



Programma Nazionale Esiti - PNE Edizione 2017

Provincia autonoma di Trento

PNE 2017 ITA

INTRODUZIONE FONTI METODI APPENDICE

Ministero della Salute Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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 INFORMA

Taglio cesareo
Cosa sapere

Infarto
Numero minimo di ricoveri raccomandati?

Colecistectomia
Numero minimo di interventi?

FORMAZIONE

- ECM Formazione ECM
- Tutorial
- Panoramica del sito

Login utente _____ password _____ Entra ↗
 [Registrazione - recupero password]

Struttura Ospedaliera/ASL

Sintesi per Struttura/ASL

Strumenti per audit

S.I. Emergenza Urgenza

Sperimentazioni regionali

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.

PNE non produce classifiche, graduatorie o pagelle.



Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario. Le applicazioni su cui l'attività del PNE si è concentrata in questi anni hanno riguardato prevalentemente la valutazione comparativa tra soggetti erogatori e tra gruppi di popolazione e l'individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti, con particolare attenzione ai volumi di attività.

I risultati dell'edizione **2017 di PNE sui dati aggiornati al 2016**, analizzando **166** indicatori (67 di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione)



RISULTATI DELL'EDIZIONE 2017: I PRINCIPALI CAMBIAMENTI

I risultati del Programma Nazionale Esiti (PNE) sono pubblicati sul sito web dedicato: <http://pne2017.agenas.it/>

Si riportano di seguito alcuni risultati.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE

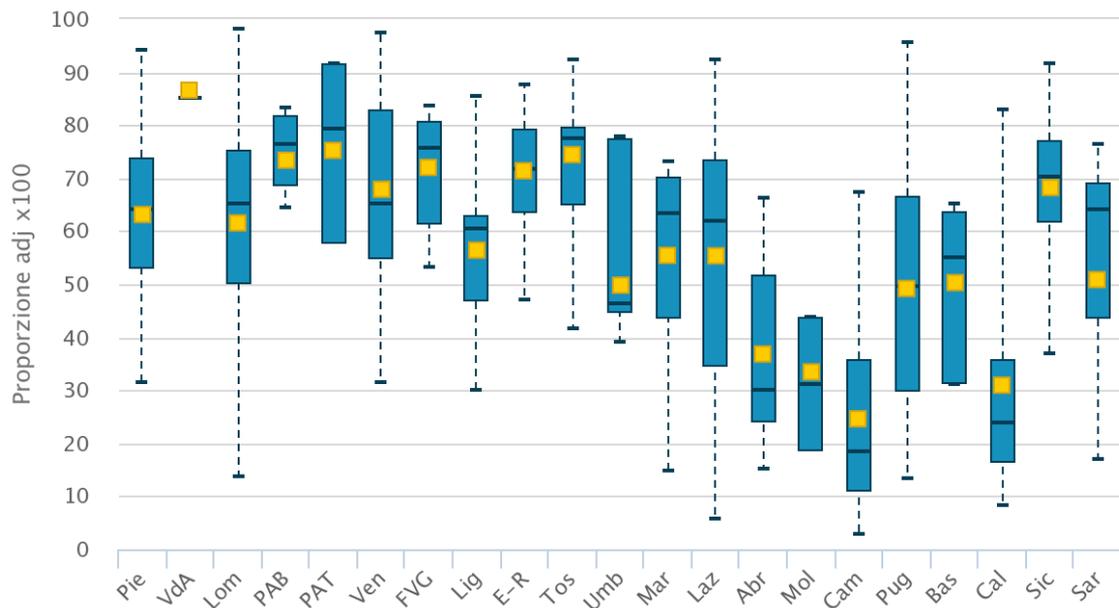
Con il progressivo invecchiamento della popolazione e aumento dell'aspettativa di vita, la proporzione di persone soggette a rischio di frattura del femore e la sopravvivenza in stato di disabilità sono fenomeni destinati ad aumentare nel tempo e ad avere un impatto crescente in termini di risorse dedicate. L'intervento tempestivo sulla frattura del collo del femore nell'anziano, **riducendo la mortalità e l'insorgenza di complicanze post-operatorie, determinando una minore durata del dolore e migliorando il recupero degli outcome funzionali**, consente di controllare le ricadute economiche e sociali e in termini di salute di quella che, a livello globale, è tra le 10 maggiori cause di disabilità ("World Report on Disability" - *World Health Organization 2011*).

Se nel 2010 solo il 31% dei pazienti veniva operato entro due giorni, nel 2016 la proporzione di interventi tempestivi è del 58%, con circa 112.000 i pazienti che dal 2010 hanno beneficiato dell'intervento tempestivo (interventi tempestivi guadagnati), di cui 32.000 nell'ultimo anno.

Al miglioramento a livello nazionale si affianca il ridimensionamento della variabilità interregionale, con un progressivo avvicinamento delle regioni del Sud ai risultati conseguiti dalle regioni del Nord Italia e un conseguente aumento delle condizioni di equità di accesso a un trattamento di provata efficacia clinica.

Le differenze fra le regioni italiane restano, tuttavia, importanti e l'eterogeneità intra-regionale, in alcuni casi, risulta incrementata, in parte come riflesso della coesistenza, all'interno di una stessa regione, di strutture ospedaliere caratterizzate da un significativo miglioramento delle performance negli ultimi anni e di strutture ancora lontane dallo standard atteso, dove resistono, ai vari livelli di responsabilità, criticità nel riconoscere alla frattura del femore la dignità di urgenza e l'importanza della previsione di un percorso clinico-organizzativo per il paziente over-65.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI. ITALIA - 2016



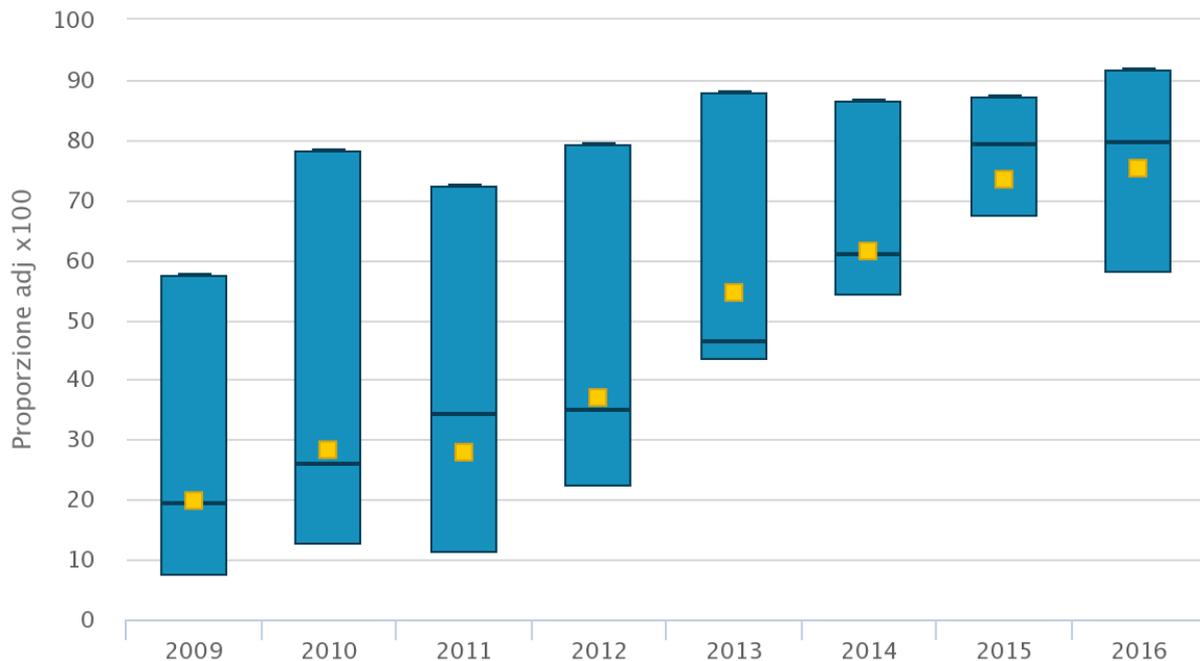
Nella figura è rappresentata la variabilità intra-regionale attraverso i boxplot: i rettangoli, che rappresentano i valori dell'indicatore nel 50% delle strutture regionali sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati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

Se si assume come valore di riferimento lo standard minimo del 60% fissato dal Regolamento del Ministero per ogni struttura del SSN, si può vedere che, ad eccezione del Molise, dove nessuna struttura raggiunge lo standard minimo, in ogni regione è presente almeno una struttura che raggiunge la soglia attesa.



Nella PA di Trento, la proporzione di fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età operate entro due giorni è passata dal 19,8% del 2010 al 75,2% del 2016.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI - PA DI TRENTO 2009 - 2016



Questo progressivo miglioramento a livello regionale non sembra essere avvenuto a discapito dei tempi di attesa per frattura di tibia e perone che si attestano su una mediana di 5 giorni, con valori massimi di 6 giorni, a dimostrare che il riconoscimento della dignità di urgenza alla frattura del femore non comporta una compromissione dell'assistenza per altre condizioni traumatiche.



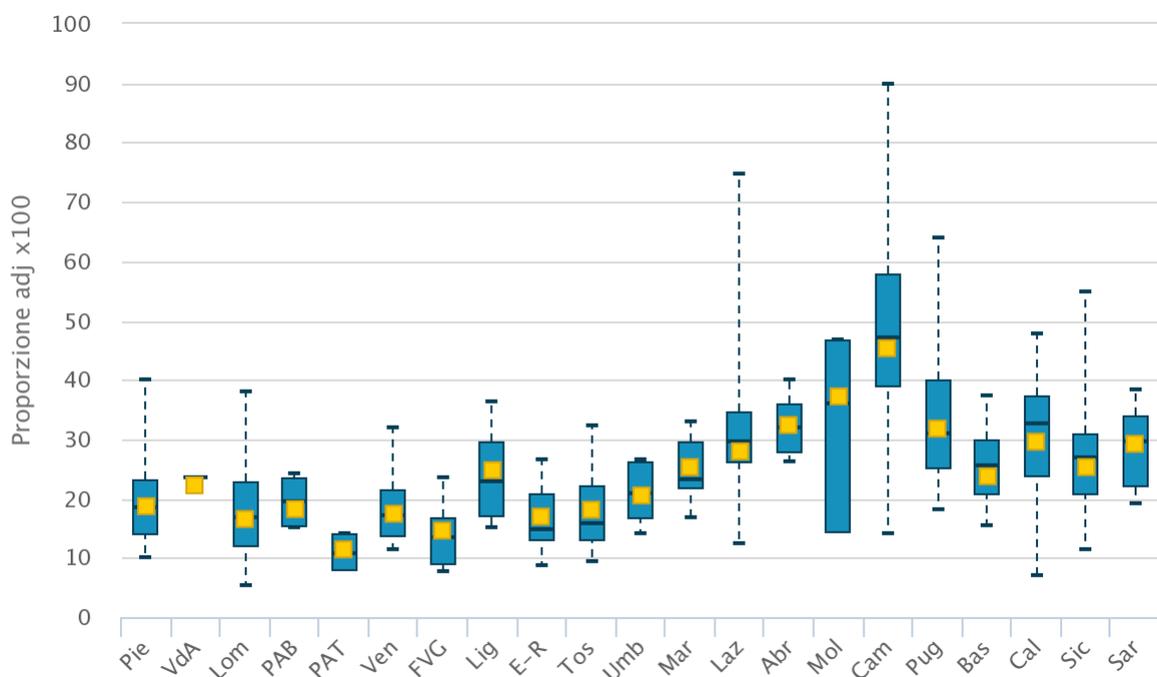
Il Regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 2 giorni su pazienti con frattura del collo del femore di età maggiore di 65 anni.

Nel 2016, nella PA di Trento, il Presidio Ospedaliero S. Chiara si colloca al di sopra della soglia prevista, con una proporzione di 79,5%. Il Presidio Ospedaliero Di Cles è in linea con lo standard internazionale, con oltre il 90% degli interventi operati tempestivamente. Il Presidio Ospedaliero S. Maria Del Carmine presenta invece una proporzione lievemente inferiore all'atteso, dopo una riduzione di 10 punti percentuali nell'ultimo anno di misurazione.

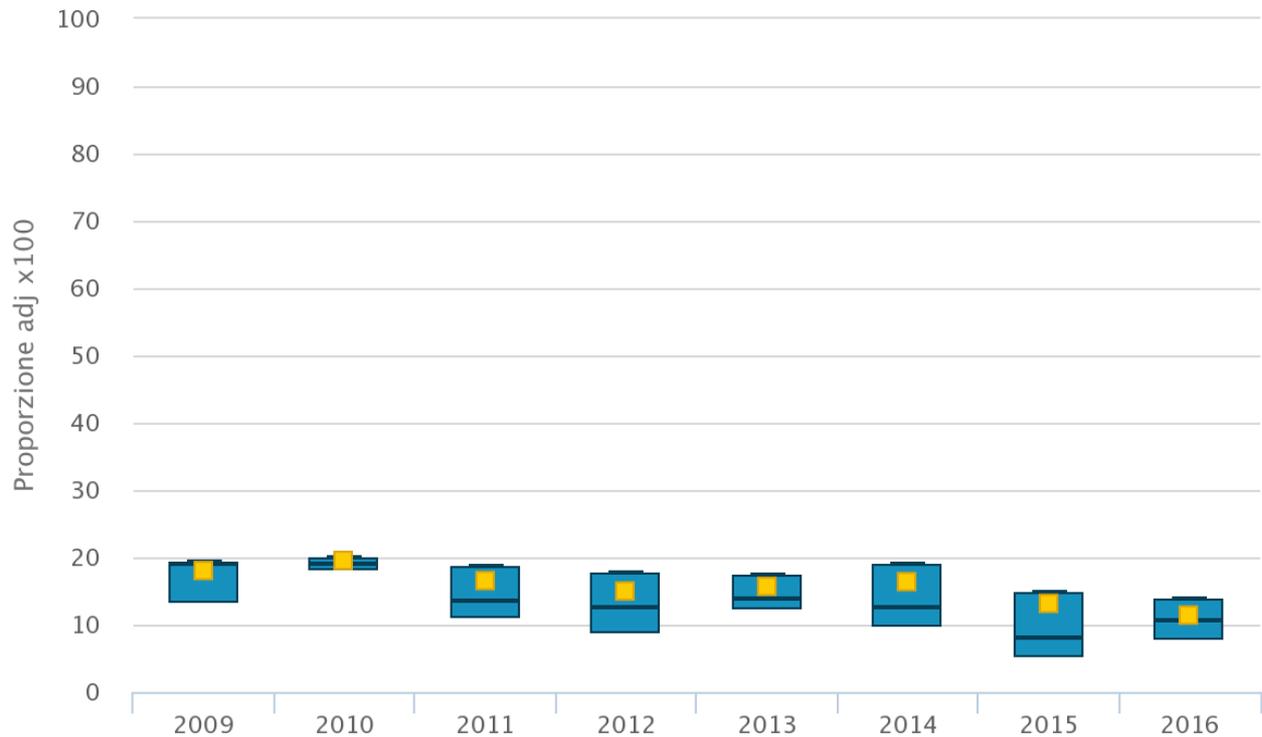
PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

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

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO. ITALIA 2016



La proporzione di parti cesarei primari in Italia continua a scendere progressivamente dal 29% del 2010 al 24,5% del 2016 (per la prima volta sotto la soglia del 25%), con differenze importanti all'interno di ogni singola regione e tra le regioni. Si stima che dal 2010 siano circa 58.500 le donne alle quali è stato risparmiato un taglio cesareo primario, di cui 13.500 nel 2016.

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO. PA TRENTO 2009 - 2016

Anche in questo caso, a fronte di un valore nazionale medio del 24,5%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 6% ad un massimo del 92%.



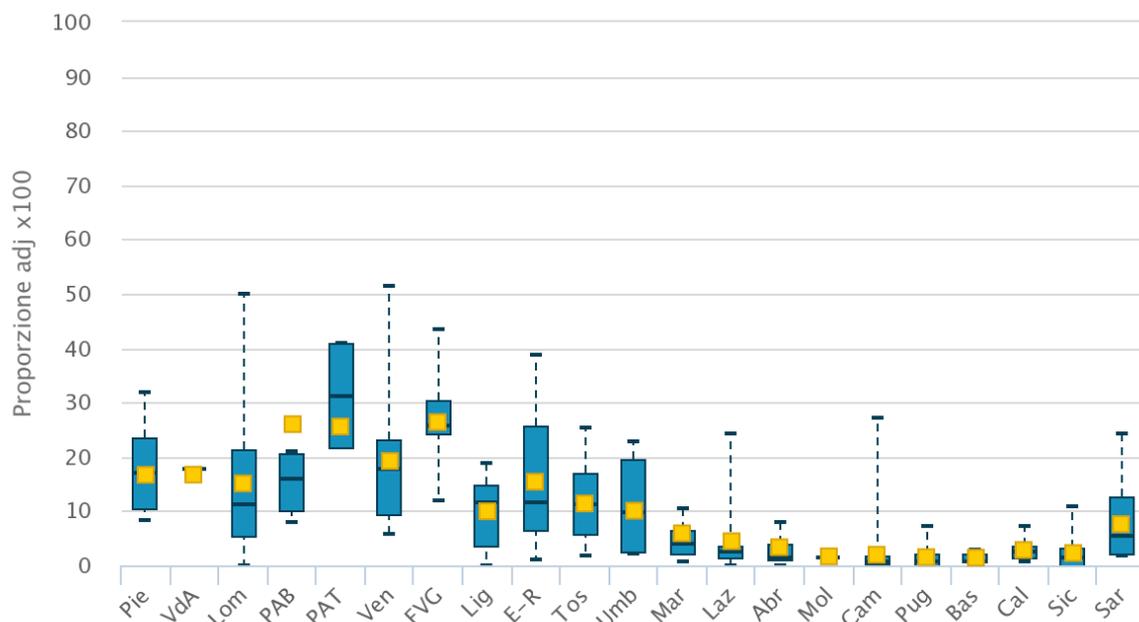
La PA di Trento riporta storicamente la più bassa proporzione di TC primari a livello nazionale. Nel 2016, si registra un' ulteriore importante riduzione del valore medio e un ridimensionamento dell'eterogeneità interna.

In particolare, il principale punto nascita della Provincia effettua nel 2016 solo l'11,2% di TC primari.

PROPORZIONE DI PARTI VAGINALI IN DONNE CON PREGRESSO CESAREO

La riduzione nel ricorso al parto chirurgico può essere ottenuta sia riducendo il numero di parti cesarei primari sia promuovendo il ricorso al parto naturale nelle donne con pregresso parto cesareo che non hanno controindicazioni al parto vaginale. La proporzione di parti vaginali eseguiti in donne che hanno partorito in precedenza con un parto cesareo è un indicatore che può essere utilizzato per valutare la qualità dell'assistenza fornita alle partorienti: valori più alti possono riflettere una pratica clinica più appropriata dal momento che le linee guida internazionali non precludono, **se non in particolari condizioni di rischio, il parto naturale in donne che abbiano precedentemente subito un cesareo e che parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per "ragioni non mediche"**.

PROPORZIONE DI PARTI VAGINALI IN DONNE CON PREGRESSO CESAREO. ITALIA 2016



I risultati del PNE mostrano come il numero di parti naturali eseguiti nelle donne che hanno partorito in precedenza con un parto cesareo sia ancora estremamente basso ma, tuttavia, in lento progressivo aumento.

Non è un caso che la PA di Trento dove si registra il più basso ricorso al parto chirurgico sia anche l'area con le più alte proporzioni di parti vaginali dopo cesareo.



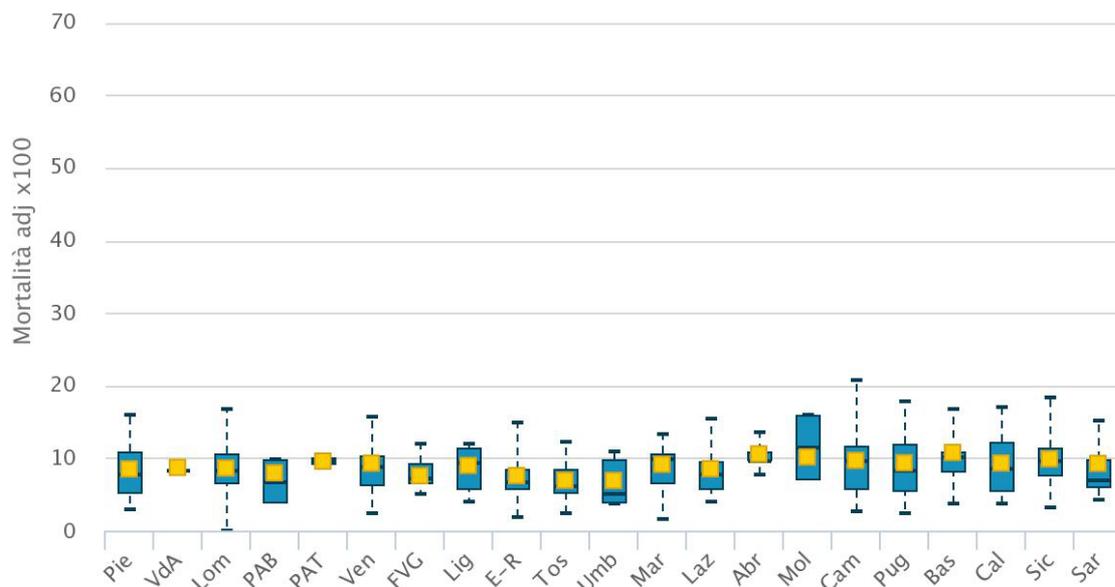
Il Presidio Ospedaliero S. Maria Del Carmine è una delle strutture con più alto ricorso al parto naturale dopo cesareo, garantendo questa prestazione al 41% delle donne con un pregresso parto chirurgico

INFARTO MIOCARDICO ACUTO: MORTALITÀ A 30 GIORNI

La mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio continua a diminuire, da 10,4% del 2010 a 8,6% del 2016. A fronte del valore nazionale medio, si osserva una bassa variabilità interregionale e una discreta variabilità intra regionale, con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dello 0% a un massimo del 21%.

Possibili distorsioni dei risultati possono derivare da una non corretta identificazione degli IMA o classificazione STEMI, NSTEMI. In seguito alle segnalazioni di errori di codifica degli STEMI e NSTEMI, sono state definite le nuove linee guida per la codifica ICD-9-CM, valide a livello nazionale.

INFARTO MIOCARDICO ACUTO: MORTALITÀ A 30 GIORNI. ITALIA 2016

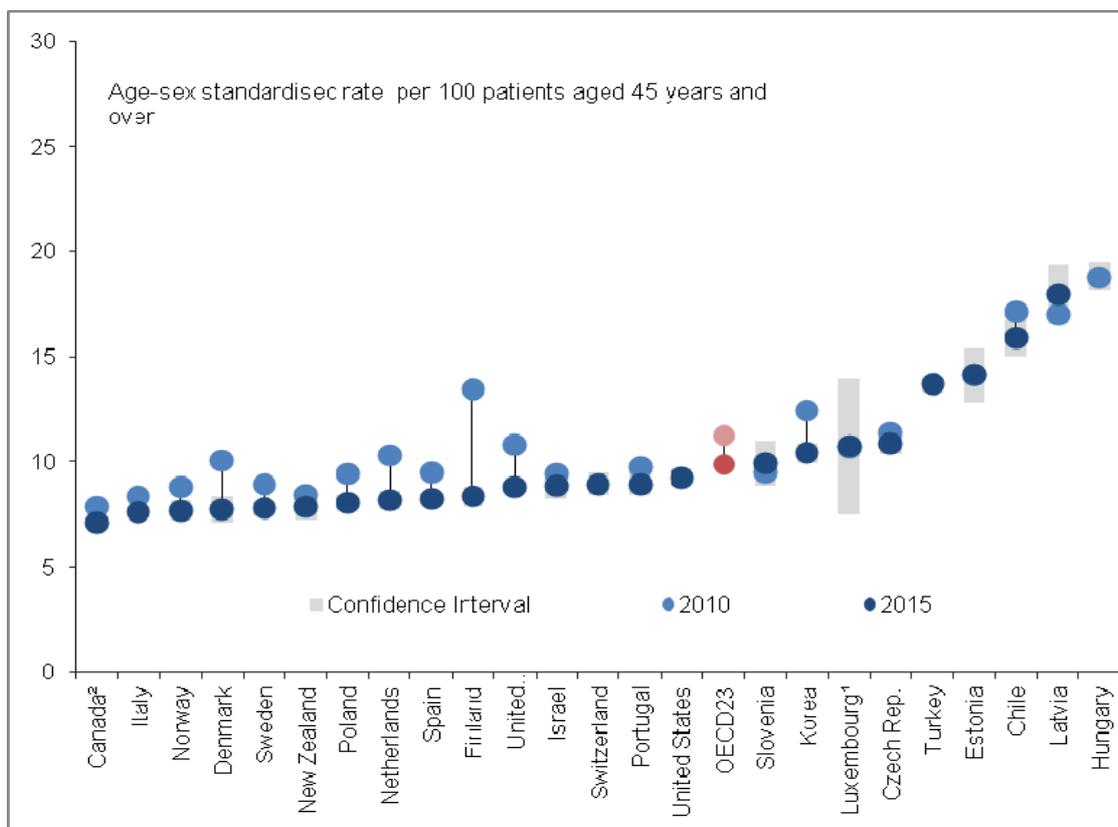


L'indicatore che ha lo scopo di valutare la qualità del percorso assistenziale complessivo del soggetto con Infarto Miocardico Acuto, evidenzia come il dato di mortalità sia contenuto su base nazionale e omogeneo fra le diverse regioni e province autonome. L'attribuzione dell'esito alla struttura di ricovero non implica, quindi, la valutazione della qualità dell'assistenza fornita da quella struttura ma dell'appropriatezza ed efficacia del percorso del paziente, che coinvolge i diversi centri di responsabilità operativi

nell'articolazione di una rete integrata territorio-ospedale, dove i tempi di diagnosi e trattamento siano ridotti e il paziente sia avviato al centro ospedaliero predisposto all'offerta della tipologia assistenziale più appropriata.

L'ultimo rapporto dell'OCSE (Health at a Glance 2017) rileva come la mortalità per infarto miocardico in Italia sia fra le più basse fra i paesi a economia avanzata.

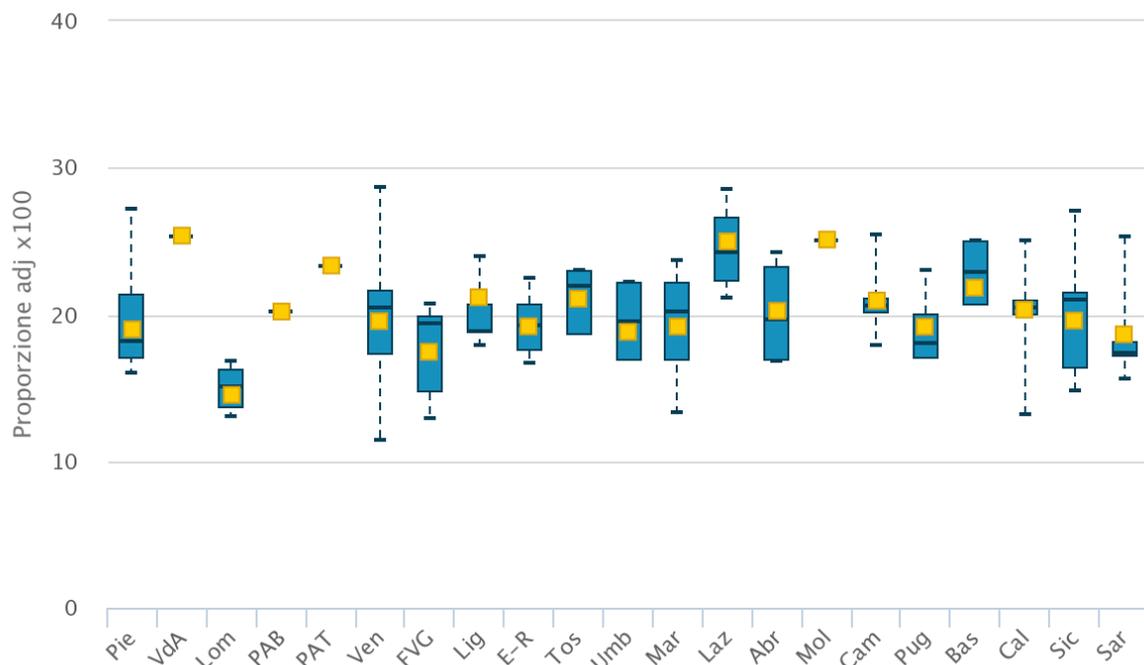
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'ACCESSO IN OSPEDALE. OCSE 2017 – dati 2015



ICTUS ISCHEMICO: EVENTI MAGGIORI CARDIOVASCOLARI E CEREBROVASCOLARI (MACCE) A 1 ANNO

La proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) a 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico valuta la corretta gestione clinico terapeutica del paziente sul territorio dopo un ricovero per ictus, a partire dalla definizione di un programma di prevenzione secondaria che deve comprendere indicazioni dietetiche e relative allo stile di vita, nonché la definizione di una corretta strategia farmacologica con l'obiettivo di evitare successivi episodi ischemici che possono essere fatali in tali pazienti. Il dato sembra evidenziare una diversa funzionalità di questa rete tempo dipendente tra le diverse aree territoriali e in alcuni casi uno scollamento della rete dell'emergenza dalla rete territoriale.

ICTUS ISCHEMICO: MACCE A 1 ANNO. ITALIA 2016



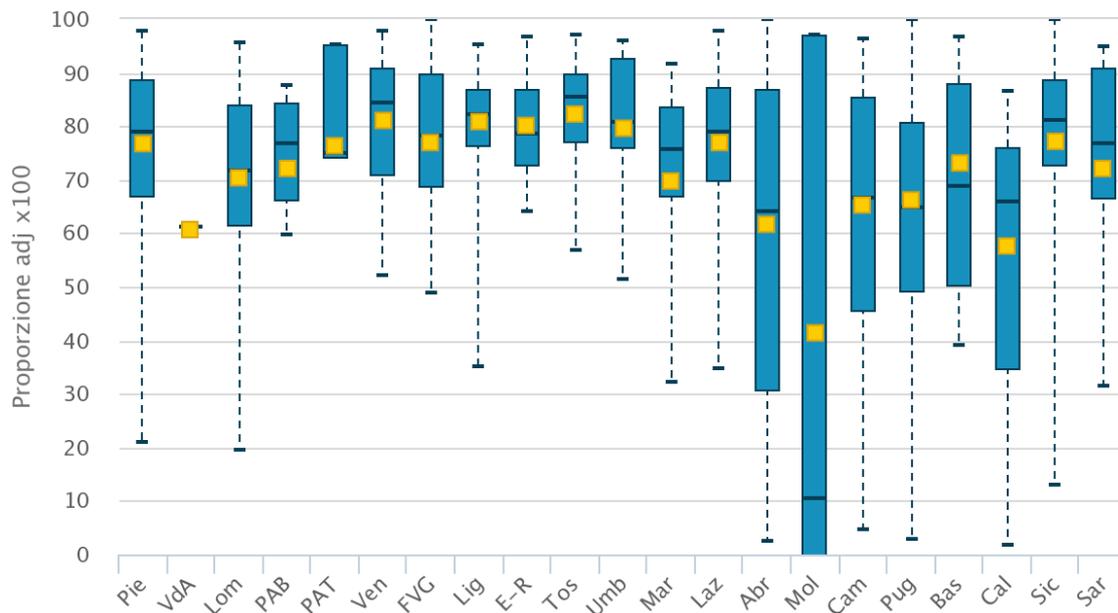
COLICISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE: DEGENZE OPERATORIE INFERIORI A 3 GIORNI

La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati: rispetto all'intervento a cielo aperto è associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi.



Una degenza post-operatoria più estesa del necessario non è associata a nessun beneficio in termini di salute e aumenta il rischio di complicanze legate alla permanenza in ospedale, in particolare il rischio di infezioni ospedaliere che presentano un costo sia in termini di salute che di risorse economiche.

COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE: DEGENZE POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI. ITALIA 2016



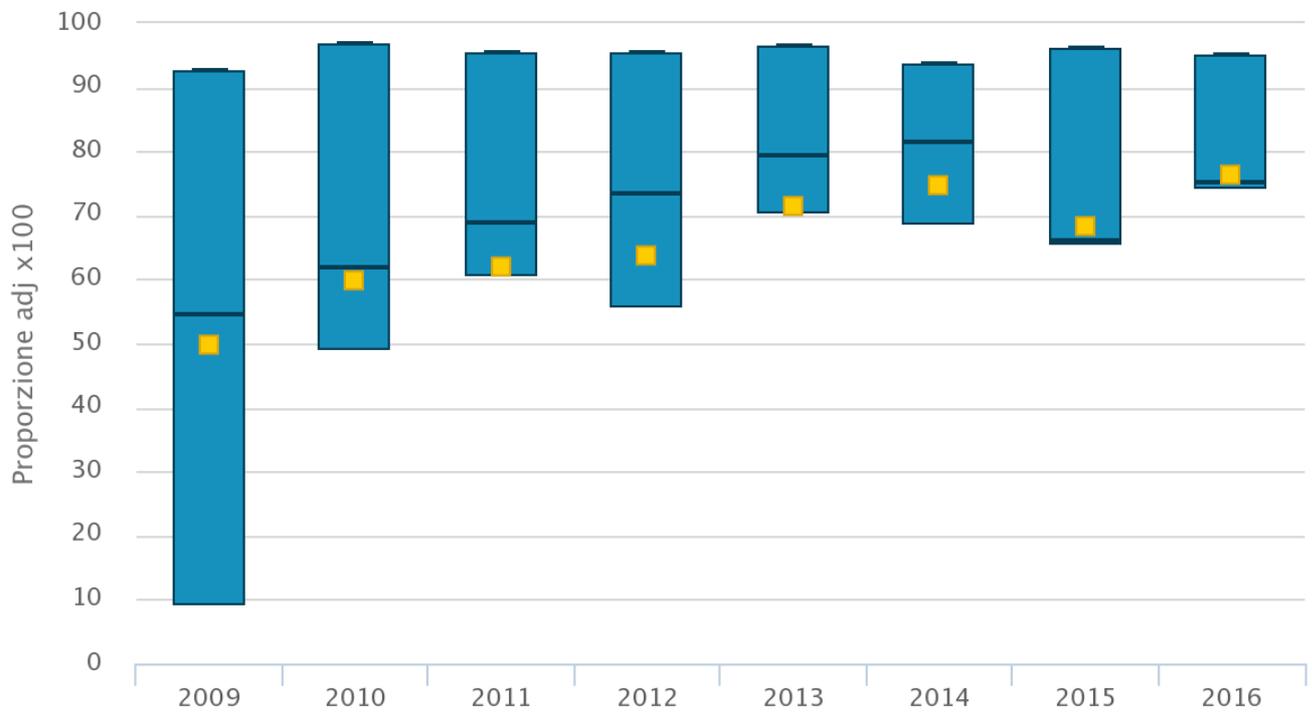
In Italia, la proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 58,8% del 2010 al 72,7% del 2016. Il valore medio nella PA di Trento è in linea con la media nazionale.



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

Nella PA di Trento, nel 2016, tutte le strutture rispondono allo standard.

COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE: DEGENZE POST-OPERATORIE INFERIORE A 3 GIORNI. PA di TRENTO 2009 - 2016





VOLUMI DI ATTIVITÀ ED ESITO DELLE CURE

Il volume di attività rappresenta una delle caratteristiche misurabili di processo che possono avere un rilevante impatto sull'efficacia degli interventi e sull'esito delle cure. PNE riporta i volumi di attività delle condizioni cliniche per le quali l'associazione tra volume di attività ed esito delle cure sia stata dimostrata in letteratura.

A seguito di una recente revisione delle evidenze disponibili, i responsabili di tre importanti sistemi ospedalieri americani hanno lanciato, attraverso il New England Journal of Medicine, una campagna per l'impegno della comunità scientifica ad evitare di effettuare interventi chirurgici complessi da parte di strutture o chirurghi con volumi di attività molto bassa.

L'associazione tra volume ed esiti per diverse condizioni è confermata anche dall'analisi dei dati empirici nazionali.

Le conoscenze scientifiche, da sole, non consentono di identificare per gli indicatori di volume un preciso e puntuale valore soglia, minimo o massimo, ma è possibile identificare un intervallo di volume al di sotto del quale il rischio di esiti negativi aumenta notevolmente. Alla scelta di "volumi minimi di attività" al di sotto dei quali non deve essere possibile erogare specifici servizi nel SSN devono necessariamente contribuire, oltre alle conoscenze sul rapporto tra efficacia delle cure e loro costi, le informazioni sulla distribuzione geografica e accessibilità dei servizi.

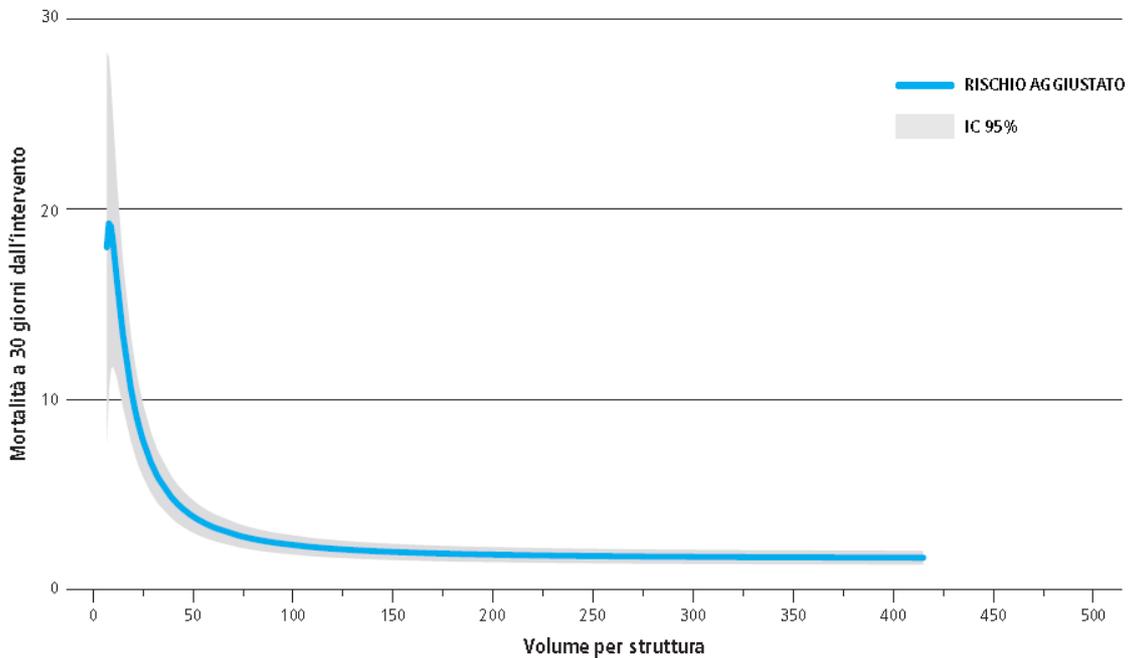


A partire da gennaio dell'anno prossimo, dovrebbe essere possibile misurare il volume per singolo chirurgo, così come previsto dal Decreto ministeriale relativo all'integrazione delle informazioni della SDO.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI.

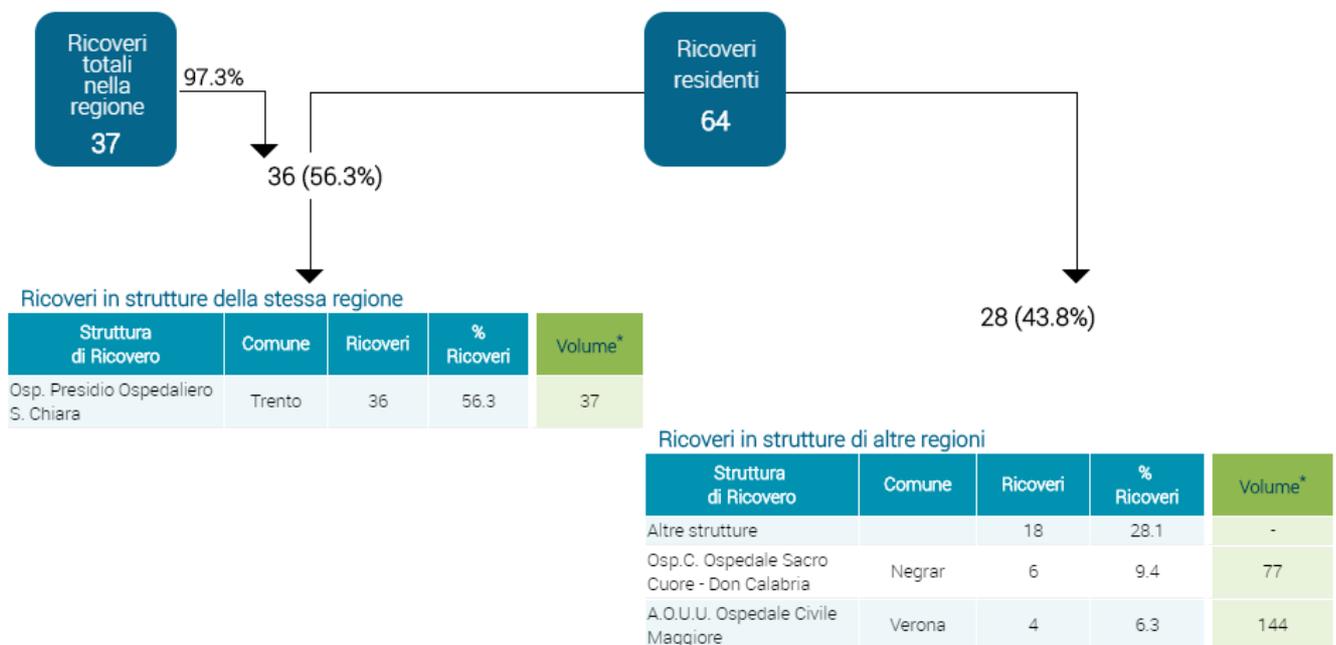
CHIRURGIA DEL CANCRO AL POLMONE.

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



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

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: FLUSSI DI MOBILITA'





Nel 2016, il 44% degli interventi chirurgici per TM del polmone su pazienti residenti nella PA di Trento sono avvenuti in strutture di altre regioni. Il 56% dei pazienti si è rivolto invece al PO di S.Chiara, struttura con un volume di attività di molto al di sotto della soglia minima attesa.

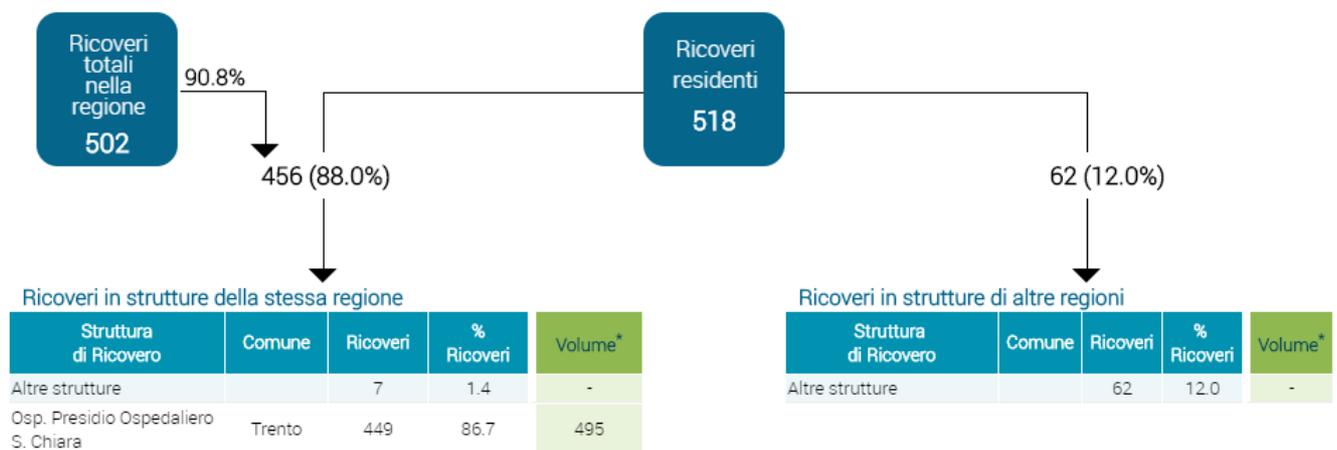
INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: VOLUME DI RICOVERI

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

In Italia si osserva un'associazione tra volume di attività e reintervento a 120 giorni. In particolare, il rischio di reintervento a 120 giorni diminuisce fino a circa 150 interventi/anno, volume identificato come punto di svolta, e continua a diminuire all'aumentare del volume di attività.

Nel 2016, delle 12 strutture ospedaliere che eseguono più di 10 interventi chirurgici per il TM della mammella, 3 (25%) presentano volumi di attività in linea con lo standard. Se analizziamo il dato per Unità Operativa di dimissione, la proporzione si riduce di molto: nel 2016 dei 14 reparti che effettuano più di 10 interventi/anno, 5 (36%) eseguono almeno 150 interventi. Nell'ultimo anno di valutazione ancora 2 unità operative su 3 non rispettano lo standard atteso, effettuando il 38% degli interventi complessivi su base regionale.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: FLUSSI DI MOBILITA'

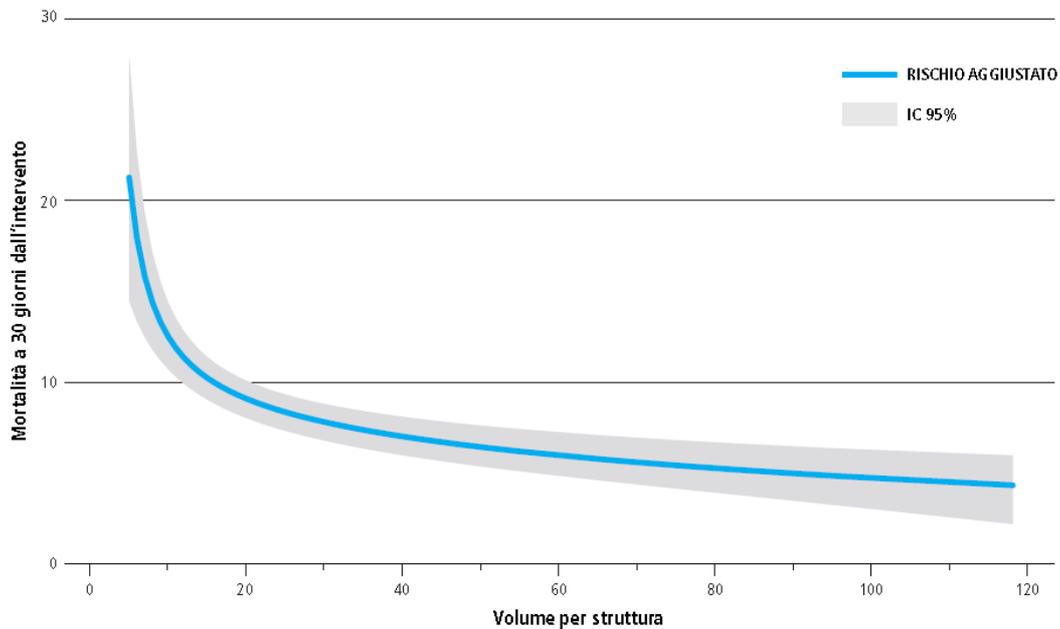


L'87% degli interventi chirurgici per TM della mammella sulla popolazione residente avviene nei due reparti di chirurgia generale del PO S. Chiara, entrambi al di sopra dei volumi minimi richiesti dal DM 70, rispettivamente con 280 e 214 interventi/anno.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI.

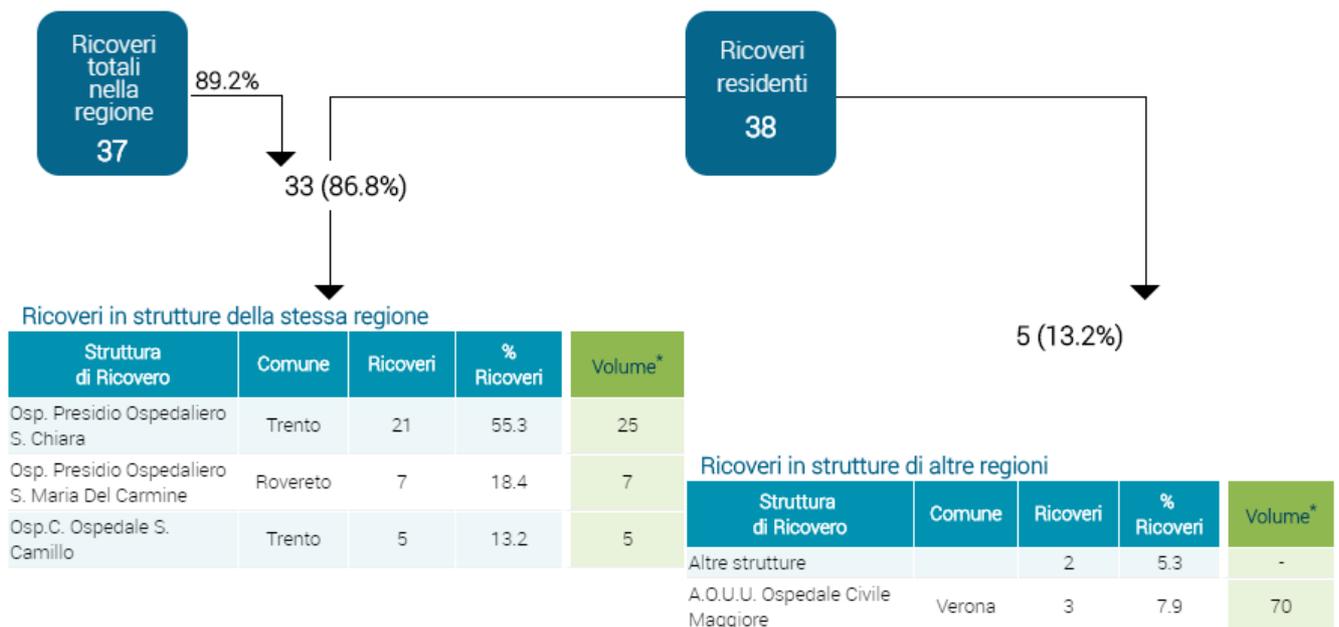
CHIRURGIA DEL CANCRO ALLO STOMACO.

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



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

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: FLUSSI DI MOBILITA'

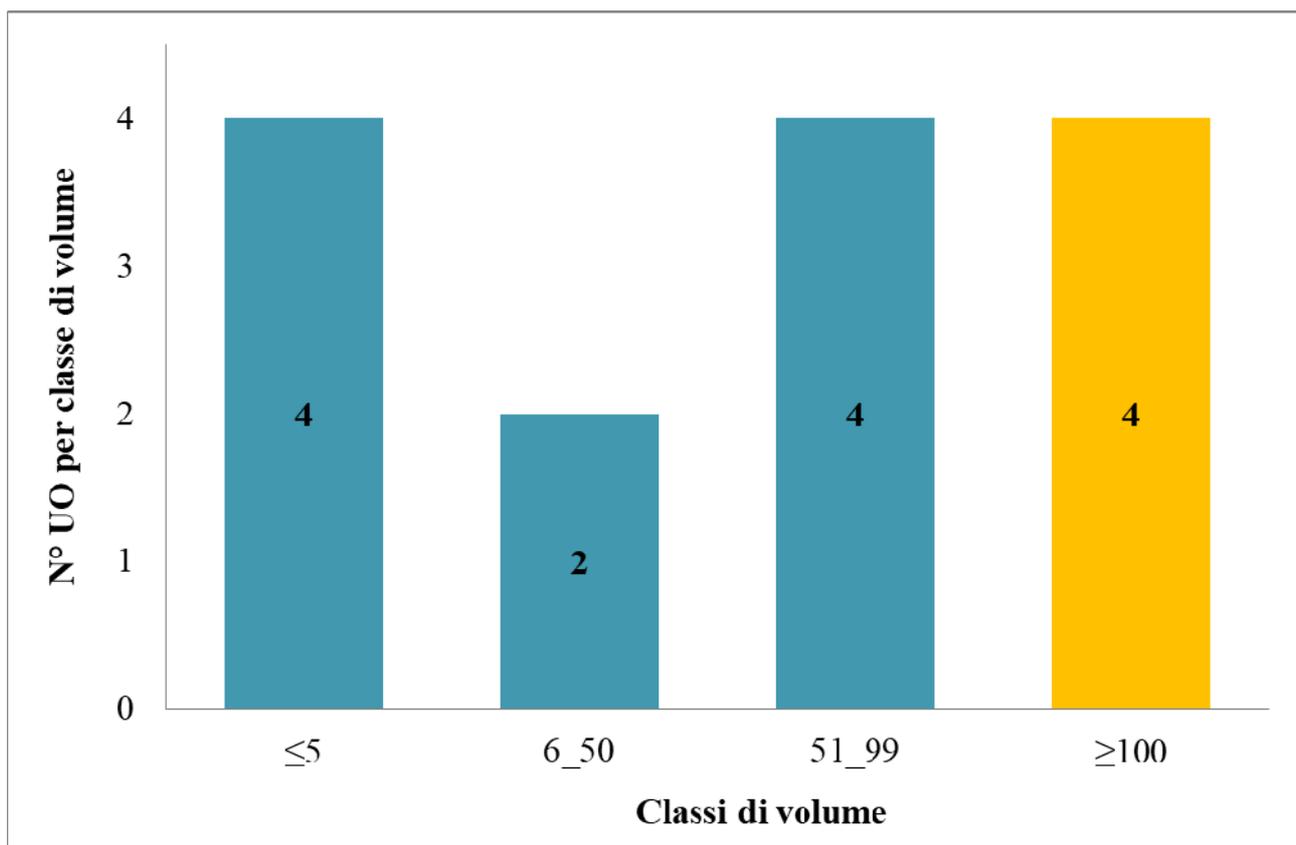


L'87% dei pazienti residenti nella PA di Trento si rivolge a strutture della provincia per l'intervento chirurgico. Resta un problema di frammentazione dell'attività: anche nell'Osp. S. Chiara che complessivamente effettua 25 interventi nel 2016, i volumi sono divisi in due unità operative, entrambe sotto soglia minima.

COLICISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE: VOLUME DI RICOVERI

Si osserva un'associazione tra volume di attività per struttura e per Unità Operativa di colicistectomie laparoscopiche e complicanze a 30 giorni. In particolare la proporzione di complicanze a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce fino a circa 100 interventi anno per Unità Operativa, soglia definita anche nel regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera.

COLICISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE: VOLUME DI RICOVERI - PA DI TRENTO 2016





Nel 2016, dei 10 reparti che eseguono più di 5 interventi di colecistectomia laparoscopica, 4 (40%) presentano volumi di attività in linea con lo standard.

PARTI: VOLUME DI RICOVERI

Le evidenze scientifiche sull'associazione tra volumi di parti ed esiti di salute materno-infantile mostrano un'associazione tra bassi volumi ed esiti sfavorevoli.

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

Nel 2016 in Italia risultano ancora 97 strutture ospedaliere (21%) con volumi inferiori ai 500 parti annui, in esse si concentra meno del 6% dei parti totali,



Escludendo le strutture con meno di 10 parti annui, **nel 2016 nella PA di Trento le strutture ospedaliere con meno di 500 parti annui sono ancora 3, effettuando complessivamente il 14% dei parti totali**

PARTI: VOLUME DI RICOVERI - PA TRENTO 2016

STRUTTURA	N
Osp. Presidio Ospedaliero S. Chiara-Trento	2451
Osp. Presidio Ospedaliero S. Maria Del Carmine-Rovereto	1224
Osp. Presidio Ospedaliero Di Cles-Cles	457
Osp. Presidio Ospedaliero Di Cavalese-Cavalese	77
Osp. Presidio Ospedaliero Di Arco-Arco	46
Osp. Presidio Ospedaliero Di Tione-Tione Di Trento	5
Osp. Presidio Ospedaliero Villa Igea-Trento	1



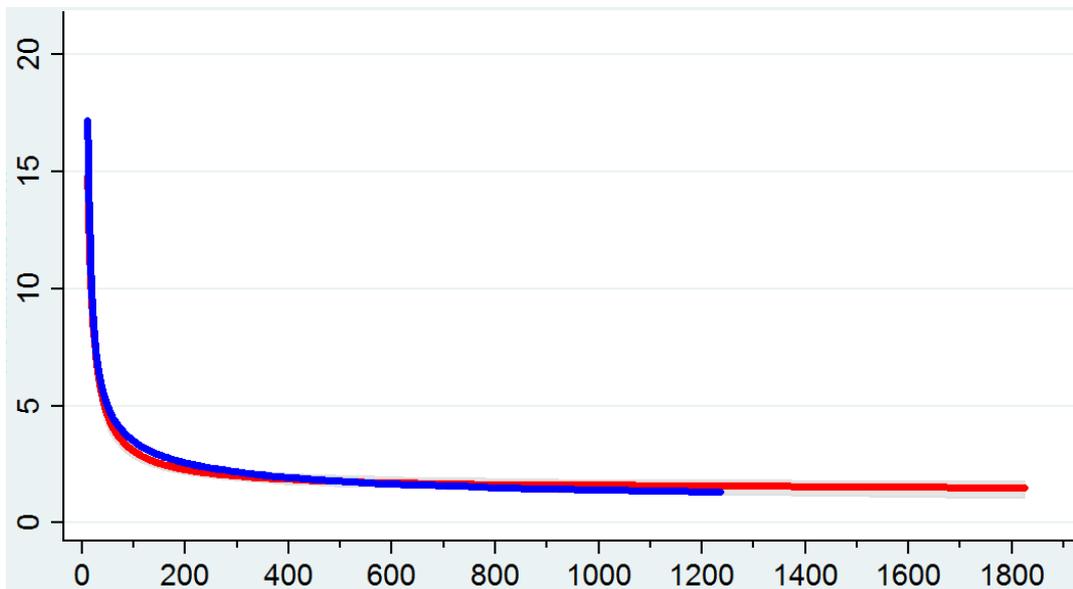
INTERVENTI PROTESICI

Il volume di attività è una caratteristica di processo che può avere un impatto sull'efficacia degli interventi.

Il Ministero della Salute, nel giugno del 2015, ha emanato un decreto sugli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» che individua soglie minime per unità operativa di volume di attività e di esito per alcune condizioni cliniche, con lo scopo di garantire a tutta la popolazione italiana parità di accesso agli interventi di provata efficacia e sicurezza.

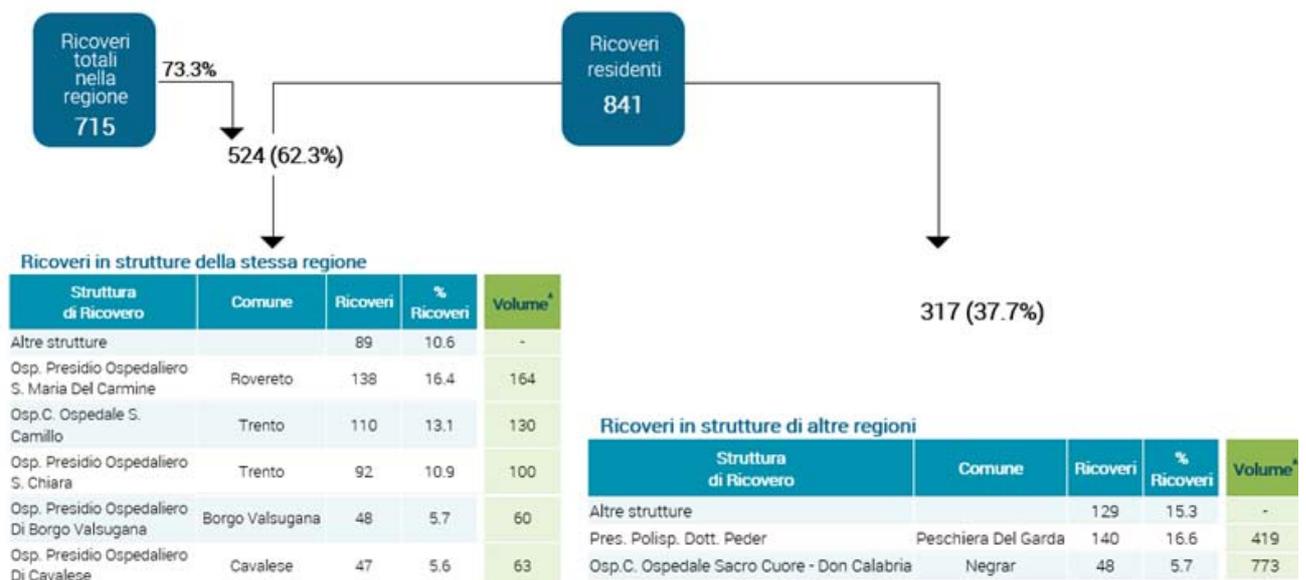
Oltre il 50% dei soggetti di età superiore a 65 anni presenta una patologia a carico dell'apparato muscoloscheletrico con un alto potenziale di disabilità. Il volume di interventi di artroprotesi eseguiti in Italia è in continuo aumento, rappresentando un fenomeno importante in termini di sicurezza dei pazienti e in termini di impatto sulla spesa sanitaria. L'opportunità di razionalizzare i servizi, con particolare riferimento all'accorpamento di ospedali o unità operative, risponde infatti non solo a motivi legati alla limitazione di risorse economico finanziarie, ma anche alla necessità di controllare l'impatto negativo in termini di salute della popolazione dovuto a un'eccessiva frammentazione.

ARTOPLASTICA DEL GINOCCHIO. ASSOCIAZIONE TRA RIAMMISSIONE A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER POLO OSPEDALIERO



L'associazione positiva tra volumi ospedalieri ed esiti è documentata in letteratura. Risultati di revisioni sistematiche, inoltre, riportano l'esistenza di una relazione tra mortalità ospedaliera a 30 giorni, complicanze, durata della degenza e infezioni e volume di attività del chirurgo.

ARTOPLASTICA DEL GINOCCHIO: FLUSSI DI MOBILITÀ





Il PNE documenta un rischio medio nazionale di riammissioni a 30 giorni dopo artoplastica al ginocchio di 1.36% e una discreta variabilità tra strutture ospedaliere. In Italia si osserva un'associazione tra volume di attività e riammissione entro 30 giorni. In particolare, la proporzione di riammissioni diminuisce fino a 100 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi.

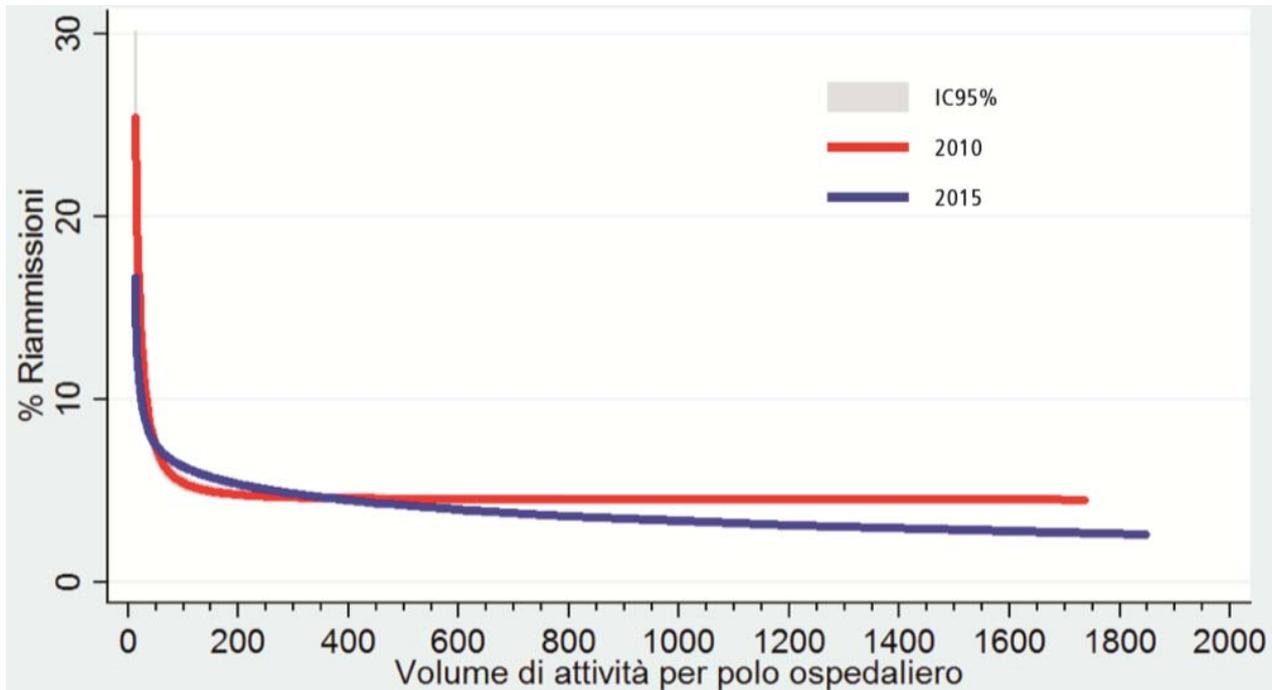
ARTOPLASTICA DEL GINOCCHIO: DISTRIBUZIONE VOLUMI DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA - PA DI TRENTO 2016

<u>STRUTTURA</u>	<u>N</u>
Osp. Presidio Ospedaliero S. Maria Del Carmine-Rovereto	164
Osp.C. Ospedale S. Camillo-Trento	130
CCA Villa Bianca-Trento	105
Osp. Presidio Ospedaliero S. Chiara-Trento	100
Osp. Presidio Ospedaliero Di Cavalese-Cavalese	63
Osp. Presidio Ospedaliero Di Tione-Tione Di Trento	63
Osp. Presidio Ospedaliero Di Borgo Valsugana-Borgo Valsugana	60
Osp. Presidio Ospedaliero Di Cles-Cles	30



Nel 2016, nella PA di Trento, il 38% degli interventi di protesica sul ginocchio avviene in strutture fuori provincia. Delle 8 strutture ospedaliere della PA che eseguono interventi di protesi di ginocchio, 4 strutture presentano un volume di attività ≥ 100 interventi annui, coprendo il 70% delle artoplastiche totali.

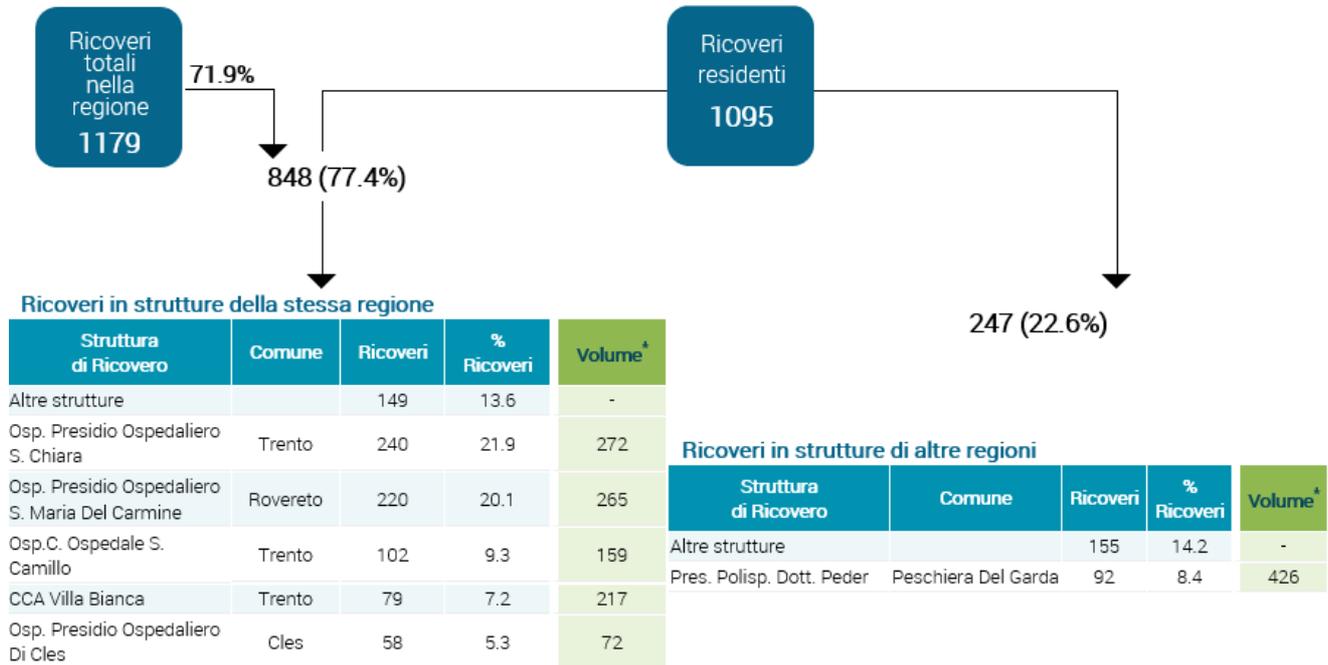
ARTROPLASTICA DELL'ANCA: VOLUME DI RICOVERI. ASSOCIAZIONE TRA REVISIONE A 2 ANNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER POLO OSPEDALIERO



L'esistenza di una associazione positiva tra volume di attività per chirurgo e mortalità ospedaliera a 30 giorni e revisioni post-intervento è documentata dalla letteratura scientifica. Non è ancora possibile analizzare questa associazione per le strutture ospedaliere italiane, mancando sulla scheda di dimissione ospedaliera l'informazione relativa all'operatore.

Il PNE documenta un rischio medio nazionale di riammissione a 30 giorni dopo intervento di protesi di anca di 3,7% e si osserva una associazione tra la proporzione di riammissioni e revisioni dell'intervento e il volume delle strutture ospedaliere italiane.

ARTOPLASTICA DELL'ANCA: FLUSSI DI MOBILITA'



Nel 2016, il 23% dei pazienti residenti si recano in strutture fuori Provincia per l'esecuzione di interventi di protesi di anca; tra le 8 strutture che effettuano artroplastiche dell'anca, 4 presentano volumi di attività superiori a 100 interventi/anno, coprendo il 77% dell'offerta.

ARTOPLASTICA DELL'ANCA: DISTRIBUZIONE VOLUMI DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA - PA DI TRENTO 2016

STRUTTURA	N
Osp. Presidio Ospedaliero S. Chiara-Trento	272
Osp. Presidio Ospedaliero S. Maria Del Carmine-Rovereto	265
CCA Villa Bianca-Trento	217
Osp.C. Ospedale S. Camillo-Trento	159
Osp. Presidio Ospedaliero Di Tione-Tione Di Trento	81
Osp. Presidio Ospedaliero Di Cavalese-Cavalese	72
Osp. Presidio Ospedaliero Di Cles-Cles	72
Osp. Presidio Ospedaliero Di Borgo Valsugana-Borgo Valsugana	41



INTERVENTO DI PROTESI DI SPALLA: VOLUME DI RICOVERI.

Nel caso di un intervento protesico di recente diffusione su base nazionale, si osserva una costante crescita nel tempo con una sostanziale omogeneità di offerta fra le diverse regioni italiane e una rilevante eterogeneità intra-regionale.

Rispetto alle strutture con bassi volumi, le strutture con volumi di attività annuali ≥ 15 sono caratterizzate, sulla base di un recente studio, da una probabilità significativamente più bassa di durata della degenza ospedaliera, di fratture successive, di ricorso a trasfusioni di sangue e di necessità di revisione dell'intervento.

ARTOPLASTICA DELLA SPALLA: DISTRIBUZIONE VOLUMI DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA - PA DI TRENTO 2016

<u>STRUTTURA</u>	<u>N</u>
Osp. Presidio Ospedaliero S. Maria Del Carmine-Rovereto	30
Osp. Presidio Ospedaliero Di Cles-Cles	18
CCA Villa Bianca-Trento	14
Osp. Presidio Ospedaliero Di Cavalese-Cavalese	11
Osp. Presidio Ospedaliero S. Chiara-Trento	10
Osp. Presidio Ospedaliero Di Tione-Tione Di Trento	8
Osp. Presidio Ospedaliero Di Borgo Valsugana-Borgo Valsugana	4
Osp.C. Ospedale S. Camillo-Trento	1

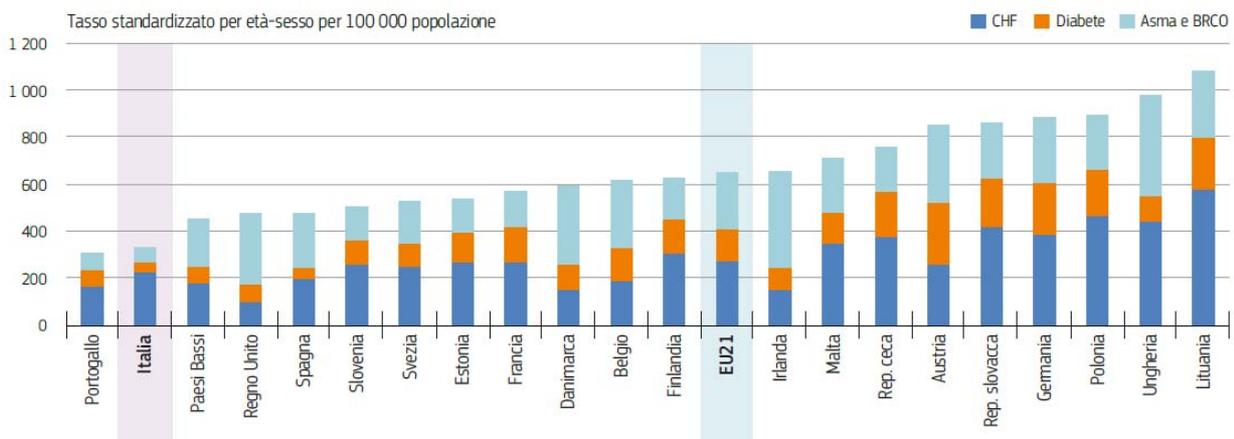
INDICATORI DI OSPEDALIZZAZIONE

Alcuni indicatori di ospedalizzazione misurano indirettamente la qualità delle cure territoriali, individuando le ASL nelle quali si osservano eccessi di ospedalizzazione potenzialmente evitabili grazie alla corretta presa in carico del paziente a livello territoriale.



A livello di Paesi OCSE, si rileva la bassa proporzione di ricoveri per malattia a prevalente gestione territoriale come il diabete, l'asma, la BPCO e l'insufficienza cardiaca congestizia (CHF), a suggerire una buona presa in carico dei soggetti cronici da parte del territorio.

RICOVERI PER MALATTIE CRONICHE. OCSE 2017 – dati 2015



Nota: I tassi non sono adeguati in base al fabbisogno di assistenza o ai fattori di rischio per la salute.

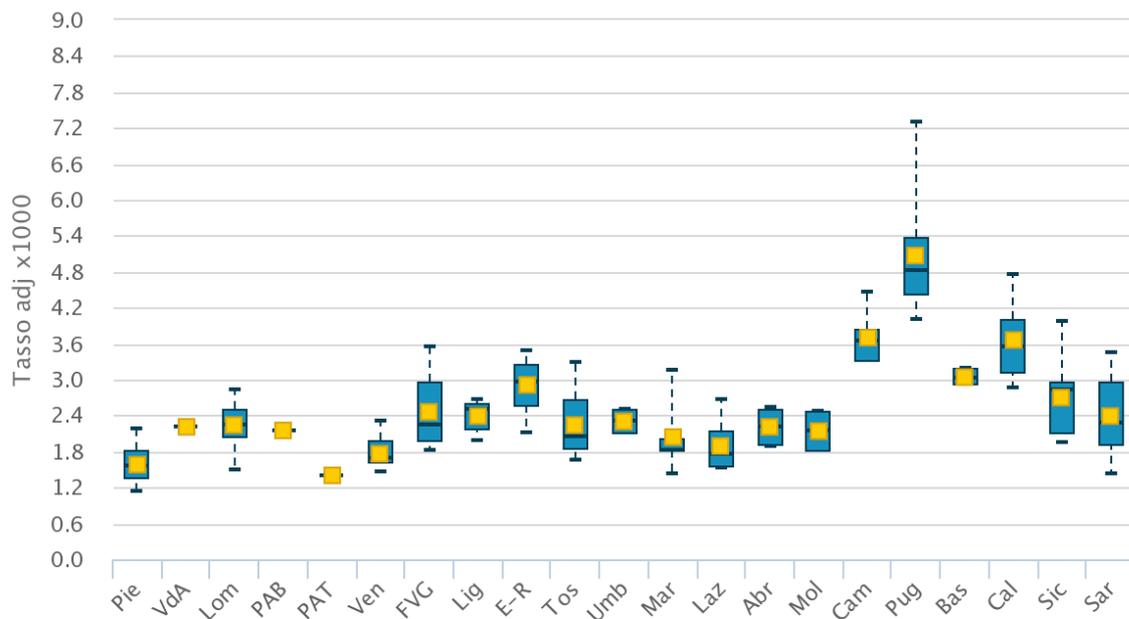
Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2017 (i dati si riferiscono al 2015).

OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA.

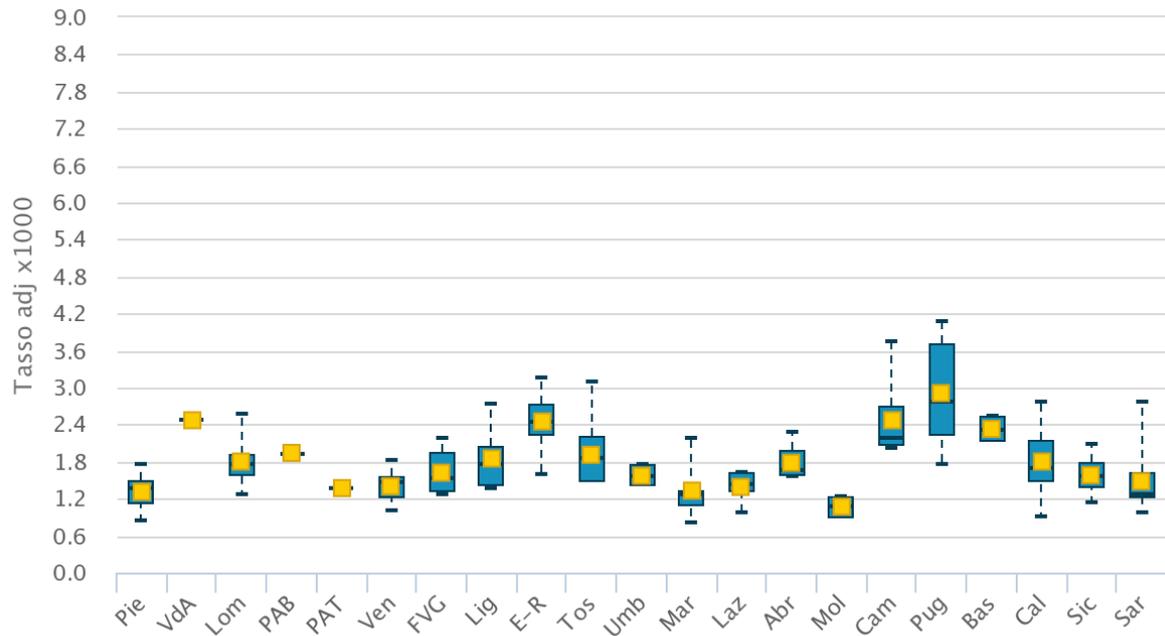
In Italia, il tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva si è ridotto progressivamente dal 2,5‰ nel 2010 al 1,9‰ nel 2016. Si stima che nel 2016 siano più di 24.000 i pazienti a cui è stata risparmiata un'ospedalizzazione potenzialmente evitabile.

A fronte di un valore nazionale medio del 1,9‰ nel 2016, si osserva una discreta variabilità intra e interregionale, che, tuttavia assume dimensioni sempre più ridotte nel tempo.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - ITALIA 2010



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - ITALIA 2016



Nella PA di Trento il tasso di ospedalizzazione per BPCO è nel 2016 di 1,4‰

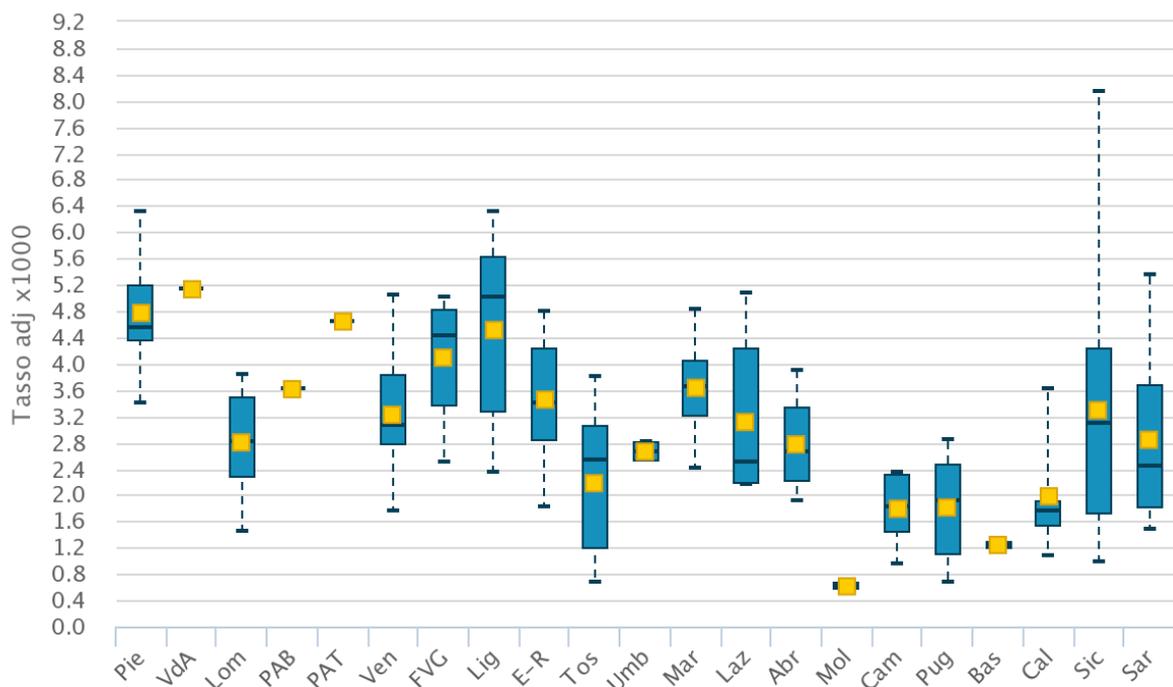
OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA

Gli indicatori di ospedalizzazioni possono essere utilizzati anche per misurare la variabilità geografica dei tassi di ricovero per determinate condizioni o interventi chirurgici. Ad esempio, elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione all'intervento chirurgico. L'indicatore consente di evidenziare eventuali variabilità nelle pratiche cliniche e nell'equità di accesso all'assistenza sanitaria tra le diverse aree geografiche esaminate.

In Italia, il tasso di ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia è diminuito leggermente nel tempo, passando dal 2,85‰ del 2010 al 2,15‰ nel 2016, corrispondente ad una riduzione di circa 6.400 interventi ad alto rischio di inappropriately solo nell'ultimo anno (popolazione <18).

Nella PA di Trento, il tasso di ospedalizzazione è nel 2016 del 3,5‰.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA. ITALIA 2010



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA. ITALIA 2016

