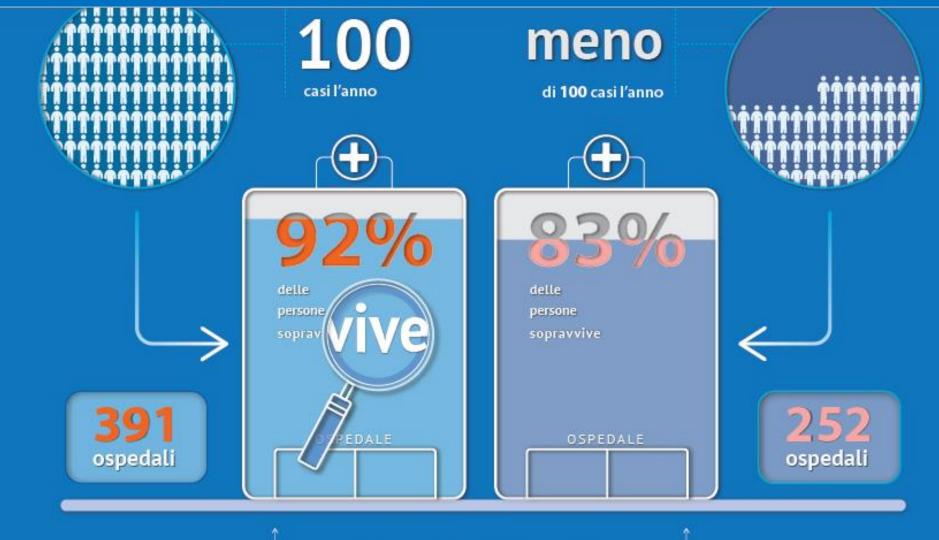
meno

di 100 casi l'anno









sopravvivenza a 30 giorni

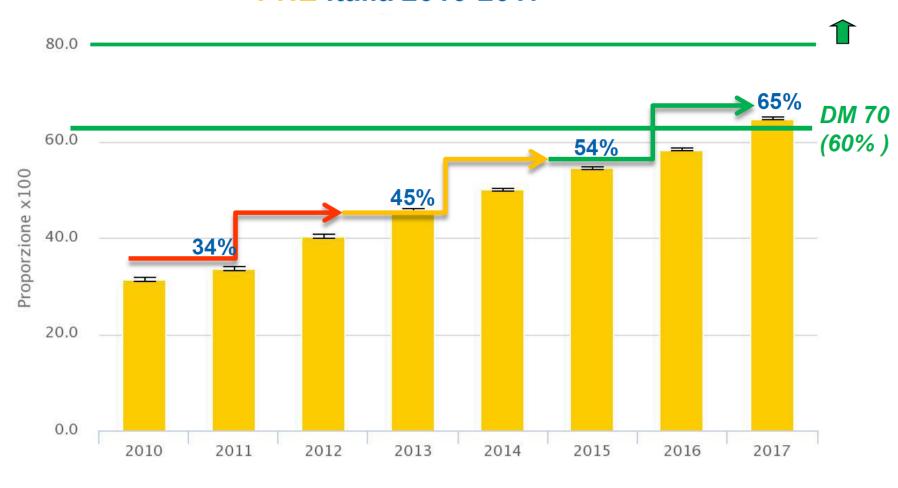


se tutte le persone con IMA fossero ricoverate negli ospedali che trattano almeno 100 casi l'anno

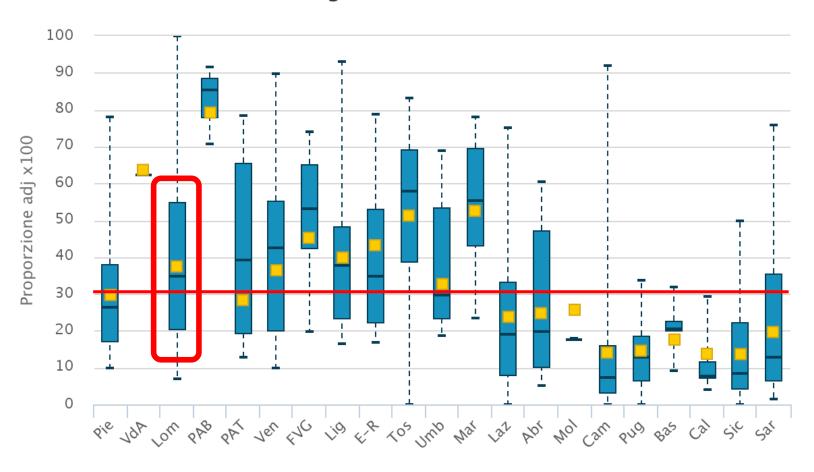
Risultati #3 – FRATTURE FEMORE

- 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.

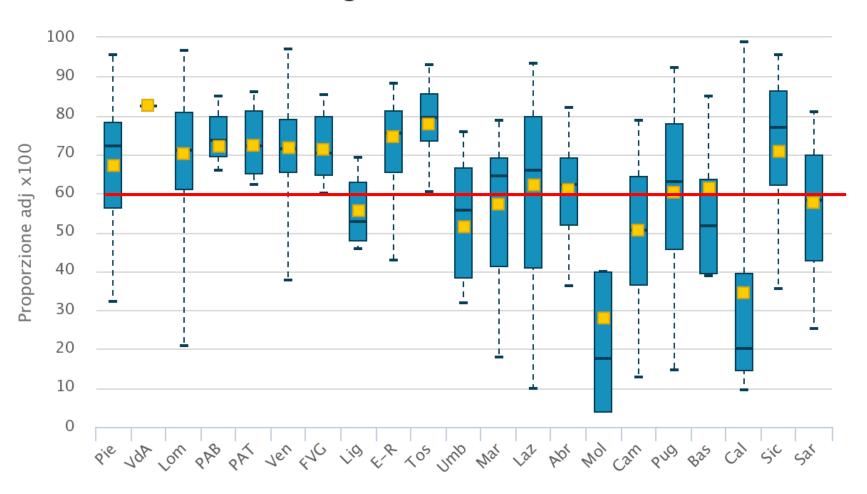
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni PNE Italia 2010-2017



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



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

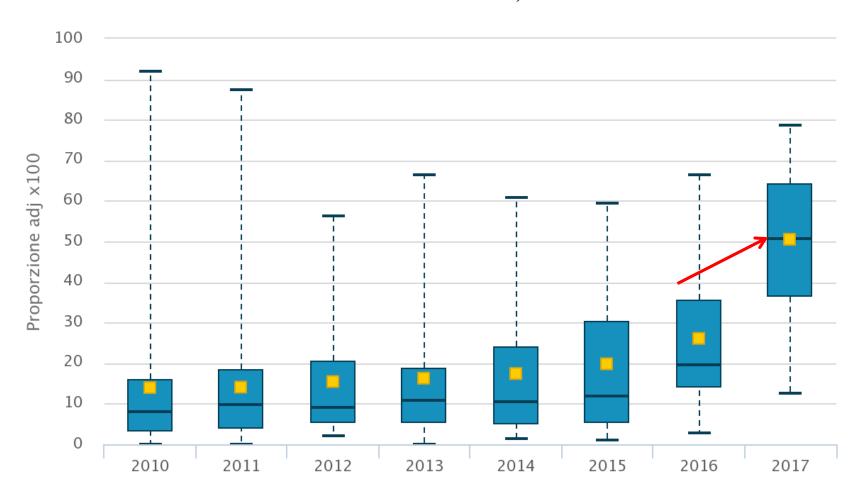


PREMESSO che

- 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);
- 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



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



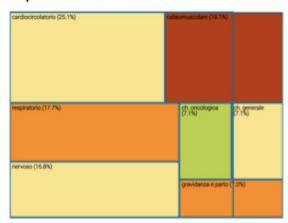
AO pubblica - NORD



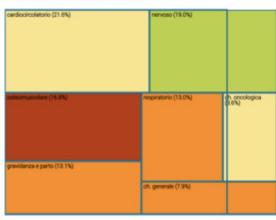
IRCCS pubblico - NORD



AO pubblica - CENTRO-SUD



Policlinico pubblico - 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

Deospedalizzazione e medicina di territorio



Statistiche descrittive

Confronti per la appropriatezza delle cure e sostenibilità SSN

I criteri per l'accreditamento delle Specializzazioni

Criteri per i requisiti minimi delle strutture ospedaliere

Conclusioni

- I principali indicatori PNE evidenziano un trend temporale in costante 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