

# Politica socio sanitaria: SSN e SSR

## La comparazione dei sistemi sanitari

---

IL NOSTRO SISTEMA

RAPPORTO SULLO STATO SALUTE POPOLAZIONE

INDICATORI DI BENESSERE E DETERMINANTI DELLA SALUTE

INDICATORI PERFORMANCE (PNE, LEA, ETC.)

# Il nostro Servizio Sanitario

Sezione 1



# Prima del Servizio Sanitario Nazionale

---

## **1799-1806, Repubblica Cisalpina, Campagna Antivaiolo di L. Sacco**

Nel 1806 Sacco riferì di avere fatto vaccinare o vaccinato personalmente nei soli Dipartimenti del Mincio, dell'Adige, del Basso Po e del Panaro più di 130.000 persone. In breve, i vaccinati del Regno d'Italia (Napoleonico) giunsero a un milione e mezzo, riducendo drasticamente la mortalità da vaiolo.

## **1861, Unità d'Italia**

La tutela della salute è affidata al **Ministero dell'Interno**

Nel 1861 si viveva in media 49 anni (45 anni se il dato non fosse depurato dalla mortalità infantile)

Su 1.000 bambini nati vivi, 230 morivano durante il primo anno di vita.

# Prima del Servizio Sanitario Nazionale

---

## **1883 Riforma Bismark**

## **1888, legge Pagliani-Crispi**

Trasforma l'approccio di polizia sanitaria in sanità pubblica, creando un primo assetto organizzativo. Nel 1890 le Opere Pie sono trasformate in Enti Pubblici.

Si rende obbligatoria per i neonati la vaccinazione antivaiolosa.

## **1907, Testo unico delle Leggi Sanitarie**

Lotta alla malaria. Produzione del Chinino in fabbriche dello stato

## **1919, Piani anti TBC**

Ricoveri per tubercolosi a carico dello stato, Comitati Provinciali lotta alla TBC, Sanatori (Sondalo, Garbagnate, Pietra Ligure)

Commissioni parlamentari per l'Istituzione dell'Assicurazione Obbligatoria (senza nessun risultato per via della crisi finanziaria degli anni 20)

# Prima del Servizio Sanitario Nazionale

---

## 1927, Carta del lavoro

La Carta del lavoro del 21 aprile annunciava un programma di assicurazioni sociali per “il perfezionamento dell’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e la disoccupazione involontaria; il miglioramento della tutela della maternità; l’assicurazione per le malattie professionali e la TBC come avviamento dell’assicurazione generale contro tutte le malattie”.

## 1933, Istituzione Casse Infortuni

Istituto nazionale fascista della previdenza sociale INFPS che diventerà INPS (tolta la F di troppo)

Istituto nazionale fascista per la assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro INFAIL che diventerà INAIL

## 1938, Legge Petraggiani di riordino ospedaliero

Differenziò gli ospedali dalle semplici infermerie e li classificò in **tre categorie** secondo le loro dimensioni, misurate come presenza media giornaliera dei ricoverati. Infermerie ed ospedali di terza categoria costituivano oltre l’85% degli ospedali.

La gestione era affidata a benefattori dato che il sistema di finanziamento era fondato principalmente sulle donazioni. Le spese per i ricoveri erano remunerate secondo rette giornaliere stabilite da ciascun Ente, poste a carico dei Comuni per gli iscritti nell’elenco dei poveri, e degli Istituti mutualistici per i loro assicurati.

# Prima del Servizio Sanitario Nazionale

---

*1942 Report on Social Insurance and Allied Services (Beveridge)*

**1945, Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica**, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

**1948, Costituzione italiana**

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. (...) La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

**1958, il Ministero della Sanità**

La **legge 296 del 13 marzo 1958** istituisce il **Ministero della Sanità** che assorbe le competenze dell'Alto Commissariato e delle altre amministrazioni centrali preposte alla sanità pubblica. È coadiuvato nelle proprie funzioni dal **Consiglio superiore di sanità**, organo consultivo, e dall'**Istituto superiore di sanità**, organo tecnico-scientifico.

# Nasce il Servizio Sanitario Nazionale

---

## 1978, nasce il Servizio Sanitario Nazionale

La **Legge Mariotti del 1968** istituisce e organizza gli Enti Ospedalieri, costituisce il Fondo nazionale ospedaliero e introduce la programmazione ospedaliera attribuendone la competenza alle Regioni. È la premessa per la nascita del **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, **istituito dalla legge 833 del 1978** e costituito dal “complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione”.

65

## 1992, il riordino del Servizio Sanitario Nazionale

Negli anni '90 si registra una sempre maggiore esigenza di risorse finanziarie per sostenere il funzionamento del SSN. Con i **decreti di riordino del 1992-1993 (Di Lorenzo-Amato) e del 1999 (riforma Bindi)**, si rafforza il potere delle Regioni e si introduce l'aziendalizzazione, in modo da garantire a tutti i cittadini i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni appropriate, assicurati dalle Regioni tramite le aziende sanitarie e la programmazione. Le unità sanitarie locali (USL) diventano aziende sanitarie con autonomia organizzativa (ASL).

72

	Legge 833/78	Legge 502/92 Legge 517/93	Legge 229/99
	COSTITUZIONE	AZIENDALIZZAZIONE	RIORDINO
Il bene salute	Bene fondamentale da assicurare a tutti	Bene da assicurare nel limite delle risorse disponibili	Bene collettivo da perseguire
Natura delle organizzazioni	USL (Struttura operativa dei Comuni senza personalità giuridica)	ASL (Soggetto pubblico giuridicamente autonomo)	ASL (Aziende con autonomia imprenditoriale)
Ruolo dei cittadini	Partecipazione	Definizione dei Diritti	Ruolo delle associazioni
Ruolo di rilievo	Comuni	Regione	Conferenza permanente per la programmazione sanitaria regionale
Sistema di governo	<b>Comitato di gestione e Presidente</b> [Dal 1991: Comitato dei Garanti ed Amministratore Straordinario]	<b>Direttore generale</b>	Direttore generale
Sistemi di controllo	Valutazione	Controllo della qualità	Promozione di efficacia ed efficienza
Sistemi di approvvigionamento	Convenzionamento	Accreditamento	Nuovi standard di accreditamento

# La sfida della sostenibilità

---

## **2001, la riforma del titolo V della Costituzione**

La **legge 3 del 2001 (riforma del Titolo V della Costituzione)** all'**art.117** ridisegna le competenze di Stato e Regioni in materia sanitaria. Lo Stato ha competenza esclusiva per la profilassi internazionale, determina i “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti sul territorio nazionale” e i principi fondamentali nelle materie di competenza concorrente. Ogni Regione assicura i servizi di assistenza sanitaria e ospedaliera. Dal 2001 gli accordi tra Stato e Regioni sono lo strumento con cui si disegna l'assistenza pubblica in Italia.

## **2017-2019, aggiornamento dei LEA**

Per garantire la tutela della salute e contenere la spesa sanitaria si definiscono dei **Livelli essenziali di assistenza (LEA)**, le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire sul tutto il territorio a tutti i cittadini, gratuitamente o con partecipazione alla spesa (ticket), finanziati con le risorse pubbliche. Le Regioni, con risorse proprie, possono garantire prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA. I LEA, definiti nel 2001 e aggiornati con il DPCM 12 gennaio 2017 sono il nucleo essenziale irrinunciabile del diritto alla salute. Nel 2019 viene annunciato il Nuovo Sistema di Garanzia

# Fragilità ripresa e resilienza

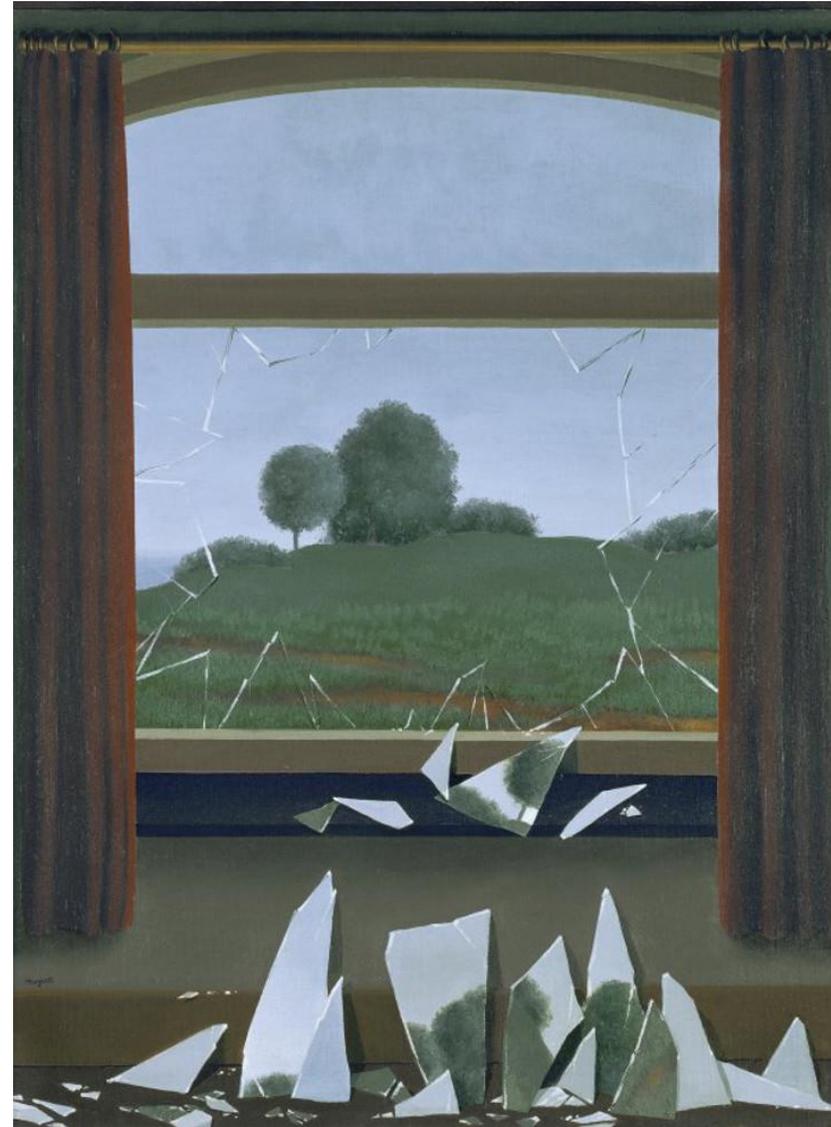
---

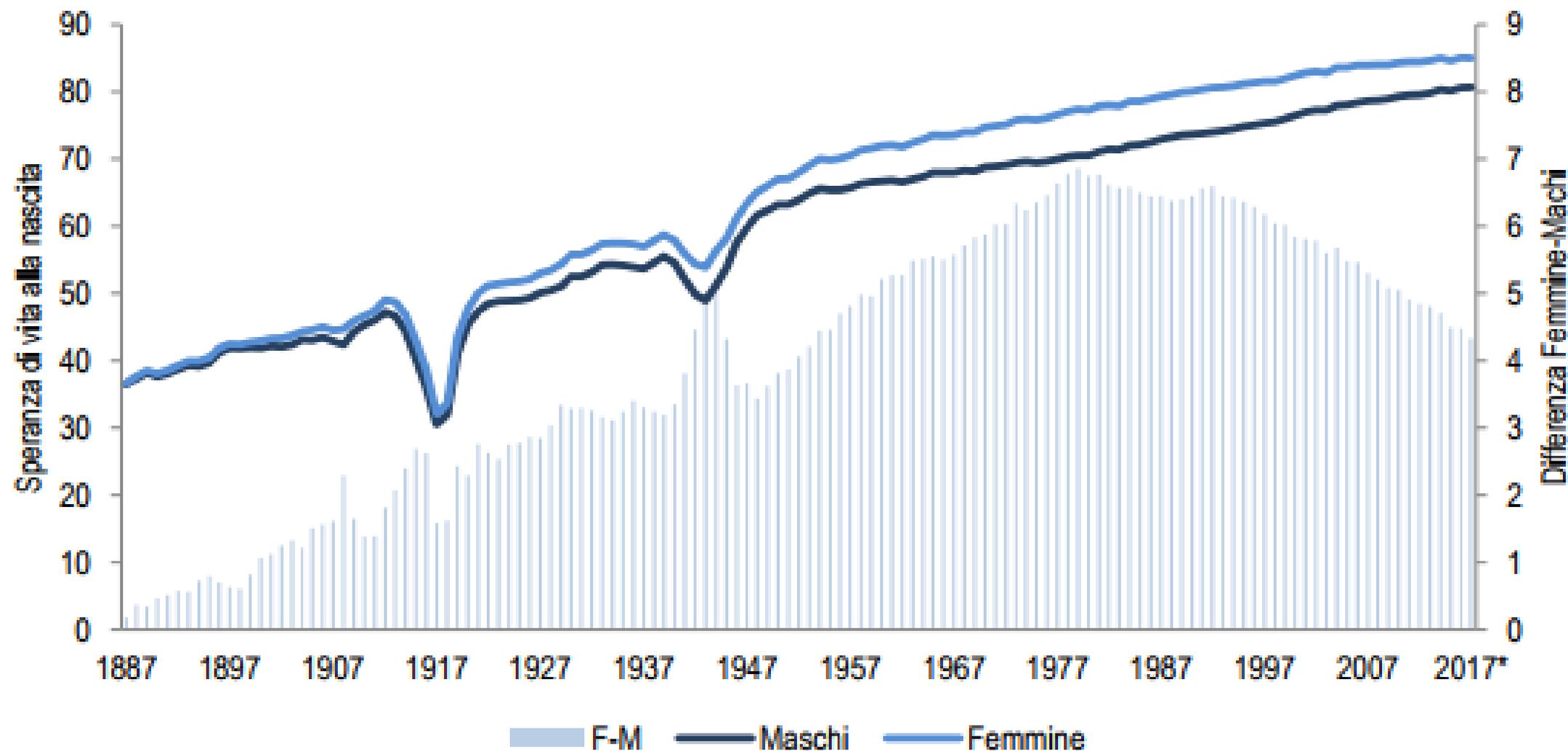
## **2020, Pandemia Covid**

La reazione del SSN alla crisi della pandemia Covid ne ha messo in evidenza punti di forza (preparazione del personale ospedali, flessibilità delle strutture pubbliche e private, reattività nella mobilitazione risorse, volontà di coordinamento) e di debolezza (fragilità della rete del territorio, limiti di approvvigionamento, poca disponibilità e capacità di allocazione risorse).

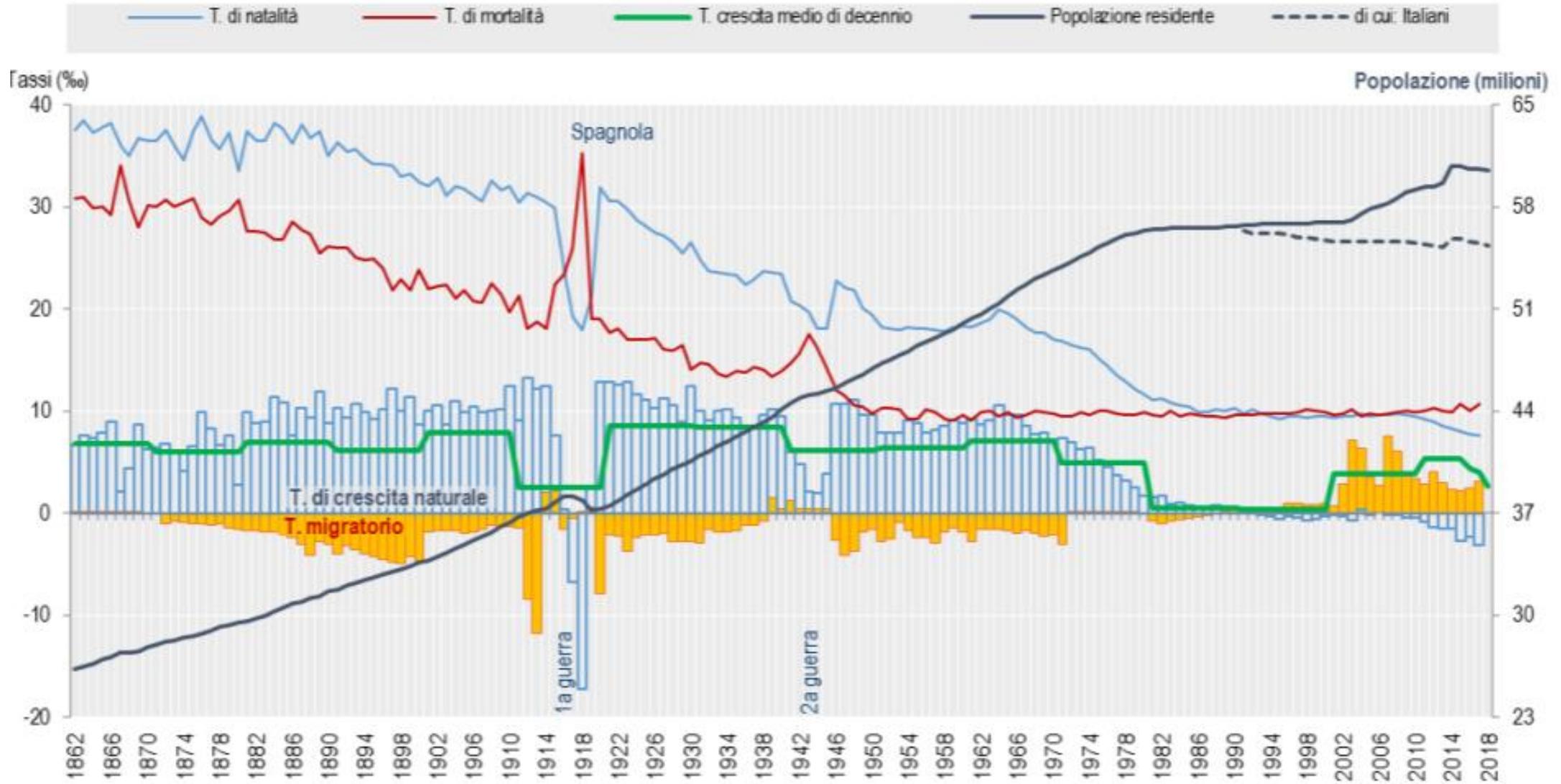
# Controllo della spesa I Piani di rientro delle Regioni Piani di rientro aziendali

Sezione 2



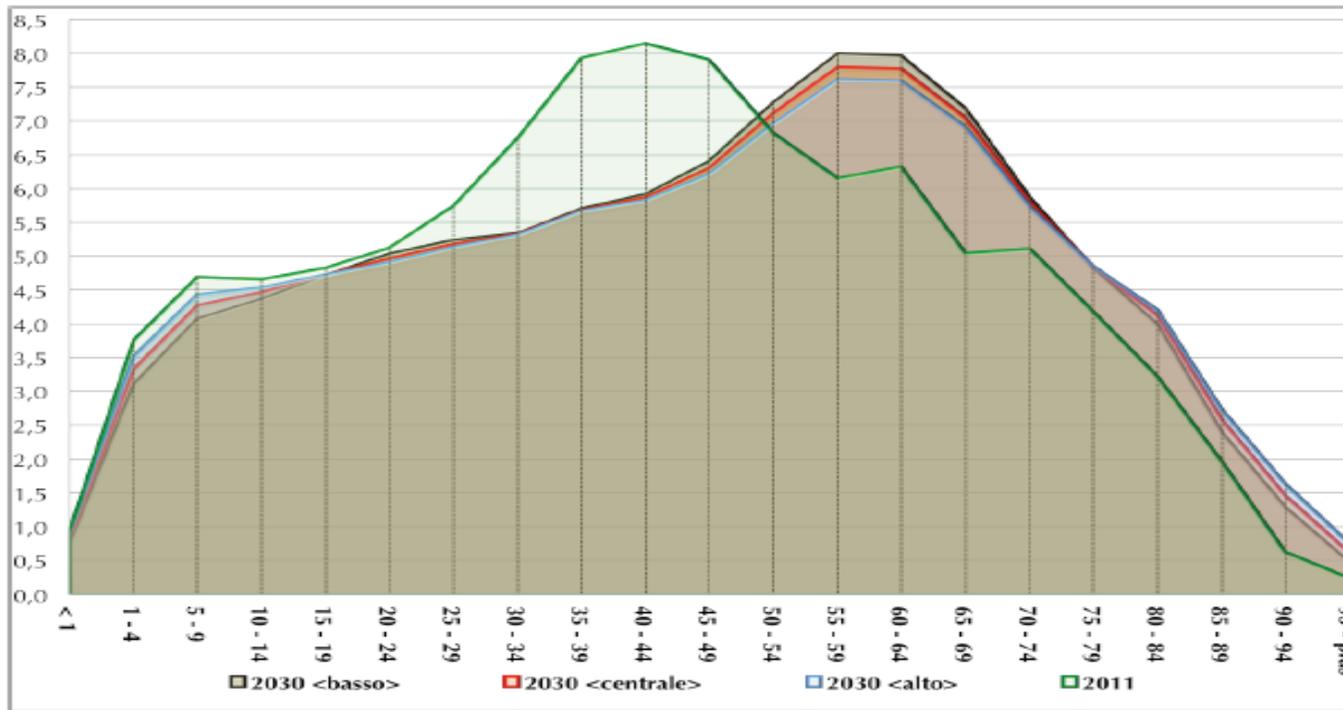


(\*) 2017 stima.

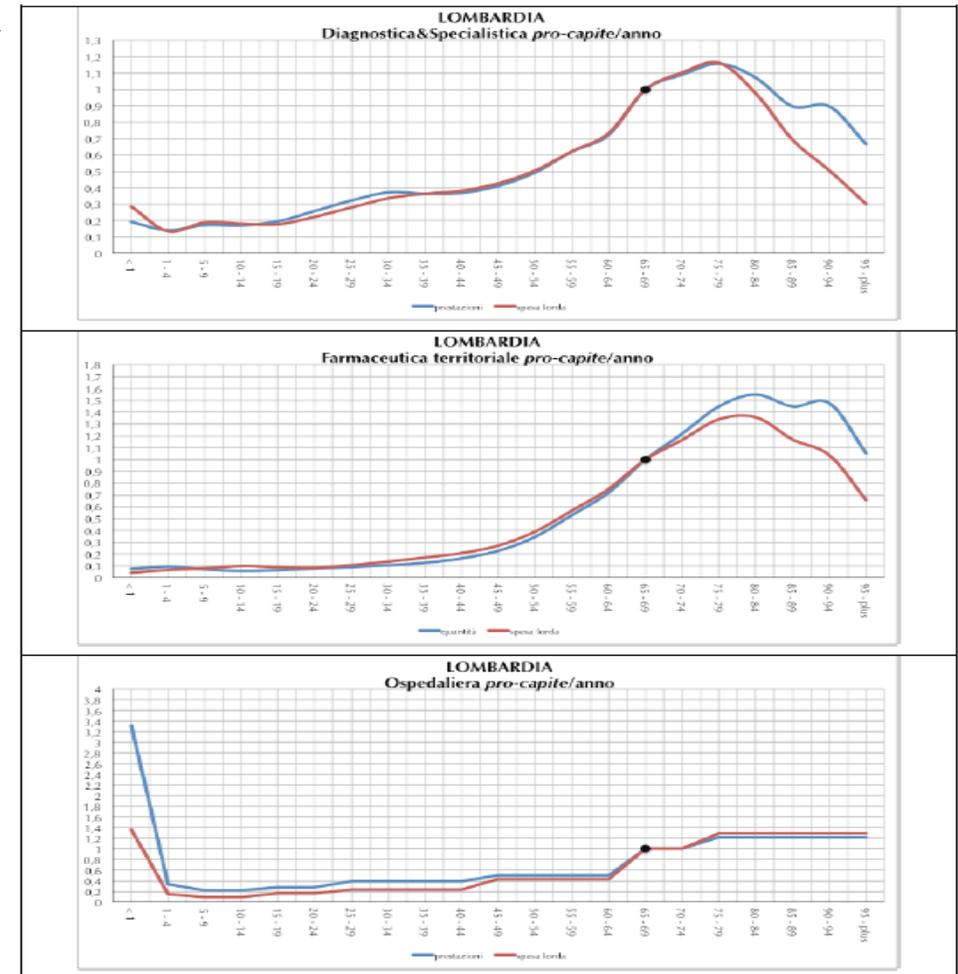


# La revisione della spesa

Grafico 4 : Composizione % della popolazione 2011-2030, i tre scenari Istat



E' possibile ridurre la spesa sanitaria?



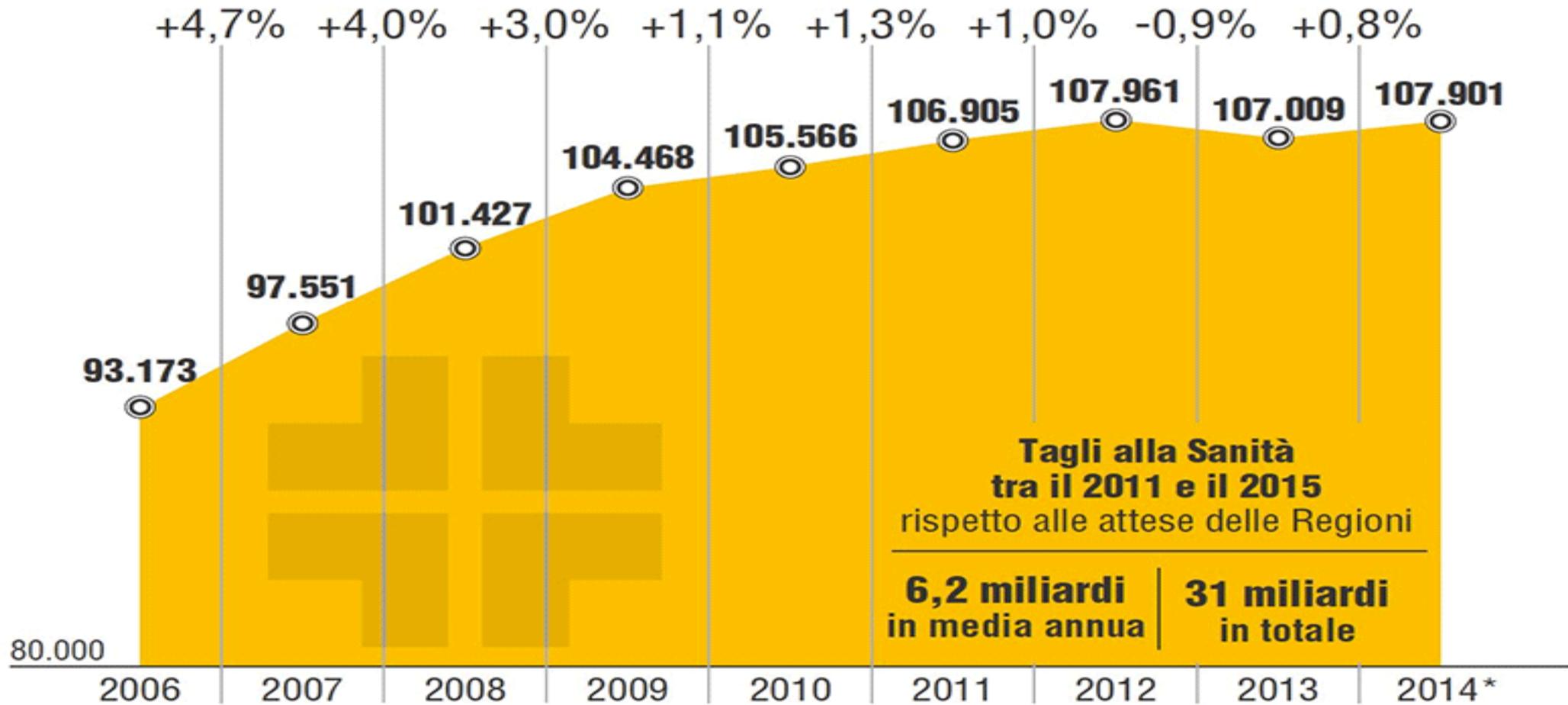
# Freno alla crescita F.S.N.

## Tagli previsti al Finanziamento del FSN



# Freno alla crescita F.S.N.

Andamento in milioni di euro



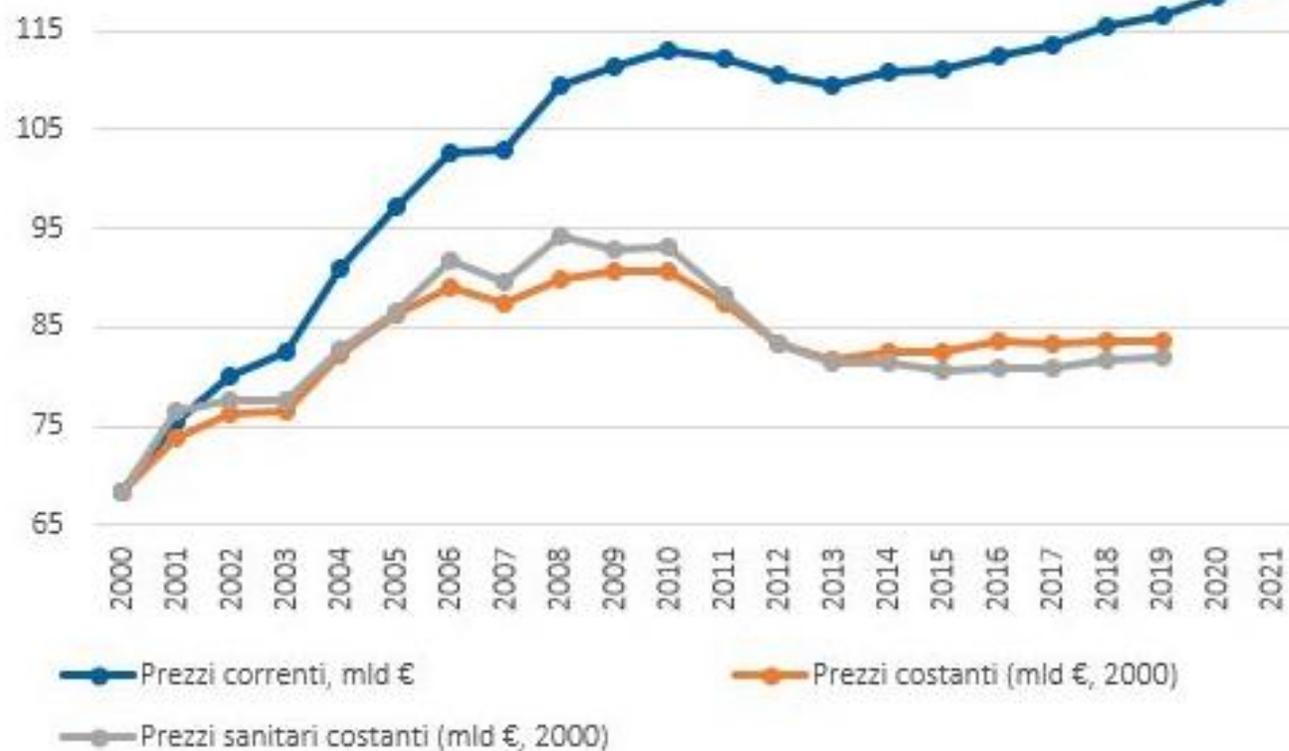
Fonte: Conferenza delle Regioni

\*somma attesa prima della nuova legge di Stabilità

ANSA 

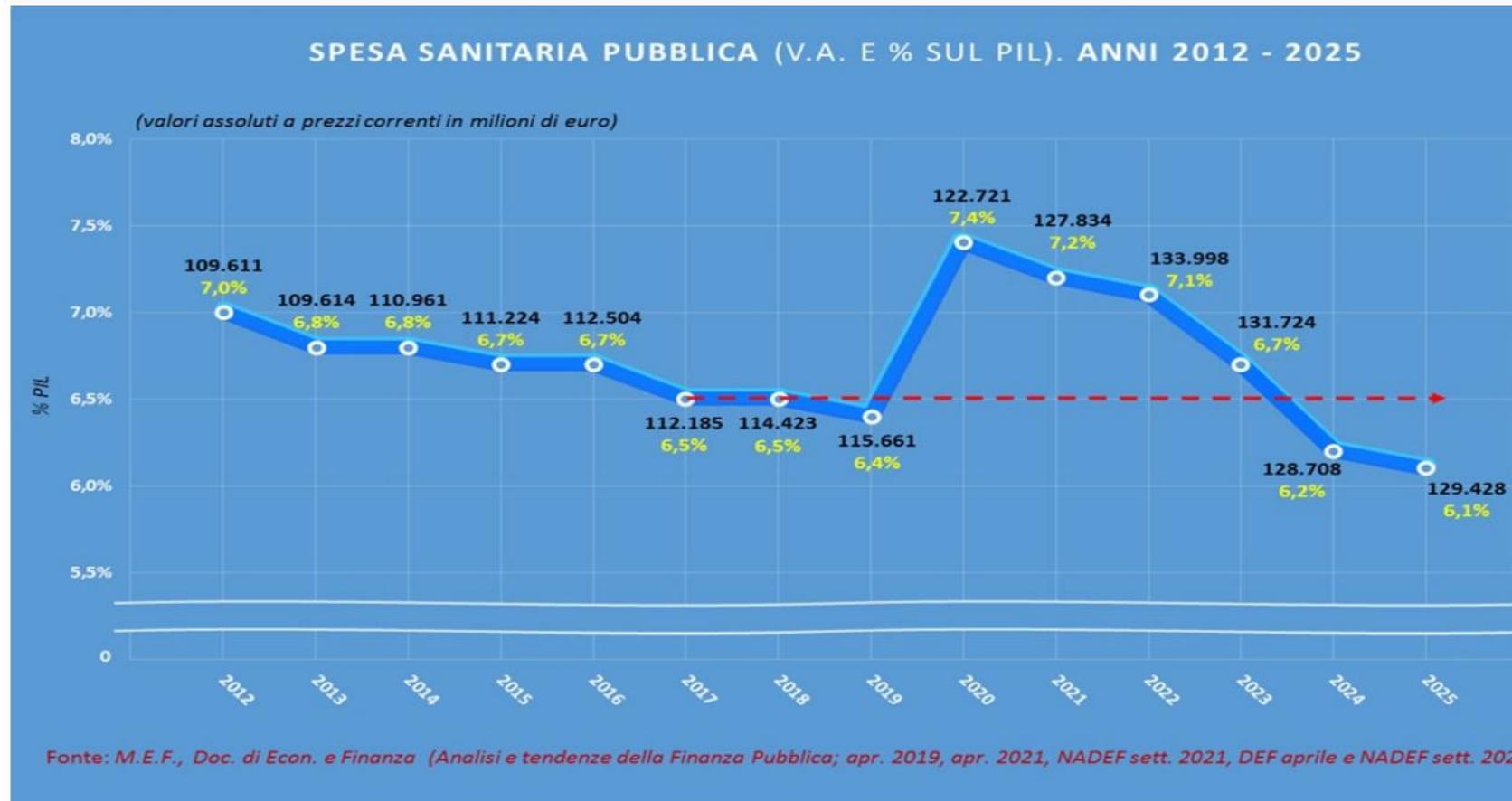
# Ultime previsioni prima del 2020

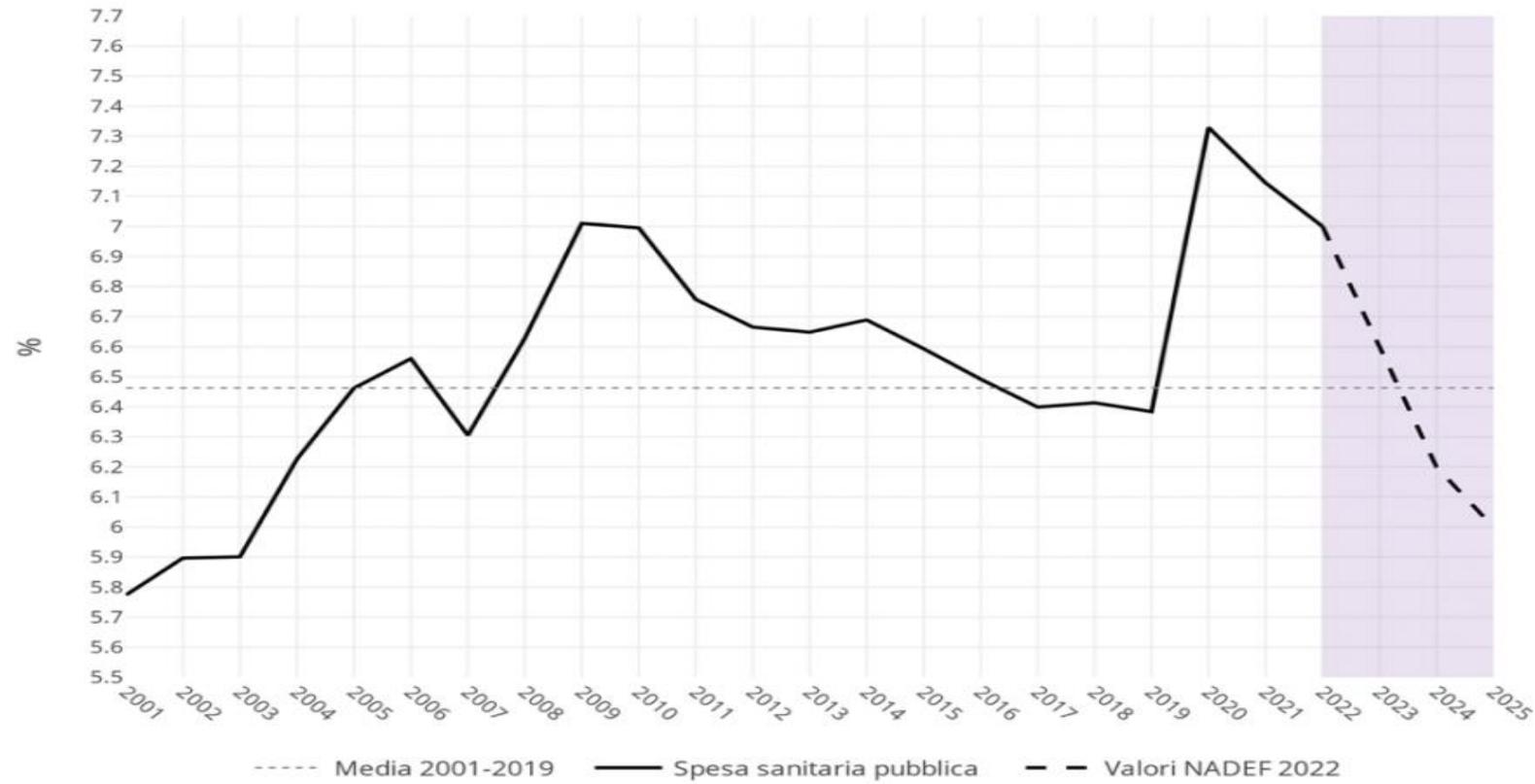
<b>Fabbisogno Sanitario Nazionale</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Patto salute 2010 - 2012	104.564	106.884	111.644							
dopo manovre 2010 - 2012	<b>105.266</b>	<b>106.905</b>	<b>107.961</b>	107.005	107.900	111.992	116.174			
dopo manovra 2014				<b>107.005</b>	109.914	114.007	118.190			
previsione spesa sanitaria ante DEF 2014 (avvio lavori "Patto Salute")					109.902	113.452	117.563			
previsione "Patto Salute 2014 - 2016" - post DEF 2014					109.208	112.062	115.444			
previsione FSN dopo manovra DL 66/2014					<b>109.928</b>	111.312	114.694			
L.190/2014						<b>109.715</b>	113.097	116.563		
L.208/2015							<b>111.000</b>	113.063	114.998	
legge bilancio 2017 - nuovi vincoli di spesa								<b>113.000</b>	<b>114.000</b>	<b>115.000</b>
rideterminazione mancato contributo RSS								<b>112.577</b>	<b>113.396</b>	<b>114.396</b>



Fonte: elaborazioni Osservatorio CPI su dati MEF, Servizio Studi della Camera dei Deputati e Proposte per una Revisione della Spesa Pubblica (2014-16)

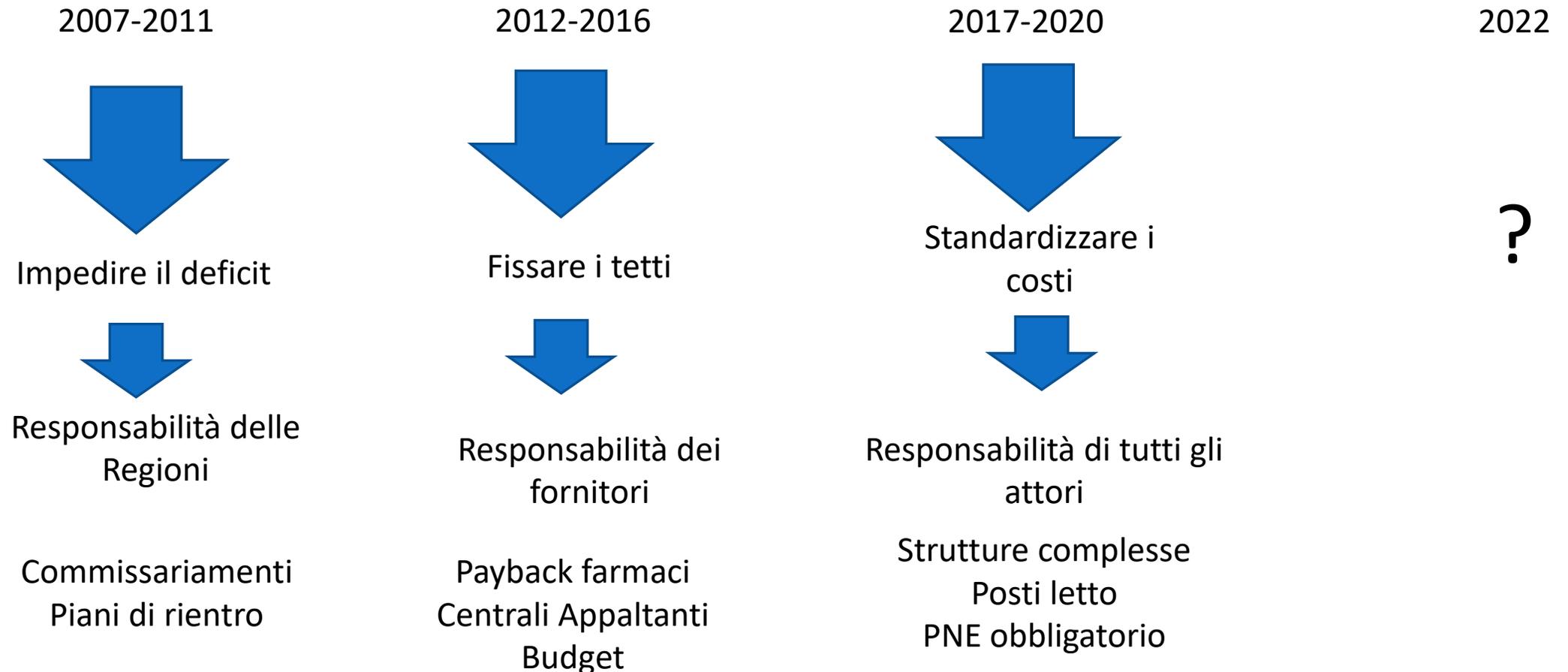
# Incidenza della spesa sul Pil destinata a scendere?





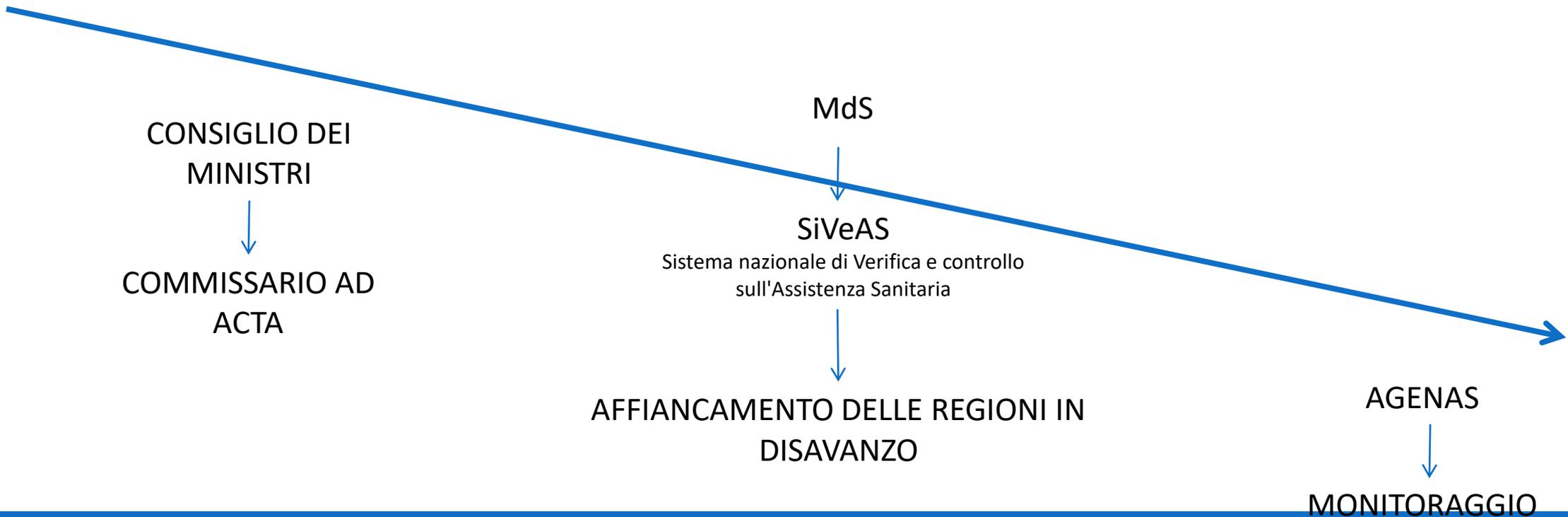
Fonte dati: OCSE e NADEF 2022.

# Strategie pre Covid per rallentare la crescita del F.S.N.



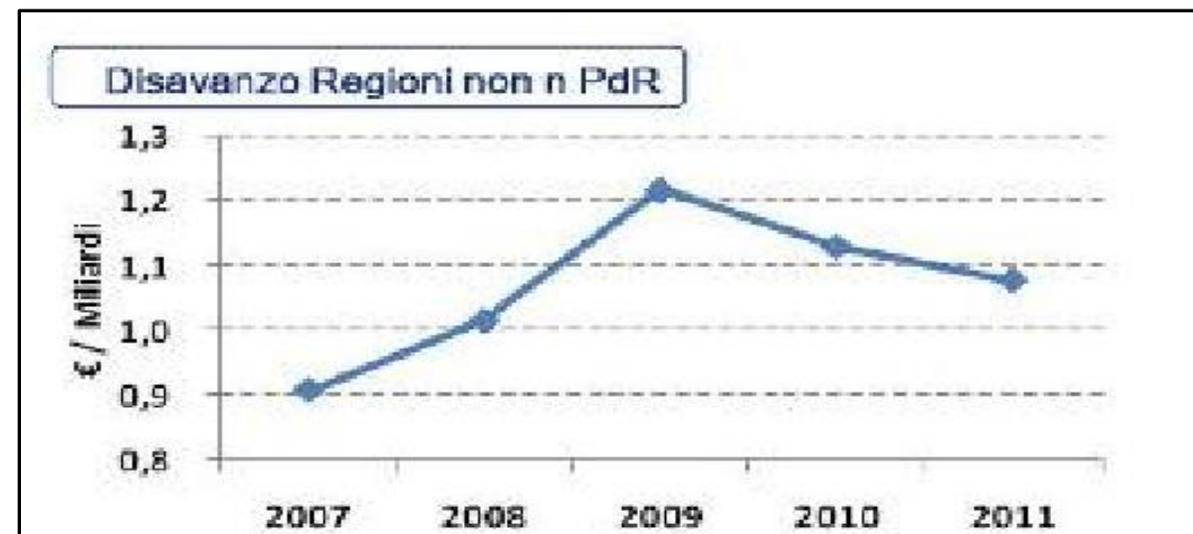
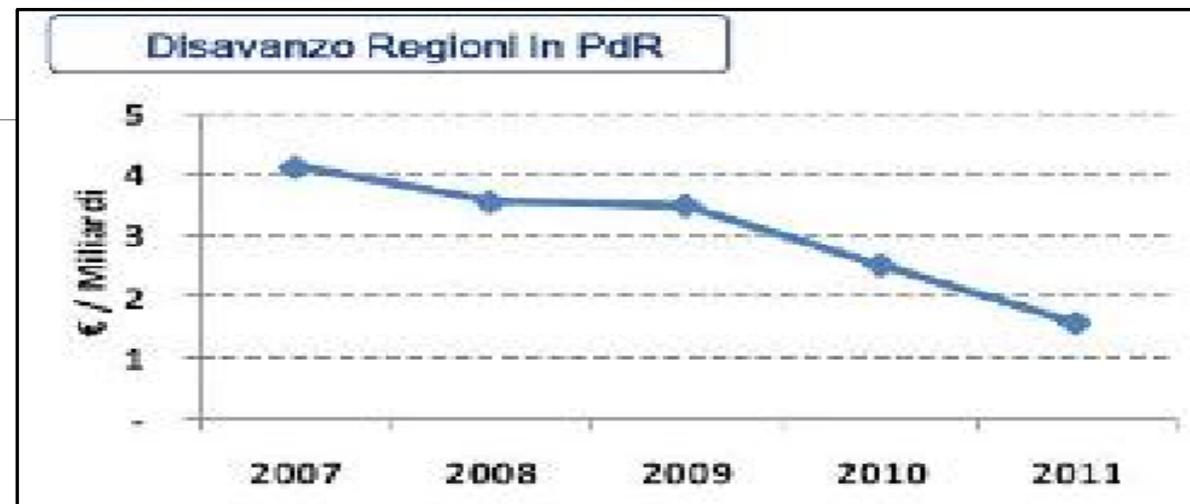
# I Piani di rientro

Accordo siglato fra lo Stato e la Regione per eseguire un **programma di ristrutturazione** che incida sui fattori di spesa sfuggiti al controllo e sia finalizzato a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione interessata



# I piani di rientro

ACCORDO	REGIONE	DISAVANZO
28-feb-07	LAZIO	1.700.000.000
06-mar-07	ABRUZZO	140.000.000
27-mar-07	MOLISE	70.000.000
13-mar-07	CAMPANIA	870.000.000
31-lug-07	SICILIA	640.000.000
17-dic-09	CALABRIA	250.000.000
29-lug-10	PIEMONTE	420.000.000
30-nov-10	PUGLIA	330.000.000
altre regioni		900.000.000



# Campania

- Creazione del sistema di monitoraggio attività e costi
- Razionalizzazione del numero di strutture
- Riduzione del numero di strutture complesse e posizioni organizzative
- Aumento delle tasse
- Ticket più alti d'Italia
- Riduzione del costo del personale e del turnover (-15%)
- Riduzione spesa farmaceutica (-22%)
- **.Soresa** controproducente (acquista a prezzi più elevati)



## COSTO DEL PERSONALE

Voce CE	Milioni di euro	Costo del personale
Consuntivo 2008	A	3.234
Consuntivo 2009	B	3.346
Consuntivo 2010	C	3.246
Consuntivo 2011	D	3.099
Consuntivo 2012	E	2.969
Consuntivo 2013	F	2.867
Consuntivo 2014	G	2.800

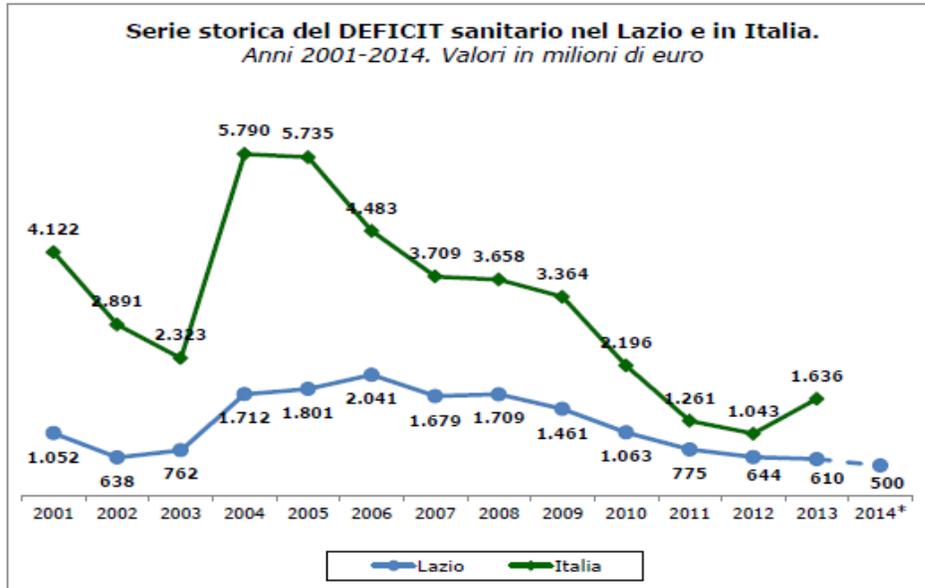
## FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Voce CE	Milioni di euro	Farmaceutica convenzionata
Consuntivo 2008	A	1.137
Consuntivo 2009	B	1.122
Consuntivo 2010	C	1.094
Consuntivo 2011	D	974
Consuntivo 2012	E	912
Consuntivo 2013	F	901
Consuntivo 2014	G	892

## PRESTAZIONI DA PRIVATO

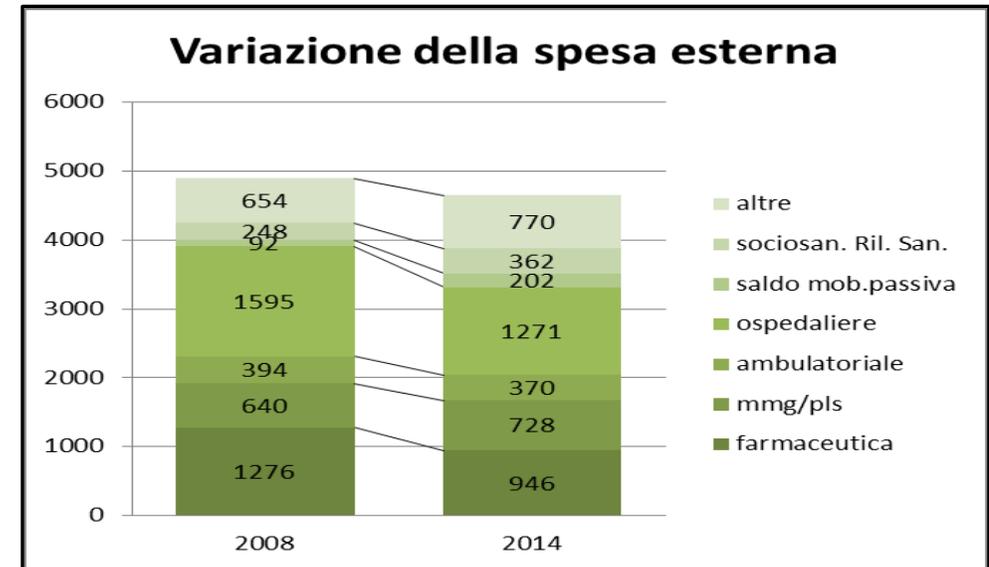
Regione Campania	Contributi FSR	Prestazioni da privato	Incidenza
Anno 2007	8.629.218	1.918.626	22%
Anno 2008	8.983.164	1.968.189	22%
Anno 2009	9.187.942	2.052.186	22%
Anno 2010	9.317.385	2.174.407	23%
Anno 2011	9.479.261	2.210.861	23%
Anno 2012*	9.530.035	2.161.255	23%
Anno 2013*	9.452.202	2.226.940	24%
Anno 2014*	9.875.645	2.228.865	23%

# Lazio



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati MEF e Sole24Ore Sanità

- Monitoraggio attività e costi
- Razionalizzazione del numero di strutture
- Chiusura di ospedali
- Aumento delle tasse
- Riduzione del costo del personale e del turnover (-16%)
- Riduzione spesa farmaceutica (-26%)
- Riduzione del 20% il budget per la sanità privata
- Cartolarizzazione del debito

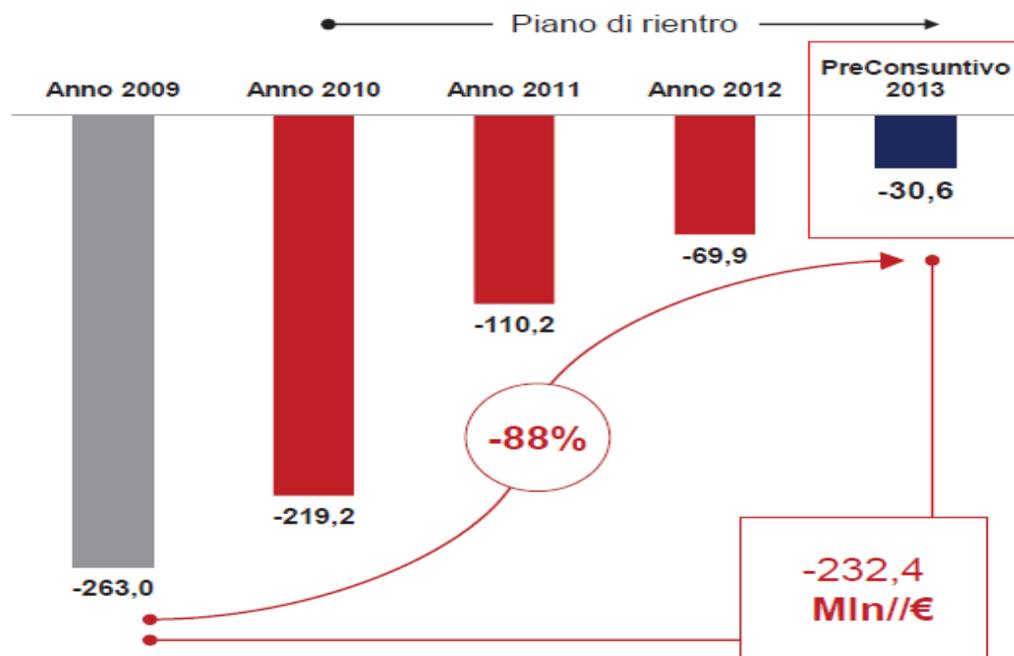




Regione Calabria

### I risultati di esercizio 2009-2013

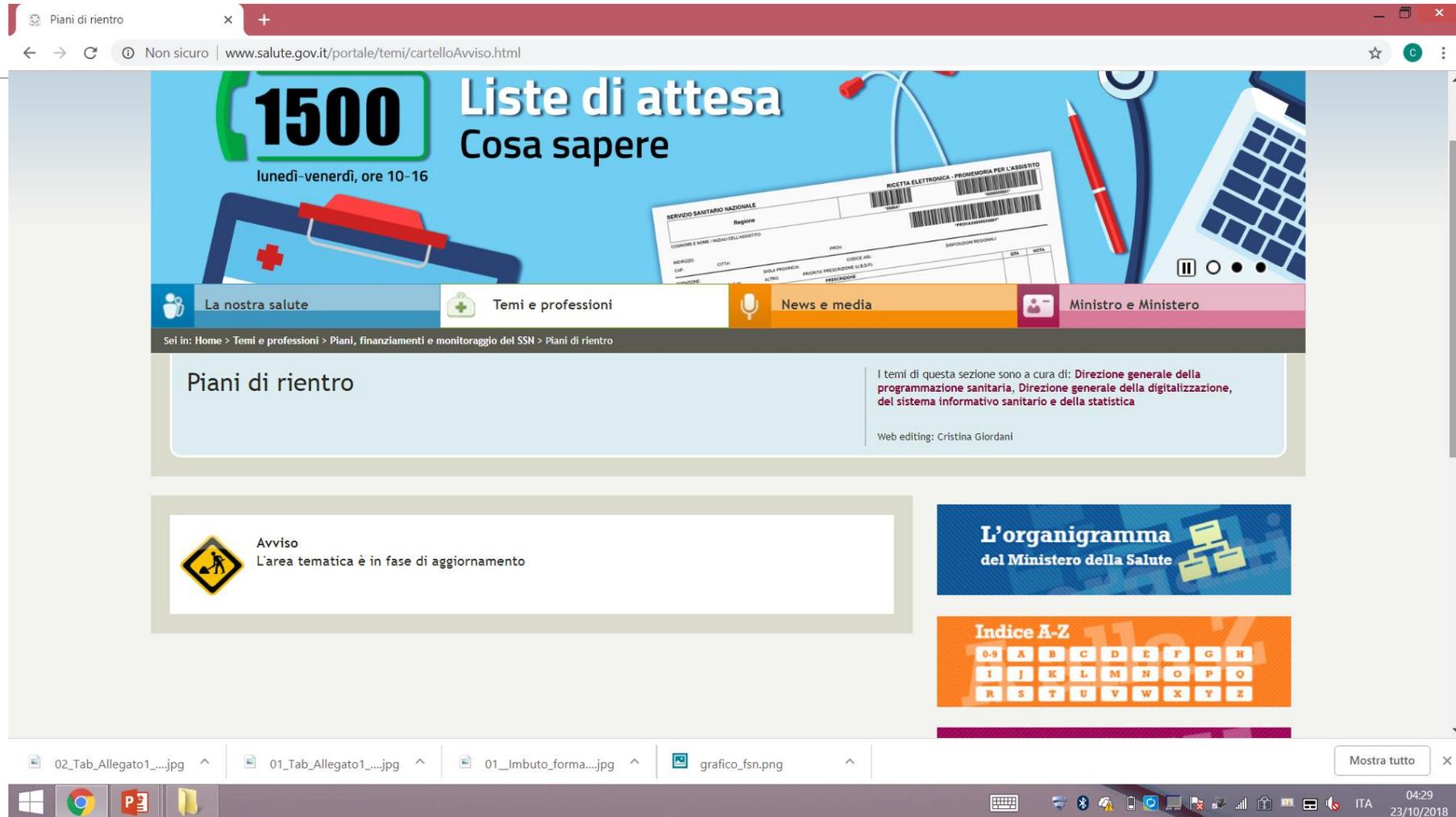
#### Risultati d'esercizio



- La previsione di chiusura del risultato economico per l'anno 2013 si attesta a circa **-31 Mln/€**.
- Dall'inizio del piano di rientro (2010) la Regione Calabria ha ridotto la perdita annua di esercizio di **232,4 Mln/€**, pari ad una riduzione percentuale di circa **88%**.
- I risultati raggiunti sono il frutto della riduzione degli sprechi, del processo di razionalizzazione della spesa e progressiva riorganizzazione della macchina sanitaria regionale.

Il processo avviato si concluderà nel 2015 con l'obiettivo di portare la Regione al pareggio economico.

# Monitoraggio dei piani



Piani di rientro x +  
 Non sicuro | www.salute.gov.it/portale/temi/cartelloAvviso.html

**1500** Liste di attesa  
 Cosa sapere  
 lunedì-venerdì, ore 10-16

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
 RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO  
 Regione  
 COGNOME E NOME / INDIRIZZO DELL'ASSISTITO  
 REGIONE: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ C.I.T.T.A.: \_\_\_\_\_  
 SERVIZIO: \_\_\_\_\_ C.I.T.T.A.: \_\_\_\_\_  
 DATA PRESCRIZIONE: \_\_\_\_\_ PRIORITY: \_\_\_\_\_ PRESCRIZIONE SU S.D.P. \_\_\_\_\_  
 PRESCRIZIONE: \_\_\_\_\_

La nostra salute | Temi e professioni | News e media | Ministro e Ministero

Sei in: Home > Temi e professioni > Piani, finanziamenti e monitoraggio del SSN > Piani di rientro

**Piani di rientro**

I temi di questa sezione sono a cura di: **Direzione generale della programmazione sanitaria, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica**  
 Web editing: Cristina Giordani

**Avviso**  
 L'area tematica è in fase di aggiornamento

**L'organigramma del Ministero della Salute**

**Indice A-Z**  
 0-9 A B C D E F G H  
 I J K L M N O P Q  
 R S T U V W X Y Z

02\_Tab\_Allegato1\_...jpg | 01\_Tab\_Allegato1\_...jpg | 01\_\_lmbuto\_forma...jpg | grafico\_fsn.png

Mostra tutto x

04:29  
 23/10/2018

# Regioni in uscita da PDR

---

Prima 2017

2018

?

Abruzzo

Lazio

Calabria

Sardegna

Campania

Molise

Liguria

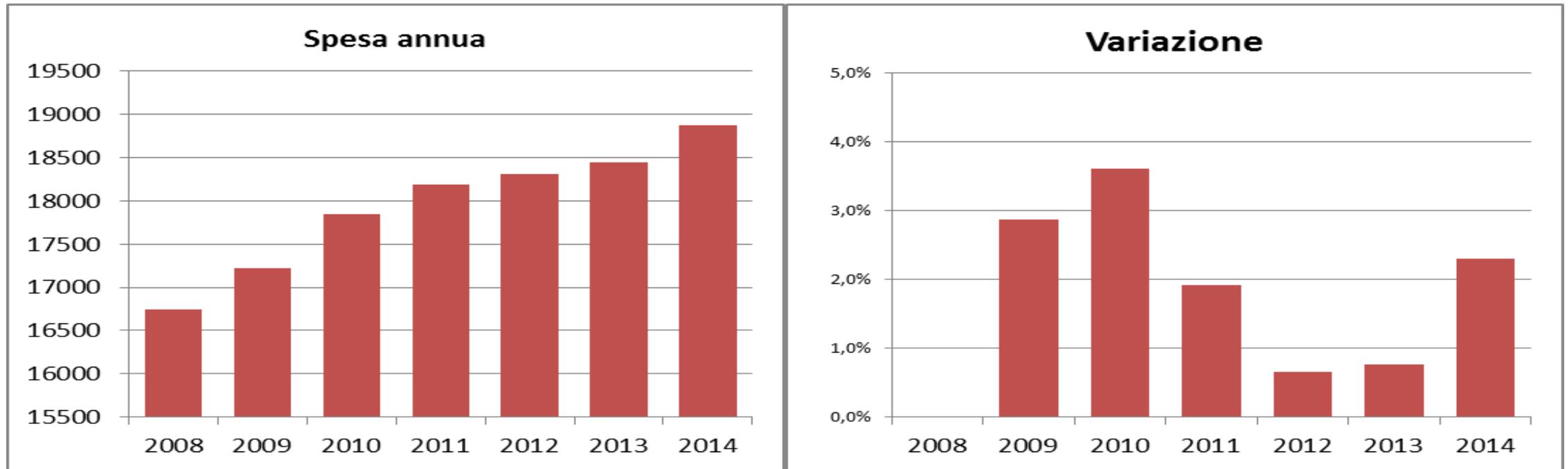
Puglia

Piemonte

Sicilia

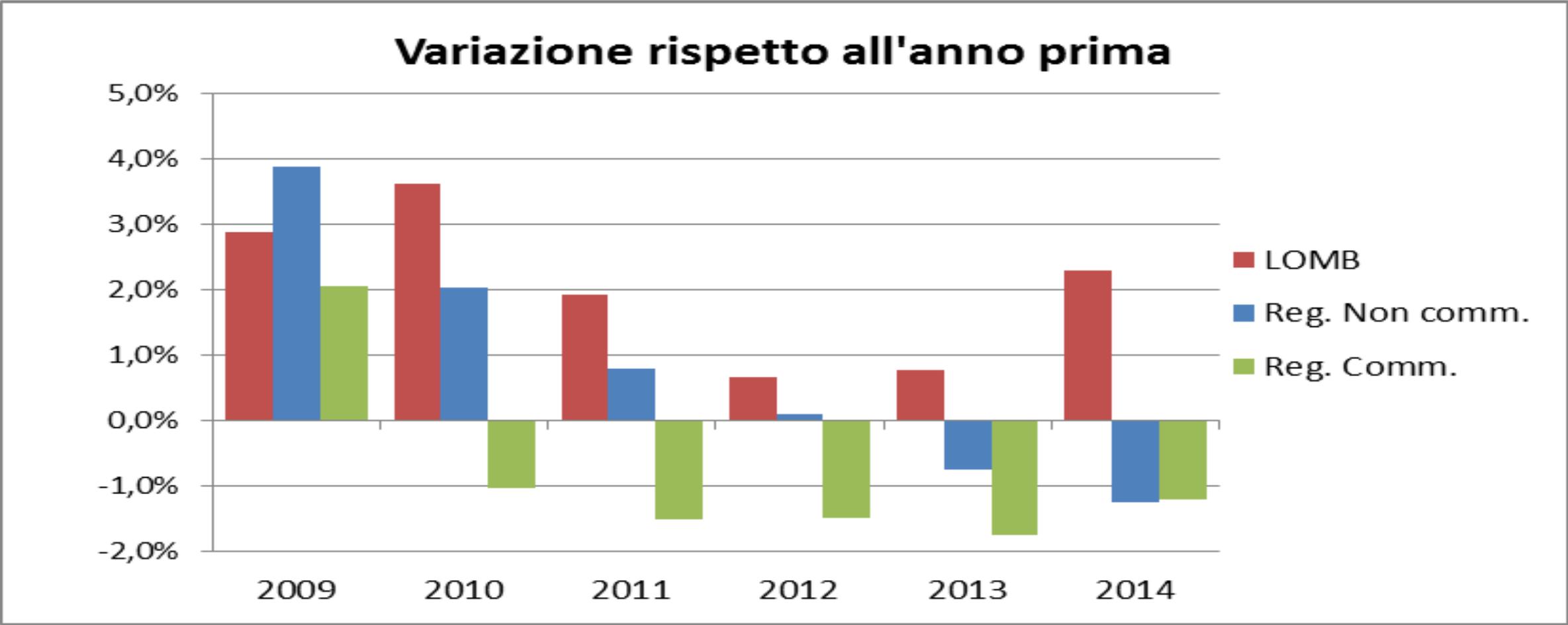
# Lombardia

Le regioni non in piano di rientro godono invece di margini di manovra contenuti ed hanno la possibilità di tradurre i risparmi in investimenti



# Lombardia

Rispetto alle altre regioni si ha la possibilità di investire



# Lombardia

## REGOLE



Generano risparmi di spesa corrente

Meccanismo payback spesa farmaci

Risparmio farmaci 5%

Rinegoziazione contratti

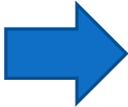
Tagli della spesa 1,2%-2,25% per AO ed IRCCS  
Tagli della spesa 0,75%-2,255 per ASL

Revisione LEA

-10 milioni specialistica ambulatoriale  
- 28 milioni riabilitazione

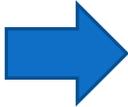


Investimenti



Creg

NPI



Riordino del Sistema (L.R. 23/2015)

ATS

ASST

# *Spending review 2012*

decreto legge 6 luglio 2012, n. 95

Legge stabilità, ottobre 2012

---

Riduzione del FSN nei tre anni (-0,9% poi di -1,8% poi di 2,1%)

**Tetto al numero di strutture complesse e semplici del SSN**

**Riduzione posti letto (da 4 a 3,7)**

**Spesa farmaceutica terr. dal 13,6% al 13,1% e poi all'11,35% del FSN**

**Spesa farmaceutica osp. Dal 2%,4 al 3,5% DEL FSN**

[meccanismo payback] ➔

Tariffe massime (DM 2012)

Riduzione 5% degli appalti B&S (esclusi farmaci)

Acquisto attraverso CONSIP o Centrali regionali (se attive)

Riduzione spesa per il personale dipendente

# Criteria calcolo strutture complesse

Tipo di Struttura		Indicatore	Standard
Strutture Complesse Previste	Ospedaliera	<i><u>Posti letto pubblici Regione</u></i> <i><u>SC Ospedaliera Regione</u></i>	<b>17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera</b>
	Non Ospedaliera	<i><u>Pop. Residente Regione</u></i> <i><u>SC Non Ospedaliera Regione</u></i>	<b>Regioni con Pop.&lt; 2,5 mln = 9.158 residenti per struttura complessa non ospedaliera</b> <b>Regioni con Pop.&gt;2,5 mln = 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera</b>
Strutture Semplici Totali Previste		<i><u>Strutture Semplici Totali</u></i> <i><u>Strutture Complesse Totali</u></i>	<b>1,31 strutture semplici per struttura complessa</b>

**POSTI LETTO PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI**  
**Stima dei tagli della spending review**  
**che prevede 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti**  
**(Dati su popolazione 2009 e 2011)**

<b>Regioni</b>	<b>N. posti letto Anno 2009</b>	<b>N. Posti letto x 1000 ab. Anno 2009</b>	<b>N. posti letto dopo tagli spending review (con indice di 3,7 P.L. x mille ab.)</b>	<b>Differenza % posti letto dopo i tagli della spending review, rispetto al 2009</b>
Piemonte	18.806	4,2	16.492	-12,3
Valle d'Aosta*	535	4,2	474	-11,4
Lombardia	43.039	4,4	36.695	-14,7
Pa Bolzano	2.163	4,4	1.878	-13,1
Pa Trento	2.477	4,8	1.959	-20,9
Veneto	19.673	4,1	18.270	-7,1%
Friuli Venezia Giulia	5.260	4,3	4.572	-13
Liguria	7.134	4,4	5.982	-16,1
Emilia Romagna	19.960	4,6	16.400	-17,8
Toscana	14.748	4,0	13.874	-5,9%
Umbria	3.256	3,6	3.354	+3,0
Marche	6.447	4,1	5.792	-10,1
Lazio	26.473	4,7	21.196	-19,9%
Abruzzo	5.669	4,3	4.967	-17,1%
Molise	1.771	5,5	1.183	-33,2
Campania	20.887	3,6	21.586	+3,3
Puglia	15.960	3,9	15.137	-5,1
Basilicata	2.157	3,6	2.174	+0,7
Calabria	7.929	4,0	7.442	-6,1
Sicilia	19.433	3,9	18.689	-3,8
Sardegna	7.246	4,4	6.199	-16,8
<b>Italia</b>	<b>251.023</b>	<b>4,2</b>	<b>224.315</b>	<b>-26.708 (-10,6%)</b>

*Fonte: Quotidiano Sanità su dati Ministero Salute*

# Il destino dei piccoli ospedali

Decreto 95 del 6.07.2012 e

“Patto per la salute” del 10.07.2014 alla Conferenza  
Stato-Regioni

Legge di stabilità  
2016

## Riduzione posti letto

**(3,7 per mille ab.)**

Standard ospedalieri  
minimi e massimi.

Riduzione delle strutture complesse.



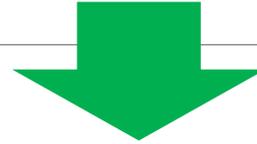
Esiti e valutazioni del PNE.  
Regolazione Punti nascita.



Indicazione implicita dell'esistenza di una relazione evidente tra  
dimensione, costo ed esiti

# Politica sanitaria

---



Si punta su:

Riduzione dei punti di offerta

Aggregazione delle equipe

Trasparenza Esiti (PNE) = Condizionamento scelta



**SCOMPARSA DELLA RETE OSPEDALIERA  
PRESENTE STORICAMENTE NEL TERRITORIO**

# Ma anche i grandi ospedali rischiano

---

Aziende sanitarie in deficit.

Accertamento di un **deficit (differenza tra costi e ricavi) pari al 7% (5% nella proposta del 2018)** o comunque **superiore ai 7 milioni** di euro.



Commissariamento Aziende  
(comma 525-529 della Legge di Stabilità)



50 aziende ospedaliere  
1,5 miliardi da recuperare in tre anni

## Piani di rientro aziendali

---

**Comma 525.** Per l'anno 2016, entro il 31 marzo le regioni individuano, con apposito provvedimento di Giunta regionale o del Commissario ad acta, gli enti del proprio Servizio sanitario regionale che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524.

Per la verifica delle condizioni di cui al comma 524, sono utilizzati i dati dei costi relativi al quarto trimestre 2015 e dei ricavi come determinati ai sensi del decreto di cui al comma 526; per la verifica delle condizioni di cui al comma 524, sono utilizzati i dati relativi all'anno 2014 indicati dal medesimo decreto di cui al comma 526.

## Piani di rientro aziendali

---

**Comma 526.** Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Mef e sentita la Conferenza Stato Regioni, da adottarsi entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è definita la metodologia di valutazione dello scostamento di cui al comma 524.

Con il medesimo decreto sono definiti anche gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, anche tenendo conto di quanto previsto dal decreto sugli standard ospedalieri. Il decreto definisce, inoltre, le linee guida per la predisposizione dei piani di cui ai commi 529 e 530.

## Piani di rientro aziendali

---

**Comma 527.** Entro il 31 dicembre 2016, con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, vengono apportati i necessari aggiornamenti agli schemi allegati al medesimo decreto legislativo, al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale delle voci di costo e di ricavo.

**Comma 528.** Gli enti con un scostamento tra costi e ricavi presentano alla Regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al triennio.

## Piani di rientro aziendali

---

**Comma 529.** Le regioni non in piano di rientro regionale, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'ente, valutano l'adeguatezza delle misure previste dai piani, la loro coerenza con la programmazione sanitaria regionale e le linee guida di cui al comma 6, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento della Giunta regionale.

I piani di rientro degli enti approvati dalla Giunta regionale sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato.

# Regioni con Aziende in rientro

---

Campania: 10 aziende su 10

Sicilia: 8 aziende su 9

Lazio: 6 aziende su 9

Friuli: 4 aziende su 5

Liguria: 2 aziende su 2

Piemonte: 1 azienda

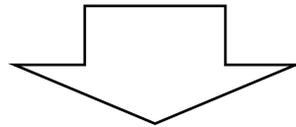
Lombardia: 3 aziende su 30

# Monitoraggio Piani di rientro

## Nota congiunta Ministero Salute e MEF

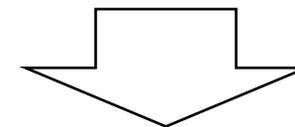
1. Analisi della situazione economico gestionale del triennio precedente
2. Definizione delle strategie per il riequilibrio
3. Conto Economico Tendenziale e Programmatico
4. Strumenti di monitoraggio

oggetti



Costo medio per profilo  
 FTE per profilo  
 Stima delle cessazioni/scadenze  
 Acquisto di servizi sanitari  
 Spesa farmaceutica  
 Spesa dispositivi

strumenti



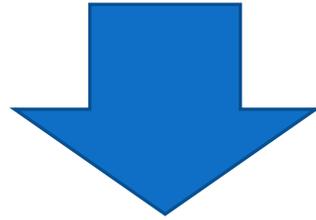
Flussi gestionali  
 Flussi economico finanziari  
 Contabilità analitica

# Piani di rientro aziendali

Consuntivo 2016	CE 2016	Rettifiche	Abb%	Ricalcolo Metodo Nazionale	
				Anno 2016	Anno 2015
Prestazioni di Ricovero	3.413.672		10%	3.077.745	3.102.571
Prestazioni ambulatoriali (compresa NPI)	1.700.742			1.700.742	1.683.750
Prestazioni di Psichiatria	193.665			193.665	183.845
Altre Prestazioni (File F, emoderivati, altre prestazioni san.)	994.028	45.839		1.039.867	1.129.274
<b>Ricavi da prestazioni</b>	<b>6.302.107</b>		5%	<b>6.012.019</b>	<b>6.099.439</b>
Contributi regionali FSR					
Funzioni					
		Funzione Metodo Nazionale			
				<b>1.230.206</b>	<b>2.576.580</b>
				<b>650.453</b>	<b>2.614.045</b>

# Perché nel modello a tariffe del ministero si abbassa e alza fatturato?

---



Tariffe differenti

# Applicazione delle tariffe ministeriali

	Ricovero	Protesi	Tariffe Lombardia	Tariffe Ministero	Delta %
Publici	3325 mln	54 mln	3379 mln	3123 mln	8%
Privati	2116 mln	67 mln	2183 mln	1962 mln	10%
	5441 mln	121 mln	5562 mln	5085 mln	9%

## Quali specialità valgono di più in Lombardia

	Ricovero	Protesi	Tariffe Lombardia	Tariffe Ministero	Delta %
CARDIOLOGIA	306 mln	28 mln	334 mln	267 mln	20%
OSTETRICIA	286 mln		286 mln	229 mln	20%
PSICHIATRIA	64 mln		64 mln	40 mln	40%
RIABILITAZIONE	142 mln		142 mln	120 mln	15%
PEDIATRIA	103 mln		103 mln	86 mln	16%
CHIRURGIA	422 mln		422 mln	407 mln	4%
NIDO	51 mln		51 mln	39 mln	22%

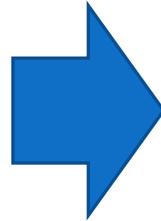
## Quali specialità valgono meno in Lombardia

	Ricovero	Protesi	Tariffe Lombardia	Tariffe Ministero	Delta %
ONCOLOGIA	62 mln		63 mln	64 mln	3%
UROLOGIA	104 mln	1 mln	105 mln	107 mln	2%
CARDIOCHIRURGIA	92 mln	2 mln	94 mln	98 mln	4%
NEUROCHIRURGIA	112 mln	2 mln	114 mln	118 mln	4%
ORTOPEDIA	287 mln	12 mln	299 mln	305 mln	2%

# Aggiornamento delle tariffe

IN 10 ANNI:

Sistema tariffario  
DRG non  
aggiornato dal  
2007



NUOVE TECNOLOGIE  
DIVERSI APPROCCI (PERCUTANEO,  
LAPAROSCOPICO, ROBOT ASSISTITO)  
RIDUZIONE DELLE DEGENZE  
DEOSPEDALIZZAZIONE (BIC/MAC)

Sistema tariffario  
ambulatoriale  
Nuovi Lea  
In discussione



STIME SVILUPPATE SENZA COSTI  
SPOSTAMENTO DI PESI PER QUADRARE COSTI  
SOTTOVALUTAZIONE DISPOSITIVI

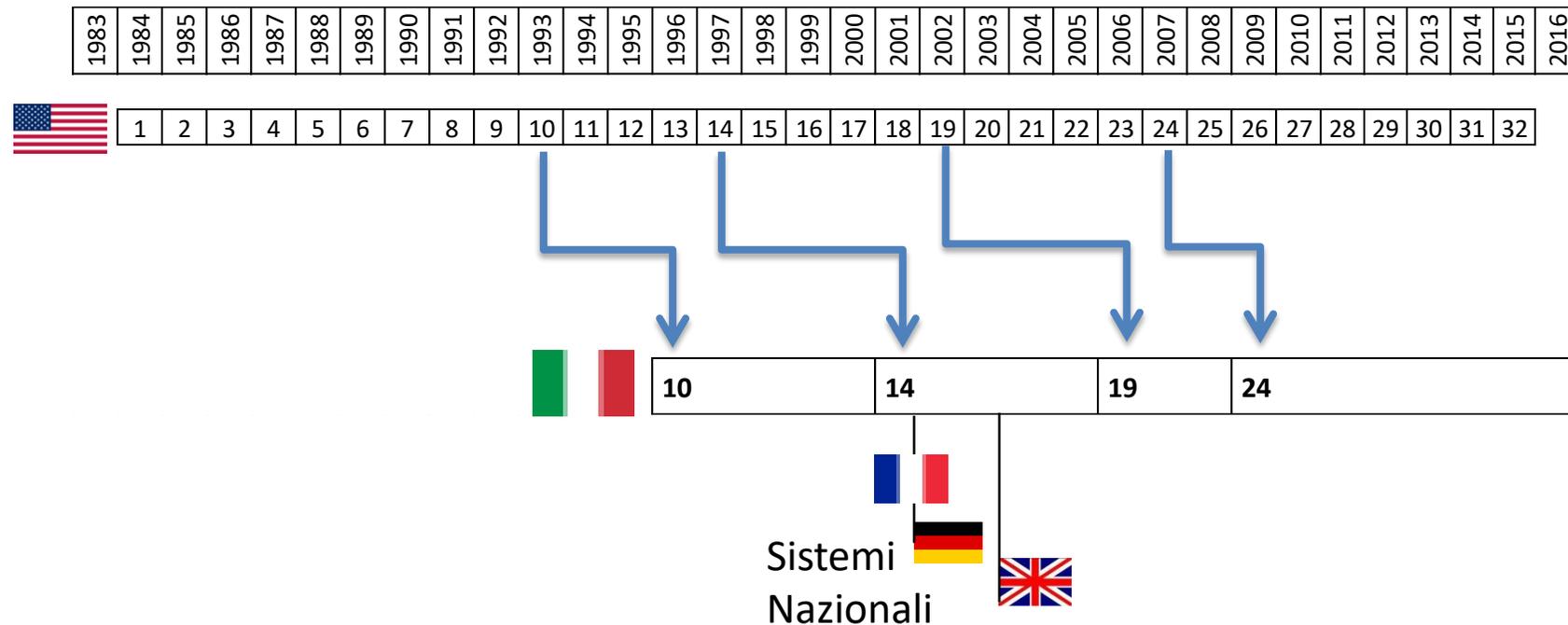


CONSIDERATA ATTIVITA' RESIDUALE



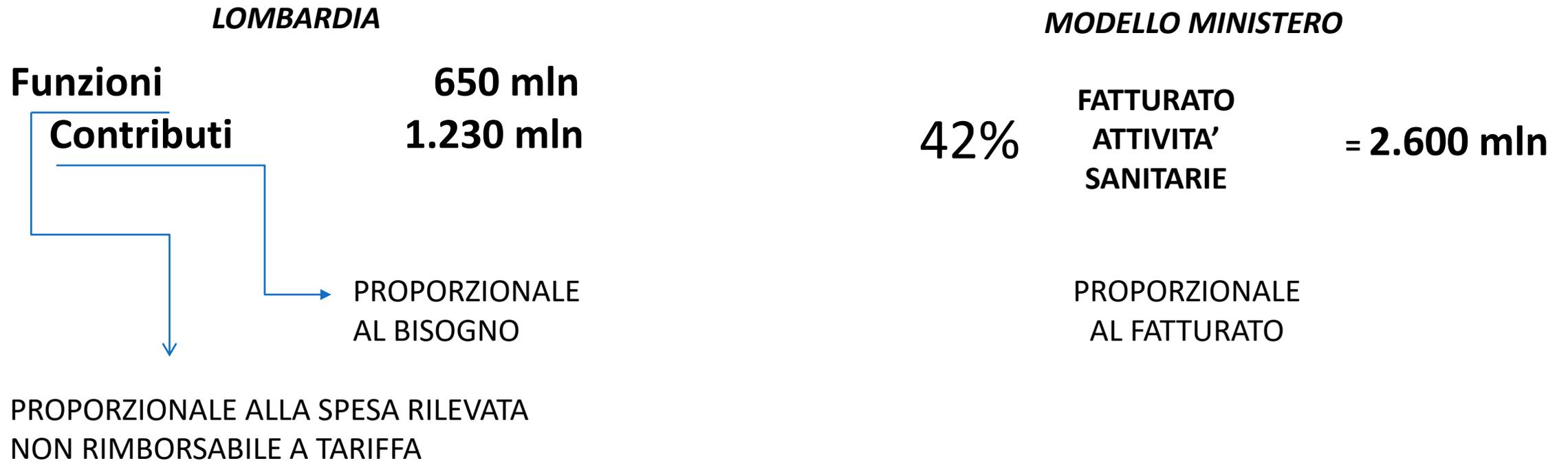
CONCORRENZA DEL PRIVATO

# La sequenza delle versioni



Il sistema gestito dalla Health Care Financing Administration (HCFA), ora denominato Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), è stato aggiornato ogni anno dal 1983 al 2015. Nel 2016 c'è stato il passaggio ad ICD-10.

# Funzioni e contributi



# Ulteriori peculiarità delle Aziende Lombarde

---

La prima applicazione del modello si è attuata in vigore della L.R. 31, secondo la quale afferivano alla AO costi di attività e strutture che non sono tipiche delle AO ai sensi del DLgs 29/99:

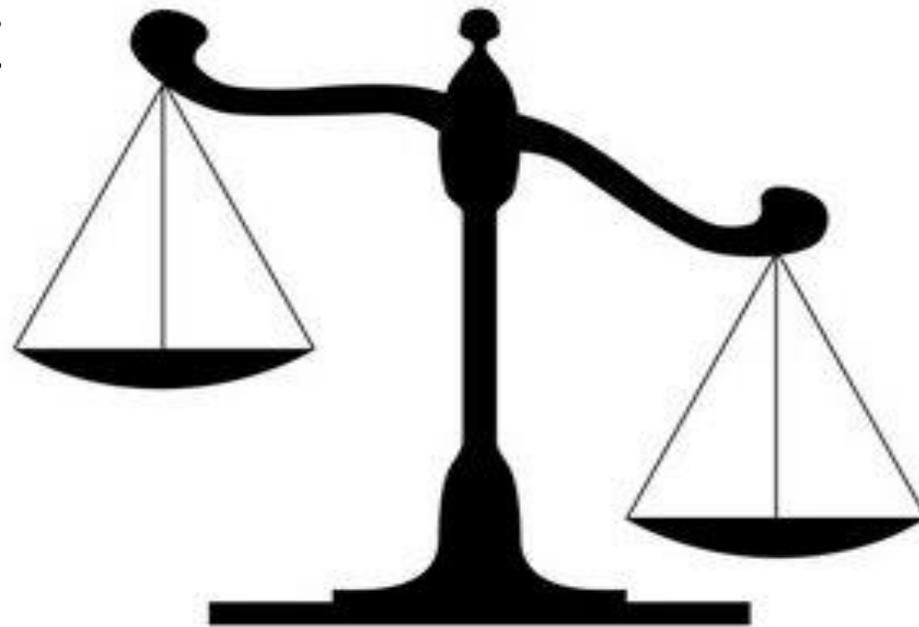
- Psichiatria: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale di continuità (CPS) e servizi correlati
- Neuro Psichiatria infantile: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale di continuità (UONPIA) e servizi correlati
- Specialistica ambulatoriale erogata in presidi extra-ospedalieri: clinica, laboratorio, diagnostica per immagini
- Programmi di screening e campagne vaccinali;
- Sanità Penitenziaria (in quanto finanziata con contributi specifici scartati nella metodologia ministeriale);
- Hospice e strutture riabilitative extra-ospedaliere.

# Ospedale e territorio

---

**RICAVO TERRITORIALE**

PSICHIATRIA  
AMBULATORIALE



**COSTO TERRITORIALE**

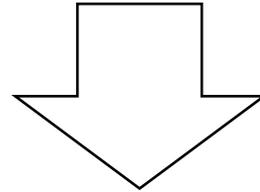
PSICHIATRIA  
AMBULATORIALE

# Prosegue la stagione dei piani?

---

**2017**

***la Consulta boccia la norma (prevista da Legge di Bilancio 2016) perché priva dell'Intesa con gli Enti locali.***

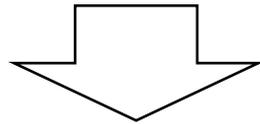


**2018**

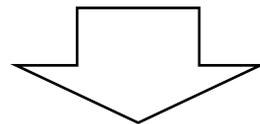
***Il nuovo ministro della Salute chiede accelerare il percorso per l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni dell'intesa col Governo sui piani di rientro per le aziende ospedaliere.***

# Bilancio di presidio

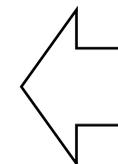
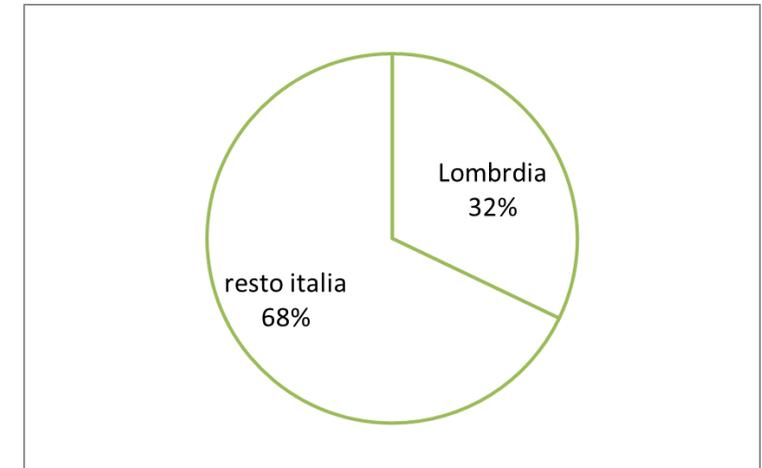
Le Aziende Ospedaliere monitorate nel 2015 e nel 2016 erano 110 di cui 35 in Lombardia.



Il meccanismo dei piani di rientro potrebbe essere esteso ad ASL e presidi ospedalieri (con diverse metodologie e soglie)



Bilanci di presidio



Contabilità analitica

# Rapporti sullo stato salute popolazione

Sezione 3



# RSSP- Relazione sullo Stato Sanitario del Paese

---

## [Decreto legislativo 229 del 19 giugno 1999](#)



6 aprile 2006	Relazione sullo stato sanitario del Paese, anni 2003-2004
3 aprile 2008	Relazione sullo stato sanitario del Paese, anni 2005-2006
17 dicembre 2009	Relazione sullo stato sanitario del Paese, anni 2007-2008
22 dicembre 2011	Relazione sullo stato sanitario del Paese, anni 2009-2010
13 dicembre 2012	Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2011
18 dicembre 2014	Relazione sullo stato di salute del Paese 2012-2013

# Stato sanitario del paese

---



Presidenza Italiana  
Consiglio EU 2014

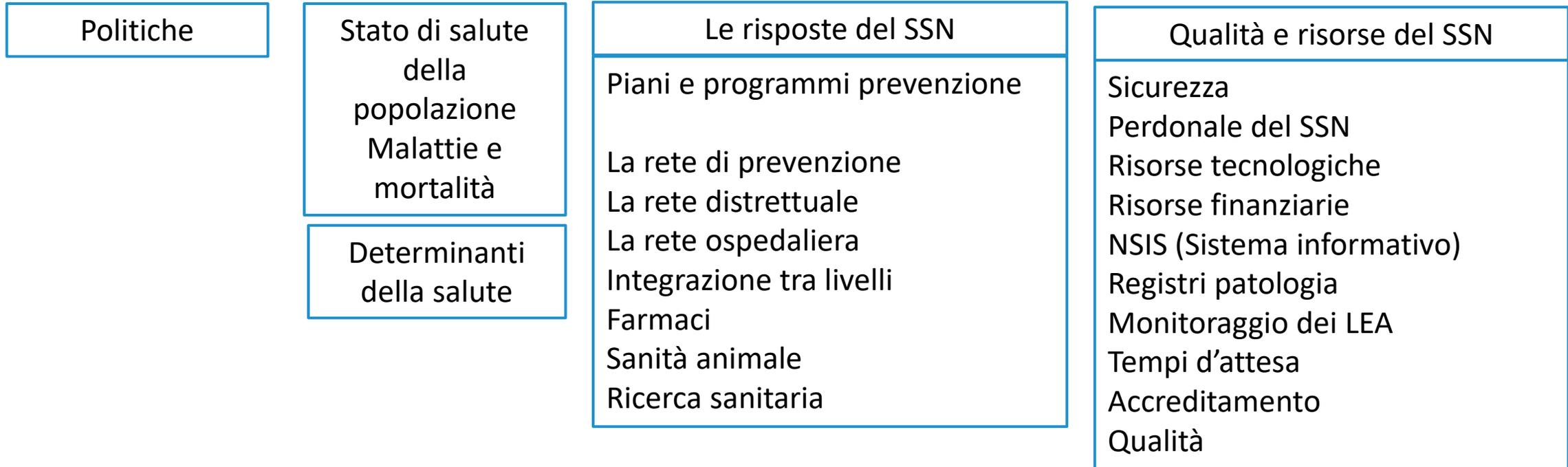


*Ministero della Salute*

## **Relazione sullo Stato Sanitario del Paese** *2012-2013*

# RSSP- Relazione sullo Stato Sanitario del Paese

Relazione composta da circa 400 autori composta di oltre 900 pagine contenente le rilevazioni sullo stato della salute del paese, sulla struttura del SSN e sui risultati ottenuti



# Trend osservabili

La popolazione italiana sia sempre più anziana

Alcuni aspetti della nostra salute sembrano migliorare:

- diminuiscono malattie respiratorie croniche
- diminuiscono i casi di artrosi
- scende la quota di persone con limitazioni funzionali (dal 6,1% nel 2000 al 5,5% nel 2013).

L'Istat stima che le persone con limitazioni funzionali siano 3 milioni, di cui l'80% anziani, il cui carico ricade molto spesso in ambito familiare. Le famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali sono l'11% e, di queste, meno del 20% riceve assistenza domiciliare pubblica.

La soddisfazione per i servizi è in aumento (circa 8 su una scala da 1 a 10):

- aumentano le persone che ricorrono a visite mediche specialistiche del Ssn
- diminuiscono le visite dal dentista del 30%.
- diminuisce la quota dei ricoverati.
- Il ricorso alle terapie non convenzionali (omeopatia) è in netta flessione

Rimangono invariate le **disuguaglianze sociali** nella salute (comportamenti non salutari e limitazioni di accesso ai servizi sanitari).

# Indicatori di benessere e determinanti della salute

Sezione 4



# Indicatori di benessere e determinanti della salute

---

bes | 2018

**IL BENESSERE  
EQUO E SOSTENIBILE  
IN ITALIA**

# Rapporto BES

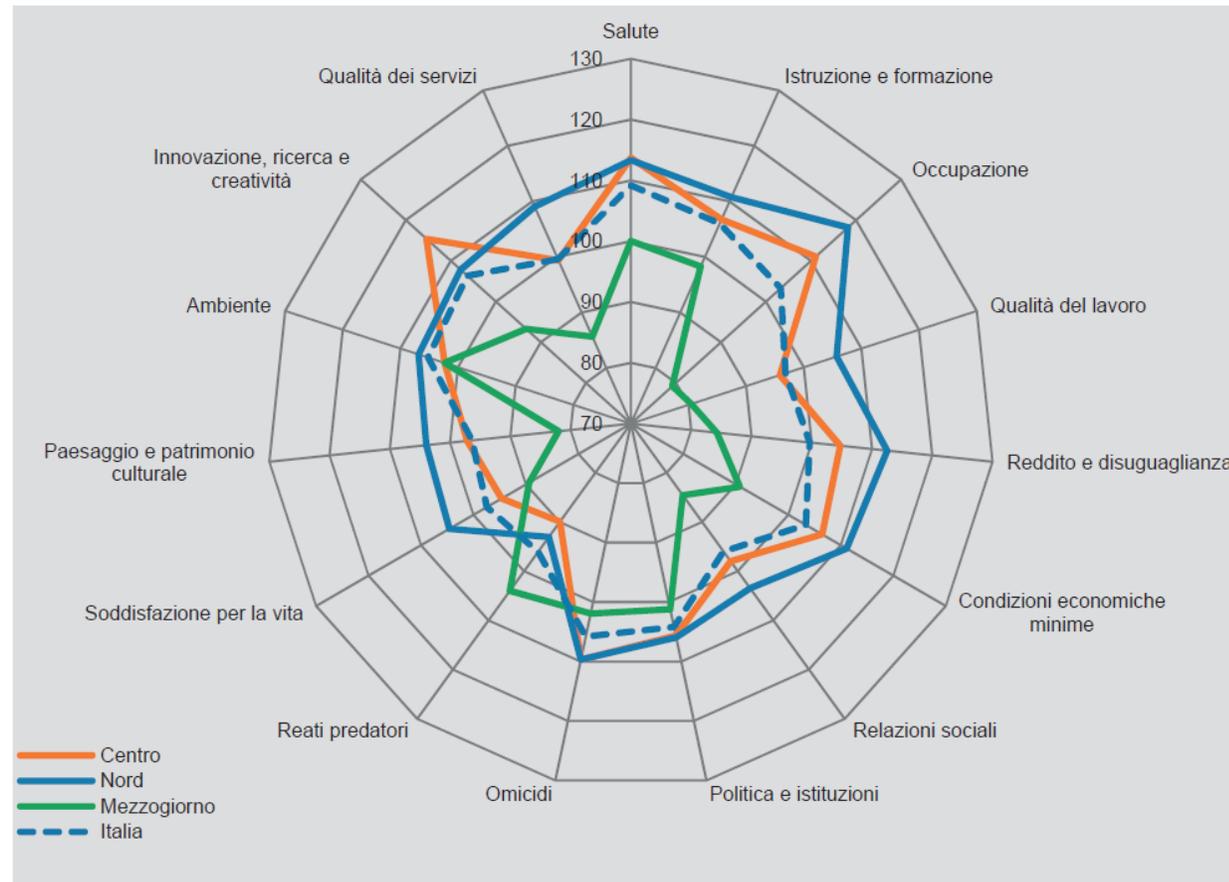
Tavola 1. Indicatori del dominio Salute: valore dell'ultimo anno disponibile, variazioni rispetto all'anno precedente e rispetto al 2010

INDICATORE	Valore ultimo anno disponibile	Variazione % (rispetto all'anno precedente)	Variazione % (rispetto al 2010)
1. Speranza di vita alla nascita ( <i>anni, 2018</i> )	83,0		
2. Speranza di vita in buona salute alla nascita ( <i>anni, 2018</i> )	58,5		
3. Indice di salute mentale (MH) ( <i>punteggi medi, 2018</i> )	67,8		—
4. Mortalità infantile ( <i>per 1.000, 2016</i> )	2,8		
5. Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) ( <i>per 10.000, 2018</i> )	0,7		
6. Mortalità per tumore (20-64 anni) ( <i>per 10.000, 2016</i> )	8,7		
7. Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) ( <i>per 10.000, 2016</i> )	31,2		
8. Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni ( <i>anni, 2018</i> )	9,9		
9. Eccesso di peso (% , 2018)	44,8		
10. Fumo (% , 2018)	19,4		
11. Alcol (% , 2018)	16,7		
12. Sedentarietà (% , 2018)	35,7		
13. Adeguata alimentazione (% , 2018)	19,6		

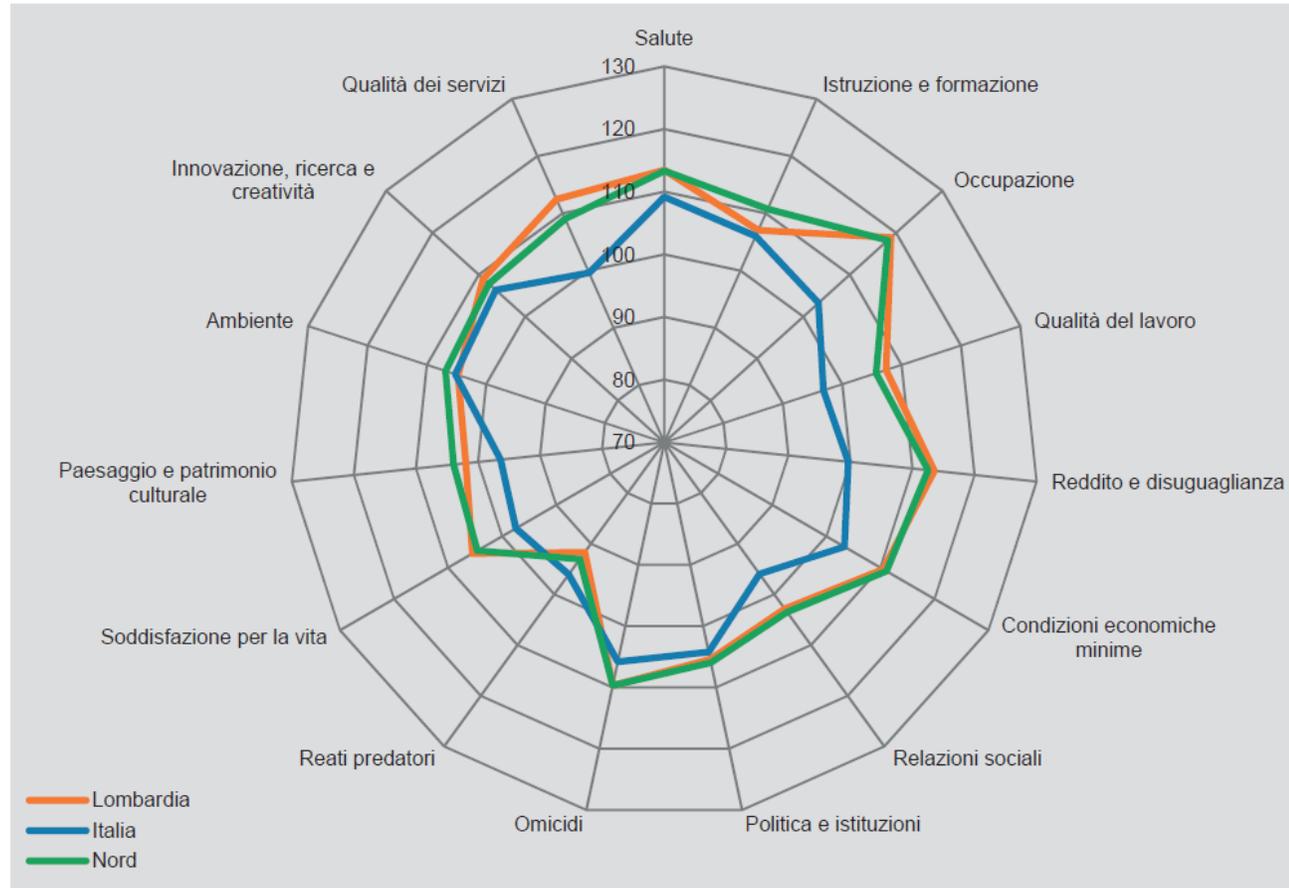
— Confronto non disponibile     Miglioramento     Stabilità     Peggioramento

Nota: Se la variazione relativa tra i due anni supera l'1%, è considerata positiva (colore verde), se è inferiore a -1% è considerata negativa (colore rosso). Nell'intervallo -1 e +1% la variazione è considerata stabile (colore grigio).

# Italia



# Lombardia



# Speranza di vita

**Speranza di vita alla nascita:** La speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere.

Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana.

**Speranza di vita in buona salute alla nascita:** Esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene" o "molto bene") alla domanda sulla salute percepita.

**Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni:** Esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono.

Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.

**Aspettativa di vita/aspettativa di vita sana alla nascita in Italia (Eurostat)**

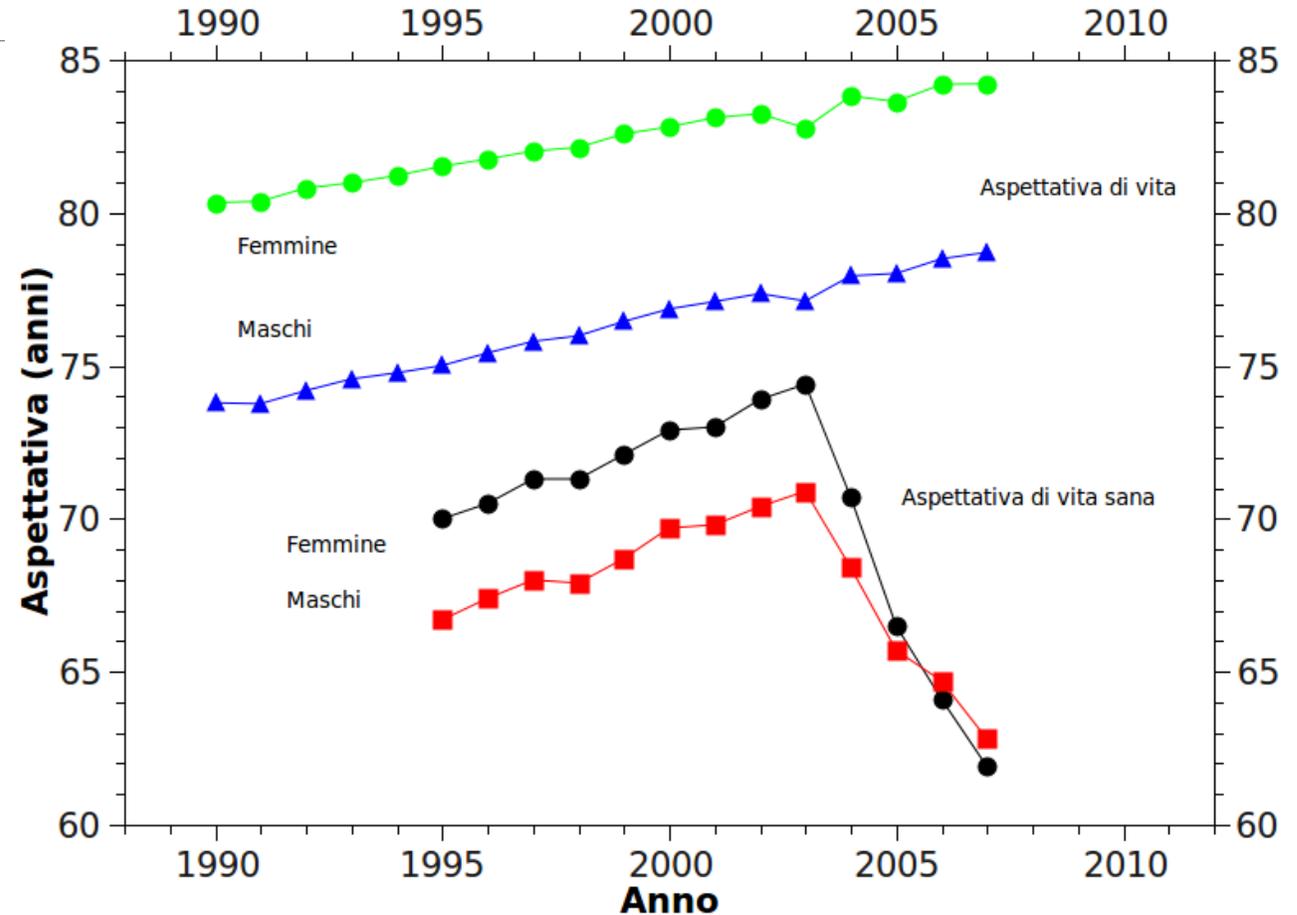
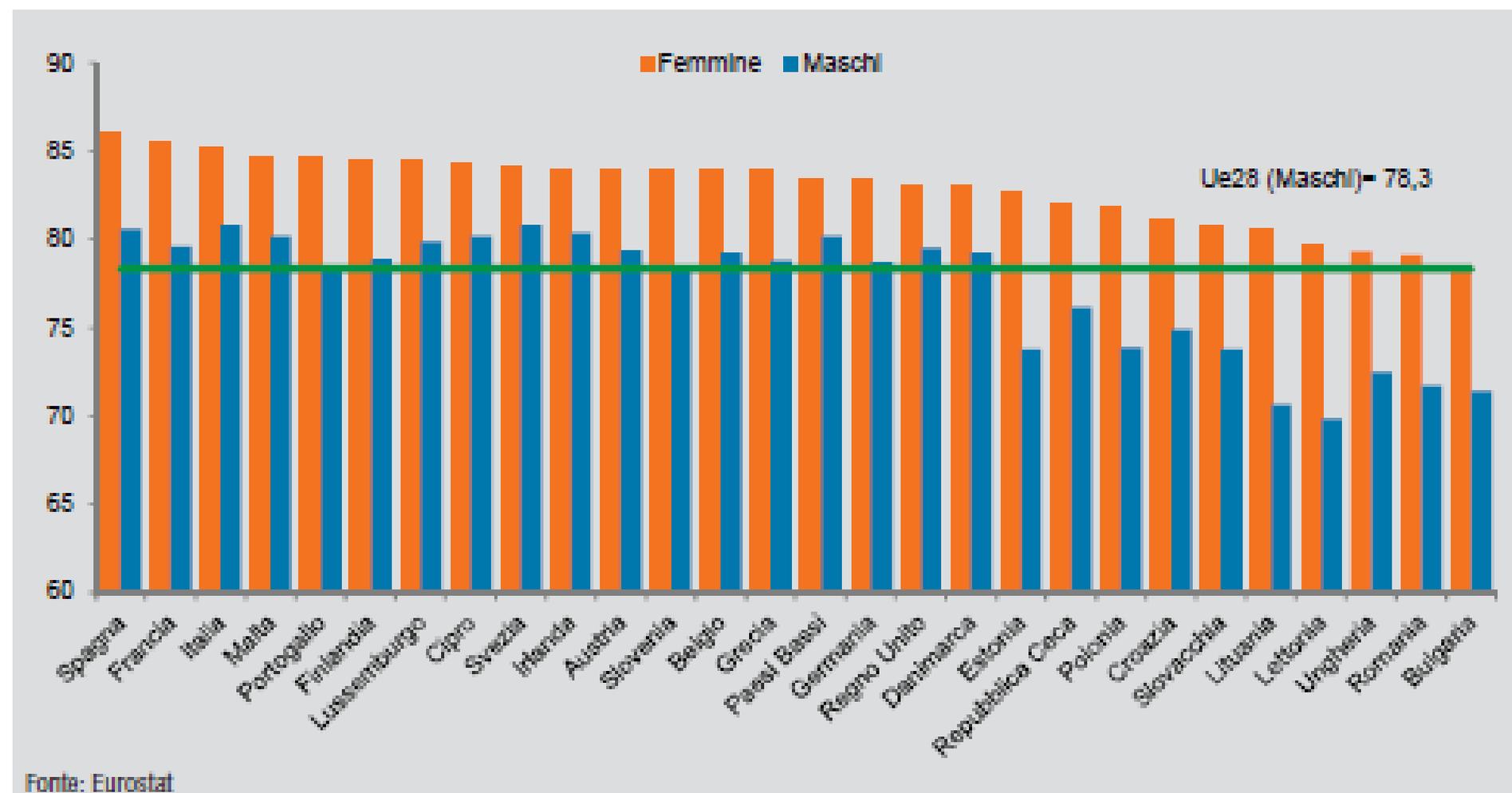


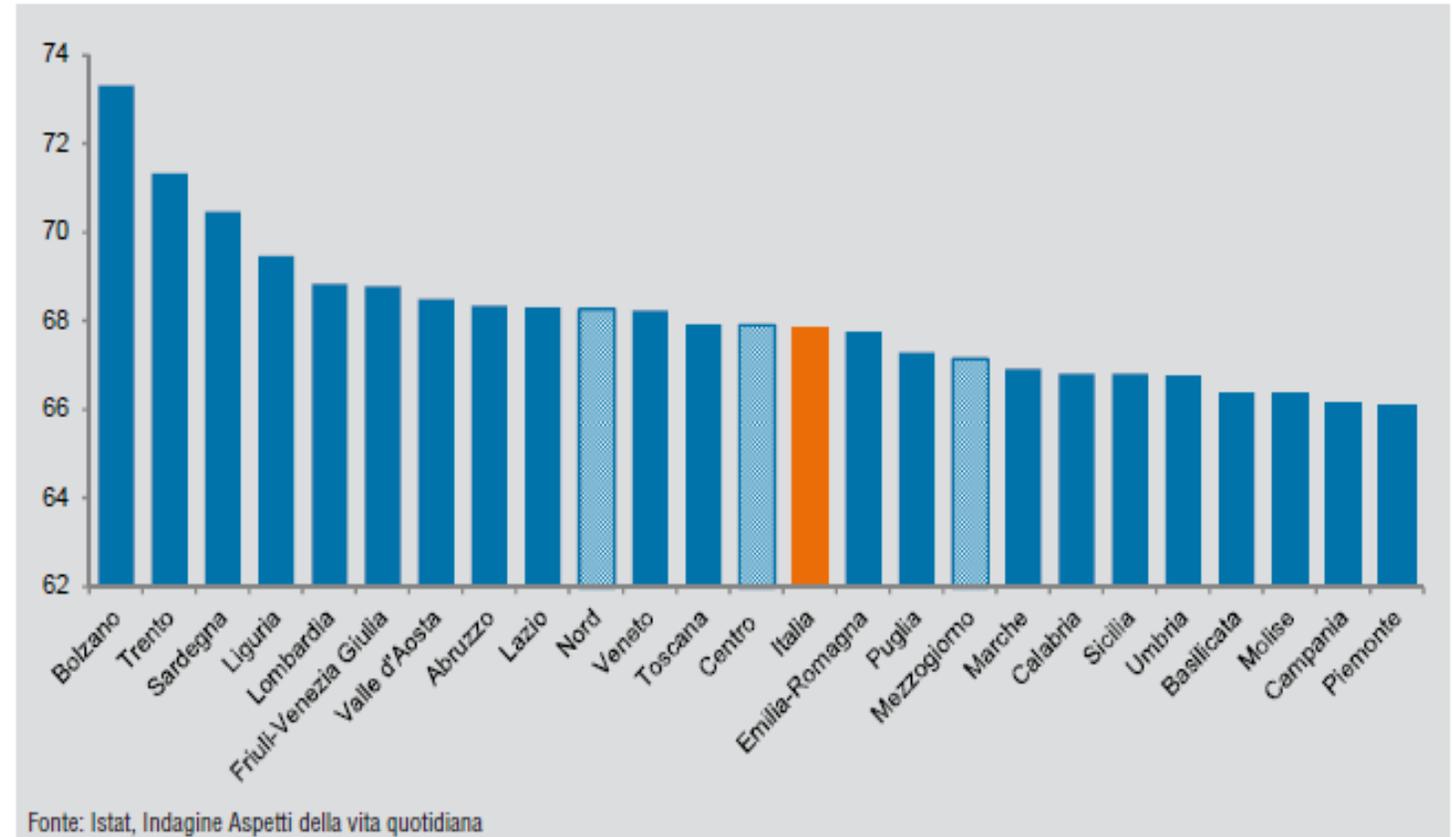
Figura 3. Speranza di vita alla nascita per sesso nei paesi Ue28. Graduatoria in ordine decrescente rispetto al valore della speranza di vita dei maschi. Anno 2017. In anni



# Indice di salute mentale

**Indice di salute mentale (SF36):** L'indice di salute mentale è una misura di disagio psicologico (psychological distress) ottenuta dalla sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più a 5 quesiti estratti dal questionario SF36 (36-Item Short Form Survey). I quesiti fanno riferimento alle quattro dimensioni principali della salute mentale (ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico). L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice.

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.



# Indicatori di Mortalità

**Mortalità infantile:** Decessi nel primo anno di vita per 10.000 nati vivi.

Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per i nati vivi: Rilevazione annuale Movimento e calcolo della popolazione residente.

**Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più):** Tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) standardizzati\* all'interno della fascia di età 65 anni e più.

Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

**Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni):** Tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati\* all'interno della classe di età 15-34.

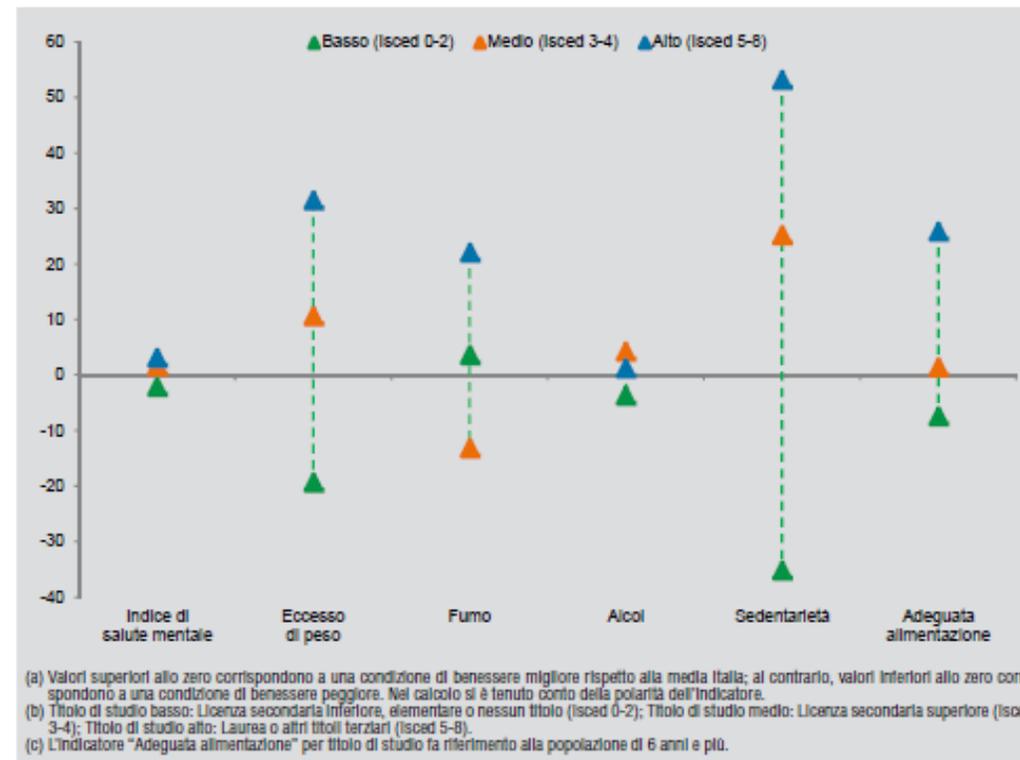
Fonte: Per i decessi: Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

**Mortalità per tumore (20-64 anni):** Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati\* all'interno della fascia di età 20-64 anni.

Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

# Stili di vita

Figura 7. Variazione percentuale di alcuni indicatori del dominio Salute rispetto al valore Italia per titolo di studio. Ultimo anno disponibile (a) (b) (c)



**Fumo:** Proporzione standardizzata\* di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più.

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

**Alcol:** Proporzione standardizzata\* di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più.

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

**Sedentarietà:** Proporzione standardizzata\* di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più.

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

# Eccesso di peso ed Obesità



SOVRAPPESO

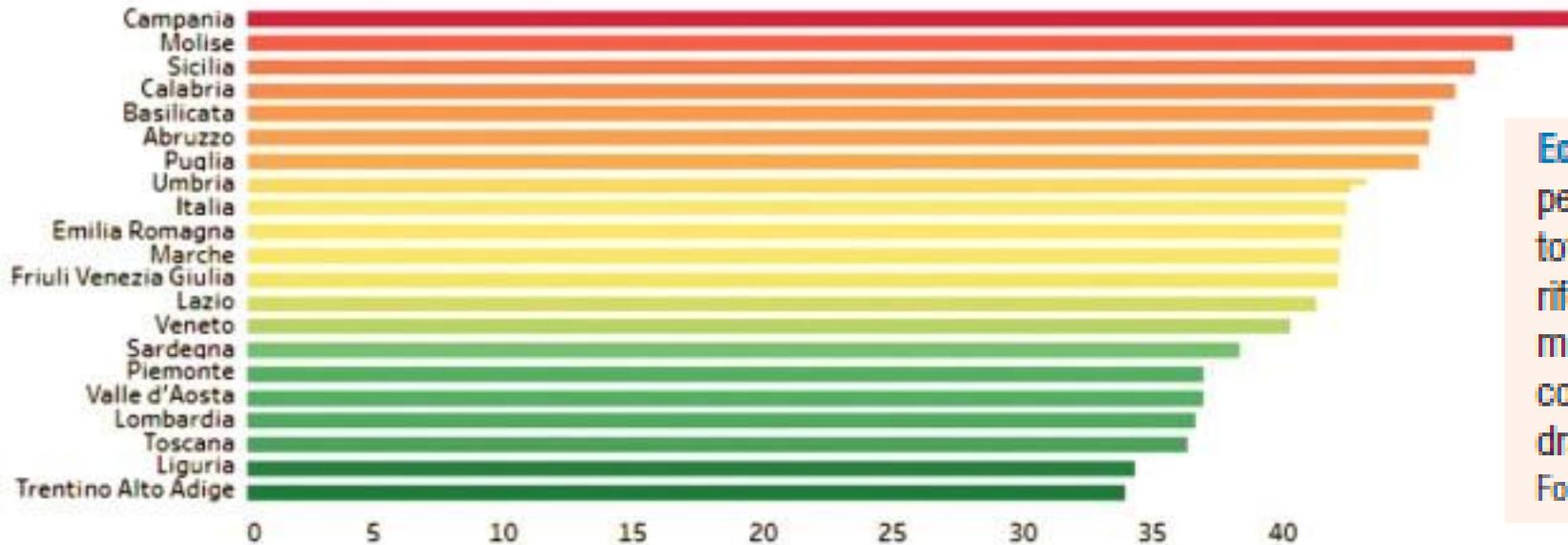


Medie Nazionali  
**31,7%**

OBESI



Medie Nazionali  
**10,7%**



**Eccesso di peso:** Proporzione standardizzata\* di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in Kg, e il quadrato dell'altezza, in metri).

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

# *Indicatori di benessere usati nella Legge di Bilancio*

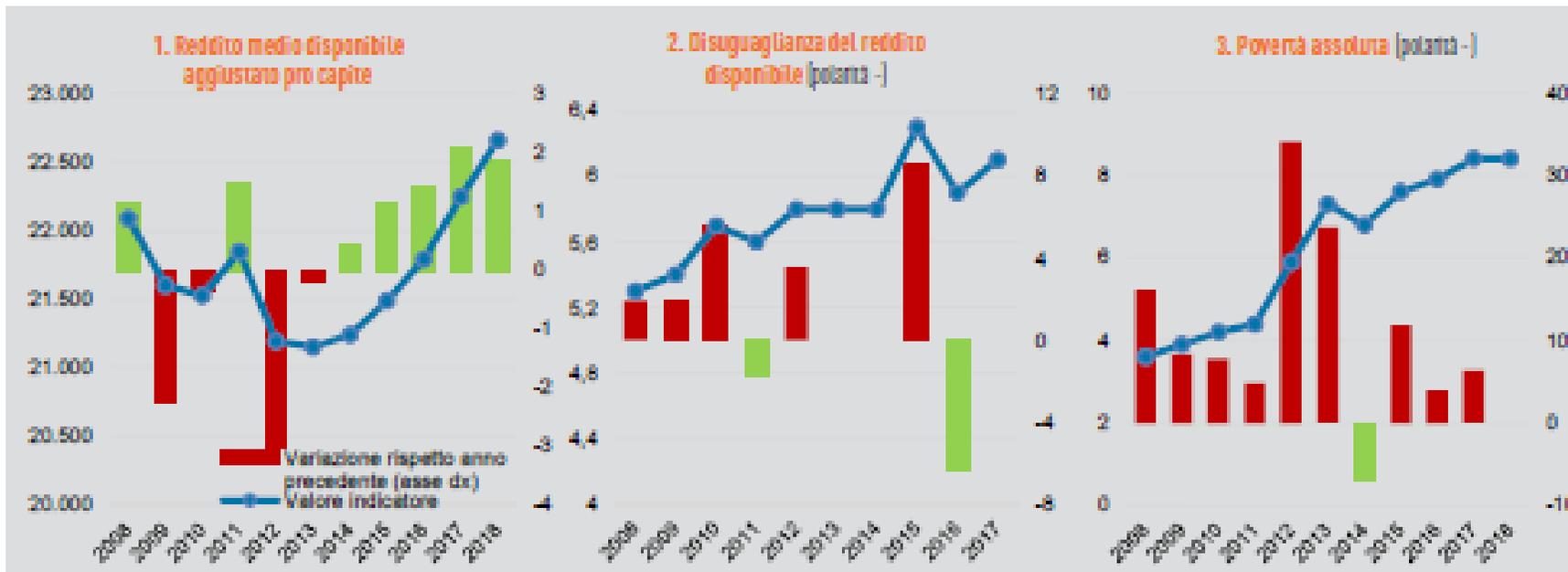
---

Legge di bilancio del 2016 (n. 163) introduce l'uso degli indicatori per valutare le politiche.

Sono stati scelti 12 indicatori socio economici (due di tipo sanitario).

La serie storica dei 12 indicatori evidenzia un diffuso miglioramento negli ultimi anni accompagnato però da alcune criticità, legate a fattori economici (indicatori 2 e 3), al sistema dell'istruzione (indicatore 6), alla conciliazione dei tempi lavorativi per le donne (indicatore 8).

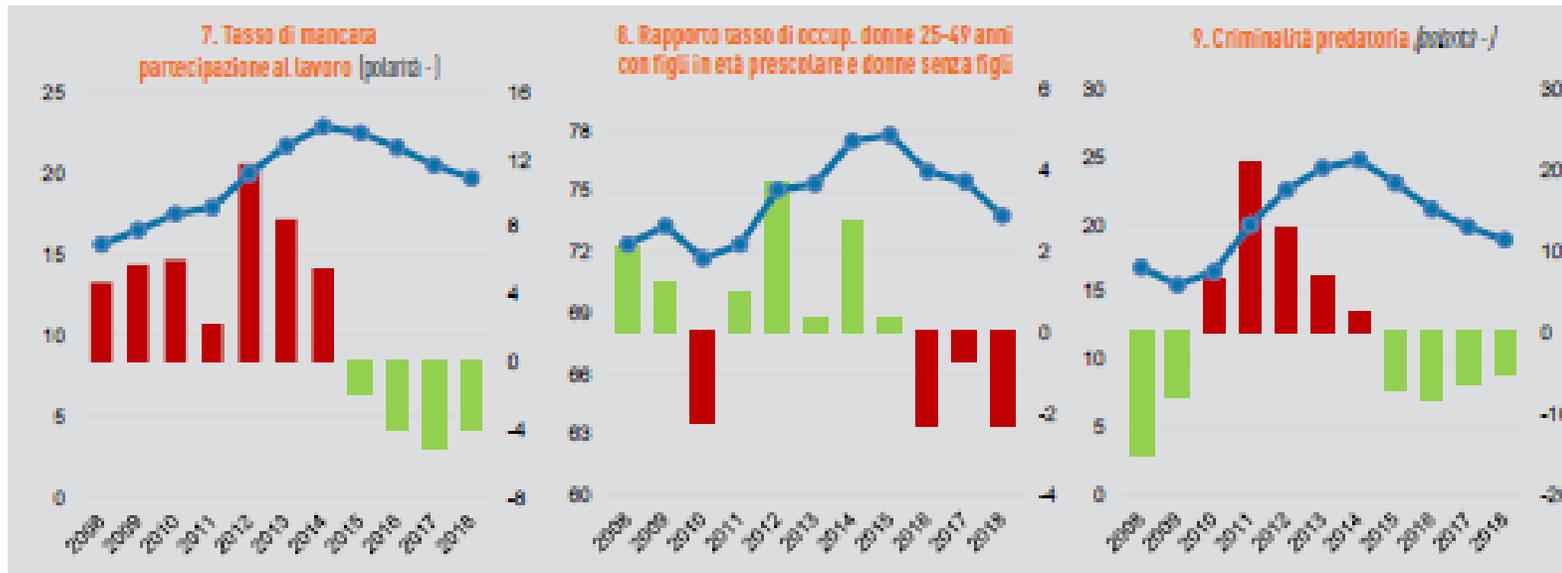
## Indicatori economici



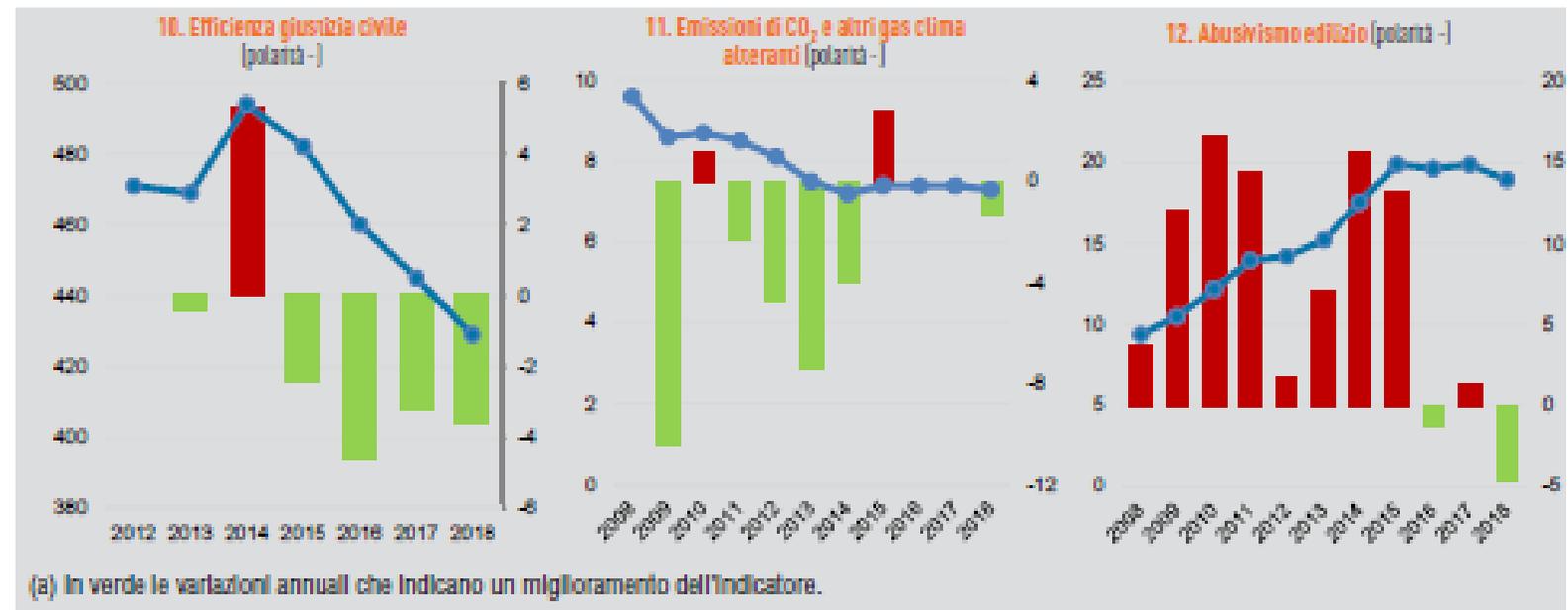
## Indicatori salute ed istruzione



## Lavoro e sicurezza



## Giustizia ed ambiente



# I fattori determinanti della salute

---

Individuare i fattori che determinano lo stato di salute e di benessere della popolazione è una operazione non completamente oggettiva ed è fortemente influenzata da preconcetti anche ideologici.

Stati Uniti



Responsabilità  
individuale  
(Sistemi Assicurativi)

Europa del Nord



Impegno collettivo  
(Sistemi Statali)

# Il concetto di salute è ben definibile?

Soggettivo / Individuale

Oggettivo / Sociale

Assenza di  
malattia

Capacità di  
svolgere ruoli  
e compiti

Un individuo in buona salute è colui che è in grado di funzionare più efficacemente possibile nel suo ambiente e di dedicarsi interamente a sé o ai propri progetti (Consiglio degli affari sociali e della famiglia in Québec, 1984)

E' quella cosa che te ne accorgi  
quando manca

La salute è la vita nel silenzio degli organi  
(René Leriche, 1937)

Inconsapevole

Funzionale

"Lo stato di capacità ottimale d'un individuo per l'adempimento efficace dei ruoli e delle mansioni per i quali è stato socializzato", (Parsons, T., in Patients Physicians, and Illens, E.G., Jaco, ed., New York, Free Press, 1972)

Percepito

Adattativo

Stato  
percepito di  
benessere

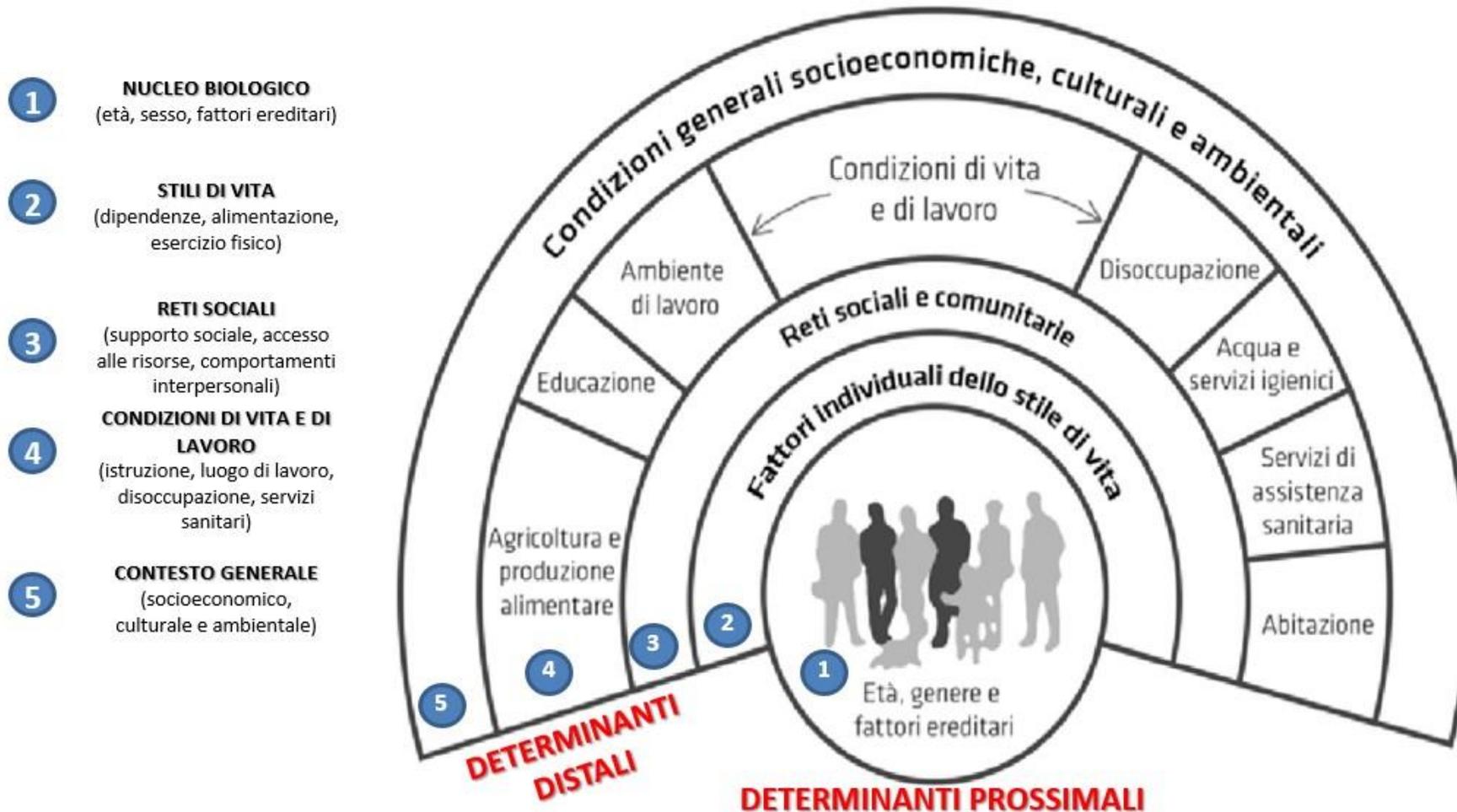
Adeguamento  
permanente  
all'ambiente

"Non è uno 'stato' da raggiungere o da modificare; e non è nemmeno un obiettivo. È piuttosto la risposta degli individui al loro ambiente. È la risposta che permette loro di compiere le loro attività quotidiane senza restrizioni prevedibili". (Milio, N., Promotion Health through Public Policy, Ottawa, Canadian Public Health Association, 1986, p. 3)

Lo stato di salute non è un'entità fissa, che si può stabilire in modo uguale per tutti, ma è un po' come una barra che ogni persona può alzare o abbassare, in base alla percezione della propria condizione a ogni dato momento. (Georges Canguilhem, Il normale e il patologico, 1943)

La persona sana è quella che è capace di rispondere a un mondo complesso e in movimento, che può inventare in ogni istante nove forme di comportamento, che si aggiusta al mondo che non è capace di modificare (Roger Bastide)

# DETERMINANTI DELLA SALUTE

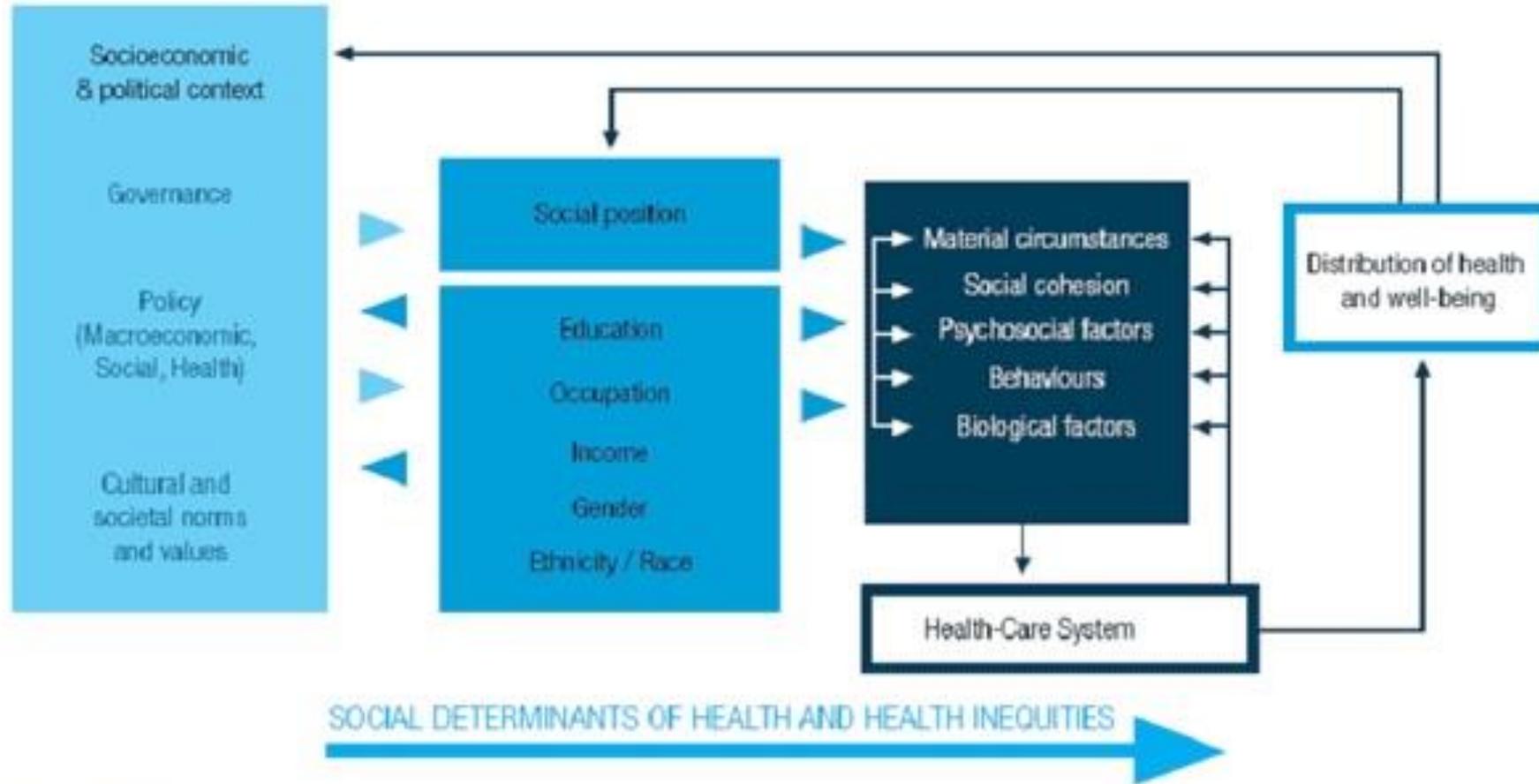


La salute è il prodotto dell'azione di insieme di variabili individuali, sociali, economiche e ambientali che determinano lo stato di salute degli individui o delle popolazioni.

I determinanti influenzano la salute sia direttamente (**determinanti prossimali**) sia per l'effetto che hanno su un comportamento o una decisione che avrà impatto sulla salute delle persone o della popolazione (**determinanti distali**),

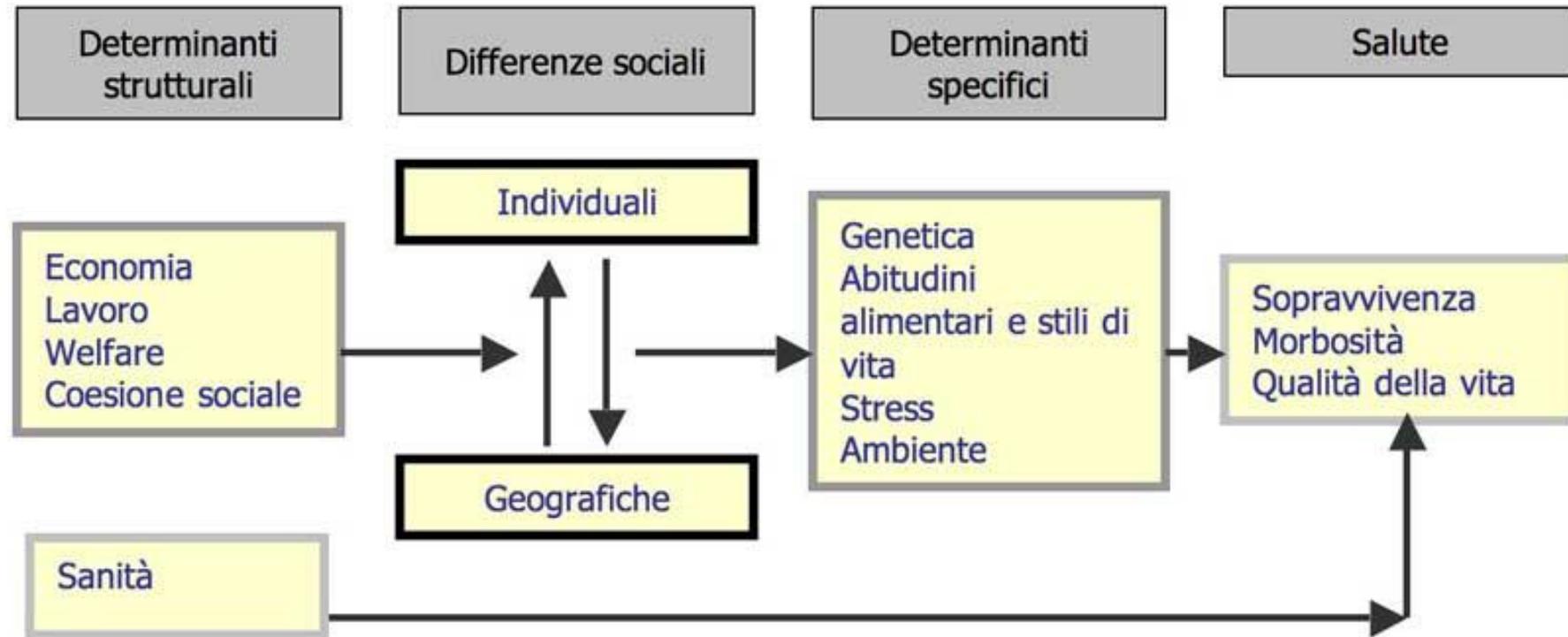
I determinanti possono anche interagire tra loro.

# Determinanti sociali della salute e delle diseguaglianze



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

# Le determinanti della salute



# I fattori determinanti della salute



*Centers for disease  
control and  
prevention*



Lo stato di salute delle persone sarebbe condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita.

Molto meno importanti gli altri fattori: fattori ambientali (20%), fattori genetici (20%) e accesso all'assistenza sanitaria (10%).



Il desiderio di guarire è sempre stato metà della salute.

(Lucio Anneo Seneca)

#frasipercaso

# I fattori determinanti della salute



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

# I fattori determinanti della salute

---

## **determinanti non modificabili della salute**

- caratteristiche biologiche: il sesso, l'età, il patrimonio genetico

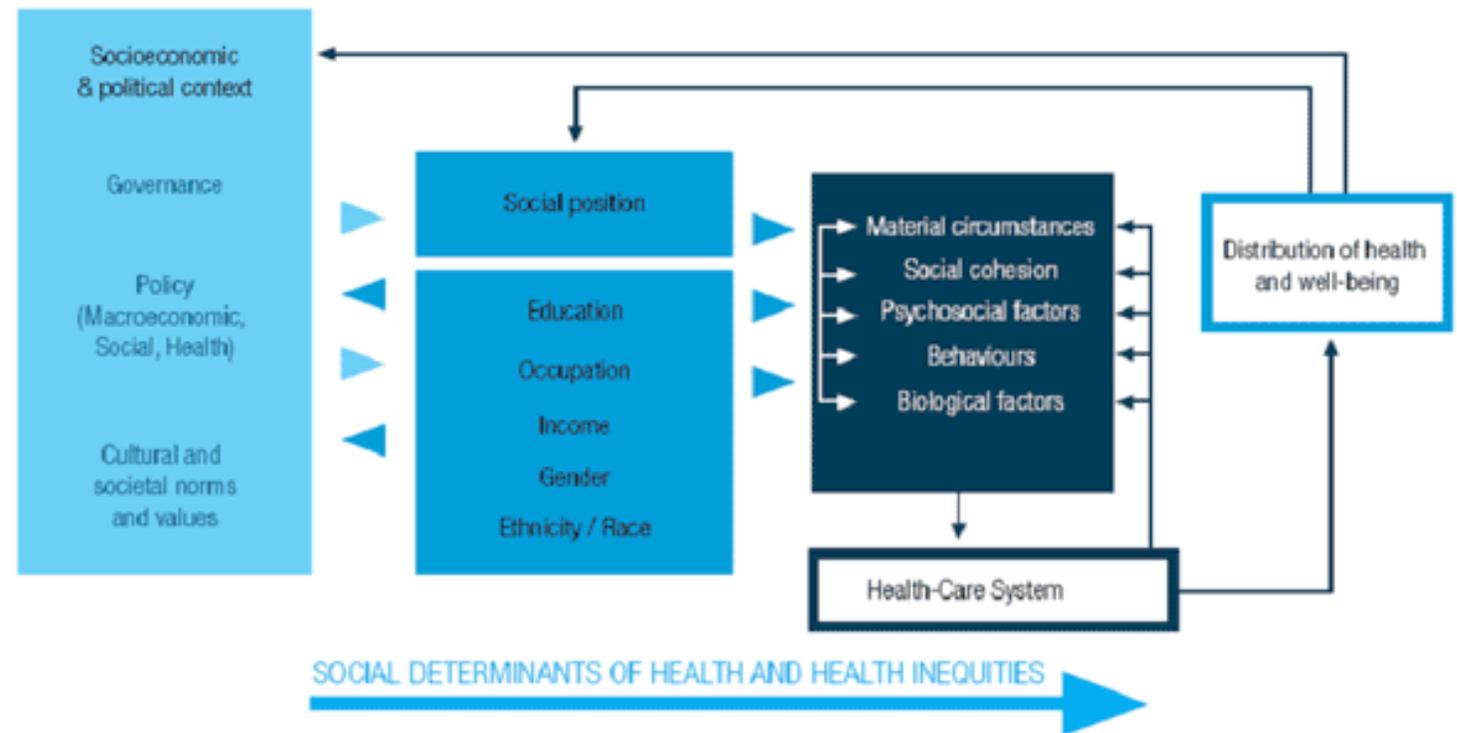
## **determinanti modificabili della salute** (possono essere corretti e trasformati):

- gli stili di vita individuali,
- le reti sociali e comunitarie,
- l'ambiente di vita e di lavoro (educazione, inquinamento, disoccupazione)
- il contesto politico, sociale, economico e culturale.

# I determinanti delle diseguaglianze nella salute

Le correlazioni tra i determinanti potrebbero essere complesse.

La salute influenza il lavoro che a sua volta influenza posizione sociale, risorse, istruzione ed altre determinanti che si riflettono sulla salute.

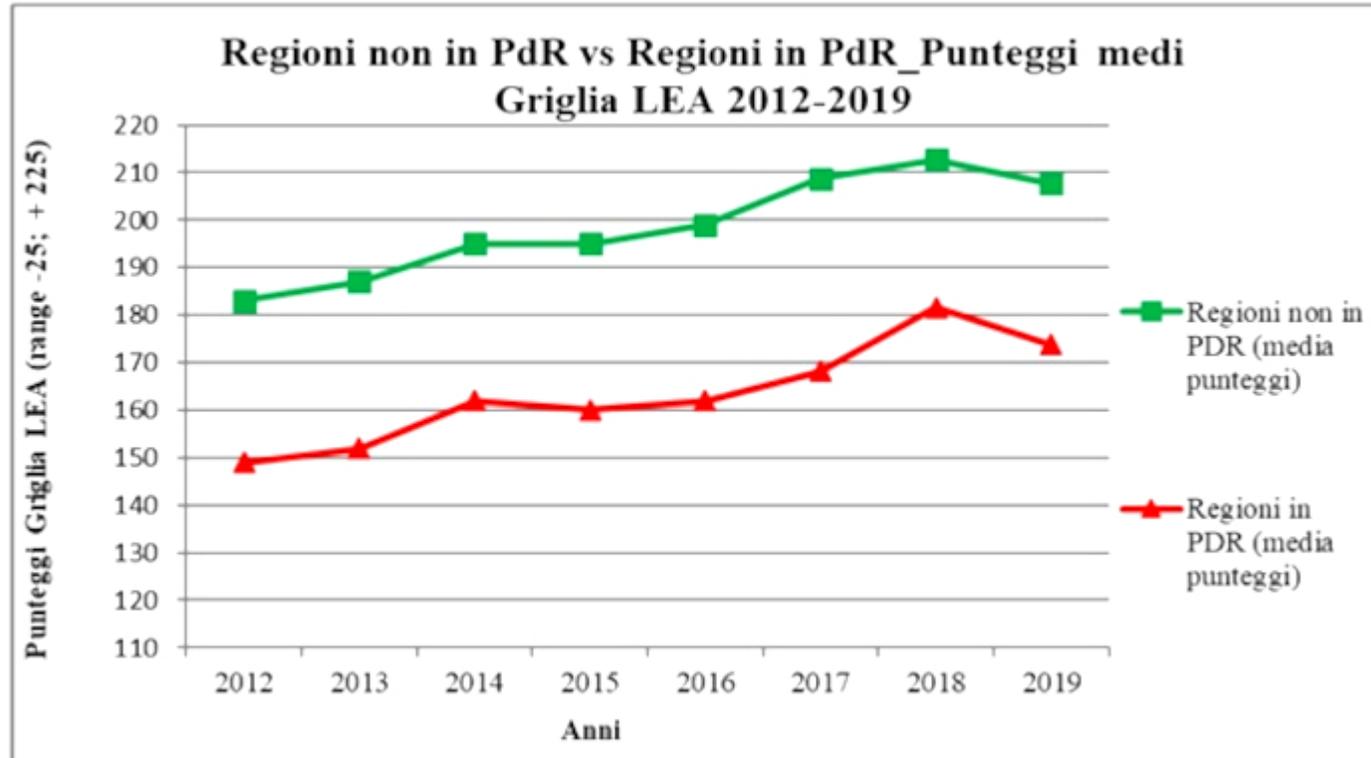


Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

# Monitoraggio dei LEA Nuovo sistema di Garanzai (NSG)

Sezione 5





## Risultati Griglia LEA 2012-2019

Regione	Punteggio complessivo 2019	Punteggio complessivo 2018	Punteggio complessivo 2017	Punteggio complessivo 2016	Punteggio complessivo 2015	Punteggio complessivo 2014	Punteggio complessivo 2013	Punteggio complessivo 2012
Veneto	222	222	218	209	202	189	190	193
Toscana	222	220	216	208	212	217	214	193
Emilia R.	221	221	218	205	205	204	204	210
Lombardia	215	215	212	198	196	193	187	184
Marche	212	206	201	192	190	192	191	165
Umbria	211	210	208	199	189	190	179	171
Liguria	206	211	195	196	194	194	187	176
Friuli Venezia Giulia*	205	206	193					
Abruzzo	204	209	202	189	182	163	152	145
Lazio	203	190	180	179	176	168	152	167
Puglia	193	189	179	169	155	162	134	140
Piemonte	188	218	221	207	205	200	201	186
P.A. Trento*	187	185	185					
Sicilia	173	171	160	163	153	170	165	157
Basilicata	172	191	189	173	170	177	146	169
Campania	168	170	153	124	106	139	136	117
Valle d'Aosta*	160	159	149					
P.A. Bolzano*	157	142	120					
Molise	150	180	167	164	156	159	140	146
Calabria	125	162	136	144	147	137	136	133
Sardegna*	111	145	140					

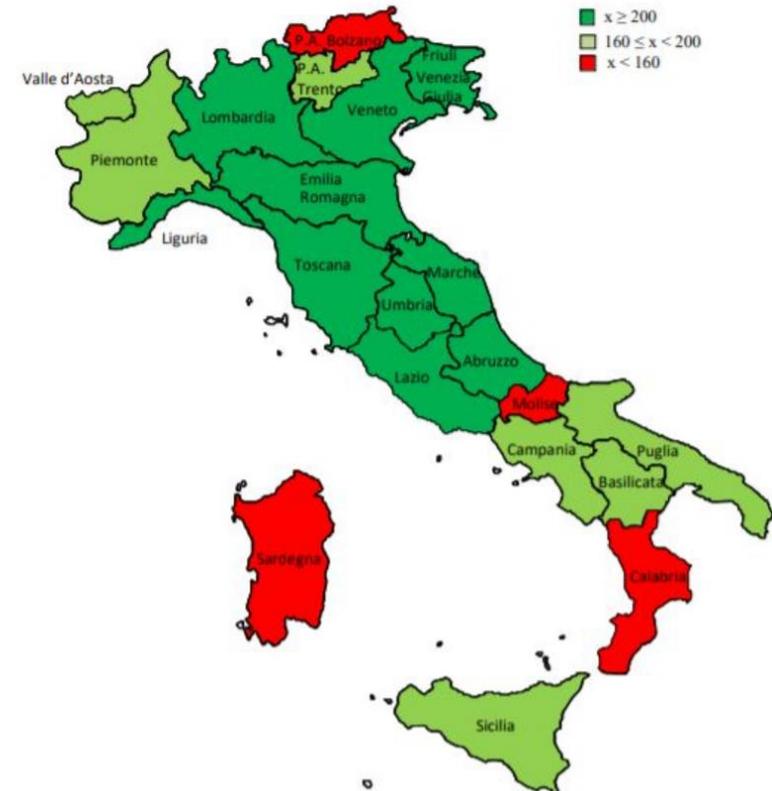
Intervalli di valutazione 2019	Intervalli di valutazione 2018	Intervalli di valutazione 2017	Intervalli di valutazione 2016	Intervalli di valutazione 2015	Intervalli di valutazione 2014	Intervalli di valutazione 2013	Intervalli di valutazione 2012
<b>Adempiente</b> ≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)	<b>Adempiente</b> ≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)	<b>Adempiente</b> ≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)	<b>Adempiente</b> ≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)	<b>Adempiente</b> ≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)	<b>Adempiente</b> (≥ 160)	<b>Adempiente</b> (≥ 160)	<b>Adempiente</b> (≥ 160)
<b>Inadempiente</b> < 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)	<b>Inadempiente</b> < 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)	<b>Inadempiente</b> < 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)	<b>Inadempiente</b> < 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)	<b>Inadempiente</b> < 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)	<b>Adempiente con impegno</b> (≥ 130 e < 160)	<b>Adempiente con impegno</b> (≥ 130 e < 160)	<b>Adempiente con impegno</b> (≥ 130 e < 160)
					<b>Critica</b> (< 130)	<b>Critica</b> (< 130)	<b>Critica</b> (< 130)

\* Regione/Provincia Autonoma non sottoposta a verifica adempimenti

Fonte: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio 6

# Monitoraggio dei LEA

Valutazione	Regione	Punteggio 2019
Adempiente	Veneto	222
	Toscana	222
	Emilia R.	221
	Lombardia	215
	Marche	212
	Umbria	211
	Liguria	206
	Abruzzo	204
	Lazio	203
	Puglia	193
	Piemonte	188
	Sicilia	173
	Basilicata	172
Inadempiente	Campania	168
	Molise	150
	Calabria	125



# Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

---

## **87 indicatori selezionati**

Prevenzione collettiva e sanità pubblica	16
Assistenza Distrettuale	34
Assistenza Ospedaliera	23
Indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario	4
Indicatori di equità	1
Indicatori PDTA	9



D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
D03C	Tasso di ospedalizzazione in età adulta ( $\geq 18$ anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
D04C	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica ( $< 18$ anni) per asma e gastroenterite
D05C	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente
D06C	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente
D07C	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente
D08C	Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ)
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso. Intervallo di tempo tra l'allarme, con la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa, e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul target.
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.
D12C	Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio.
D13C	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.
D14C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici
D15C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antidepressivi
D16C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Inibitori di pompa
D17C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antiipertensivi
D18C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Statine.
D19C	Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza.
D20Z	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio (CIA base) in rapporto alla popolazione residente.
D21Z	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio (CIA base) in rapporto alla popolazione residente.
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3, CIA 4).
D23Z	Tasso di PIC in assistenza domiciliare per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3, CIA 4).
D24C	Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG.
D25C	Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare.
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (escluse demenze e Alzheimer) in rapporto alla popolazione residente maggiorenne.
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
D28C	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.
D29C	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti
D30C	Numero di trattamenti per dipendenza patologica con abbandono in rapporto al totale dei trattamenti per dipendenza patologica.
D31Z	Numero di assistiti terminali non oncologici in rapporto al numero di assistiti terminali.
D32C	Numero di giornate di sospensione delle cure domiciliari per ricoveri nell'ultimo mese di vita del paziente terminale.
D33Z	Numero di malati ricoverati in hospice entro 3 giorni dalla segnalazione del caso.
D34Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

## Assistenza ospedaliera (23)

H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.
H07Z	Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente.
H08Z	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti, autosufficienza emoderivati, proporzione di interventi chirurgici ortopedici elettivi che non richiedono trasfusione allogenica).
H09Z	Donazione di organi (donazione di organi, accertamenti di morte con criteri neurologici in terapia intensiva, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).
H10Z	Tempi di attesa per trapianto (numero pazienti in lista di attesa per trapianto, tempo medio di attesa per totale pazienti iscritti per singolo organo, numero dei pazienti trapiantati per singolo organo).
H11Z	Donazione di tessuti (numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici, numero di donatori di tessuti per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale).
H12C	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.
H14C	Percentuale di ricoveri di riabilitazione inappropriati dal punto vista clinico.
H15S	Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche.
H16S	Frequenza di infezioni post-chirurgiche.
H17C	Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti.
H18C	Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti.
H19S	Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN.
H20S	Numero di punti nascita con volumi <500 parti/anno attivi, per i quali non è stata chiesta deroga alla chiusura
H21C	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC).
H22C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.
H23C	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata

## Indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario (4)

CO01	Buona salute percepita
CO02	Sovrappeso ed obesità nei bambini
CO03	Fragilità nell'anziano (65 anni o più)
CO04	Indice di cronicità

## Indicatori di equità Sociale (1)

EO01	Rinuncia a prestazioni sanitarie nei gruppi socio economicamente svantaggiati
------	---

# Indicatori di performance

Sezione 6



## Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico

---

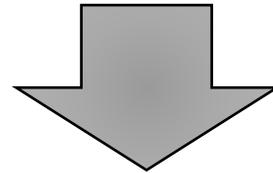
Dal 2007 raccogliendo i dati di 37 paesi l'OECD/OCSE ha avviato un programma di valutazione comparativa delle performance dei sistemi sanitari

Presenta 70 indicatori che coprono le aree delle cure primarie, delle cure per acuti, della salute mentale, delle cure oncologiche, del benessere del paziente e della sua esperienza con i servizi sanitari

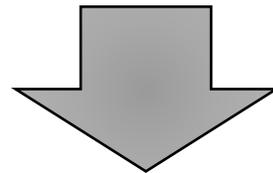
# Ocse - Health Care Quality Indicators

---

DEFINIZIONE DELLA METODOLOGIA



*Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide, OECD 2008*



documenta le modalità di condivisione con il mondo dei clinici e degli stakeholder

# Agenzie di valutazione Sistemi Nazionali

**NICE** National Institute for Health and Care Excellence



Canadian Institute  
for Health Information

Institut canadien  
d'information sur la santé



# Clinical Governance in Inghilterra

---

## **1997 *White Paper***

La *clinical governance* è stata prevista per la prima volta nel *White Paper* presentato dal Partito Laburista nel Dicembre del 1997

## **1998 “*A first class service*”**

Il *Department of Health* presenta le linee guida sulla *clinical governance*: “*A first class service*”

## **1999 Star Rating System**

La riforma *Blair* ha introdotto l’obbligo, per tutte le strutture sanitarie, di attivare al loro interno un’unità di *clinical governance* ed ha fornito un nuovo sistema di valutazione della *performance*, basato sulla logica degli obiettivi. In particolare, esso si basava sul meccanismo dello ***Star Rating System***, un modello multidimensionale della *performance* rimasto in vigore fino al 2005.

# Riforma HSCA 2012

---

## ***2012, Health and Social Care Act 2012***

Ha disposto lo **smantellamento** di buona parte dell'infrastruttura pubblica del sistema sanitario inglese.

1. Riduzione della Burocrazia

2 Ottenere un consistente risparmio di spesa da reinvestire nella qualità dei servizi offerti.

### **Monitor e Care Quality Commission**

Effettuano azioni di vigilanza sul rispetto degli **standard qualitativi minimi**.

Rilascia ai *providers* l'autorizzazione per svolgere l'attività.

**Health Watch** un difensore civico finalizzato al miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, e teso a rendere effettiva la voce dei pazienti.

## **NICE** National Institute for Health and Care Excellence

---

Il National Institute of Clinical Excellence, noto come NICE, è un'organizzazione inglese che ha come scopo fondamentale quello di valutare **l'efficacia degli interventi medici, siano essi rappresentati da farmaci, dispositivi medici o procedure fisioterapiche e chirurgiche**, al fine di orientare una corretta utilizzazione delle risorse da parte del National Health Service inglese.

Questo Istituto, che si avvale di uno staff di circa **60 persone**, è stato costituito su volere del Governo inglese per stabilire il **rapporto benefici/rischi** delle varie pratiche mediche.

Produce statistiche di valutazione delle attività sanitarie di **ospedali e general practitioner**

# Indicatori Nice

Stato della salute:	morte per tutti i tipi di età (15-64 anni)
	morte per tutti i tipi d'età (65-74 anni)
	decessi per tumore .
	morte per tutte le malattie circolatorie
	tasso di suicidi
	morte per incidenti
	lesioni gravi dovute a incidente

Equità d'accesso	lista di attesa per degenza
	riparazione dentale per adulti
	diagnosi precoce del tumore
	tempo di attesa accesso specialistico per tumore
	numero di MMG
	disponibilità reale MMG
	tasso chirurgia urgente elettiva
tasso di chirurgia-malattia coronarica.	

Appropriatezza	% vaccinazioni infantili
	% codice urgenza usata in modo inappropriato
	gestione delle cure acute
	gestione delle cure croniche
	salute mentale nelle cure primarie
	rapporto costo efficacia delle prescrizioni
	rientro a casa (senza riab) dopo il trattamento per un ictus
rientro a casa (senza riab) dopo il trattamento per un'anca fratturata.	

Efficienza	tariffa giornaliera
	durata medi del soggiorno
	costi medio del parto
	costi delle unità sanitarie di salute mentale
costo medio della prescrizione generica	

Esperienza del paziente del NHS	paziente che attende meno di 2 ore per il trattamento in PS
	operazioni chirurgiche annullate
	dimissioni ritardate da livelli di cura inappropriati
	primo appuntamento ambulatoriale per il quale i pazienti hanno rinunciato
	Pazienti visti in specialistica entro 13 settimane, dal referto GP
	percentuale di coloro che sono in attesa di attesa per 18 mesi o più
	soddisfazione del paziente.

# Indicatori Nice

Esiti della prevenzione	gravidanze al di sotto dei 18 anni
	denti cariati, mancanti nei bambini di cinque anni
	riammissione in ospedale a seguito di dimissione
	rimmissione di anziani in emergenza
	riammissioni psichiatriche di emergenza
	nati morti e morte infantile
	Sopravvivenza al tumore al seno
	sopravvivenza al tumore cervice
	sopravvivenza al tumore del polmone
	sopravvivenza al tumore del colon
	Morte, in ospedale a seguito di un intervento chirurgico (somministrazioni di emergenza)
	decessi in seguito a intervento chirurgico (ammissione non di emergenza)
	Morte, in seguito a un grave attacco (età 35-74)
	Morte, in ospedale a seguito di una frattura

# Focus sul paziente

Attesa superiore alle 4 ore nel DEA
Qualità del cibo in ospedale
Trattamento del tumore al seno entro un mese
Operazioni annullate
Prenotazione con risposta in un giorno
Trasferimenti ritardati in set di cure appropriati
Operazioni cardiache con oltre nove mesi d'attesa
Questionario pronto soccorso ed ambulatorio: accesso e attesa
Questionario pronto soccorso ed ambulatorio: informazioni e scelta
Questionario pronto soccorso ed ambulatorio: Qualità delle relazioni
Questionario pronto soccorso ed ambulatorio: pulizia, confort e accoglienza
Questionario pronto soccorso ed ambulatorio: coordinamento dell'assistenza, sicurezza e qualità
Accesso diretto all'ambulatorio pediatrico
Procedura per i reclami dei pazienti
Privacy e dignità
Mesi d'attesa per le degenze programmate
Cure ambulatoriali entro tredici settimane
Attese totali di degenza (% del piano)
Tempi di attesa per percorso di accesso rapido in caso di dolore toracico

# Focus clinico

---

Negligenza clinica
Morti entro 30 giorni dall'intervento di bypass cardiaco
Morti entro 30 giorni per procedure chirurgiche selezionate
Riammissione di emergenza in ospedale a seguito di dimissione
Riammissione di emergenza in ospedale a seguito di dimissione (per bambini)
Riammissione di emergenza in ospedale dopo il trattamento per un'anca fratturata
Riammissione di emergenza in ospedale dopo il trattamento per un ictus
Ritorno a casa (senza riab) dopo il trattamento ospedaliero per l'anca fratturata
Ritorno a casa (senza riab) dopo il trattamento ospedaliero per l'ictus
Procedure di controllo delle infezioni
Punteggio di miglioramento della batteriemia resistente alla meticillina Staphylococcus Aureus (MRSA)
Tempo di attesa per trattamento della trombolisi

# Focus sulle strutture e sulle risorse

---

Qualità dei dati
Sicurezza antincendio
Governance dell'informazione
Ore di medici specializzandi
Tasso di assenza di malattia
Sondaggio soddisfazione degli staff

# Traduzione delle linee guida Nice nel sito ISS



Sintesi LG NICE (in italiano). Credits: traduzione italiana a cura della Fondazione GIMBE

🕒 1 Settembre 2017 📁 Buone pratiche

Dalle rigorose e indipendenti **linee guida** del *National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)* una sintesi delle raccomandazioni cliniche, corredate dei livelli di evidenza, relative a prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie e condizioni di notevole rilevanza clinica e/o ad elevato impatto epidemiologico.

- [Diagnosi e terapia dell'ipertensione arteriosa in gravidanza – \(2020\)](#)
- [Diagnosi e terapia della broncopneumopatia cronica ostruttiva negli adulti – \(2019\)](#)
- [Diagnosi e terapia dello scompenso cardiaco cronico negli adulti – \(2019\)](#)
- [Diagnosi e terapia dell'artrite reumatoide negli adulti – \(2019\)](#)
- [Diagnosi, trattamento e supporto dei pazienti affetti da demenza – \(2018\)](#)

# NHS KEY STATISTICS



The image shows the cover of a briefing paper from the House of Commons Library. The top left features the House of Commons Library logo. Below it, a green bar contains the text 'BRIEFING PAPER' and 'Number 7281, 16 October 2019'. The main title is 'NHS Key Statistics: England, October 2019'. The author is 'By Carl Baker'. The bottom half of the cover features a photograph of a brick building with 'University Hospital NHS Trust' and a large blue 'NHS' sign. A green vertical bar on the right side contains a 'Contents' list with 10 items.

HOUSE OF COMMONS LIBRARY

**BRIEFING PAPER**  
Number 7281, 16 October 2019

**NHS Key Statistics:**  
England, October 2019

By Carl Baker

**Contents:**

1. Accident & Emergency
2. Waiting Times for Consultant-Led Treatment
3. Cancer Waiting Times
4. Delayed Transfers of Care
5. Cancelled Operations
6. Diagnostic Tests: Activity and Waiting Times
7. Ambulance Response Times
8. Doctors, Nurses and other staff
9. Hospital Inpatient and outpatient activity
10. Bed Availability and Occupancy

# Monitoraggio degli obiettivi NHS

---

Tempi di attesa nei DEA (rispetto all'obiettivo massimo di 4 ore)

Tempi di attesa per la presa in carico (rispetto all'obiettivo di 18 settimane)

Tempi di accesso all'accertamento specialistico da MMG per tumore (rispetto 14 gg massimi)

Dimissione ritardata da set di assistenza inappropriato

Interventi urgenti programmati cancellati (e % non riprogrammati)

Tempi d'attesa per la refertazione esami diagnostici

Tempi di intervento delle ambulanze

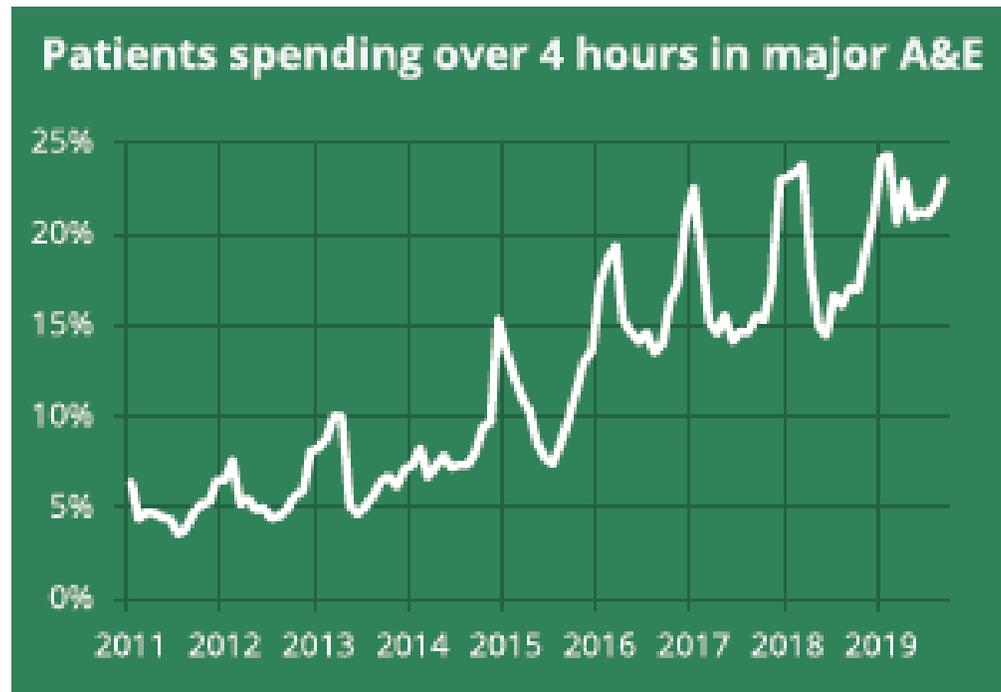
Disponibilità Personale dell'NHS

Disponibilità ed occupazione di posti letto ordinari

Disponibilità di posti letto ed occupazione

# Tempi di attesa nei DEA (oltre 4 ore)

## Andamento



## Peggiori ospedali

**Highest percentage waiting over 4 hours**

Lancashire Teaching Hospitals NHS FT	42.9%
Blackpool Teaching Hospitals NHS FT	39.2%
King's College Hospital NHS FT	37.3%
Barking, Havering & Redbridge Uni Hospitals	36.7%
Croydon Health Services Trust	36.6%
The Hillingdon Hospitals NHS FT	36.5%
United Lincolnshire Hospitals Trust	36.4%
Worcestershire Acute Hospitals Trust	35.2%
Shrewsbury And Telford Hospital Trust	34.6%
Norfolk And Norwich University Hospitals NHS FT	34.3%

# Tempi di attesa per la presa in carico per trattamenti

## The 18-week waiting times target has not been met since early 2016

Waiting time in weeks (92nd percentile)  
Target 18 wks



Waits over 52 weeks



# Tempi di accesso all'accertamento specialistico per tumore (rispetto 14 gg massimi) inviati da MMG

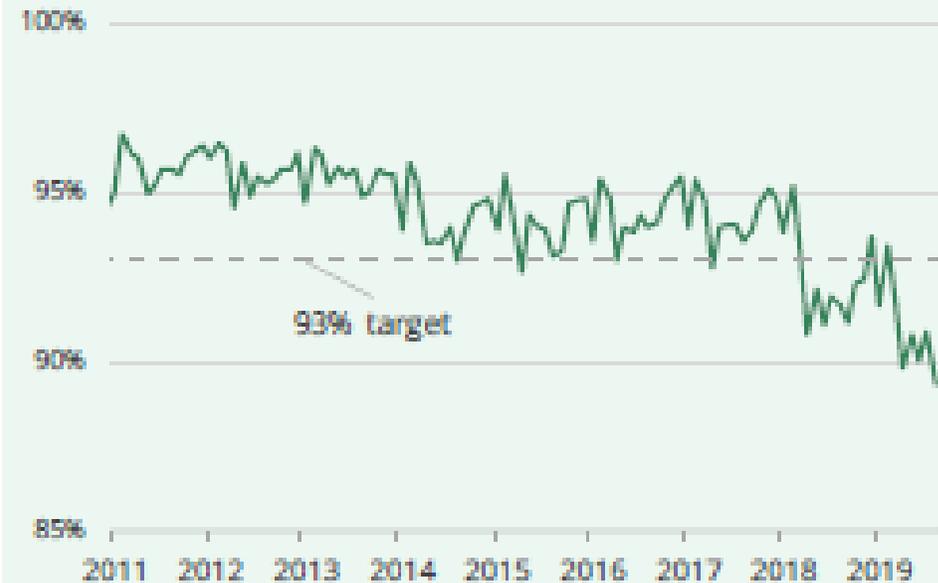
## Urgent GP referrals with suspected cancer have doubled since 2011

Average number of referrals per day in England



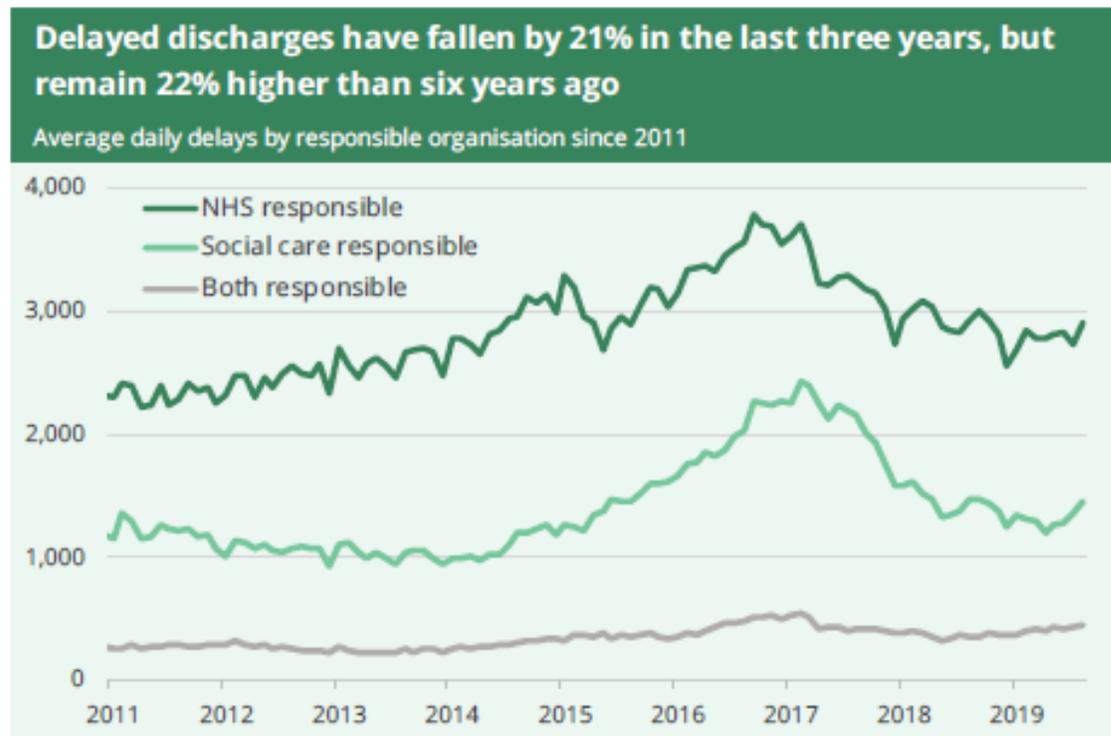
## The 2-week waiting time target for GP referrals has not been met for the past six months

% waiting less than 2 weeks from referral to consultant appointment



# Dimissioni ritardate da set inappropriati

## Andamento



## Peggiori ospedali

### Acute delayed transfers: trusts with the highest percentage of bed days lost, Jan-Mar 2019

Wye Valley NHS Trust	7.7%
Lancashire Teaching Hospitals NHS FT	7.2%
North West Anglia NHS FT	6.8%
Hampshire Hospitals NHS FT	6.4%
East Kent Hospitals University NHS FT	6.3%
Royal Cornwall Hospitals Nhs Trust	6.2%
The Walton Centre NHS FT	6.2%
University Hospital Southampton NHS FT	6.2%
South Tees Hospitals NHS FT	6.1%
Royal Devon And Exeter NHS FT	5.8%

# Interventi urgenti programmati cancellati

Around 1% of elective operations are cancelled on the day. The percentage of cancellations not treated within 28 days has doubled in recent years

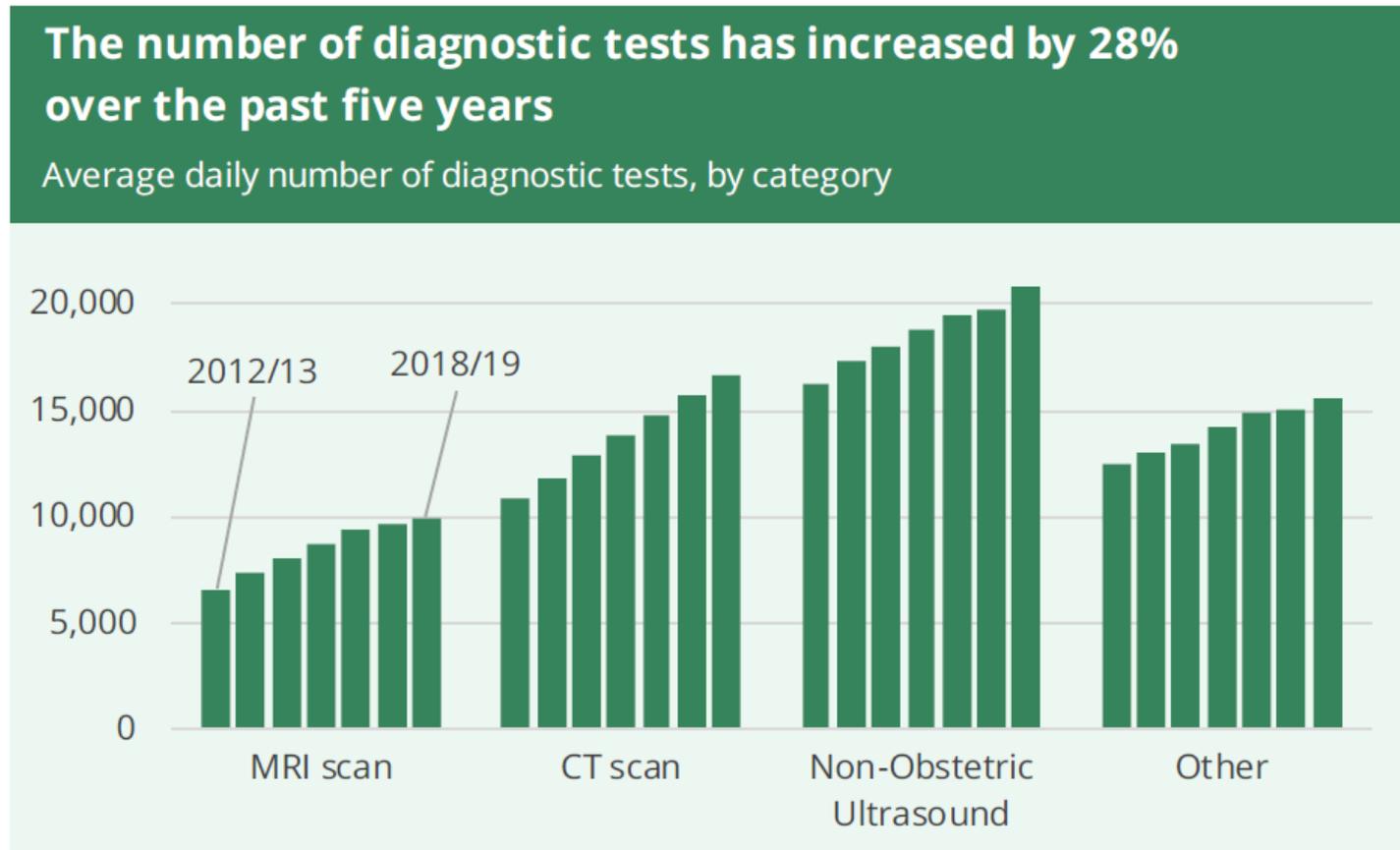
Cancellations as a % of all elective admissions



Cancellations not treated within 28 days of cancellation



# Tempi di attesa per referto diagnostico



# Tempi di attesa per referto diagnostico

## Andamento

The percentage waiting over 6 weeks fell substantially between 2006 and 2008...



## Peggiori ospedali

Patients waiting 6+ weeks for a diagnostic test  
10 CCGs with highest percentage, August 2019

Brighton and Hove CCG	20%
Vale of York CCG	19%
Devon CCG	18%
Mid Essex CCG	16%
Scarborough and Ryedale CCG	14%
North East Lincolnshire CCG	14%
Castle Point and Rochford CCG	14%
Southend CCG	13%
Somerset CCG	13%
Hull CCG	12%

# Personale dell'NHS

## Medici ospedalieri

**There are 11.6% more hospital doctors than five years ago**

FTE doctors in NHS hospital and community health services

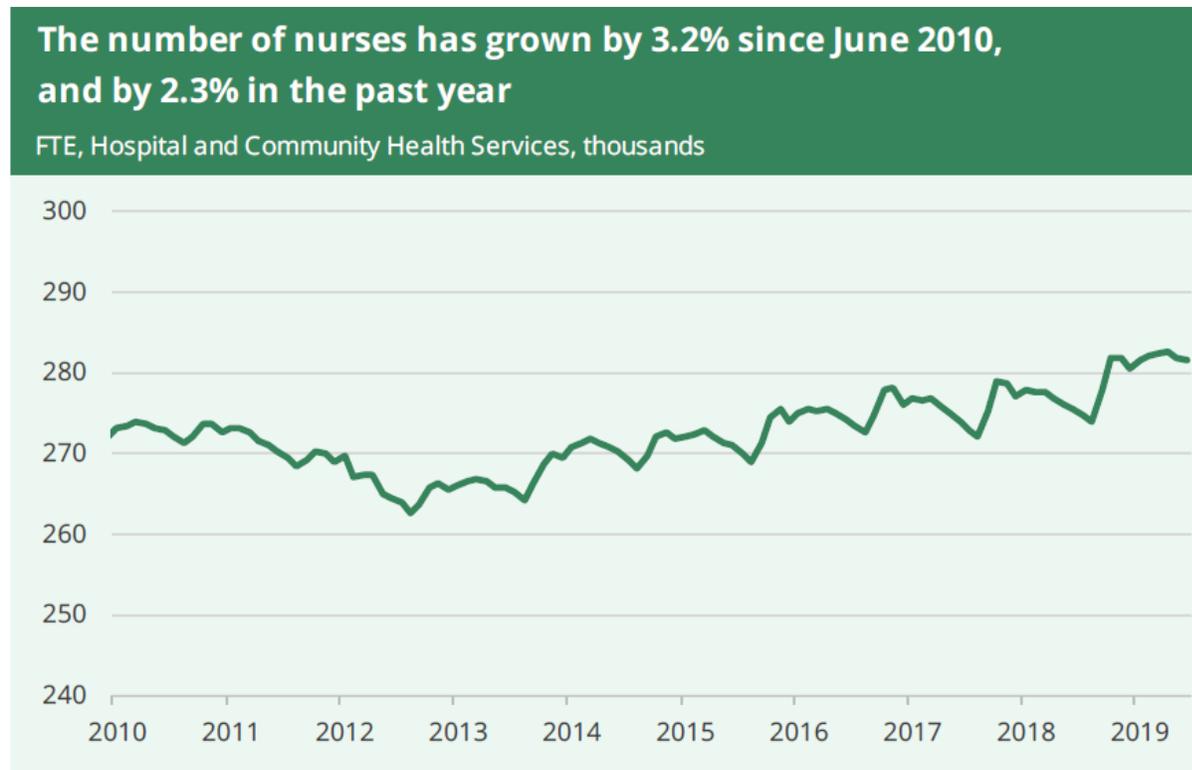


## Changes in hospital medical staff since 2011, by specialty

Specialty	Jun 2011	Jun 2015	Jun 2019	Change 2011-2019	
General medicine	25,313	27,723	30,034	+4,721	+19%
Surgical	20,817	21,997	23,881	+3,064	+15%
Anaesthetics	11,486	12,537	13,951	+2,465	+21%
Psychiatry	8,633	8,638	8,936	+303	+4%
Paediatric	7,197	7,642	8,532	+1,335	+19%
Emergency Medicine	5,015	5,830	7,126	+2,112	+42%
Obstetrics & gynaecology	5,351	5,578	5,996	+645	+12%
Radiology	3,421	3,843	4,462	+1,040	+30%
Pathology	3,803	3,947	4,249	+446	+12%
Dental	2,037	2,231	2,433	+396	+19%
Clinical oncology	1,007	1,202	1,312	+305	+30%
Public health & community	2,082	1,396	947	-1,135	-55%
<b>Total</b>	<b>96,162</b>	<b>102,564</b>	<b>111,860</b>	<b>+15,697</b>	<b>+16%</b>

# Personale dell’NHS

## Infermieri



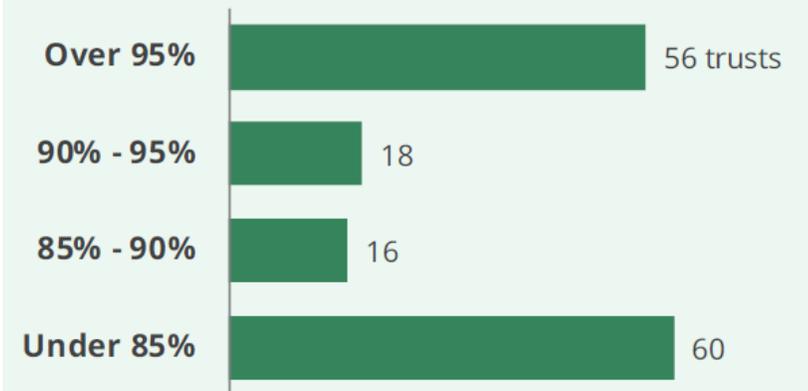
# Disponibilità ed Occupazione dei letti ordinari

## Bed Availability and Occupancy, 2010-2019

Period	Beds Open Overnight					Day Only	ALL BEDS
	Total	General & Acute	Learning Disabilities	Maternity	Mental Illness	Total	
<b>AVERAGE BEDS AVAILABLE</b>							
Apr-Jun 2010	<b>144,455</b>	110,568	2,465	7,906	23,515	11,783	<b>156,238</b>
Apr-Jun 2018	<b>128,589</b>	101,398	1,078	7,718	18,395	12,463	<b>141,052</b>
Apr-Jun 2019	<b>128,649</b>	101,790	967	7,622	18,271	12,658	<b>141,307</b>
Change '11-'19	<b>-10.9%</b>	-7.9%	-60.8%	-3.6%	-22.3%	+7.4%	<b>-9.6%</b>
<b>AVERAGE OCCUPANCY</b>							
Apr-Jun 2010	<b>84.8%</b>	86.3%	76.9%	60.2%	87.1%	76.5%	<b>84.2%</b>
Apr-Jun 2018	<b>87.8%</b>	89.8%	76.0%	58.2%	89.8%	85.1%	<b>87.6%</b>
Apr-Jun 2019	<b>87.9%</b>	90.0%	72.5%	58.4%	89.6%	84.3%	<b>87.6%</b>

## Half of NHS trusts had bed occupancy above 90% in Jan-Mar 2019

General & acute occupancy



# NHS – Scotland - Information Services Division

## ISD Scotland better information, better decisions, better health

Cancer	Full Report	<a href="#">Click to view</a>
Child Health		
Deaths		
Dental Care		
Drugs & Alcohol Misuse		
Emergency Care		
Equality & Diversity		
Eye Care		
Finance		
General Practice		
Health & Social Care		
Health Conditions		
Heart Disease		
Hospital Care		
Maternity & Births		
Mental Health		
Prescribing & Medicines		
Public Health		
Quality Indicators		
Quality Measurement Framework		
Scottish Healthcare Audits		
Sexual Health		
Stroke		
Waiting Times		
Workforce		

<b>Prostate Cancer Quality Performance Indicators</b>	<b>17 December 2019</b>
Publication Summary	<a href="#">Download</a> [218kb]
Full Report	<a href="#">Download</a> [932kb]
Data Tables	<a href="#">View Data Tables</a>
<b>Annual Report on Complaints - National Performance Indicator</b>	<b>17 December 2019</b>
Publication Summary	<a href="#">Download</a> [133kb]
Full Report	n/a
Data Tables	<a href="#">View Data Tables</a>
<b>Hospital Standardised Mortality Ratios</b>	<b>12 November 2019</b>
Publication Summary	<a href="#">Download</a> [191kb]
Full Report	<a href="#">Download</a> [1142kb]
Data Visualisation	<a href="#">View Data Visualisation</a>
Data Tables	<a href="#">View Data Tables</a>
<b>Scottish Atlas of Variation - REVISED (Revised 16 October 2019)</b>	<b>24 September 2019</b>
Publication Summary	<a href="#">Download</a> [153kb]



# 15 INDICATORI TRATTAMENTO TUMORE PROSTATA

QPI	Target	2015/16	2016/17	2017/18
QPI 1 - Biopsy Procedure	90%	96.0	94.6	93.6
QPI 2(i) - Radiological Staging	95%	98.8	99.0	99.7
QPI 2(ii) - Radiological Staging	95%	90.6	89.8	86.7
QPI 3 - Pathology Reporting	90%	89.2	97.0	98.5
QPI 4(i) - Multi-Disciplinary Team Meeting (MDT)	95%	94.0	94.2	93.8
QPI 4(ii) - Multi-Disciplinary Team Meeting (MDT)	95%	83.6	83.8	84.5
QPI 5 - Surgical Margins	<20%	18.8	18.4	17.6

# 15 INDICATORI TRATTAMENTO TUMORE PROSTATA

QPI	Target	2015/16	2016/17	2017/18
QPI 7(i) - Hormone Therapy	95%	87.5	89.5	87.3
QPI 7(ii) - Hormone Therapy	70%		18.2	18.8
QPI 8(i) - Post Surgical Incontinence	<20%	19.5	14.1	
QPI 8(ii) - Post Surgical Incontinence	<10%	8.2	5.9	
QPI 11(i) - Early Management of Active Surveillance	95%	23.2	73.3	
QPI 11(ii) - Early Management of Active Surveillance	75%	41.5	40.6	
QPI 12 - 30 Day Mortality following Chemotherapy	<5%		1.9	1.0
QPI 13 - Clinical Trials and Research Study Access	15%		7.1	7.0

			Grampian			Highland			Orkney			Shetland		
			2015/16	2016/17	2017/18	2015/16	2016/17	2017/18	2015/16	2016/17	2017/18	2015/16	2016/17	2017/18
QPI 1 - Biopsy Procedure	90%	D	96.3	94.3	97.3	89.5	93.3	97.2	*	*	*	92.9	100.0	100.0
QPI 2(i) - Radiological Staging	95%	D	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	*	*	*	*		
QPI 2(ii) - Radiological Staging	95%	D	71.3	77.5	62.4	92.3	78.7	78.0	*	*	*	33.3	50.0	
QPI 3 - Pathology Reporting	90%	D	66.1	98.9	97.6	32.4	64.3	96.9	*	*	*	88.2	100.0	95.0
QPI 4(i) - Multi-Disciplinary Team Meeting ..	95%	D	90.5	87.4	89.0	97.5	95.1	93.8	*	*	*	100.0	100.0	93.8
QPI 4(ii) - Multi-Disciplinary Team Meeting..	95%	D	73.5	84.1	77.8	90.9	89.5	88.5	*	*	*			100.0
QPI 5 - Surgical Margins	<20%	S	23.5	18.8	12.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
QPI 7(i) - Hormone Therapy	95%	D	92.1	84.5	85.7	85.2	85.7	82.8	*	*	*			87.5
QPI 7(ii) - Hormone Therapy	70%	D	*	9.1	21.1	*	45.8	12.5	*	*	*	*		25.0
QPI 8(i) - Post Surgical Incontinence	<20%	S	32.0	32.0		*	*		*	*		*	*	
QPI 8(ii) - Post Surgical Incontinence	<10%	S	12.0	15.0		*	*		*	*		*	*	
QPI 11(i) - Early Management of Active Su..	95%	D	76.1	100.0		61.9	92.9		*	*			100.0	
QPI 11(ii) - Early Management of Active S..	75%	D	20.0	46.2		61.9	70.0		*	*				
QPI 12 - 30 Day Mortality following Chemo..	<5%	D		0.0	0.0		0.0	2.6					*	
QPI 13 - Clinical Trials and Research Stud..	15%	R		1.6	2.1		20.8	21.6					0.0	0.0

# Esempio di P4P: Pagamento ad esito

---

QOF (Quality and Outcome Framework dei GPs)

Consente di incrementare fino al 25% la remunerazione attraverso il raggiungimento di determinati obiettivi, rappresentati da 76 indicatori di qualità clinica (riferiti quasi esclusivamente alle malattie croniche e 70 indicatori relativi all'organizzazione dell'assistenza e all'esperienza dei pazienti).

## “Health Insurance Review and Assessment service of Korea” (HIRA)

---

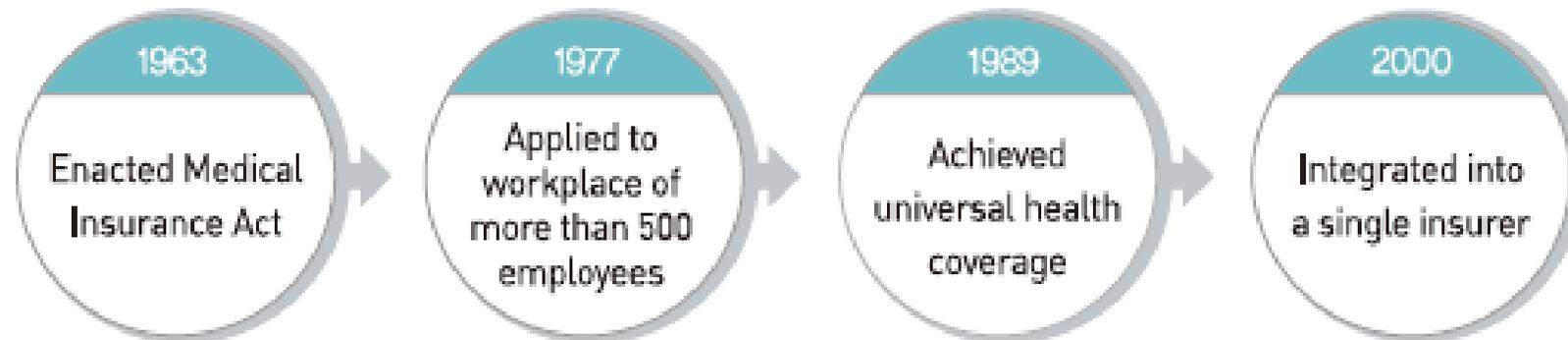


Un totale di 329 indicatori costituisce il nucleo informativo per il monitoraggio delle attività, veicolate anche attraverso programmi di “**Pay for Performance**”, attraverso i quali, per determinati livelli raggiunti, corrispondono quote rilevanti di finanziamento del servizio sanitario.

# Un sistema a copertura universale con il rischio sui professionisti

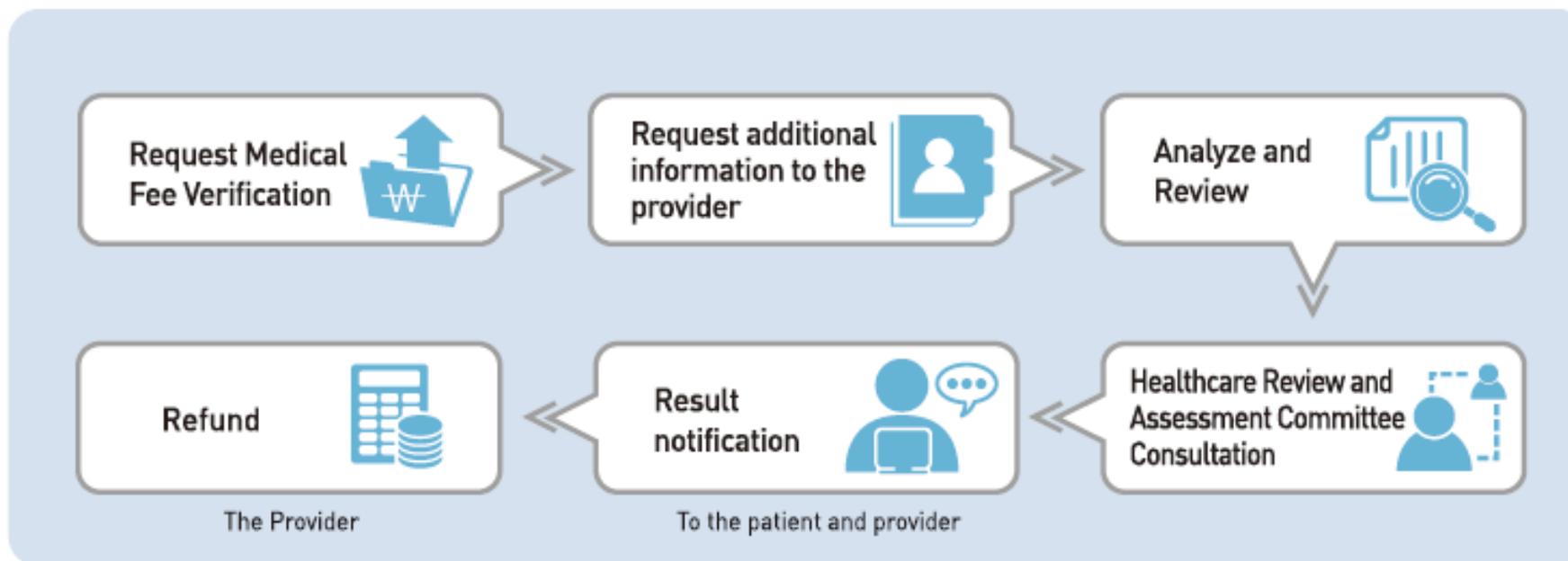
## South Korea's Health Insurance System

- ▶ Health Insurance System was first legislated in 1963. From 1977, all workplaces with more than 500 employees were required to mandatorily participate in the system. In 1989, 12 years after the first implementation, universal health insurance coverage was achieved.
- ▶ In 2000, National Health Insurance Act was enacted and all insurers were integrated into a single insurer. National Health Insurance Service (NHIS) and Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA) were established.

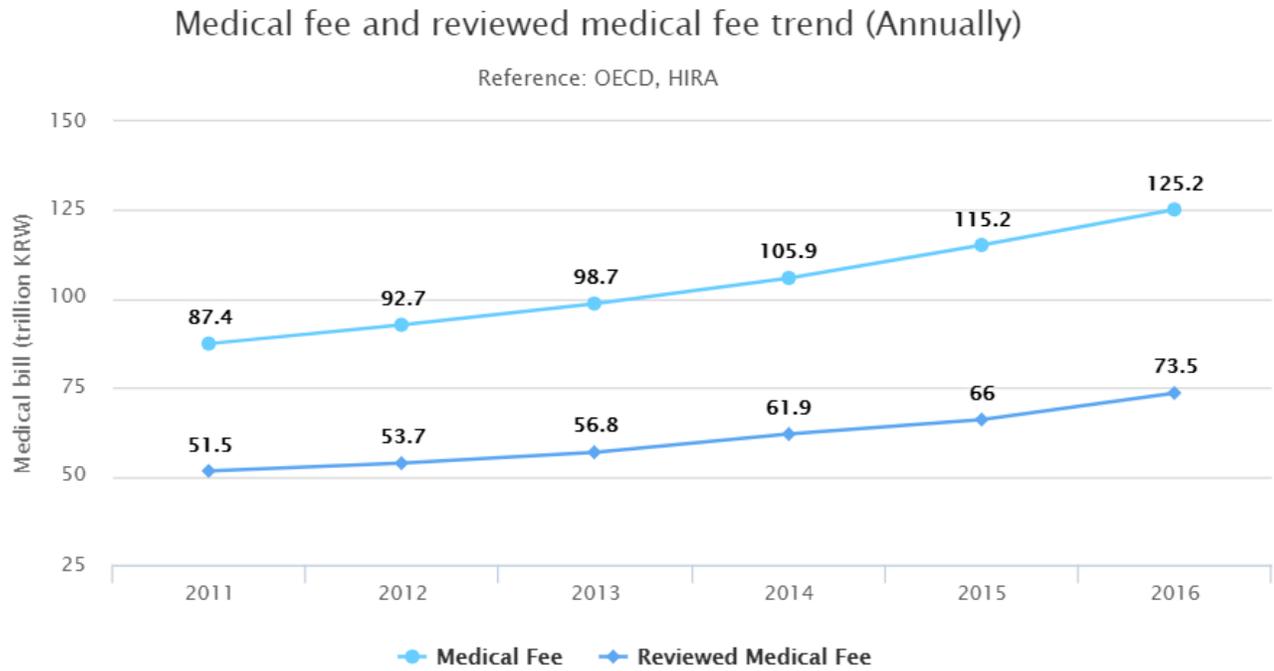


# Procedura di Verifica delle spese mediche

[Medical Fee Verification Procedure]



# Spesa e spesa rivista



# Componenti di spesa

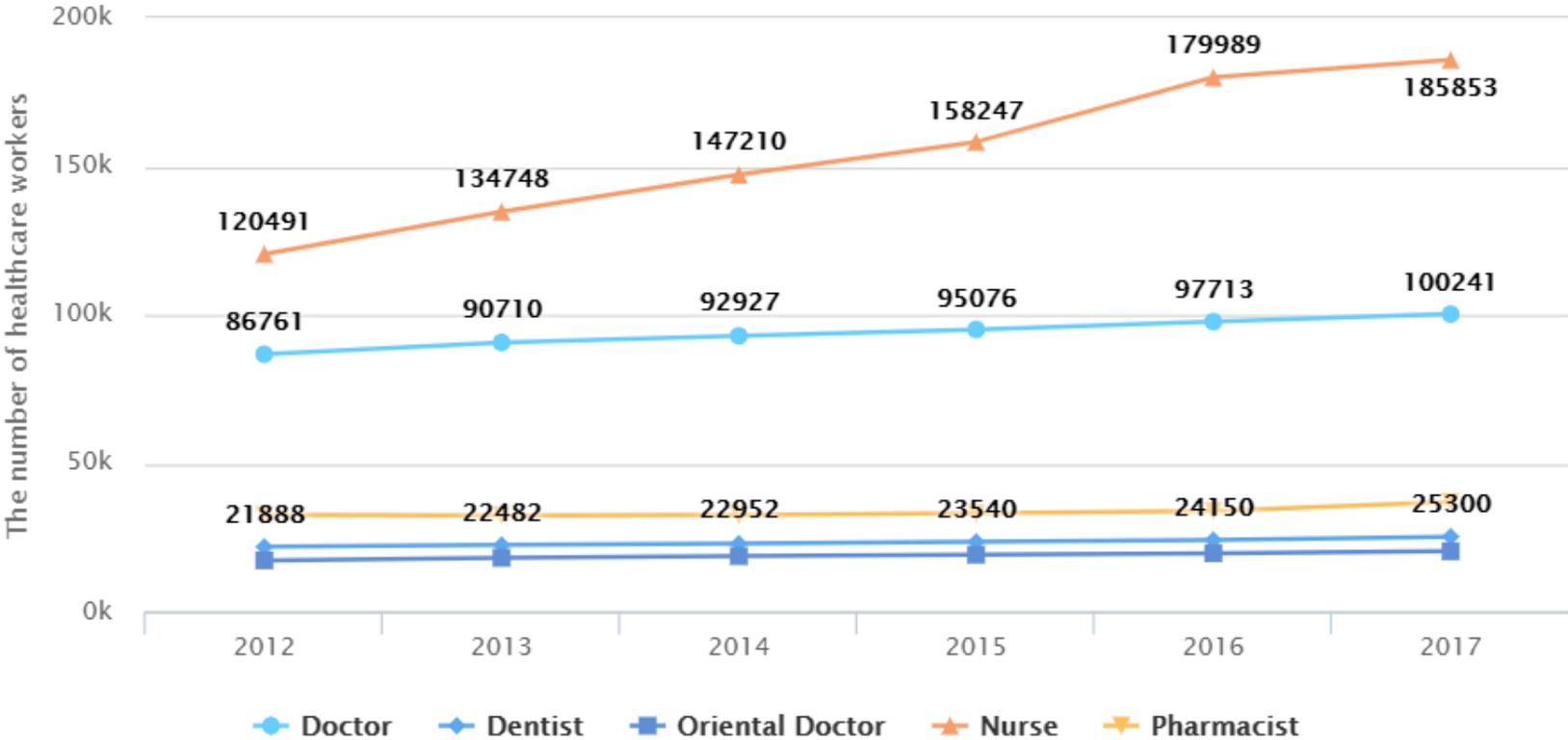
Section	total	Basic	Service	Drug	Treatment Material	Flat-rate
2015 Reviewed Medical Fee	58.0	15.0	22.9	14.1	2.0	4.1
	(100%)	(25.8%)	(39.4%)	(24.3%)	(3.4%)	(7.1%)
2016 Reviewed Medical Fee	64.7	16.3	25.9	15.4	2.5	4.5
	(100%)	(25.3%)	(40.1%)	(23.9%)	(3.8%)	(7.0%)
2017 Reviewed Medical Fee	69.6	17.2	28.5	16.2	2.7	5.0
	(100%)	(24.8%)	(40.9%)	(23.3%)	(3.9%)	(7.2%)

\* Footnote: ( ) is share of total reviewed medical fee.

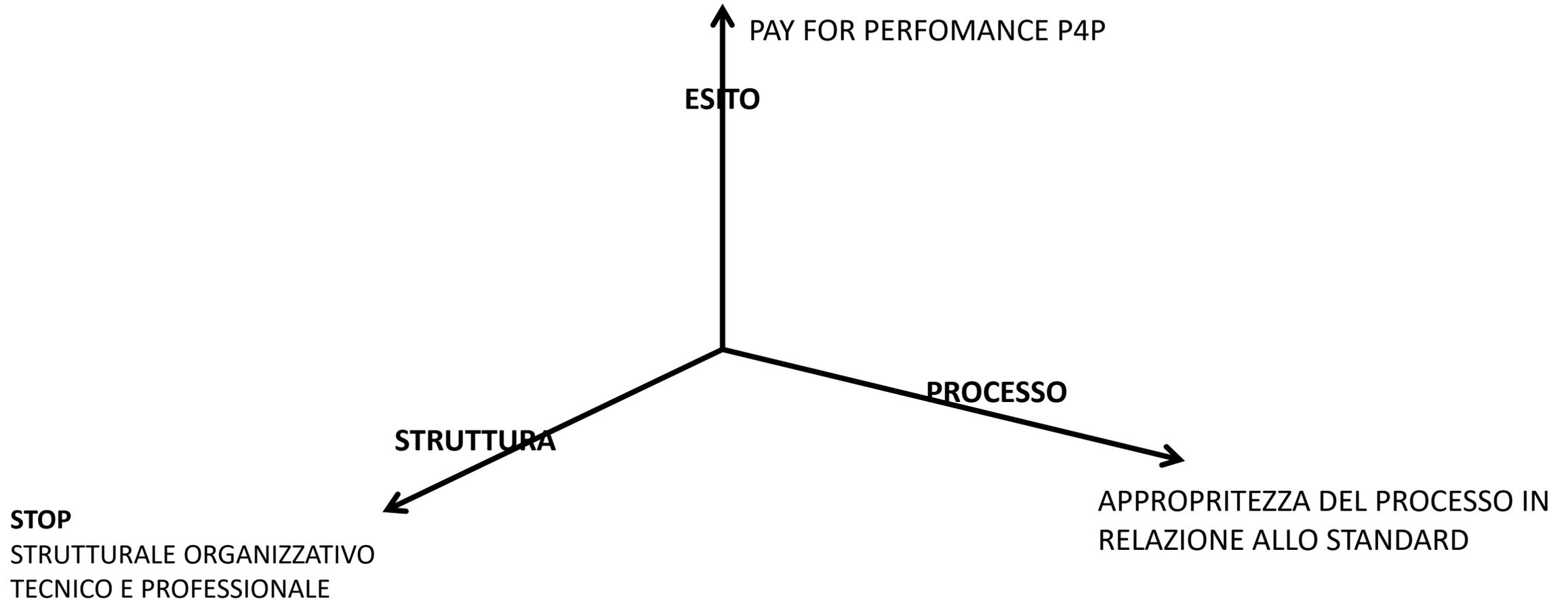
(Unit: trillion KRW)

# Numero di operatori sanitari

The number of healthcare workers

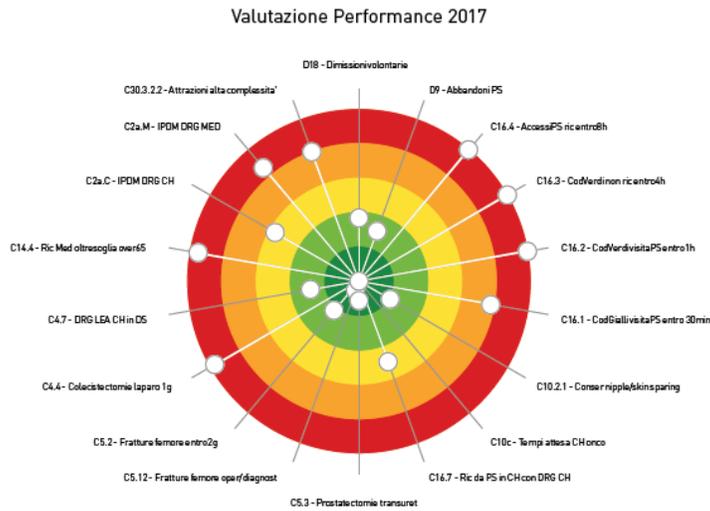


# La qualità e gli indicatori di misura



# Metodologie a confronto

## BERSAGLIO DEL MES



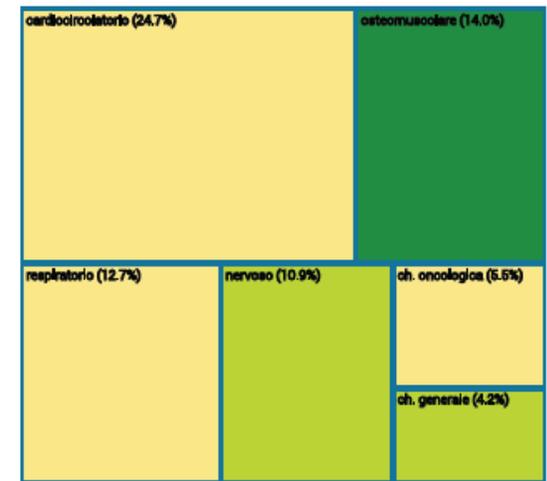
## GRIGLIA DEL CRISP

Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiochirurgia	0.08				
Cardiologia	0.93				
Chirurgia generale	0.76				
Medicina	1.61				
Neurochirurgia	-0.98				
Neurologia	2.51				
Ortopedia	-1.79				
Urologia	0.63				

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.sssup.it/netval>

## PNE

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



## Valutazione attività di ricerca 2014-2016



# Sistemi valutazione (livello nazionale)

**VALUTAZIONE  
DELLE  
STRUTTURE**



**VALUTAZIONE  
DEI SISTEMI**



Piano Nazionale Esiti



Strumenti per audit

Griglie del Crisp

Specialità	SDM	Dimensioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorno in sala op.
Cardiologia	0.86	●	●	●	●
Cardiologia	0.93	●	●	●	●
Chirurgia generale	0.76	●	●	●	●
Medicina	1.41	●	●	●	●
Neurochirurgia	0.79	●	●	●	●
Neurologia	0.55	●	●	●	●
Ortopedia	1.79	●	●	●	●
Urologia	0.43	●	●	●	●

Esiti per Reparto disponibili su <http://performance.crisp.it/real>

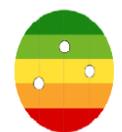
Network delle Regioni



Indicatori



Bersagli



Percorsi

	<p>PNE (Programma Nazionale Esiti) Italia</p> <p>Programma Nazionale Esiti - PNE</p> 	<p>MeS (Management e Sanità) S. Anna - Pisa - Italia</p>  	<p>King's Health Partners Londra</p>  <p>KING'S HEALTH PARTNERS</p> <p>Pioneering better health for all</p>
Fonti dati	<p>SDO (Sistema Informativo Ospedaliero)</p> <p>AT (Anagrafe Tributaria)</p> <p>EmUr (Emergenza-Urgenza)</p>	<p>SDO, Prestazioni Ambulatoriali, PS, 118, Certificati di Assistenza al Parto, AD-RSA (assistenza domiciliare e residenziale)...</p>	<p>PEDIC (Patient Experience Data Intelligence Centre)</p>
Classi di indicatori	Esito e Processo, Volumi attività, Ospedalizzazione	Sintesi, Valutazione, Osservazione	Patient/staff satisfaction and perception
<p><b>Medicine and Surgery:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cardio-cerebro-vascolare</li> <li>- pneumologia</li> <li>- epatologia, nefrologia</li> <li>- urologia</li> <li>- gastroenterologia</li> <li>- ortopedia</li> <li>- chirurgia oncologica</li> <li>- ostetricia</li> <li>- malattie infettive</li> <li>- otorinolaringoiatria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✗</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗</li> <li>✗</li> <li>✓</li> <li>✗</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✗</li> <li>✗</li> <li>✗</li> </ul>
<u>Mental health</u>	✗	✓	✓
<u>Pharmaceutical sciences</u>	✗	✓	✓
<u>Nursing prowess</u>	✗	✗	✓
<u>Imaging e ingegneria biomedica</u>	✗	✓	✓
<u>Cure palliative</u>	✗	✗	✓

# Programma Nazionale Esiti - PNE

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

*"PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi."*

## APP

**PNE APP**  
 Google play  
 App Store

## PNE INFORMA

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

## FORMAZIONE

- Formazione ECM
- Tutorial
- Panoramica del sito

Leggenda: Accessibilità

Struttura Ospedaliera/ASL

Sintesi per Struttura/ASL

Strumenti per audit

S.I. Emergenza Urgenza

Sperimentazioni regionali

Esperienze di  
*comparative effectiveness research*

---

Esperienze italiane



valutazione sistematica di esito

Lazio, con la prima pubblicazione dei dati nel 2006, la Lombardia e successivamente la Toscana



A partire dal 2010, nell'ambito dei progetti finanziati dal CCM è stato avviato da AgeNaS, per conto del Ministero della Salute, il Programma nazionale di valutazione di esito (PNE).

# Nascita del programma

---

Nell'agosto del 2012 la Legge nazionale 135 promuove il passaggio dalla fase sperimentale di PNE ad una funzione tecnica



Con la deliberazione della **Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni** n. 20 del 24 gennaio 2013



MANDATO  
ALL'AGENAS

Sviluppare la **valutazione degli esiti** degli interventi sanitari,  
(definibile come Stima)  
con disegni di studio osservazionali  
(non sperimentali)

# Cosa produce il PNE

---

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN.

**Il PNE non produce classifiche, graduatorie o pagelle**

# Esempi d'uso

---

## ***DRG 119 – Legatura e Stripping di vene***

Evidenziazione di strutture che erogano volumi al di sopra della media nazionale

Acquisizione e controllo delle cartelle

Evidenziazione della % di inappropriatazza

Nota di credito

Monitoraggio negli anni successivi

# Esempi d'uso

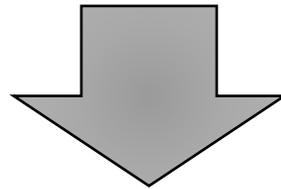
---

## **Mortalità per carcinoma gastrico entro 30 gg**

Verificato scostamento significativo dalla media attesa

Analisi delle cause

(x esempio: assenza di terapia Intensiva post intervento)



**Quale strategia si propone?**

# Soluzione possibile

---

Riorganizzazione dell'offerta e specializzazione

1. Individuazione migliore equipe
2. Collocamento in presidio con terapia intensiva adeguata
3. Concentrazione casi (modello H&S)

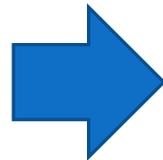
# Modelli Hub e Spoke

Mozzo e raggio



Si fondano sulla differenziazione degli ospedali rispetto alla complessità della casistica trattata

**HUB**



è il perno del sistema, nel quale vengono concentrate tutte le maggiori tecnologie e le équipes specializzate per effettuare la casistica di alta e media complessità

**SPOKE**



si effettuano, invece, trattamenti di media e bassa complessità generalmente in regimi assistenziali di DH, DS o ambulatoriali

Vale per presidi della stessa Azienda ma anche per eventuali ipotesi interaziendali

# Modelli «polo ed antenne»

---

Si basano sulla ricerca della COMPLEMENTARIETA' tra ospedali

POLO



Si SPECIALIZZA IN ALCUNE DISCIPLINE

ANTENNE



FORNISCONO I CASI SELEZIONATI (+ COMPLESSI)  
AL POLO SPECIALIZZATO

Ogni ospedale può essere polo per una  
determinata disciplina e antenna per le altre

# Logiche «pendolo»

---

Nelle organizzazioni ospedaliere **in rete** le equipe mediche si spostano tra i nodi della rete stessa.

Intraospedale → intensità di cura

Intraaziendale → spazi programmati

Interaziendale → utilizzo strutture di altra azienda con supporto di  
equipe locale

# Indicatori PNE 2018

Area	Sub	Volume	Processo	Tasso	Esito	
Cardiovascolare	14	20	2	5	9	<b>36</b>
Cerebrovascolare	4	6			5	<b>11</b>
Digerente	3	4	5	2	1	<b>12</b>
Muscoloscheletrico	7	7	2	2	8	<b>19</b>
Perinatale	3	7				<b>7</b>
Respiratorio	2	2		4	2	<b>8</b>
Urogenitale	3	2	2	3	1	<b>8</b>
Malattie Infettive	4			4		<b>4</b>
Orl (in proc chir)	3	3				<b>3</b>
Pediatria	5	7			2	<b>9</b>
	<b>48</b>	<b>58</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>117</b>

# Indicatori per area del PNE

## Area cardiovascolare

<b>ESITO</b>	IMA: MACCE a un anno
	IMA senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni
	IMA con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni
	IMA con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento
	Scadenza cardiaca congestizio: mortalità a 30 giorni
	IMA: mortalità a 30 giorni
	IMA: mortalità a un anno
	IMA: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)
	STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi)
	N-STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi)
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni
<b>PROCESSO</b>	IMA: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni
	IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni
	STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezzi)
	N-STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezza)
	Scadenza cardiaca congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
	IMA: proporzione di ricoveri entro 2 giorni

# Indicatori per area del PNE

## Area gastroenterica

ESITO	Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni
PROCESSO	Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: altro intervento a 30 giorni
	Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: complicanze a 30 giorni
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery
	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni
	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni

## Area Ortopedica

ESITO	Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni
PROCESSO	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
	Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
	Frattura del collo del femore: giorni di attesa per intervento chirurgico

# Indicatori per area del PNE

## Perinatale

Solo di processo

PROCESSO	Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio
	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)
	Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio
	Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario

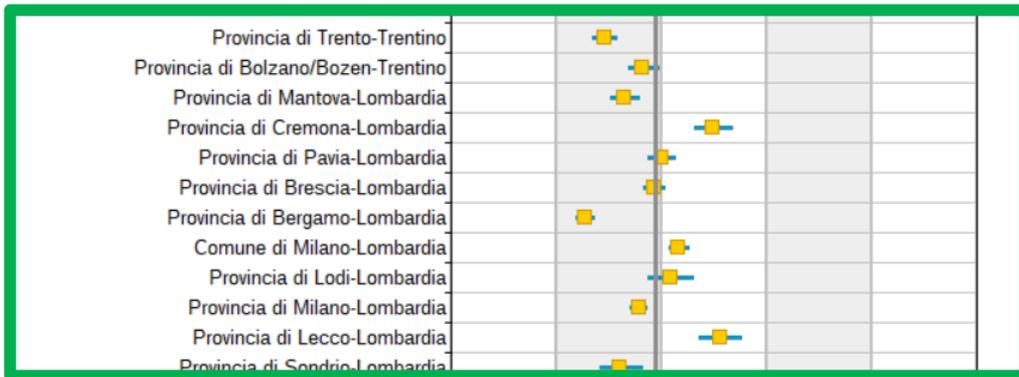
## Altre aree meno sviluppate

Respiratoria, Cerebrovascolare, Renale

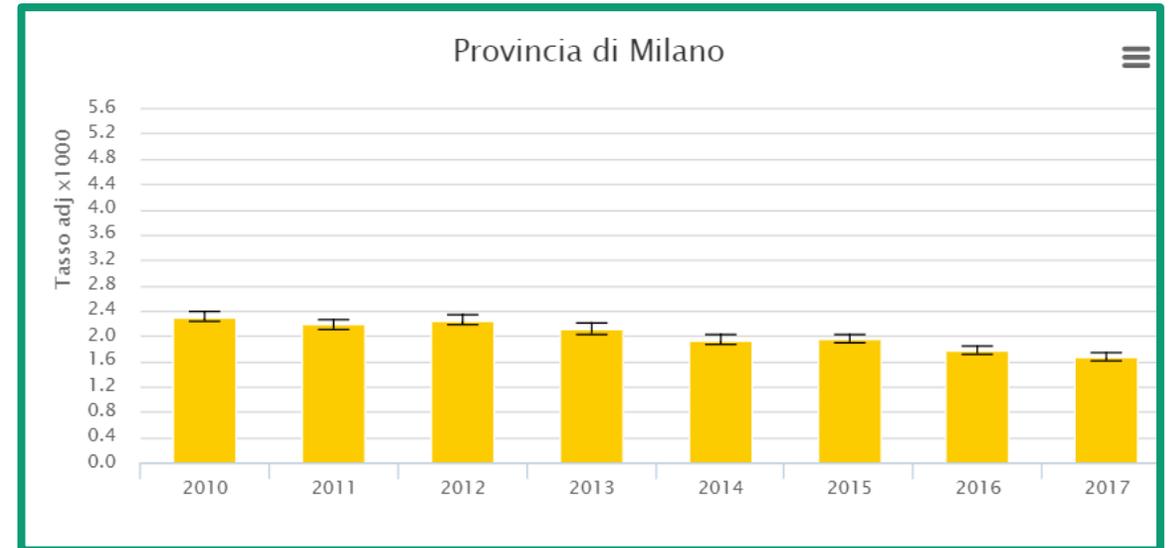
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero

# Come si possono leggere i dati?

## Posizionamento rispetto al valore medio



## Miglioramento

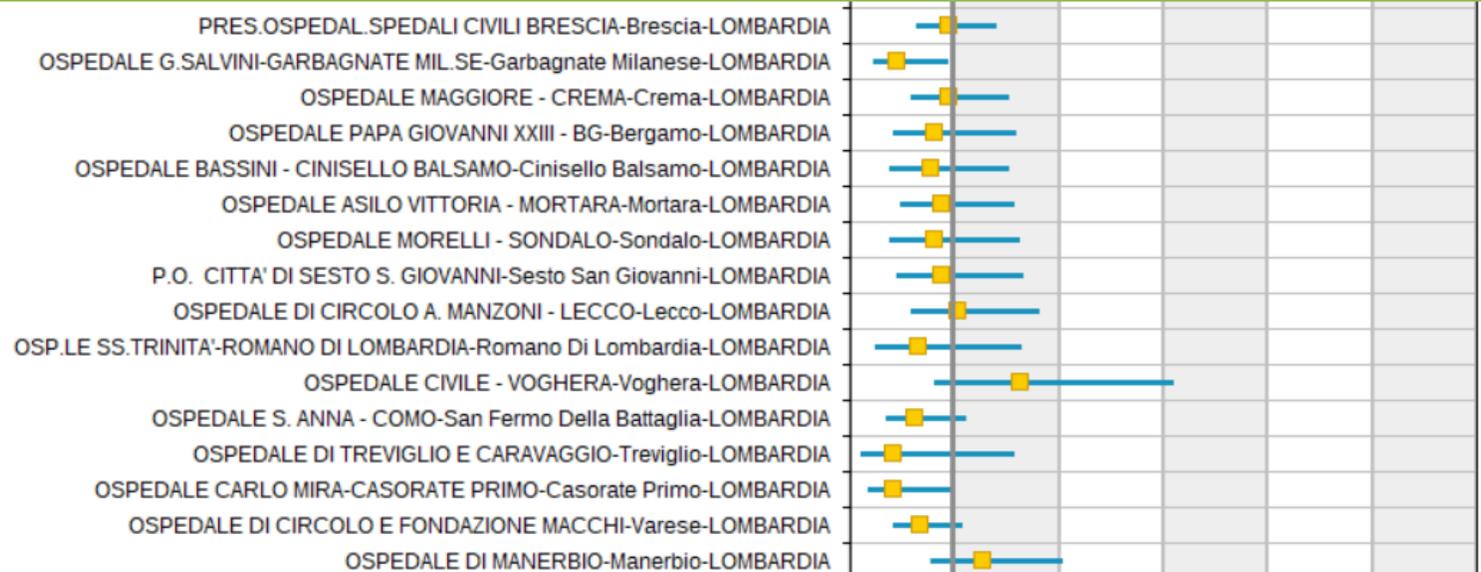


# Valore medio

## BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni - Italia 2017

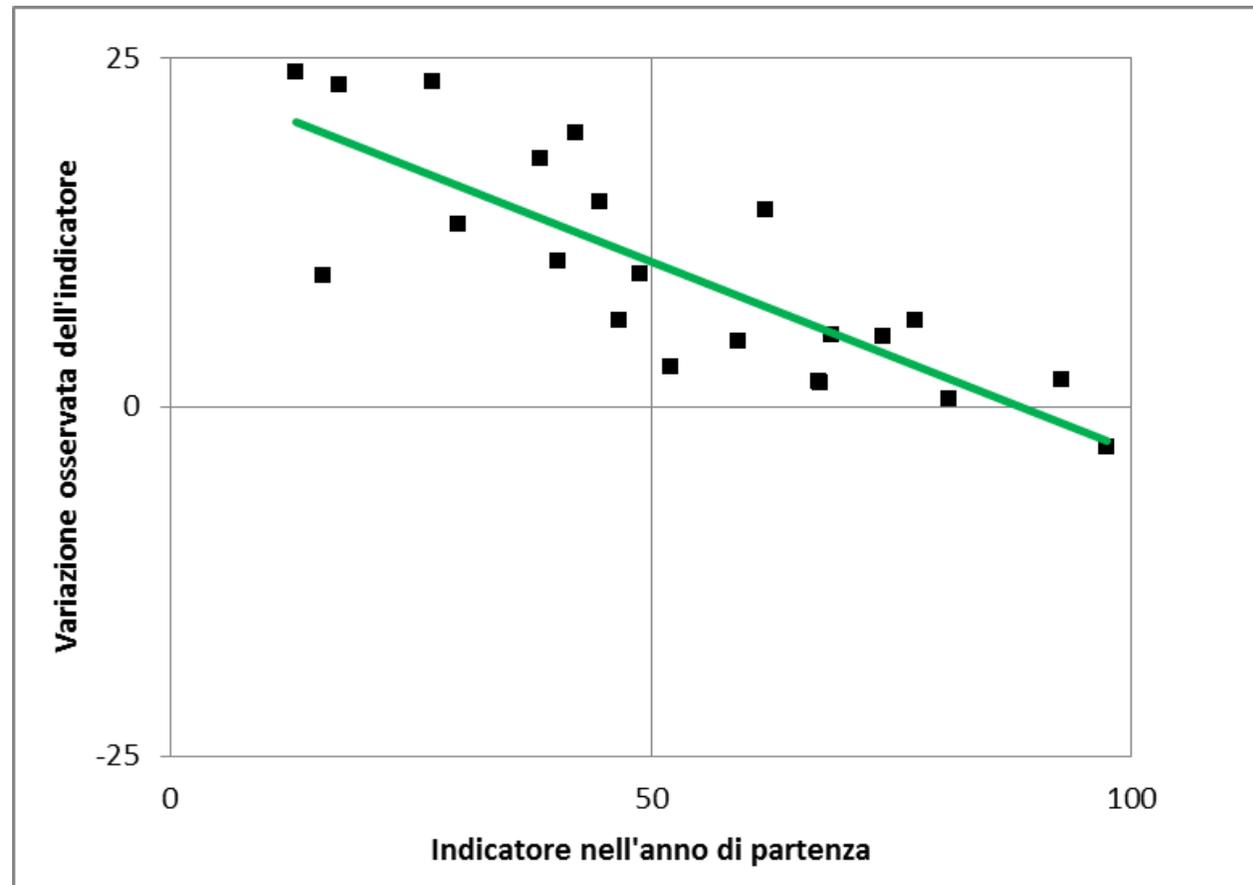
 Ordina/filtra
  vedi tabella
  protocollo

Filtri attivi: → Tutte le strutture → Tutte le regioni → Confronto media nazionale Ordinato per Regione

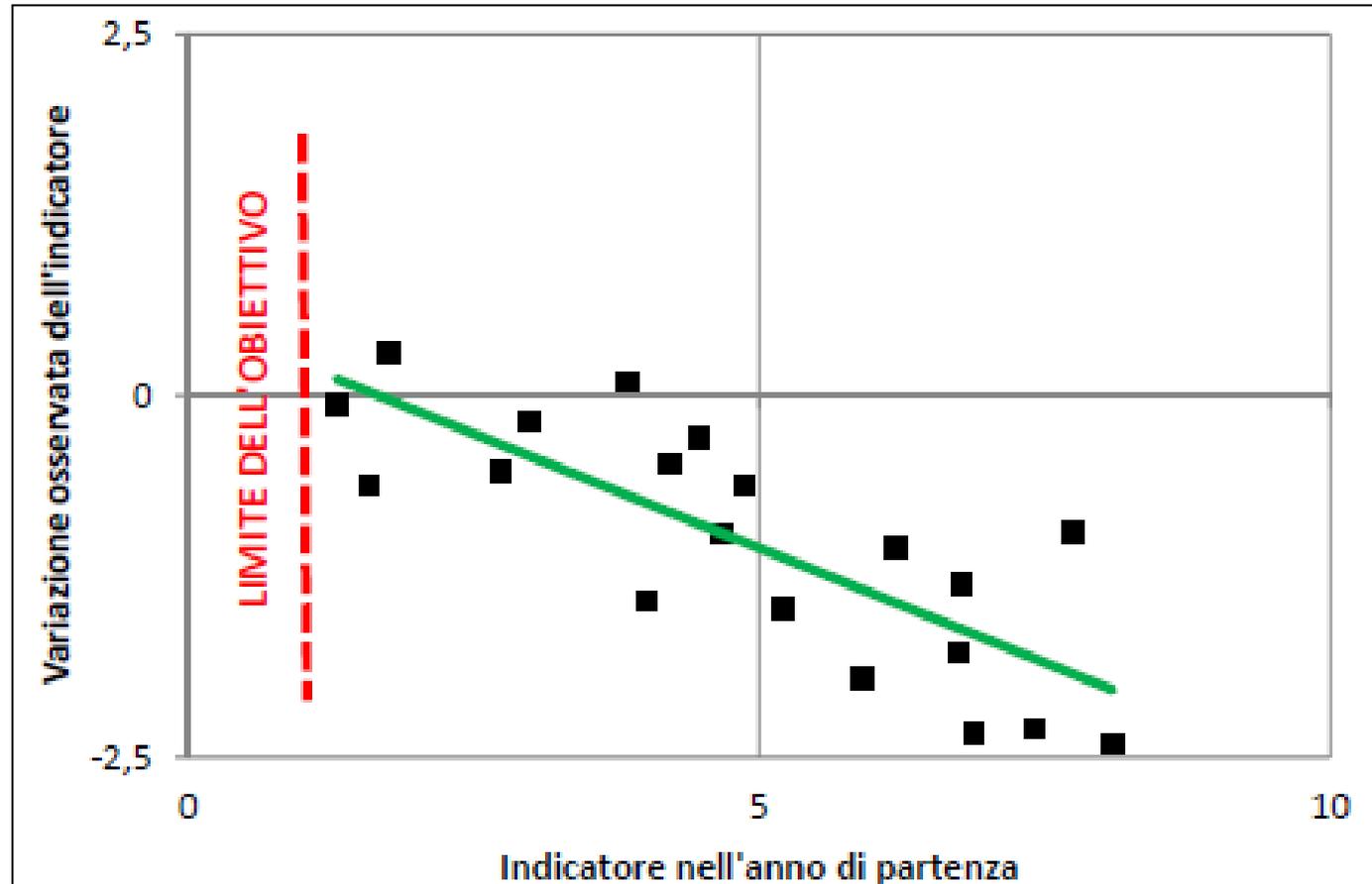


Genera effetto  
**classifica** e di  
 reazione effetto  
**giustifica**

# Miglioramento

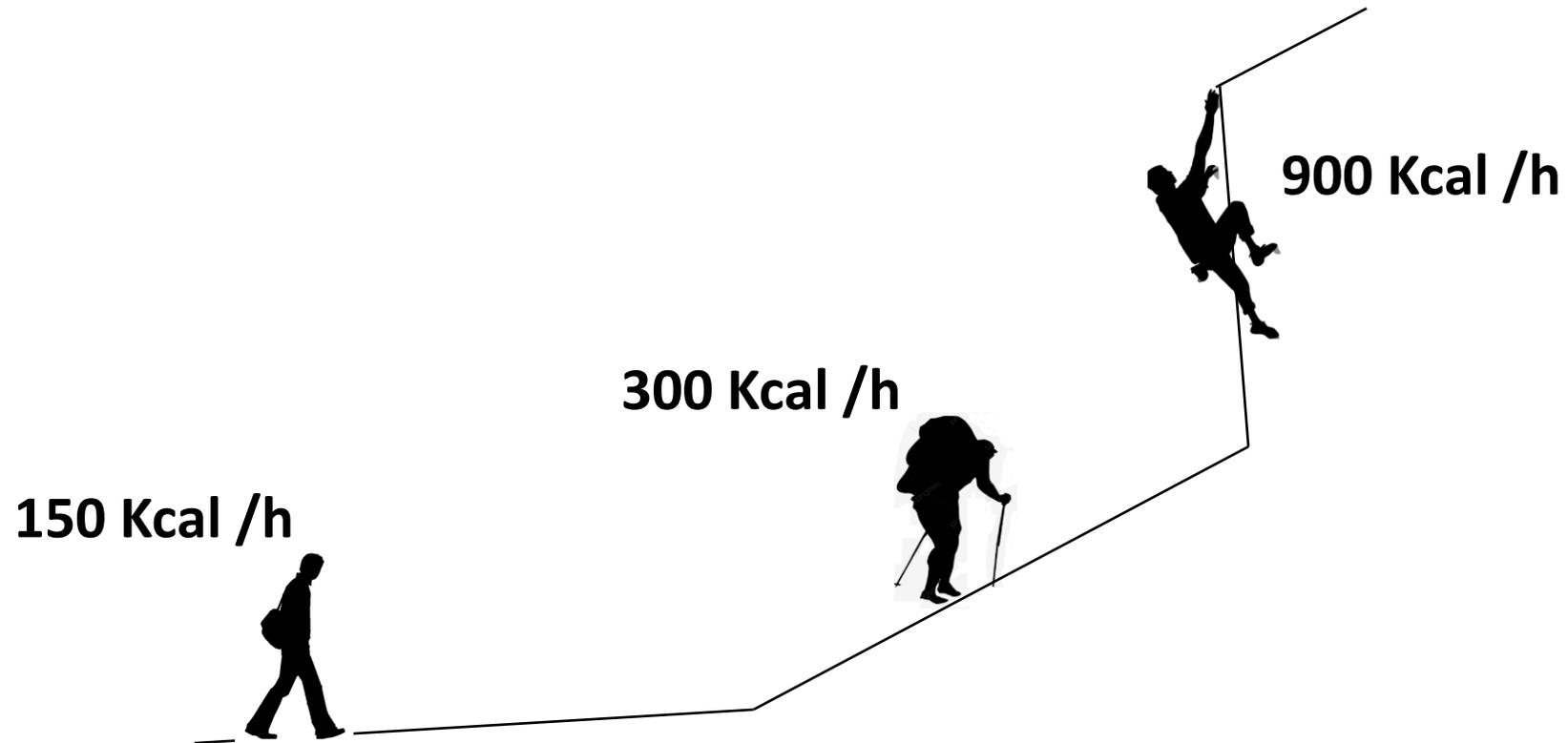


# Effetti che si possono osservare

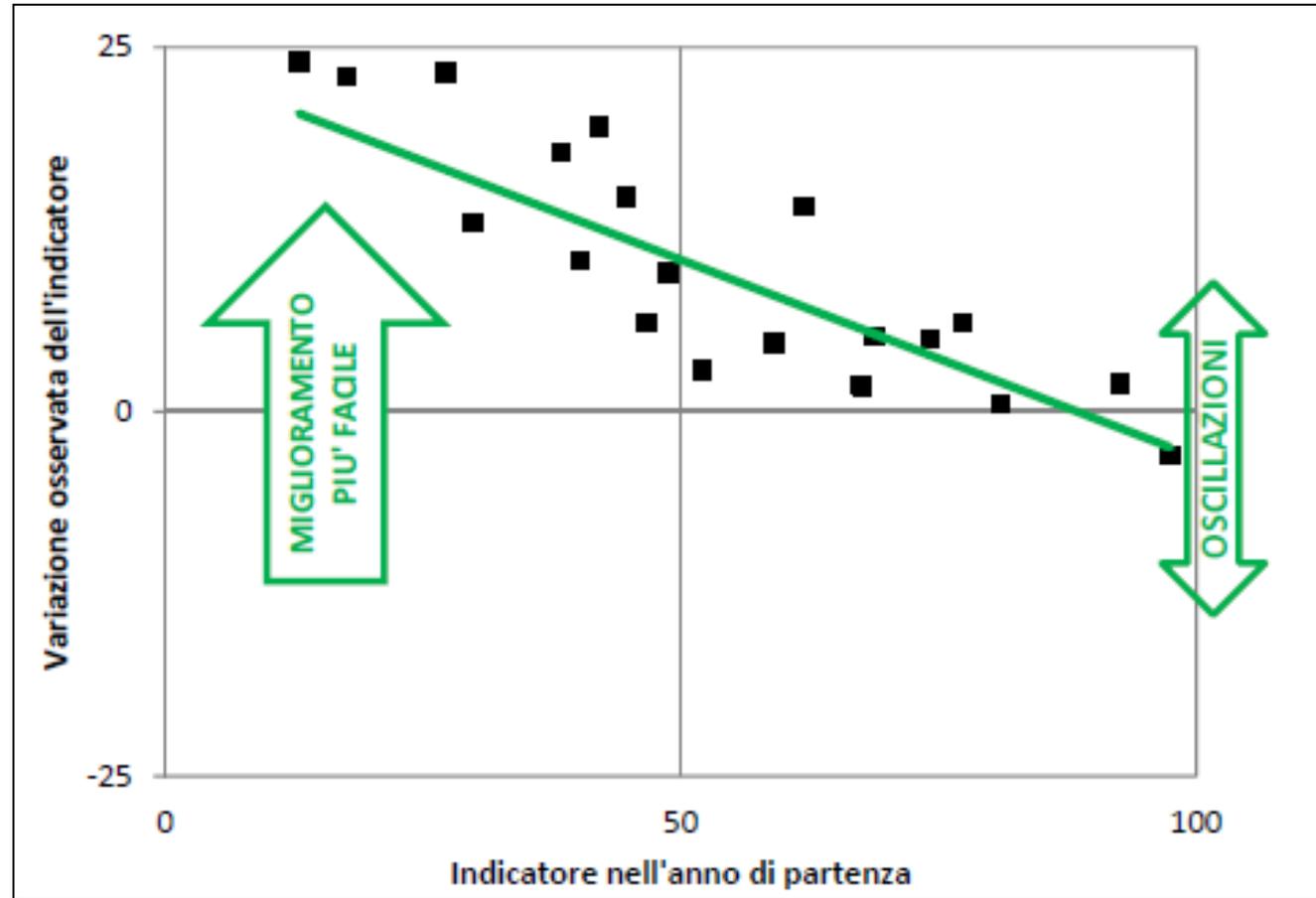


# L'ultimo miglio da percorrere

---



# Effetti che si possono osservare

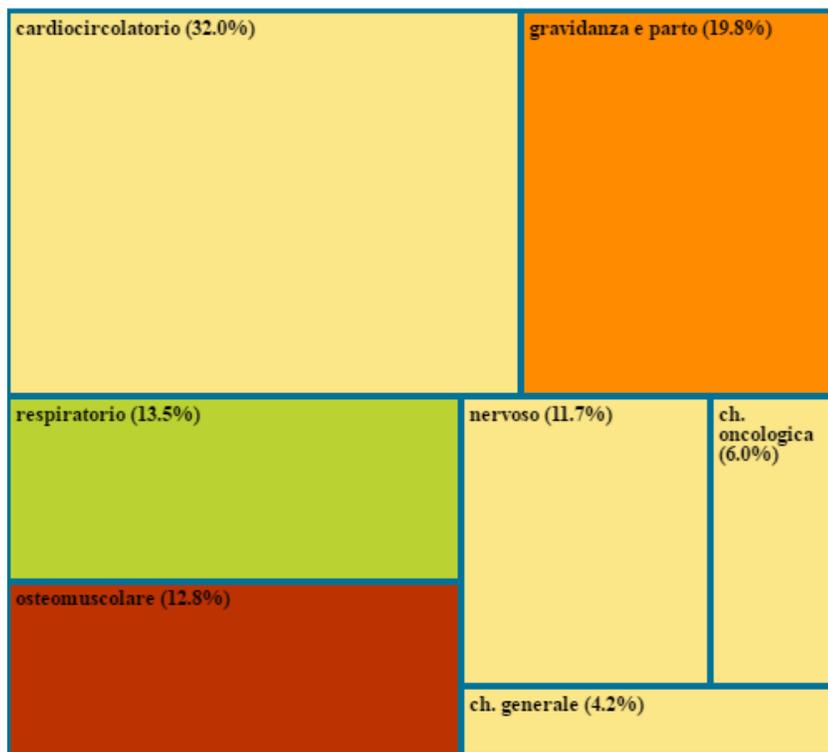


# Treemap

Livello di aderenza a standard di qualità

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

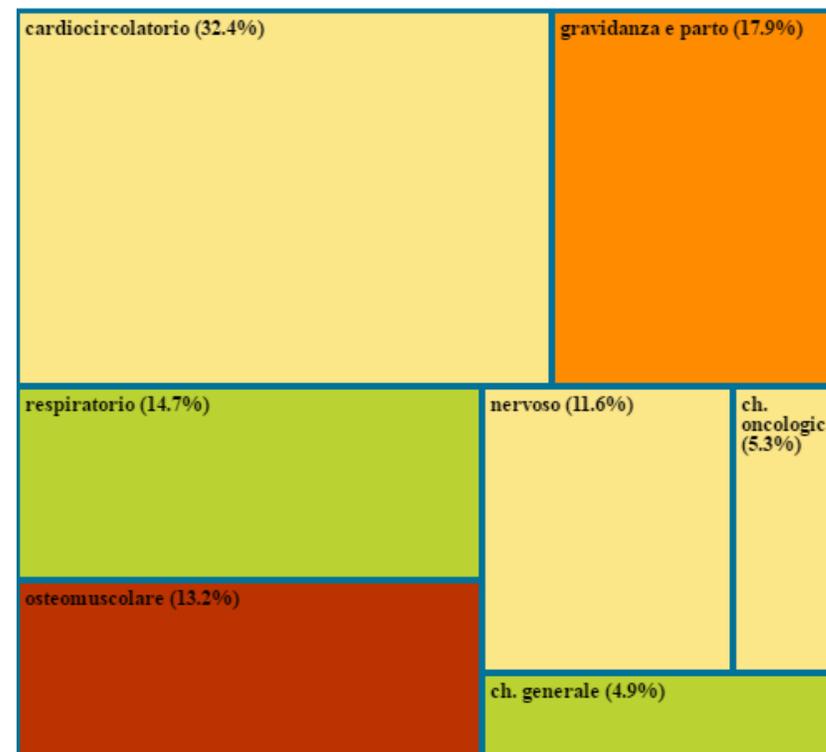
In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



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



# Dettaglio degli indicatori utilizzati



Area clinica	Indicatore	N	% ADJ	% Italia	
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	160	7.40	8.60	
	By-pass Aortocoronario: mortalità a 30 giorni			2.15	
	CARDIOCIRCOLATORIO → By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni				8.51
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	160	67.27	44.80	
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	396	1.39	2.66	
	Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	115	1.99	10.57	

# Dettaglio degli indicatori utilizzati

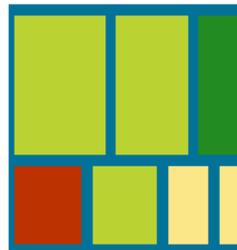
<b>RESPIRATORIO</b>	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni		52	6.66	9.31
<b>CH. GENERALE</b>	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni		118	88.30	72.71
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 c		155	96.77	73.91
<b>CH. ONCOLOGICA</b>	Chirurgia TM mammella: % interventi effettuati in reparti con volume di attività > 135 casi		174	100.00	66.00
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni		115	2.69	4.12
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni		283	1.08	1.23
	% nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella		108	17.65	8.26
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni		70	7.37	6.16
<b>OSTEOMUSCOLARE</b>	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni		117	87.08	57.80

 Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

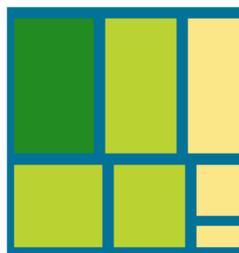
 Volume di attività inferiore alla soglia fissata dal Regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri del 05/08/2014 (tolleranza del 10%)

# I concorrenti

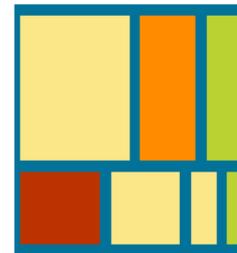
OSP. SPEDALI CIVILI - BS



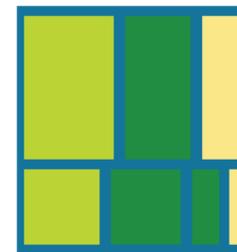
OSP. ISTITUTI OSPITALIERI - CR



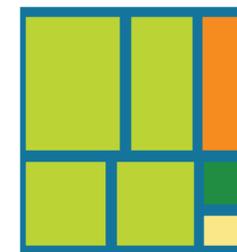
OSP. C. POMA - MN



A.O.U.U. OSPEDALE CIVILE  
MAGGIORE - VR



A.O.U.U. DI PARMA - PR



# 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%



# Infarto Miocardico Acuto (IMA)

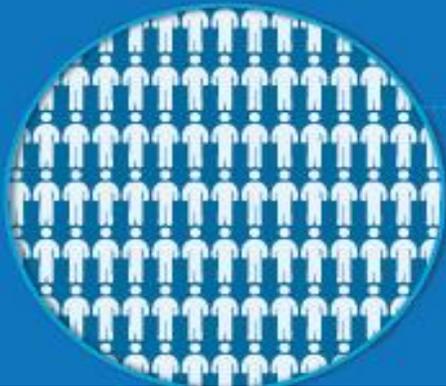


**132.896** casi ogni anno

- 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

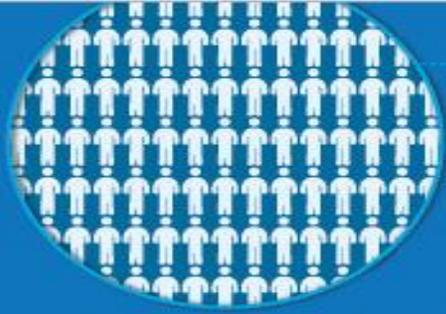


che trattano

**meno**

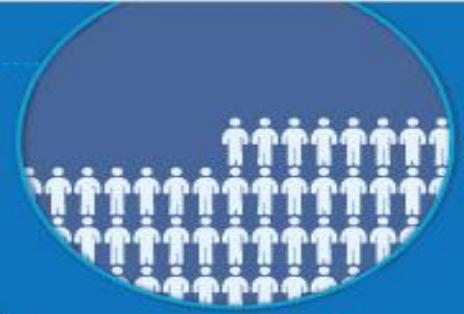
di 100 casi l'anno





**100**  
casi l'anno

**meno**  
di 100 casi l'anno



**391**  
ospedali



**252**  
ospedali

sopravvivenza a 30 giorni

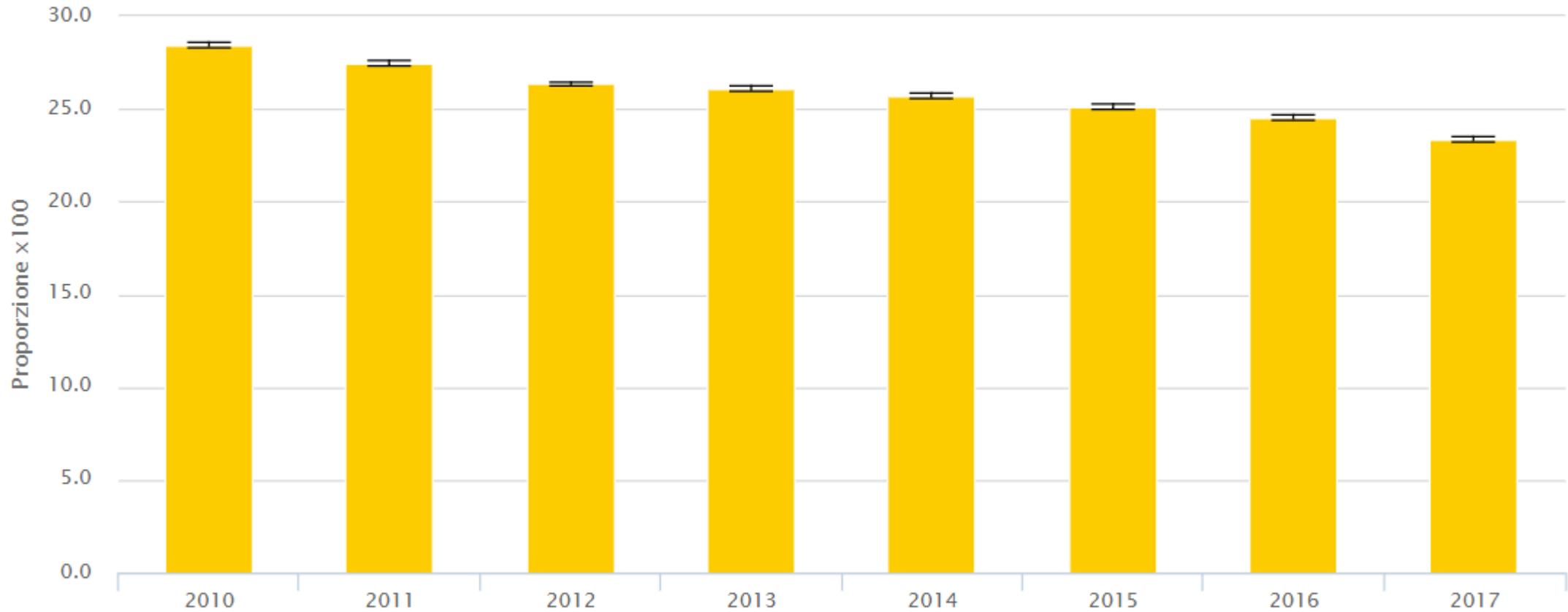


**834 morti in meno** per IMA ogni anno

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

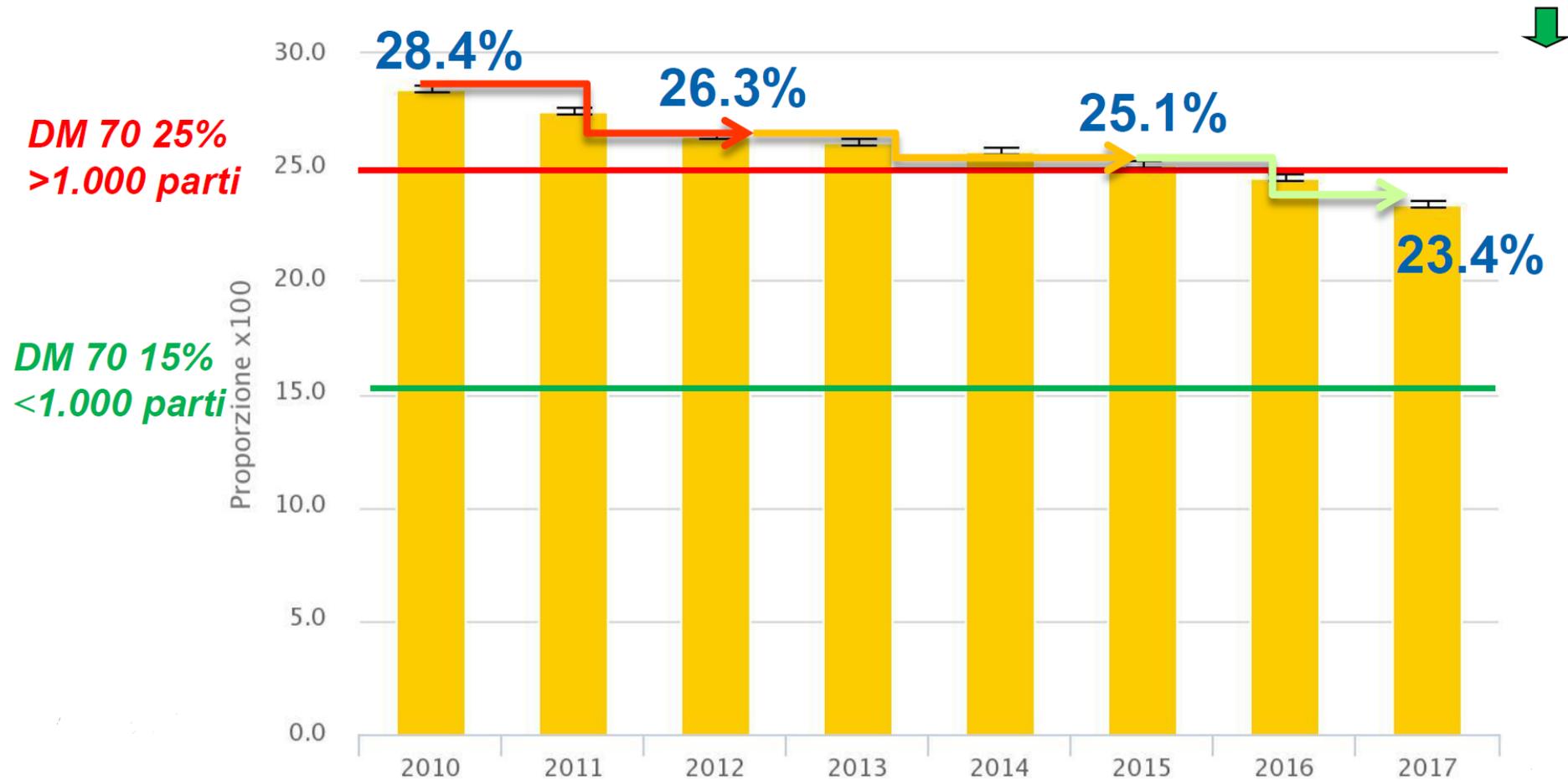
# Parti cesarei

Proporzione di parti con taglio cesareo primario



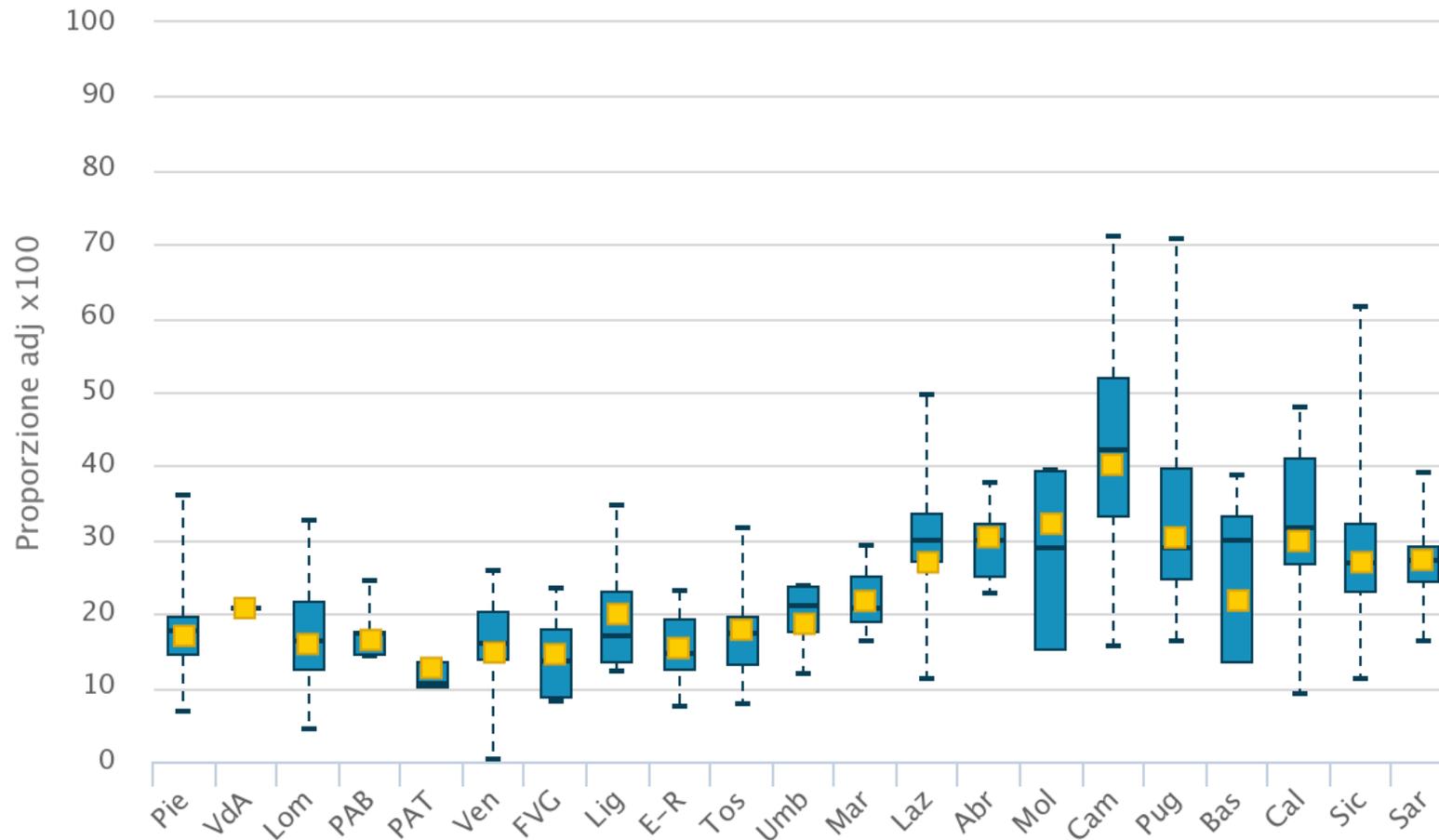
# Proporzioni di tagli cesarei primari PNE Italia 2010-2017

Proporzione di parti con taglio cesareo primario



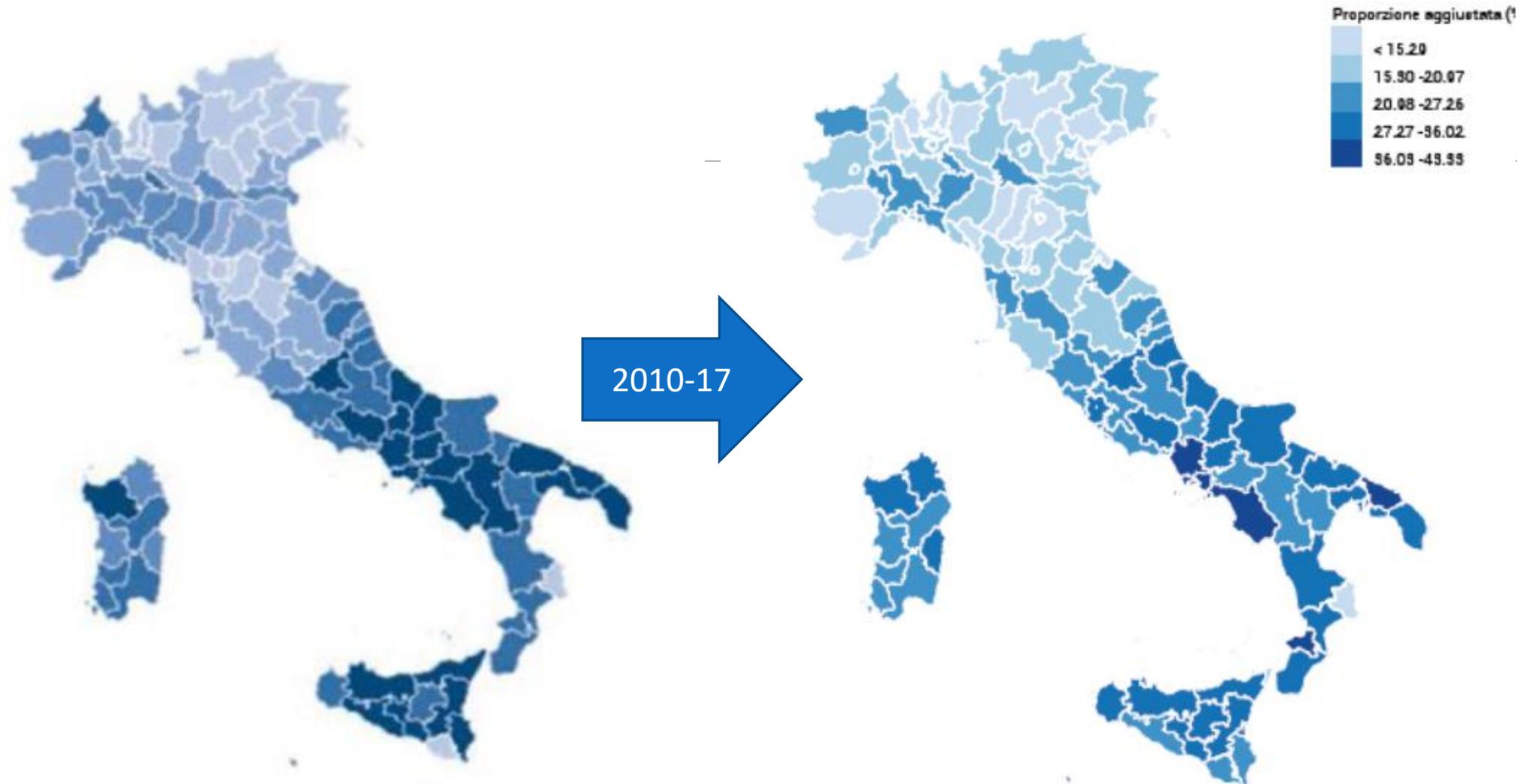
# TAGLIO CESAREO

Proporzione di parti con taglio cesareo primario. 2017



- 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

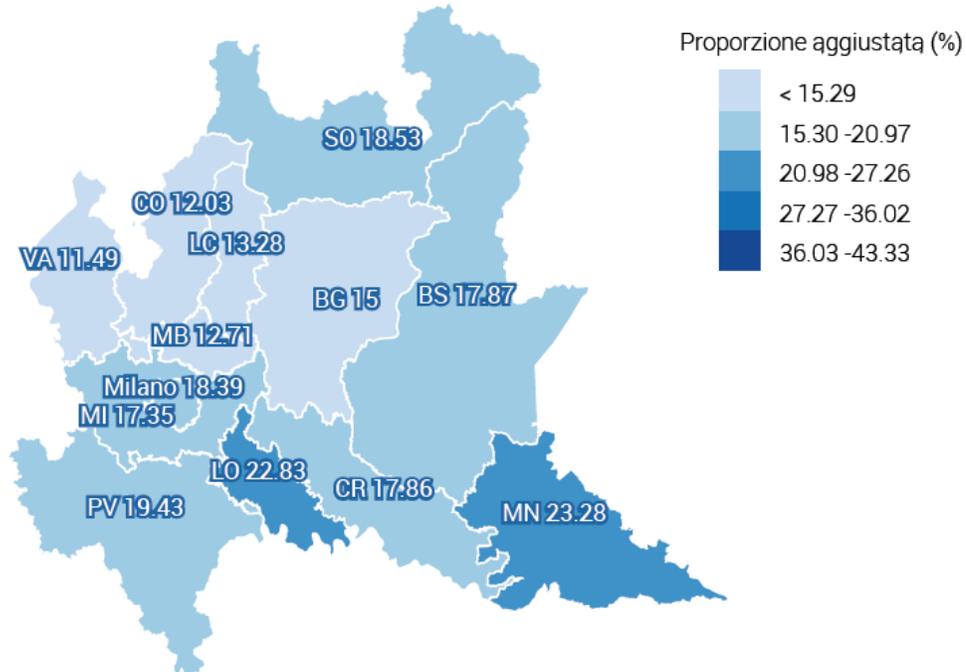
# Parto cesareo



# Zoom sulle regioni

Tasso per area

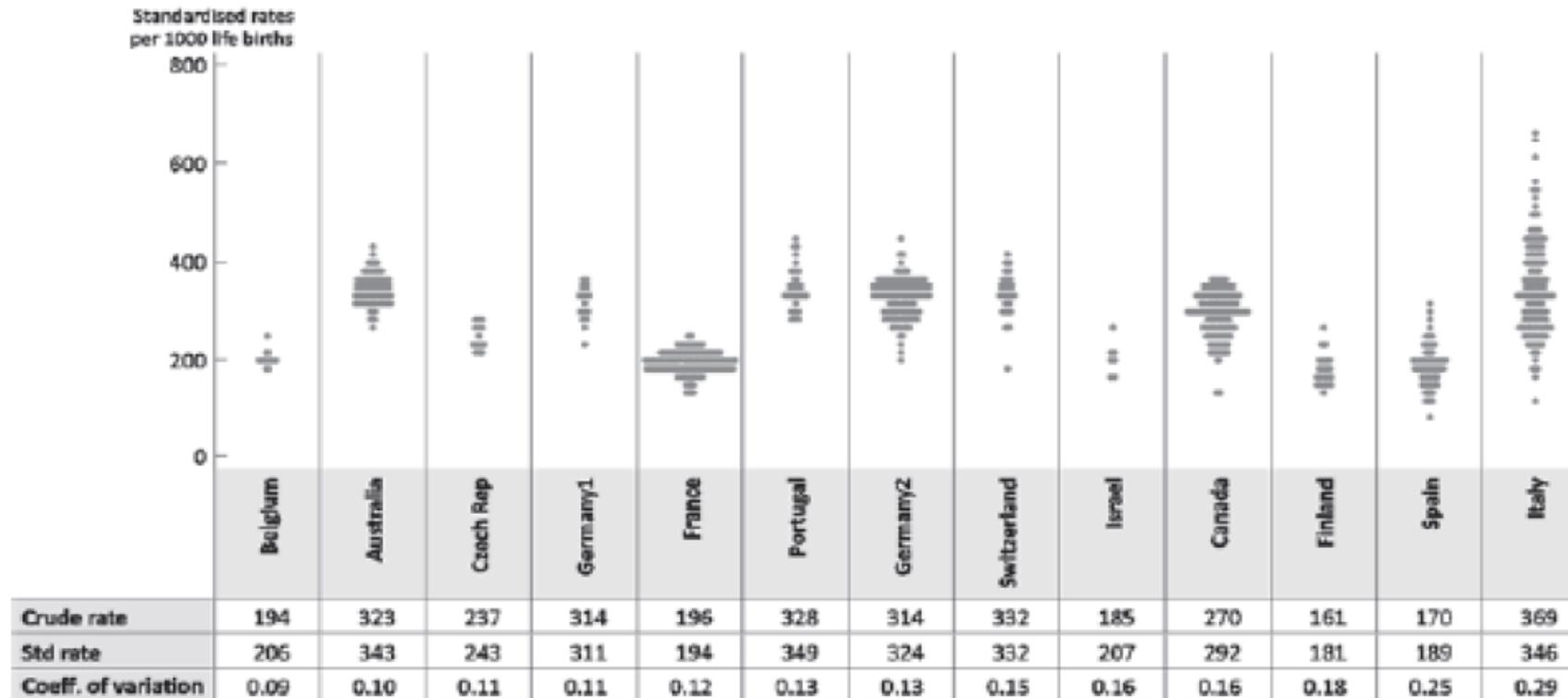
Elenco delle strutture



Struttura Ospedaliera*	N	Proporzione aggiustata
CASA DI CURA S. PIO X - MILANO	726	33.85
OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA	263	32.24
IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	1861	30.64
OSPEDALE CIVICO - COLOGNO	400	30.24
IST.CLIN. CITTA' DI BRESCIA - BRESCIA	354	29.67
...		
OSPEDALE VALDUCE	902	8.43
FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA -	2088	7.77
OSPEDALE F. DEL PONTE - VARESE	2234	5.96
OSPEDALE GALMARINI - TRADATE	497	5.92
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE	1315	4.98

# Parti cesarei nei paesi sviluppati

Data submitted to the OECD project show that this geographic variability is greater than elsewhere, Figure below. At provincial-level, the coefficient of variation in Italy is 0.29, the highest co-efficient among the group of countries studied by the OECD.



Caesarean section rates, across and within OECD countries, 2011 (or latest year). Source: OECD (2015), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to*

# Non vi è pieno accordo

---

Tasso appropriato 15-18% (fonte OMS), ma:

- Molti TC sono richiesti dalle gestanti (anche in assenza di indicazione clinica)
- L'età delle partorienti è in crescita
- 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!)

# Frattura del collo del femore (FCF)

---

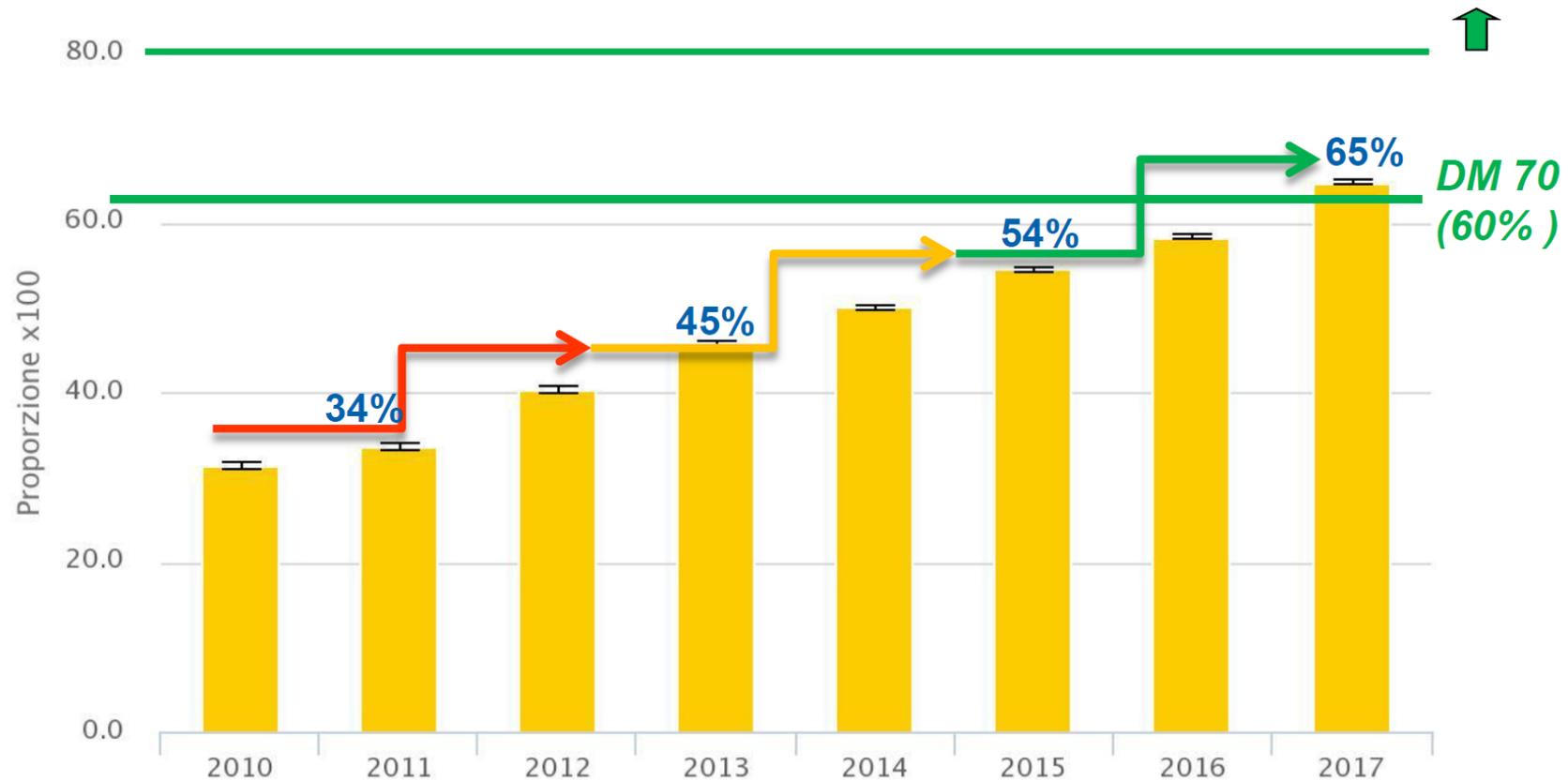
Garantire un intervento chirurgico tempestivo (entro 48H) per la frattura del collo del femore ai soggetti fragili sopra i 65 anni costituisce un evidente **beneficio di salute**, ed anche un risparmio di risorse

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%.

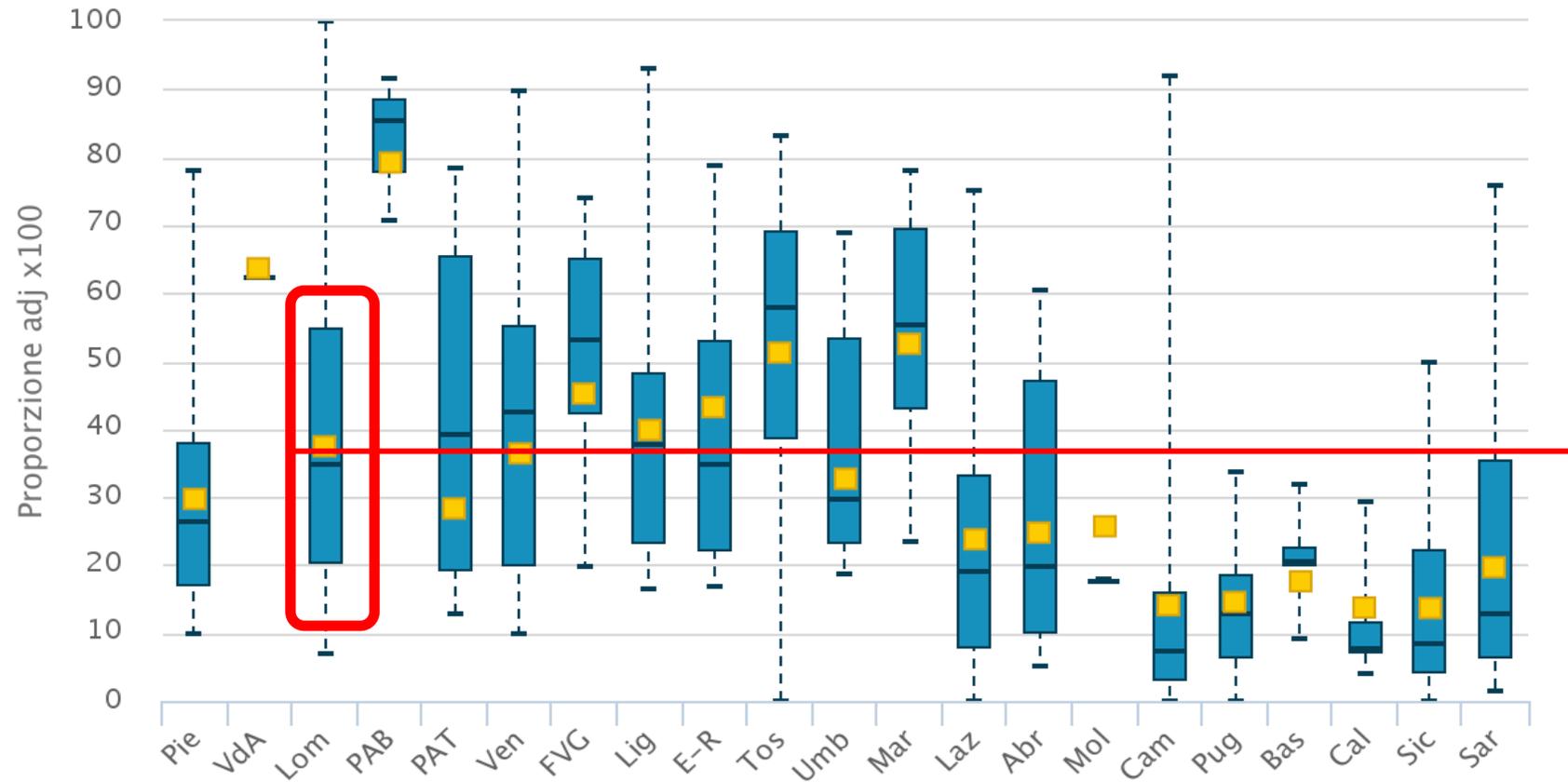
La proporzione di fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età operate entro due giorni è passata dal 31% del 2010 al 58% del 2016

Notevole variabilità intra e interregionale, con range per struttura ospedaliera dall' 1% al 97%

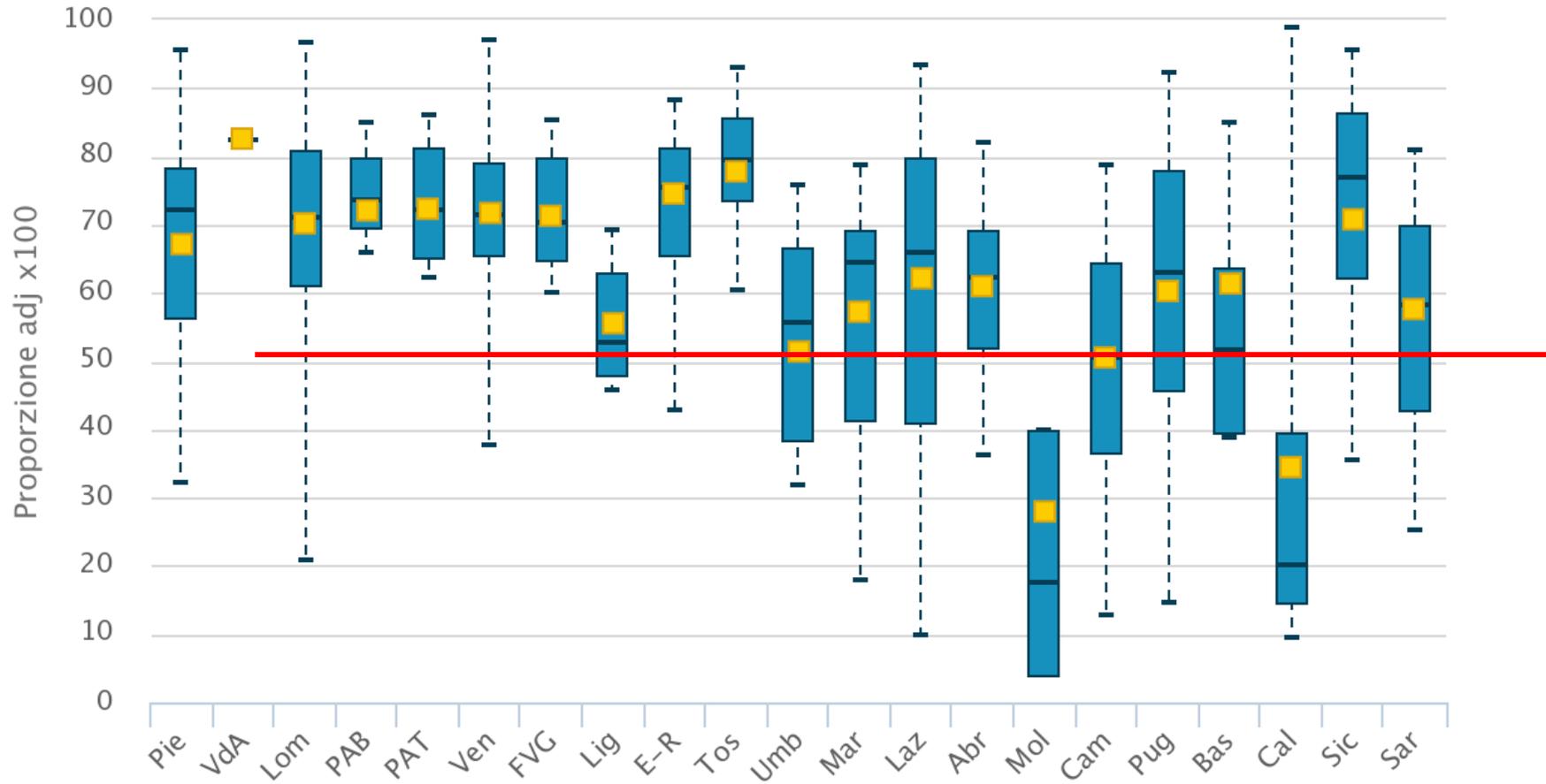
## Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni PNE Italia 2010-2017



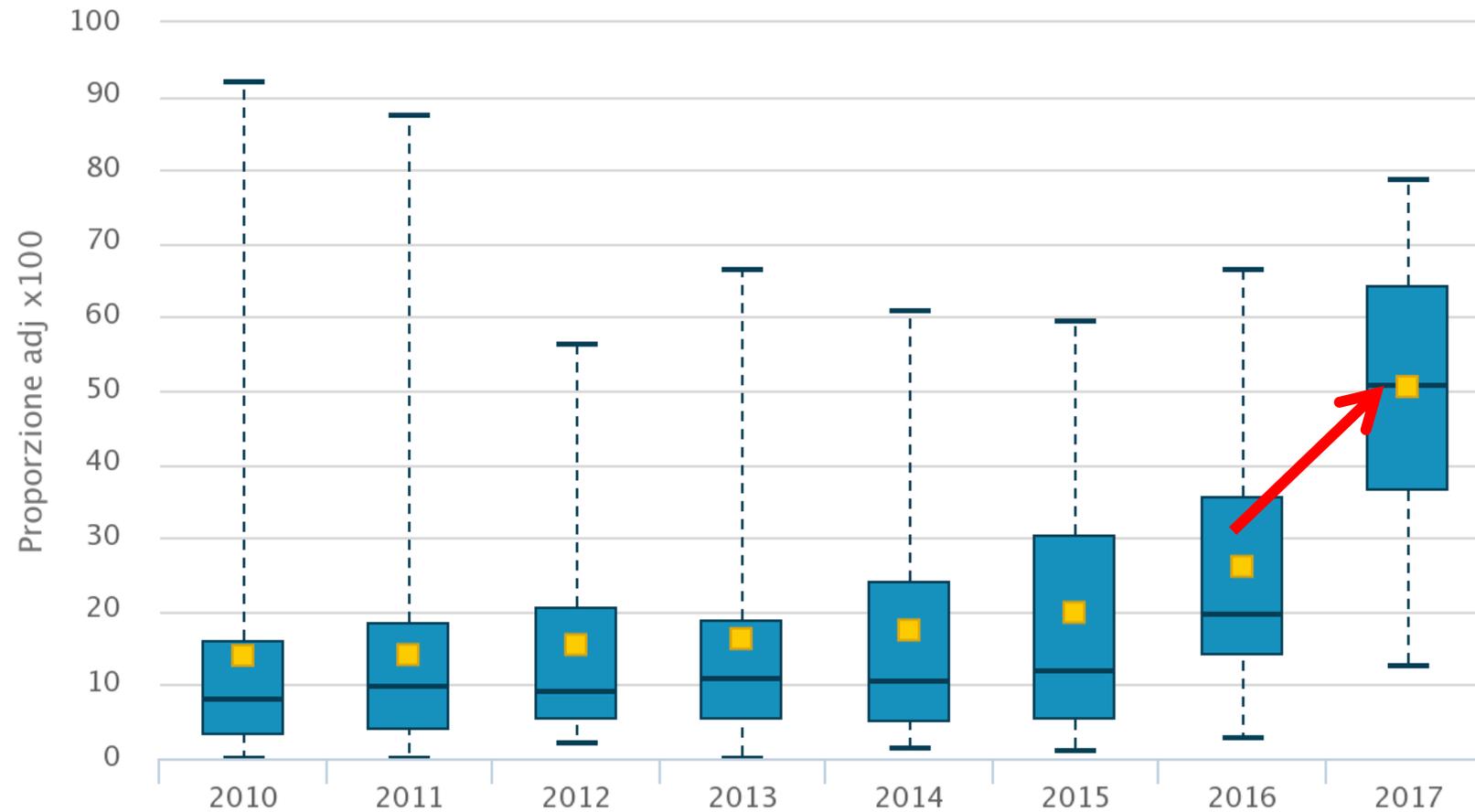
## Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. 2010



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



## 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

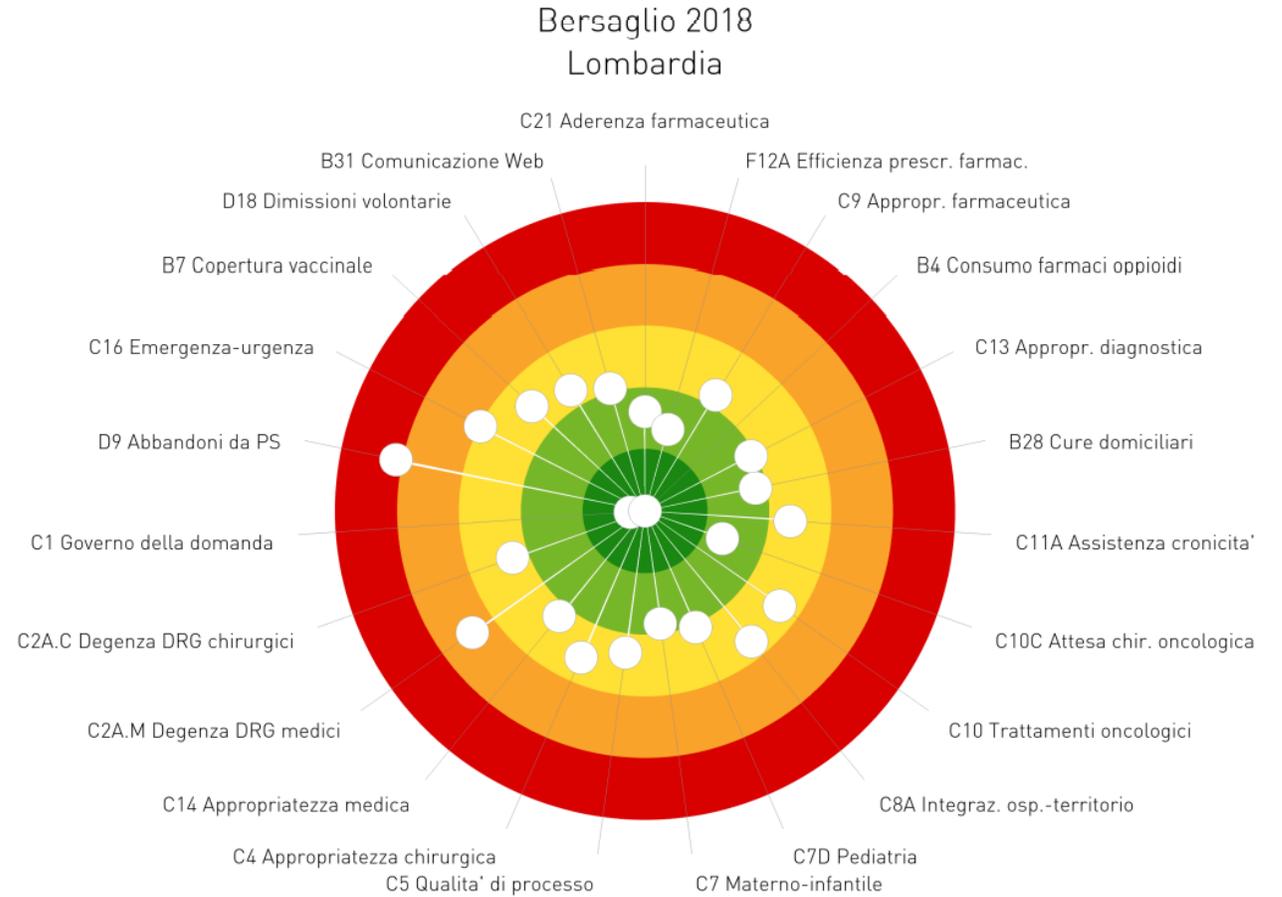
## *Fattori di contesto*

+ 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

# Il Network delle Regioni



# Individuare i punti critici di un processo

Per valutare la performance delle organizzazioni sanitarie “gli indicatori di esito sono poco affidabili e dovrebbero essere sostituiti da indicatori di processo”.

*Lilford et al.*

Organizzazione

Risorse

Pianificazione

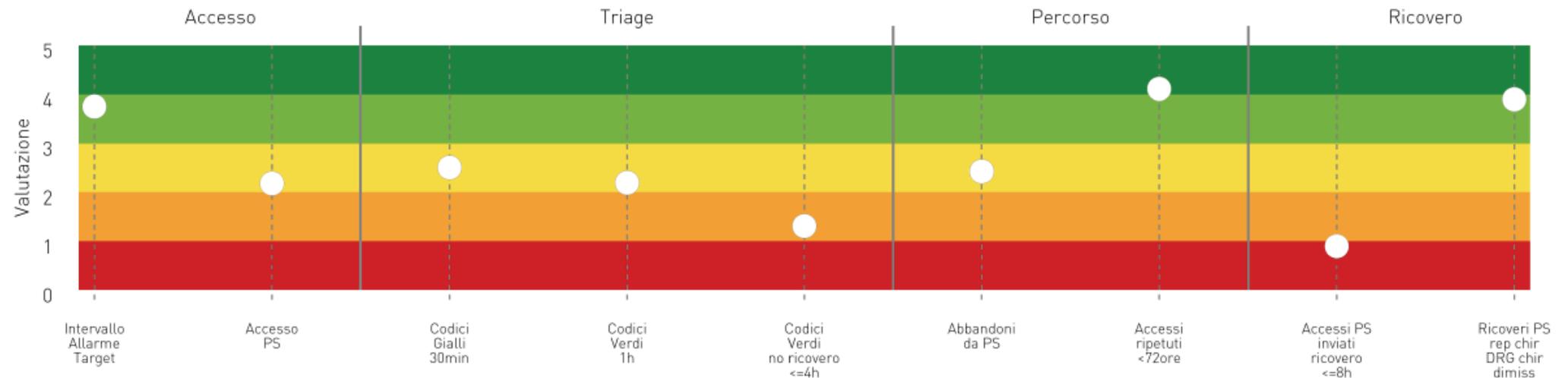
Motivazione



Aggiustare i processi

# I Pentagrammi

## Percorso Emergenza-Urgenza



## PERCORSO EMERGENZA-URGENZA

C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	
C8C.1	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	<b>Accesso</b>
C8C.2	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	
C8C.3	Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	
D07C.P	Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	
C16.1	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	<b>Triage</b>
C16.2	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	
C16.3	Percentuale di accessi al PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore	
C16A.T1	Percentuale accessi codice colore rosso (emergenza) ricoverati o trasferiti	
C16A.T2	Percentuale accessi codice colore giallo (urgenza) ricoverati o trasferiti	
C16A.T3	Percentuale accessi codice colore verde (urgenza differibile) ricoverati o trasferiti	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	<b>Percorso</b>
C16.4.1	Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore	
C16.10	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	
C16.5	Percentuale di accessi in Osservazione Breve	
C16.18	Percentuale di accessi in osservazione breve con degenza <= 6 ore	
C16.5.1B	Percentuale di accessi con osservazione breve con tempi di permanenza entro le 36 ore	
C16.5.1A	Percentuale accessi al PS in osservazione breve con durata > 48 ore	
C16.9	Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero	<b>Ricovero</b>
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	
C16.8	Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica	
C16.7	Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	

# I Pentagrammi

## Percorso Oncologia

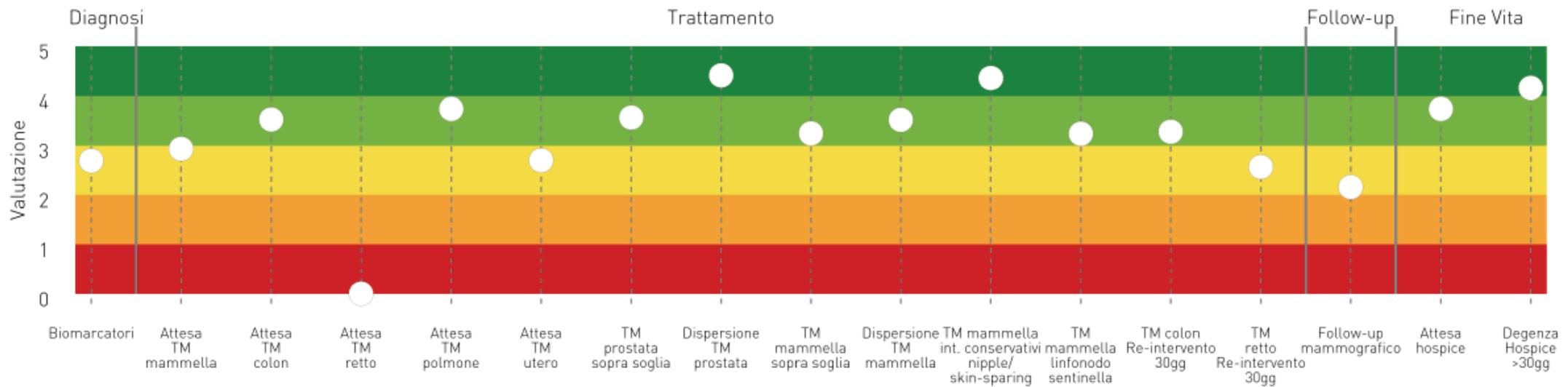
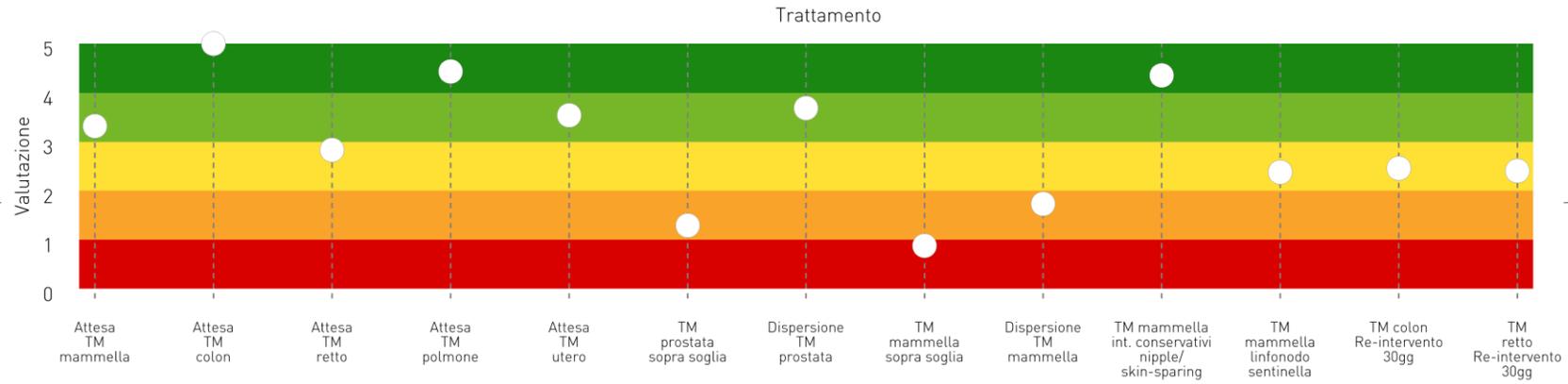


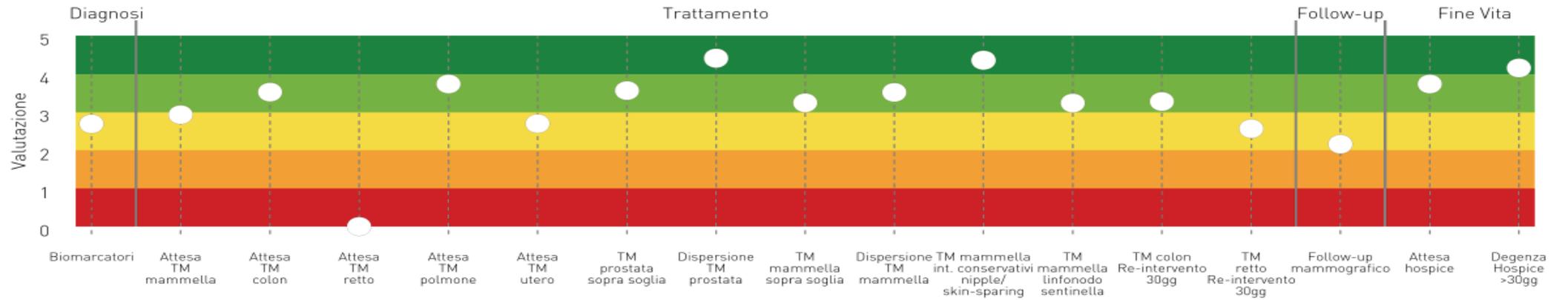
Tabella 3b. I percorsi 2019, le relative fasi e gli indicatori a esse associati

PERCORSO ONCOLOGICO		
B5.1.1	Estensione dello screening mammografico	Screening
B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	
B5.1.5	Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo	
B5.1.6	Percentuale di adesione agli approfondimenti	
B5.1.7	Proorzione di cancro alla mammella in stadio II rilevati dai programmi di screening successivi a quello di prevalenza	
B5.2.5	Estensione e adesione dello screening della cervice uterina	
B5.3.1	Estensione dello screening coloretale	
B5.3.2	Adesione allo screening coloretale	Diagnosi
C10.5	Appropriatezza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	
C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Trattamento
C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	
C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	
C10.4.5	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	
C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	
C10.4.7	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM alla mammella	
C10.4.8	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM alla prostata	
C10.4.9	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM al colon	
C10.4.10	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM al retto	
C10.4.11	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM al polmone	
C10.4.12	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM all'utero	
C10.4.13	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per melanoma	
C10.4.14	Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi max di attesa (Classe di priorità A) per interventi ch. per TM alla tiroide	
C10.1.1	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	Follow-up
C10.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	
C10.1.6	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla prostata	
C10.1.3	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	
C10.1.4	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella	
C10.1.7	Percentuale dei reparti sopra soglia per tumore maligno alla mammella	
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volumi superiori ai 150 interventi annui	
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	
C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	
C10.2.2.1	Percentuale di donne con asportazione radicale dei linfonodi ascellari contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	
C10.2.5	Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante	
C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	
C10.3.2	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	
F10.2.1B	Spesa Media per Farmaci Oncologici	
C10.2.6	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	Fine Vita
C28.1	Percentuale di pazienti oncologici deceduti e in carico alla rete Cure Palliative	
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Fine Vita
C28.2B	Percentuale di ricoveri Hospice con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3gg (paz. onc.)	
C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg	

### Percorso Oncologia - Regione Lombardia

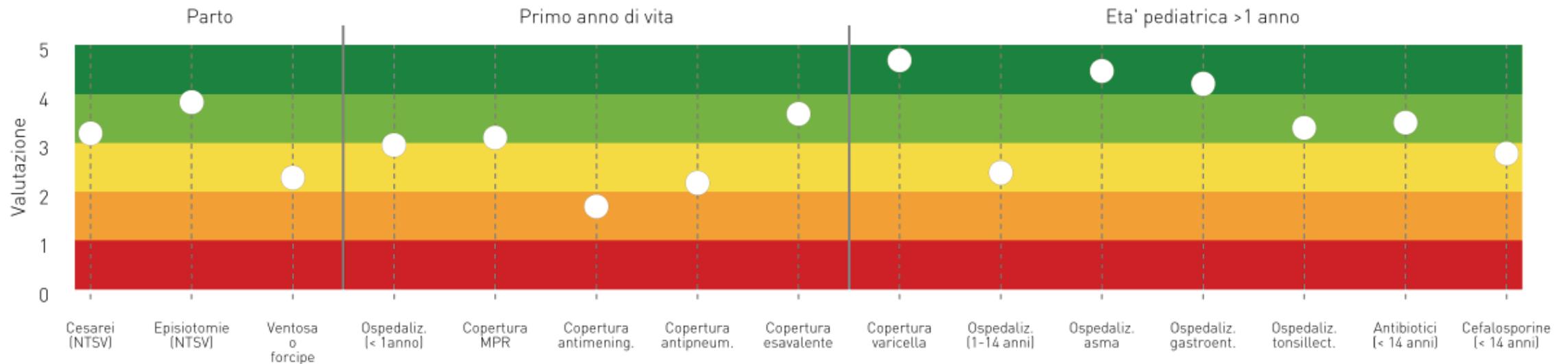


### Percorso Oncologia - Regione Toscana



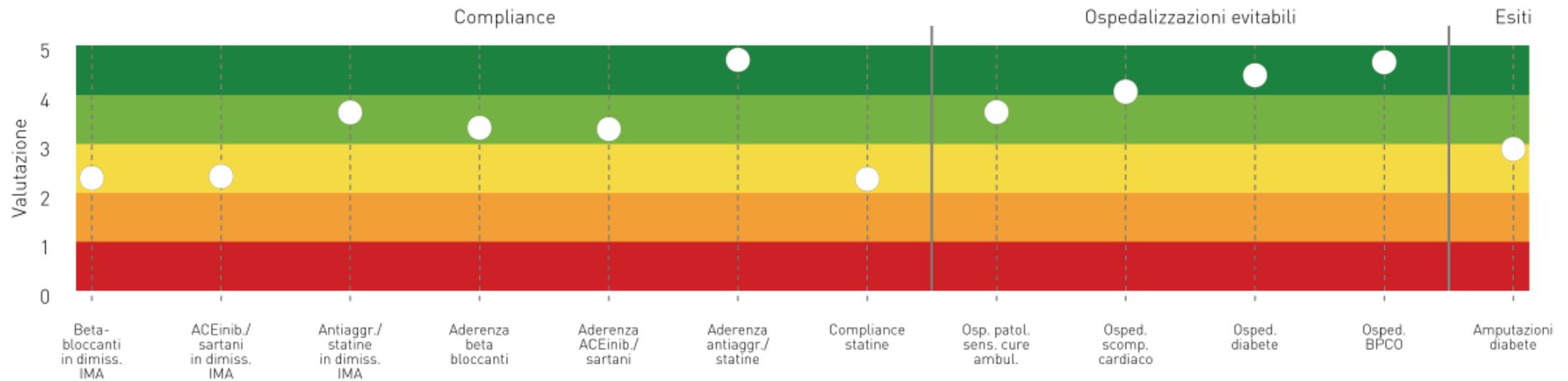
# I Pentagrammi

## Percorso Materno-Infantile



# I Pentagrammi

## Percorso Cronicita'



---

Conclusioni

