

## **SESSIONE INTERATTIVA I**

# **Regolamento Standard Ospedalieri**

# Il Regolamento



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

**Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311” e dell’articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135**

**Repertorio Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015**

# Il Regolamento per la definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera: un secondo tassello per una strategia di cambiamento

di **Francesco Bevere**

Direttore Generale Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

«Con l'adozione del Regolamento può finalmente dirsi avviata la fase applicativa del processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera, e tale riassetto, insieme al rilancio degli interventi di prevenzione primaria e secondaria e al potenziamento delle cure primarie territoriali, costituisce una fondamentale linea programmatica di cui il SSN si è dotato per affrontare le sfide assistenziali dei prossimi anni poste dagli effetti delle tre transizioni – epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento sanitario negli ultimi decenni»

*Francesco Bevere*

# Outline

- 1. Classificazione delle strutture ospedaliere**
- 2. Standard di strutture per singola disciplina**
- 3. Volumi ed esiti**
- 4. Reti ospedaliere**
- 5. Standard generali di qualità**
- 6. Continuità ospedale-territorio**

# Outline

- 1. Classificazione delle strutture ospedaliere**
2. Standard di strutture per singola disciplina
3. Volumi ed esiti
4. Reti ospedaliere
5. Standard generali di qualità
6. Continuità ospedale-territorio

	<b>Base</b>	<b>I livello</b>	<b>II livello</b>
<b>Bacino</b>	80-150.000 abitanti	150-300.000 abitanti	600-1.200.00 abitanti
<b>Emergenza</b>	Pronto soccorso + OBI	DEA I livello + OBI	DEA II livello + OBI
<b>Servizi</b>	Radiologia, laboratorio, emoteca (guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24)	Radiologia almeno con TAC ed ecografia, laboratorio, servizio immunotrasfusionale (presenti o disponibili in rete H24). Per patologie complesse (traumi, cardiovascolari, stroke) trasferimento delle immagini e protocolli concordati per trasferimento pazienti in centri II livello	H24: radiologia con almeno TAC ed ecografia (con presenza medica), laboratorio, servizio Immunotrasfusionale
<b>Semi-intensiva</b>	No	Sì	Sì

## Base

## I livello

## II livello

Medicina interna, chirurgia generale, ortopedia, anestesia

Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono

Strutture previste per i presidi di I Livello e (nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza): Cardiologia con emodinamica interventistica H24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità

**UU.OO.**

"Nelle Regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti\* con uno scostamento del 6%, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le Regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza sopra indicato"

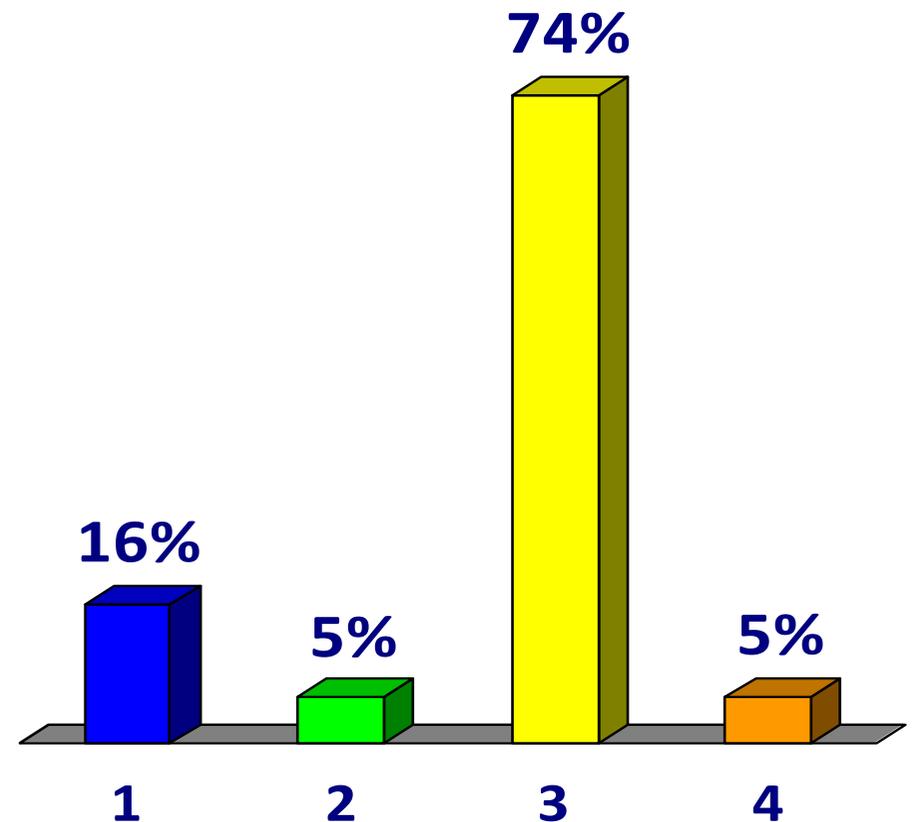
\*Valle d'Aosta (128.000), Molise (313.000), Basilicata (576.000)

Dati ISTAT al 1 gennaio 2015

"I presidi di II livello sono istituzionalmente riferibili alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Ospedaliero-Universitarie, a taluni IRCCS e a presidi di grandi dimensioni della ASL"

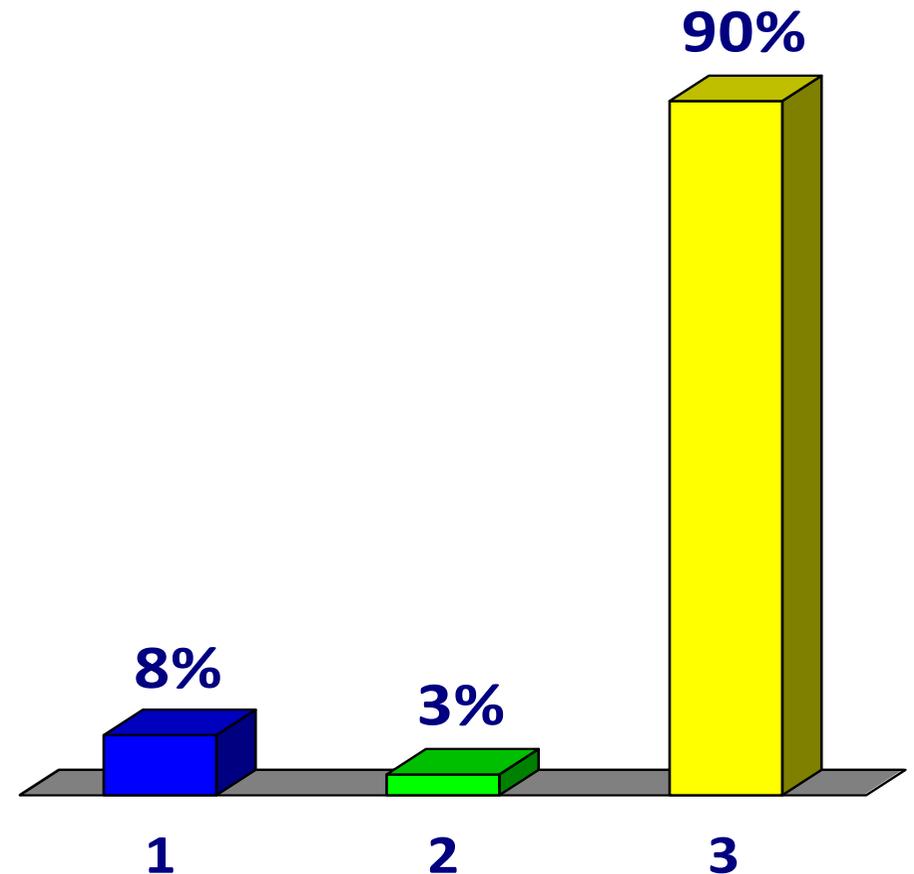
# 1. In caso di incongruenze quale criterio primario per classificare il presidio?

1. Bacino d'utenza
2. Tipo di azienda
3. Offerta di strutture e servizi
4. Altro



## 2. I requisiti minimi di accreditamento di ciascuna Regione dovrebbero essere allineati a quanto richiesto dagli Standard Ospedalieri?

1. No, perché organizzazione e programmazione dei servizi sanitari è di competenza regionale
2. No, per l'eccessiva eterogeneità dei presidi
3. Sì, quale garanzia per l'uniformità nell'offerta dei servizi



# Outline

1. Classificazione delle strutture ospedaliere
- 2. Standard di strutture per singola disciplina**
3. Volumi ed esiti
4. Reti ospedaliere
5. Standard generali di qualità
6. Continuità ospedale-territorio

# Le regole del gioco (L. 135/2012)

- 3 posti letto per acuti/1000 abitanti (pubblici + privati accreditati)
- Tasso di ospedalizzazione 160/1000 abitanti, riferito alle Regioni con migliore performance
- Indice di occupazione posto letto 80-90%
- Degenza media ricoveri ordinari < 7 giorni

\* Oltre a 0,7 posti letto/1000 abitanti per lungodegenza e riabilitazione



Disciplina o specialità clinica	Bacino di utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
Descrizione	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo
Allergologia			2	1
Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15
Cardiochirurgia infantile	6	4		
Cardiochirurgia	1,2	0,6		
Cardiologia	0,3	0,15		
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della <b>Cardiologia</b> )			0,6	0,3
Chirurgia generale	0,2	0,1		
Chirurgia maxillo-facciale	2	1		
Chirurgia pediatrica	2,5	1,5		
Chirurgia plastica	2	1		
Chirurgia toracica	1,5	0,8		
Chirurgia vascolare	0,8	0,4		
Ematologia	1,2	0,6		

Disciplina o specialità clinica	Bacino di utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
Descrizione	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	1,2	0,6		
Immunologia e centro trapianti			4	2
Geriatrics	0,8	0,4		
Malattie infettive e tropicali	1,2	0,6		
Medicina del lavoro	2	1		
Medicina generale	0,15	0,08		
Nefrologia	1,2	0,6		
Neurochirurgia	1,2	0,6		
Neurologia	0,3	0,15		
Neuropsichiatria infantile	4	2		
Oculistica	0,3	0,15		
Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4		
Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1		

Disciplina o specialità clinica	Bacino di utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo
Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15		
Otorinolaringoiatria	0,3	0,15		
Pediatria	0,3	0,15		
Psichiatria	0,3	0,15		
Tossicologia			6	4
Urologia	0,3	0,15		
Grandi ustionati	6	4		
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2		
Terapia intensiva	0,3	0,15		
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	0,3	0,15		
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,3	0,15		

Disciplina o specialità clinica	Bacino di utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
Descrizione	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo
Dermatologia	1,2	0,6		
Emodialisi			0,6	0,3
Terapia del dolore	4	2,5	0,5	0,3
Farmacologia clinica			n.a.	
Recupero e riabilitazione funzionale*				
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	4	2		
Gastroenterologia	0,8	0,4		
Lungodegenti	0,15	0,08		
Medicina nucleare**	4	2	1,2	0,6
Neonatologia	1,2	0,6		
Oncologia	0,6	0,3	0,3	0,15
Oncoematologia pediatrica	4	2		
Oncoematologia (vedere Ematologia)	0			
Pneumologia	0,8	0,4		

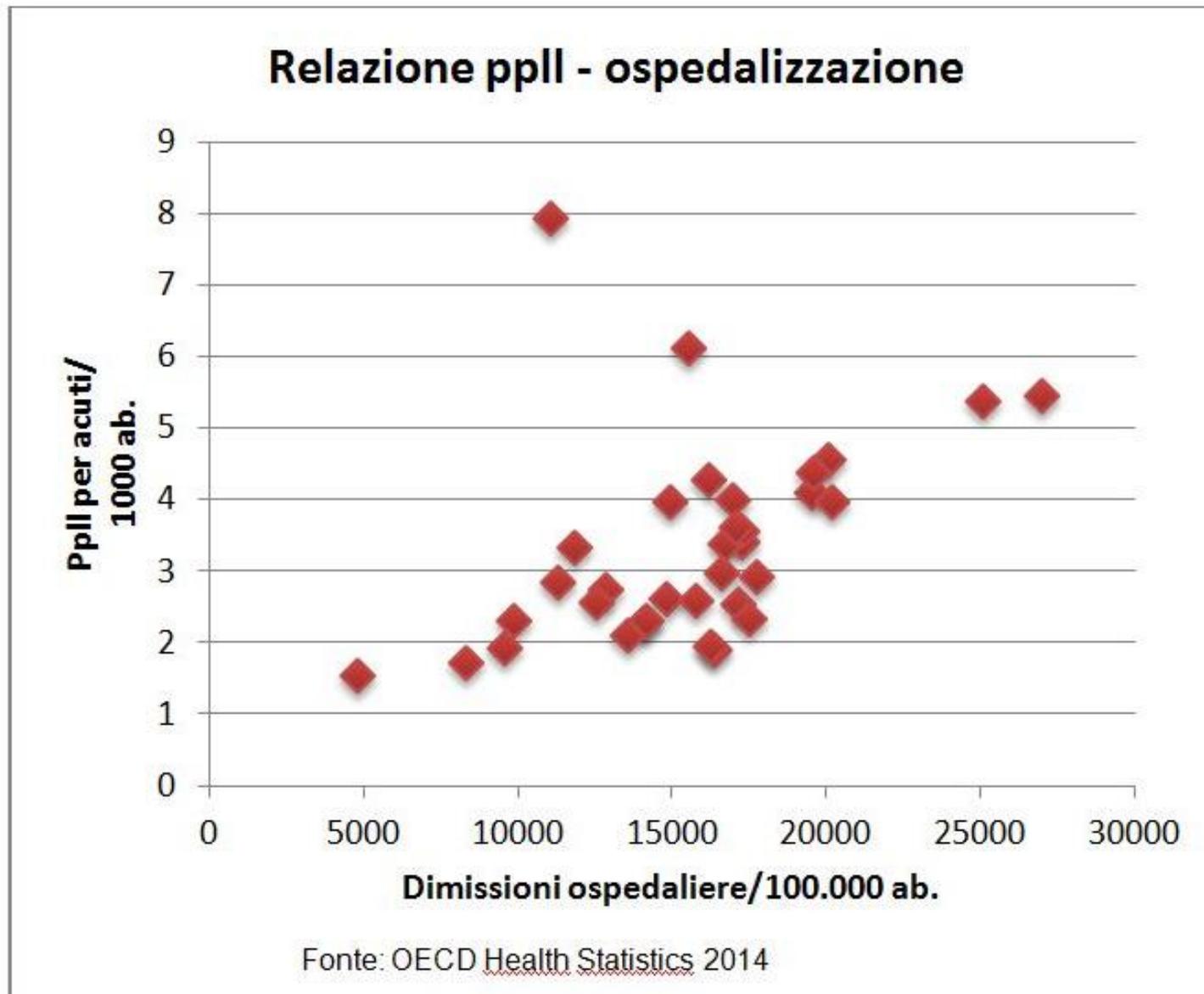
Disciplina o specialità clinica	Bacino di utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo
Radiologia			0,3	0,15
Radioterapia (vedere radioterapia oncologica)				
Reumatologia	1,2	0,6		
Terapia intensiva neonatale	1,2	0,6		
Radioterapia oncologica			1,2	0,6
Neuroriabilitazione	1,2	0,6		
Neurochirurgia pediatrica	6	4		
Nefrologia pediatrica	6	4		
Urologia pediatrica	6	4		
Anestesia e rianimazione (vedere terapia intensiva)				

Disciplina o specialità clinica	Bacino di utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
	Bacino massimo	Bacino minimo	Bacino massimo	Bacino minimo
Farmacia ospedaliera			0,3	0,15
Laboratorio d'analisi			0,3	0,15
Microbiologia e virologia			1,2	0,6
Fisica sanitaria			1,2	0,6
Servizio trasfusionale***			0,3	0,15
Neuroradiologia			2	1
Genetica medica			4	2
Dietetica/dietologia			1,2	0,6
Direzione sanitaria di presidio			0,3	0,15

# PL/1.000 abitanti: quale è il numero giusto?

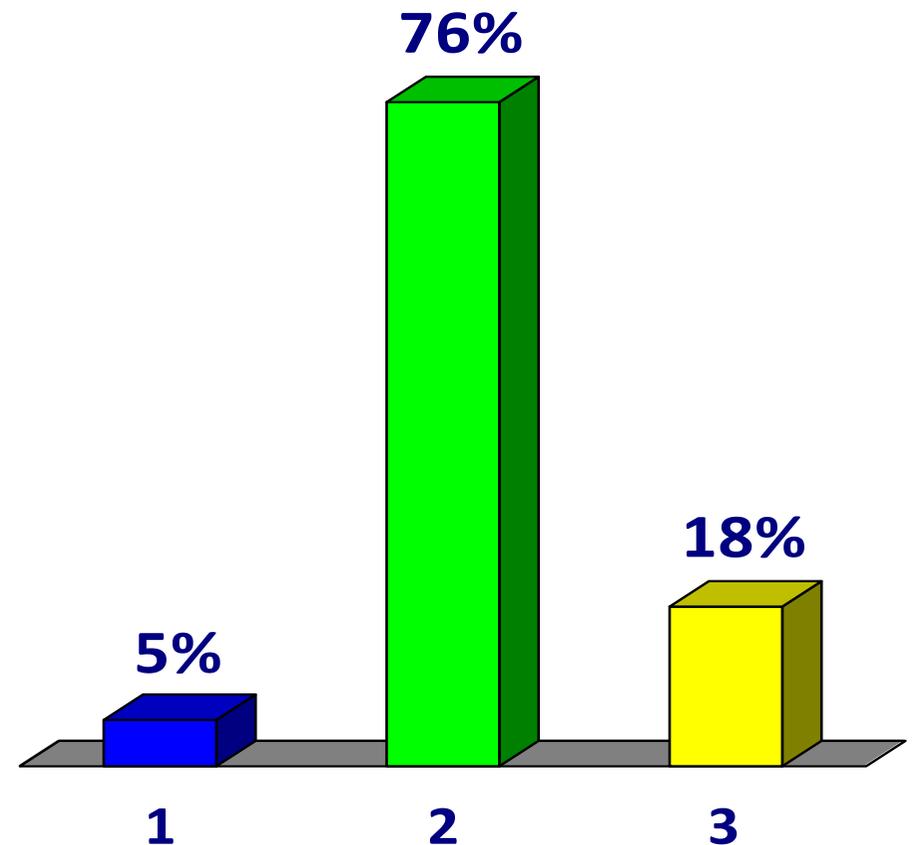
- Non esiste un'opinione univoca su quanti debbano essere i posti letto per abitante in un sistema sanitario, perché più che i posti letto conta il modello organizzativo.
- Secondo la legge di Roemer “A built bed is a filled bed”, ovvero in un sistema con terzo pagante (SSN, assicurazioni, etc) l'offerta di posti letto ospedalieri influenza la domanda

Figura 1. Rapporto tra posti letto ospedalieri e tasso di ospedalizzazione



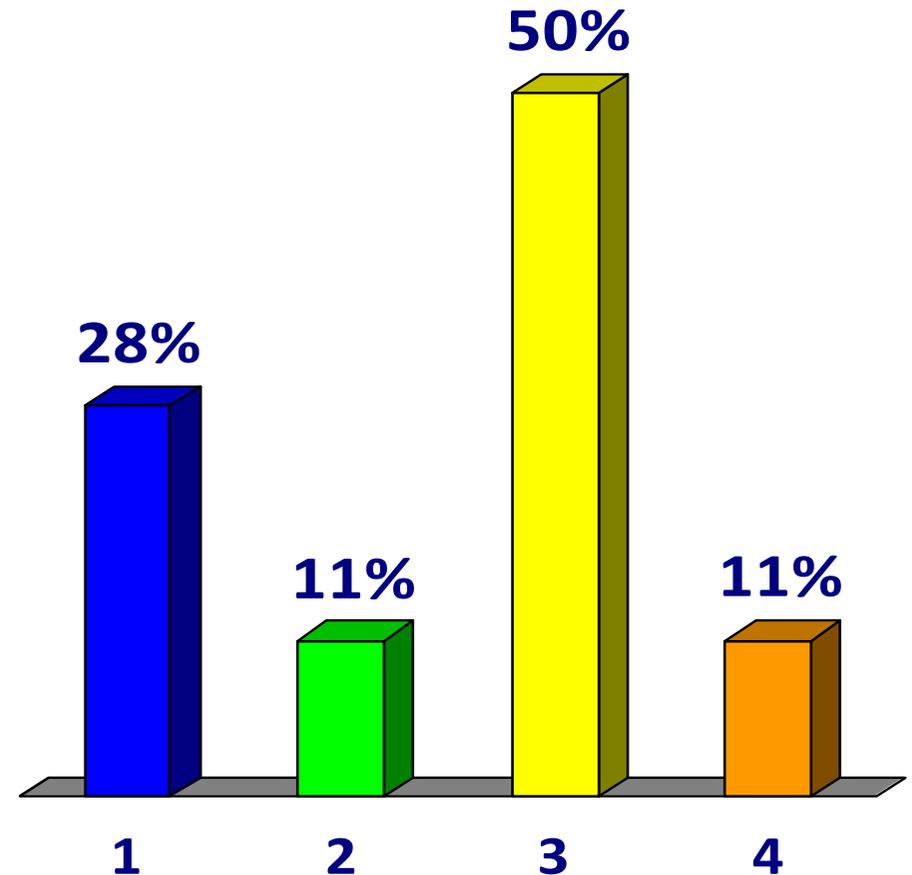
### 3. Il dimensionamento dei bacini di utenza è adeguato?

1. No
2. Sì, solo per alcune discipline/specialità
3. Sì, per tutte le discipline/specialità



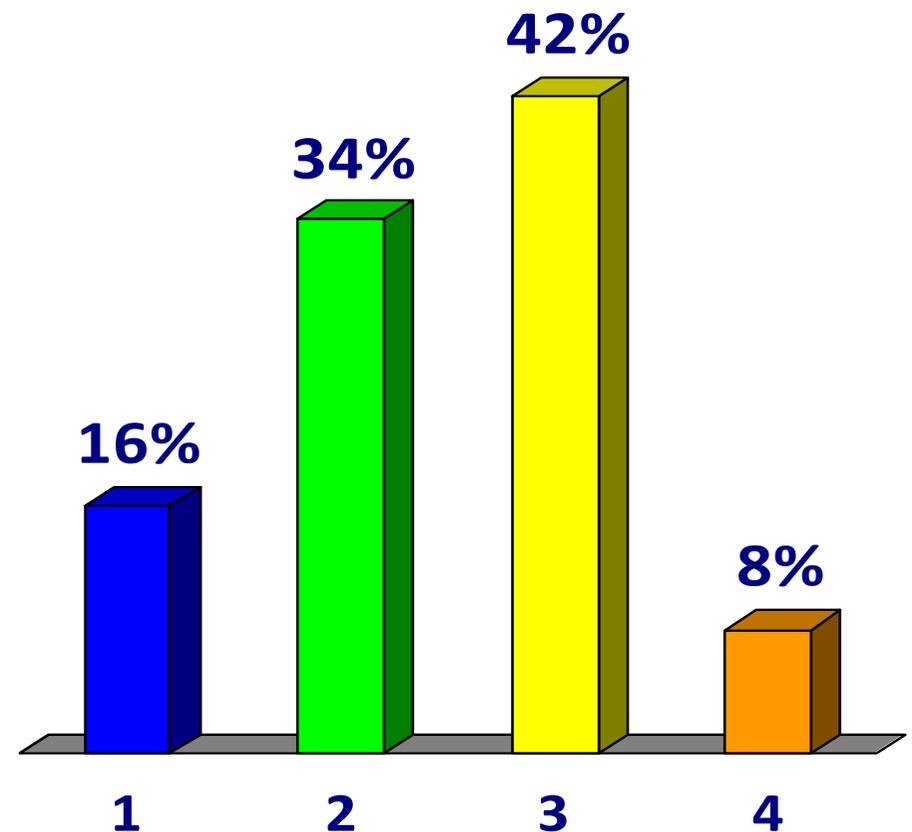
## 4. Quale fattore ha maggiormente condizionato (al ribasso) il dimensionamento dei PL per acuti?

1. Indice di occupazione 80-90%
2. Degenza media < 7 gg
3. Tasso di ospedalizzazione 160/1.000 abitanti
4. Nessuno dei precedenti



## 5. Quale tra i seguenti è un fattore indispensabile per "aggiustare" il dimensionamento dei PL per acuti?

1. % di PL privati accreditati
2. Mobilità sanitaria
3. Presenza/assenza di reti specialistiche
4. Altro



"Nelle regioni con popolazione inferiore ai valori soglia del bacino di utenza per specifica disciplina sopra indicati, l'attivazione o la conferma, nei propri presidi ospedalieri pubblici o privati accreditati, di strutture operative della specifica disciplina è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del relativo bacino di utenza, secondo le indicazioni contenute nel Patto per la salute 2014-2016"

# Outline

1. Classificazione delle strutture ospedaliere
2. Standard di strutture per singola disciplina
- 3. Volumi ed esiti**
4. Reti ospedaliere
5. Standard generali di qualità
6. Continuità ospedale-territorio

### 3. Volumi ed esiti

"Sia per volumi che per esiti, le soglie minime, identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accREDITAMENTO"

## Si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività

<b>Interventi chirurgici per Ca mammella</b>	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa	
<b>Colecistectomia laparoscopica</b>	100 interventi annui per Struttura complessa	●
<b>Intervento chirurgico per frattura di femore</b>	75 interventi annui per Struttura complessa	●
<b>Infarto miocardico acuto</b>	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale	
<b>By pass aorto-coronarico</b>	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa	●
<b>Angioplastica coronarica percutanea</b>	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI	
<b>Maternità</b>	Si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010	

INTRODUZIONE

FONTI

METODI

APPENDICE



Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il Programma Nazionale Esiti sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come: Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

**Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi.**

Accedi

username

password

Entra



Per accedere al sito è necessario registrarsi. I dati forniti durante la registrazione verranno utilizzati solo per il monitoraggio degli accessi.

Se hai dimenticato la password [clicca qui](#)

agenas.  AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI



## Programma Nazionale Esiti - PNE



Struttura Ospedaliera/ASL



Sintesi per struttura/ASL



Strumenti per audit



S.I. Emergenza Urgenza



Sperimentazioni regionali

### News

17/11/2015

#### Aggiornamento dati al 2014

La nuova edizione del Programma Nazionale Esiti - PNE presenta l'aggiornamento al 2014 per 63 indicatori di esito/processo, 57 volumi di attività e 26 indicatori di ospedalizzazione.

17/11/2015

#### Definizione e calcolo di nuovi indicatori

Nella edizione 2015 del PNE sono stati introdotti nuovi indicatori calcolati per

Medici, Biologi Nutrizionisti e Dietisti  
da oggi possono accedere alla completa  
Suite Nutrizionale Dietosystem® con un click in modalità

Pay for Use

segui **quotidianosanita.it**



twitter



facebook



feed



newsletter



archivio



Tweet



G+



Consiglia

30



stampa

**SPECIALE PIANO NAZIONALE ESITI.** Dal femore all'infarto. Tutti i nuovi dati degli ospedali italiani. Crescono tempestività e buon esito degli interventi. **Lorenzin:** "Ma ancora troppe differenze tra Nord e Sud del Paese"

*Analizzati 63 indicatori di esito/processo, 57 volumi di attività e 26 di ospedalizzazione. Molte buone notizie dai dati 2014. Il femore viene operato entro due ore nel 50% dei casi (erano solo il 31% nel 2010). Infarto trattato tempestivamente nel 41% dei casi (quattro anni prima solo il 32%). Parti cesarei scendono al 25,7% (erano il 28,3%). Ma naturalmente queste sono medie e purtroppo permangono esiti negativi in molte aree e strutture del Paese*



**QS**newsletter

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

**17** NOV  
2015

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

STAMPA | 🖨

DAL GOVERNO

## **Esiti 2015: migliora l'efficienza, le disparità regionali restano. Toscana sempre in vetta. Campania maglia nera per i cesarei ma il Sud è in progress su infarti e fratture**

di *Lucilla Vazza*

# Programma Nazionale Esiti - PNE

## Frattura del femore

- < 75 interventi/anno in 308/723 ospedali (42,6%)
- 6.331/89.278 interventi (7%)

## Colecistectomia laparoscopica

- < 100 interventi/anno in 443/853 ospedali (51,9%)
- 21.362/102.264 interventi (20,8%)

## By-pass aortocoronarico isolato

- < 200 interventi/anno in 85/111 ospedali (76,5%)
- 8.851/15.246 interventi (58%)

## E le seguenti soglie di rischio

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

# Programma Nazionale Esiti - PNE

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

STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	% ADJ
Italia		ITALIA	70078	66,55
CCA Villa Caminiti-Villa San Giovanni*	RC	CALABRIA	75	0,7
CCA Villa Maria-Mirabella Eclano*	AV	CAMPANIA	56	1,04
Osp. di Iseo-Iseo*	BS	LOMBARDIA	58	1,35
Osp. S.S. Salvatore Paternò-Paternò*	CT	SICILIA	80	1,94
CCA L'Immacolata-Celano*	AQ	ABRUZZO	90	1,99
CCA Villa Maria-Baiano*	AV	CAMPANIA	76	2,4
CCA Noto Pasqualino SRL-Palermo*	PA	SICILIA	100	2,45
Osp. Jazzolino-Vibo Valentia*	VV	CALABRIA	89	2,91
Osp. S. Timoteo-Termoli*	CB	MOLISE	64	3,03
Osp. Civile-Vigevano*	PV	LOMBARDIA	78	3,23

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

# Programma Nazionale Esiti - PNE

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni				
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	% ADJ
Italia		ITALIA	68635	49,94
Osp. S. M. delle Grazie-Pozzuoli**	NA	CAMPANIA	126	0,82
Osp. di Maddaloni-Maddaloni**	CE	CAMPANIA	125	1,7
Osp. S.S. Rosario-Venafro**	IS	MOLISE	104	1,88
A.O. S.S. Anna e Sebastiano-Caserta**	CE	CAMPANIA	106	1,9
A.O. G. Rummo-Benevento**	BN	CAMPANIA	94	2,01
Osp. Riuniti Area Nolana-Nola**	NA	CAMPANIA	181	2,13
Osp. Parodi Delfino-Colleferro*	RM	LAZIO	83	2,28
Osp. S. Giovanni Evangelista-Tivoli*	RM	LAZIO	141	3,41
Osp. di Boscotrecase-Boscotrecase**	NA	CAMPANIA	225	3,8
A.O. Cardarelli-Napoli**	NA	CAMPANIA	398	3,92

\*Struttura che ha eseguito un audit sulla qualità dei dati nel 2014.

\*\*Audit richiesto nel 2014 - NON EFFETTUATO

# Programma Nazionale Esiti - PNE

Proporzione di parti con taglio cesareo primario				
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	% ADJ
Italia		ITALIA	372717	25,69
CCA Villa Cinzia-Napoli*	NA	CAMPANIA	511	95,05
CCA Sanatrix SPA-Napoli**	NA	CAMPANIA	643	87,62
CCA Villa Bianca SPA-Napoli**	NA	CAMPANIA	977	87,58
CCA Ospedale Internazionale-Napoli*	NA	CAMPANIA	515	82,92
CCA S. Lucia-San Giuseppe Vesuviano*	NA	CAMPANIA	157	82,62
CCA S. Paolo-Aversa*	CE	CAMPANIA	371	76,95
CC Mater Dei-Roma*	RM	LAZIO	175	76,4
CCA S. Rita-Atripalda*	AV	CAMPANIA	152	76,37
CCA Villa Maione-Villaricca*	NA	CAMPANIA	368	75,92
CCA Villa dei Fiori-Acerra**	NA	CAMPANIA	701	74,59

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

\*\*Audit richiesto nel 2014 - NON EFFETTUATO

# Programma Nazionale Esiti - PNE

By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni				
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	% ADJ
Italia		ITALIA	28955	2,31
A.O.U.U. Policlinico Tor Vergata-Roma*	RM	LAZIO	370	7,58
A.O. S. Carlo-Potenza**	PZ	BASILICATA	220	6,77
A.O. S. Filippo Neri-Roma ***	RM	LAZIO	280	6,05
CCA Pineta Grande-Castel Volturno**	CE	CAMPANIA	242	5,88
A.O. S. G. Moscati-Avellino	AV	CAMPANIA	182	5,78
A.O. di Perugia-Perugia*	PG	UMBRIA	191	5,67
CCA Policlinico-Monza**	MB	LOMBARDIA	164	5,5
CCA Iscas Morgagni Nord SRL-Pedara*	CT	SICILIA	460	5,44
CCA C.B.H. Mater Dei-Bari	BA	PUGLIA	133	5,13
A.O. Mater Domini-Catanzaro*	CZ	CALABRIA	209	4,61

\*Struttura che ha eseguito un audit sulla qualità dei dati nel 2014.

\*\*Audit richiesto nel 2014 - NON EFFETTUATO

\*\*\* Dal 2015 la struttura non effettua più interventi di cardiocirurgia

# Valutazione delle performance

## OBIETTIVI PRIMARI

- Accountability → Benchmarking
  - Management & Policy Decision Making
  - Pay-for-performance
  - Consumer decision making

## OBIETTIVI SECONDARI

- Miglioramento della qualità
- Ricerca
- Accredитamento / certificazione





## Risultati dati audit PNE - 2014

- ▶ Infarto Miocardico Acuto (IMA): mortalità a 30 giorni
- ▶ By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni.
- ▶ Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni.
- ▶ Scoppio cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni.
- ▶ Proporzioni di parti con taglio cesareo primario.
- ▶ Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni.
- ▶ Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia
- ▶ Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni.
- ▶ Intervento chirurgico per TM retto: proporzione di interventi in laparoscopia.
- ▶ Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni.
- ▶ BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni.

Scegli un  
indicatore



## Risultati dati audit PNE 2014 - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni

Basse proporzioni < 10%

Cerca nella tabella:

STRUTTURA	PROV	REGIONE	METODOLOGIA AUDIT			VERIFICA CORRETTA CODIFICA		VERIFICA ESITO	ESITO Audit qualità dei dati	Osservazioni riportate*
			Confronto S.I. nazionale e		Verifica documentazione clinica	Diagnosi	Fattori confondenti			
			S.I. ospedaliero	S.I. regionale						
Osp.C. Evangelico S. Carlo Voltri Genova	GE	LIGURIA	NO	NO	✓	SI	SI	SI	Corrispondenza con PNE	
Osp. N.S. di Bonaria San Gavino Monreale	VS	SARDEGNA	NO	NO	✓	SI	SI	SI	Bassa proporzione di interventi entro 2 gg confermata. Corrispondenza coorte ed esiti. Mancata codifica fattori di rischio nel 50% delle cartelle controllate.	
Osp. Parodi Delfino Colleferro	RM	LAZIO	NO	SI	✗	NO	NO	SI	Bassa proporzione confermata da S.I. regionale	
Osp. S. Giovanni Evangelista Tivoli	RM	LAZIO	NO	SI	✗	NO	NO	SI	Bassa proporzione confermata da S.I. regionale	
Osp. Padre Pio Bracciano	RM	LAZIO	NO	SI	✗	NO	NO	SI	Bassa proporzione confermata da S.I. regionale	
Osp. F. Spaziani Frosinone	FR	LAZIO	NO	SI	✗	NO	NO	SI	Bassa proporzione confermata da S.I. regionale	



## Risultati dati audit PNE 2014 - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni

Basse proporzioni < 10%

Cerca nella tabella:

STRUTTURA	PROV	REGIONE	METODOLOGIA AUDIT			VERIFICA CORRETTA CODIFICA		VERIFICA ESITO	ESITO Audit qualità dei dati	Osservazioni riportate*
			Confronto S.I. nazionale e		Verifica documentazione clinica	Diagnosi	Fattori confondenti			
			S.I. ospedaliero	S.I. regionale						
Osp. Loreto Mare Napoli	NA	CAMPANIA	NO	NO	NO	NO	NO			
CCA Trusso SRL Ottaviano	NA	CAMPANIA	NO	NO	NO	NO	NO			
A.O.U.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi Salerno	SA	CAMPANIA	NO	NO	NO	NO	NO			
Osp. S. M. delle Grazie Pozzuoli	NA	CAMPANIA	NO	NO	NO	NO	NO			
Osp. Riuniti Area Nolana Nola	NA	CAMPANIA	NO	NO	NO	NO	NO			



*Ministero della Salute*



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

# Programma Nazionale Esiti – PNE

*Edizione 2015*

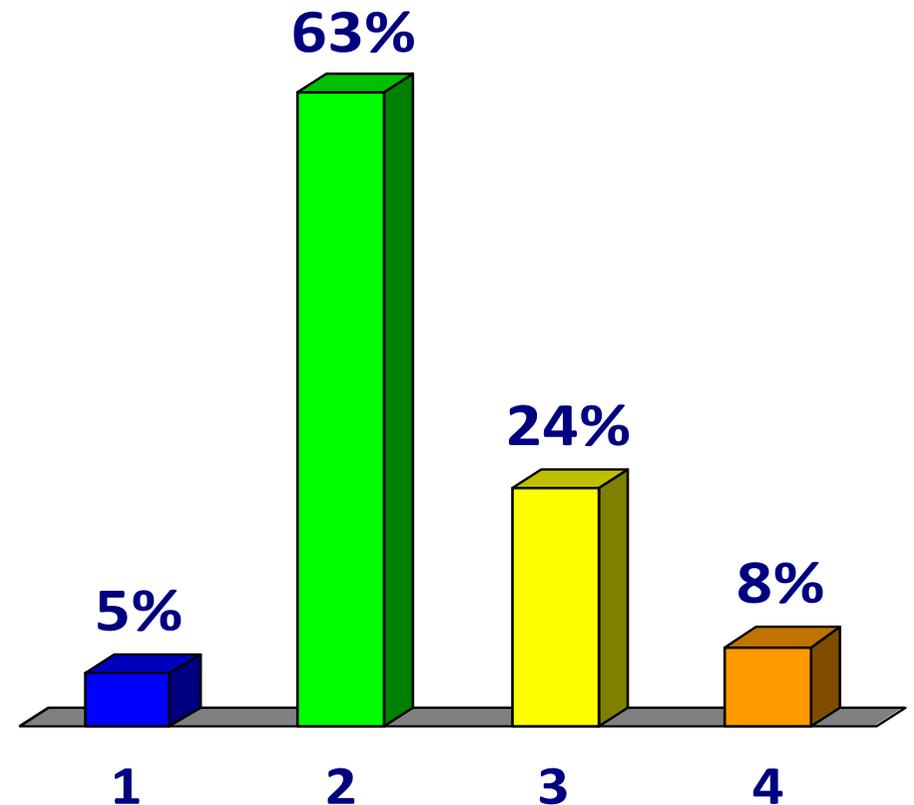
RISULTATI AUDIT SPONTANEI



Nome Struttura	Regione	Motivo	ESITO Audit qualità dei dati
A.O. G. Brotzu - Cagliari (CA)	Sardegna	Mortalità a 30gg da IMA senza PTCA	Dall'analisi dell'intera coorte PNE, la struttura riporta: la corretta codifica della diagnosi in tutti i casi controllati, 1 caso di mancata codifica della procedura PTCA e un'importante sottocodifica dei fattori confondenti
A.O. G. Brotzu - Cagliari (CA)	Sardegna	Proporzione di parti con TC primario	Dall'analisi di un campione di cartelle cliniche la struttura riporta: la corretta codifica di diagnosi e esito in tutti i casi controllati e un'importante sottocodifica dei fattori confondenti
Osp. Gen. C.G. Mazzoni - Ascoli Piceno (AP)	Marche	IMA: PTCA entro 2 gg	Riscontro di errore sistematico di codifica della PTCA nel campo "altre procedure 1" e conseguente assenza dell'informazione relativa alla data di esecuzione dell'intervento. Errore corretto a partire dal primo agosto 2013
Osp. Umberto I - Corato (BA)	Puglia	Proporzione di parti con TC primario	Considerata la disponibilità dei dati SDO relativi all'Ospedale Umberto I di Corato fino a febbraio 2013 (come segnalato da PNE), la Regione ha informato PNE della attribuzione dalla data suddetta della casistica di Corato all'Ospedale San Paolo Bari, a seguito dell'assegnazione di un codice di istituto unico. Criticità superata a partire dal 2015.
CCA Pineta Grande - Castel Volturno (CE)	Campania	Aneurisma Aorta addominale - non rotto: Volumi	Riscontro di errori nella compilazione delle SDO: 9 casi di utilizzo del codice di procedura 39.25 anziché 38.34, 38.44, 38.64 e 2 casi di errore codifica della diagnosi (utilizzo di codici 441.2 e 441.3 invece del corretto 441.4).
IRCCSpr S. Raffaele - Milano (MI)	Lombardia	TM mammella: volume di ricoveri	La struttura segnala a PNE un volume di attività pari a 156 di contro i 115 pubblicati in PNE. Dal controllo dei flussi Sdo aggiornati al 2013 risultano mancanti i 41 casi, segnalati dalla struttura. Nel flusso sdo aggiornato al 2014, 34 di quei 41 casi sono stati rintracciati. Risultano ancora missing 7 casi.
Osp. F. Spaziani - Frosinone (FR)	Lazio	Audit clinico in area cardiologica	Sulla base del proprio dataset interno (campione di 350 cartelle cliniche), la struttura ha misurato la mortalità OSPEDALIERA osservata per IMA (7,2%) e la mortalità OSPEDALIERA attesa per IMA in base al GRACE SCORE (10,6%). Il GRACE score, tiene conto di informazioni o non ancora disponibili nel tracciato Sdo (come la pressione arteriosa sistolica o il valore di creatinina) o disponibili ma di scarsa qualità (come la classificazione STEMI-NSTEMI).

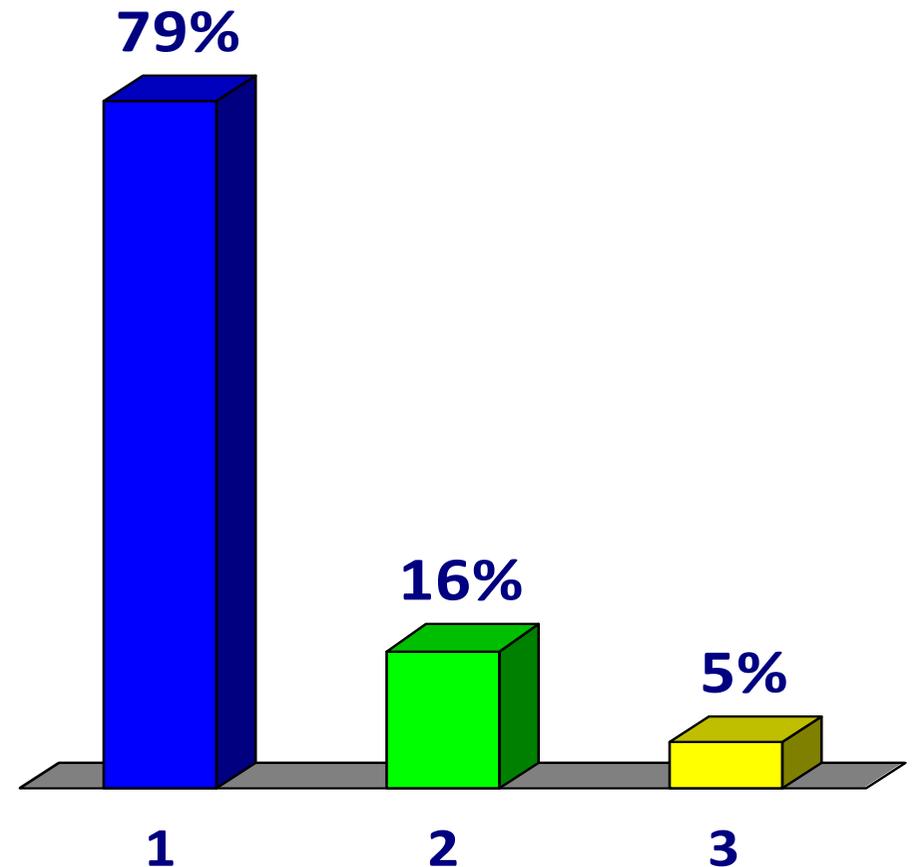
## 6. E' utile definire un tempo limite per audit e miglioramento delle performance?

1. No
2. Sì, 1 anno
3. Sì, 2 anni
4. Sì, 3 anni



## 7. Quale strumento di governance per i presidi che, nonostante attività di audit, mantengono performance inadeguate?

1. Disattivazione servizio / revoca accreditamento
2. Abbattimento tariffe rimborso
3. Altro

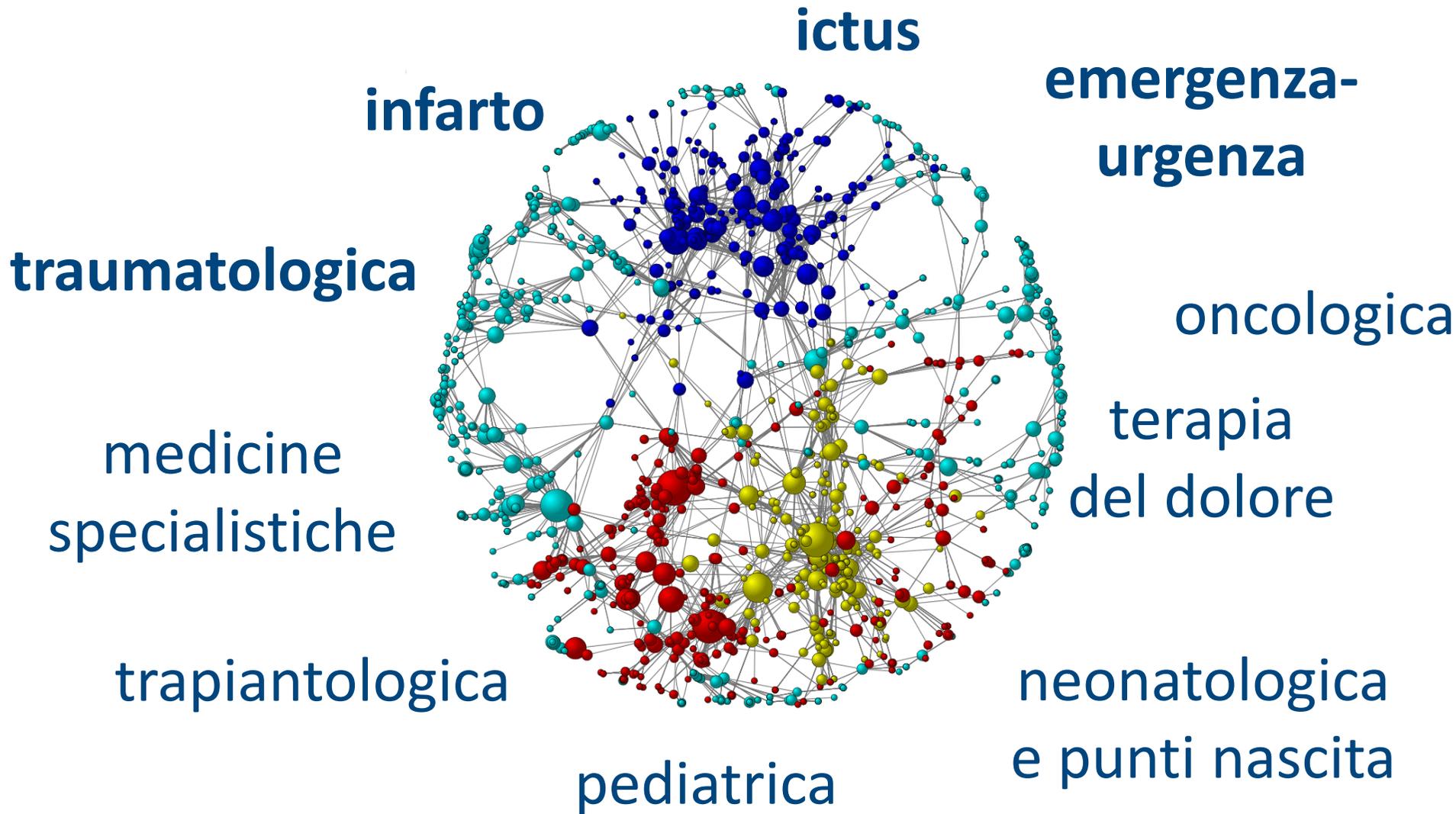


# Outline

1. Classificazione delle strutture ospedaliere
2. Standard di strutture per singola disciplina
3. Volumi ed esiti
- 4. Reti ospedaliere**
5. Standard generali di qualità
6. Continuità ospedale-territorio

## 4. Reti ospedaliere

"All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale"



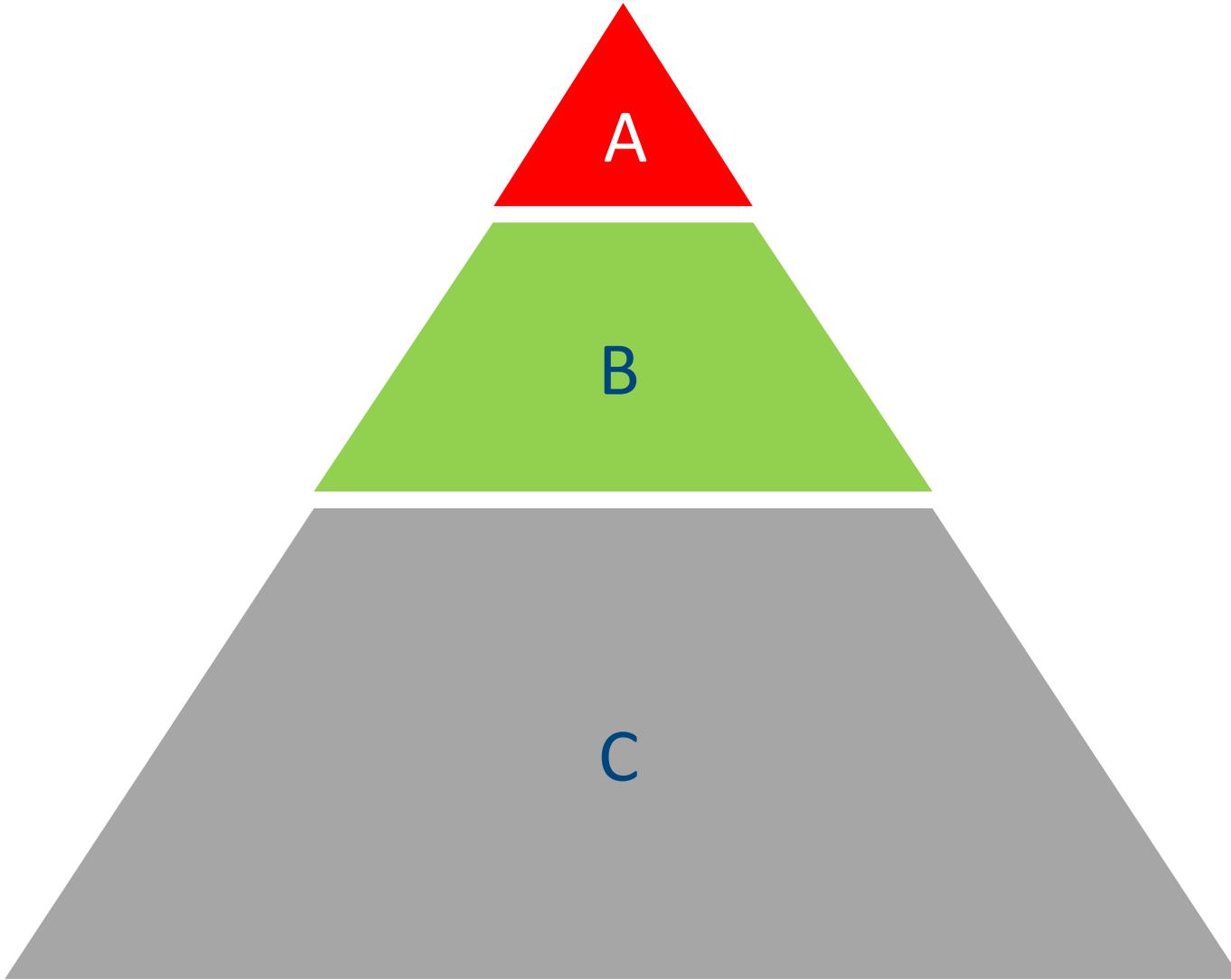
# Contesto Locale

Variabili che condizionano l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche

- Requisiti minimi di accreditamento
  - Strutturali
  - Tecnologici
  - Organizzativi
  - Professionali
- Normative sanitarie
- Fattori socio-culturali
- Orografia e viabilità



**STOP**



**Raccomandazioni**

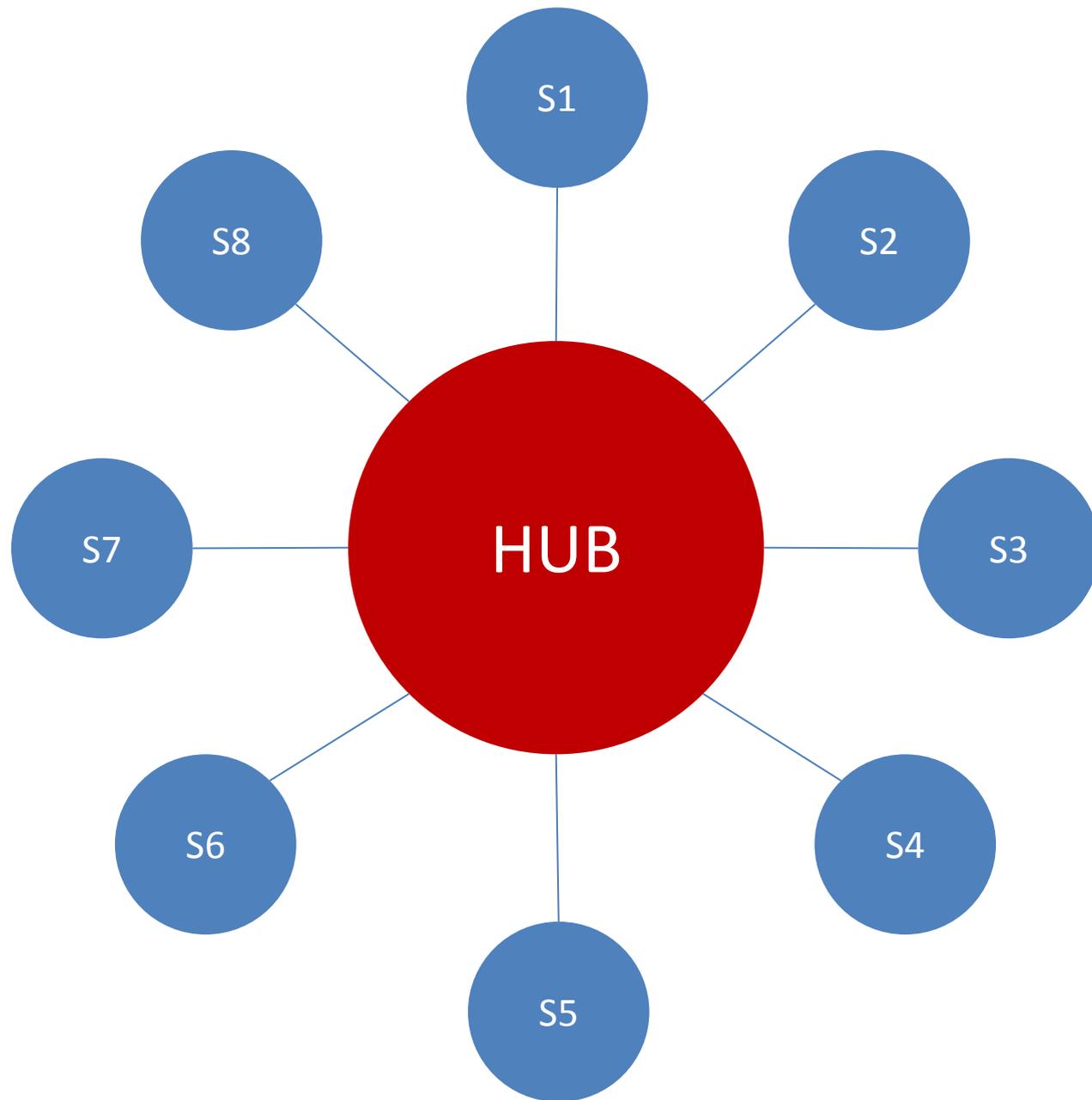


**Raccomandazione clinica:** “tutti i pazienti con emorragia digestiva superiore dovrebbero eseguire una endoscopia entro 24 ore”.

**Ostacolo:** il servizio di endoscopia digestiva eroga le prestazioni dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria 8.00 - 16.00.

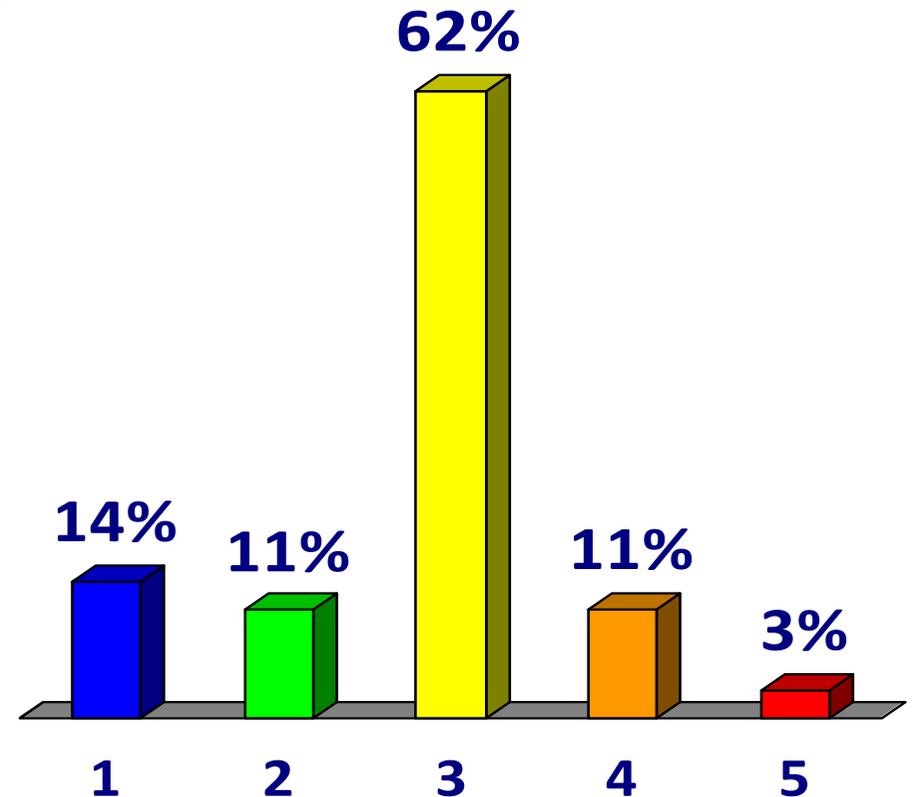
**Proposta:** attivazione della reperibilità endoscopica da venerdì (ore 16.00) a domenica (ore 14.00).

Se l'organizzazione, per ragioni di varia natura, non può accettare la proposta e rimuovere l'ostacolo, il PA deve prevedere che “i pazienti con emorragia digestiva superiore che arrivano dalle 16.00 di venerdì alle 14.00 di domenica, devono essere trasferiti in altra struttura in grado di eseguire l'endoscopia entro 24 ore”.



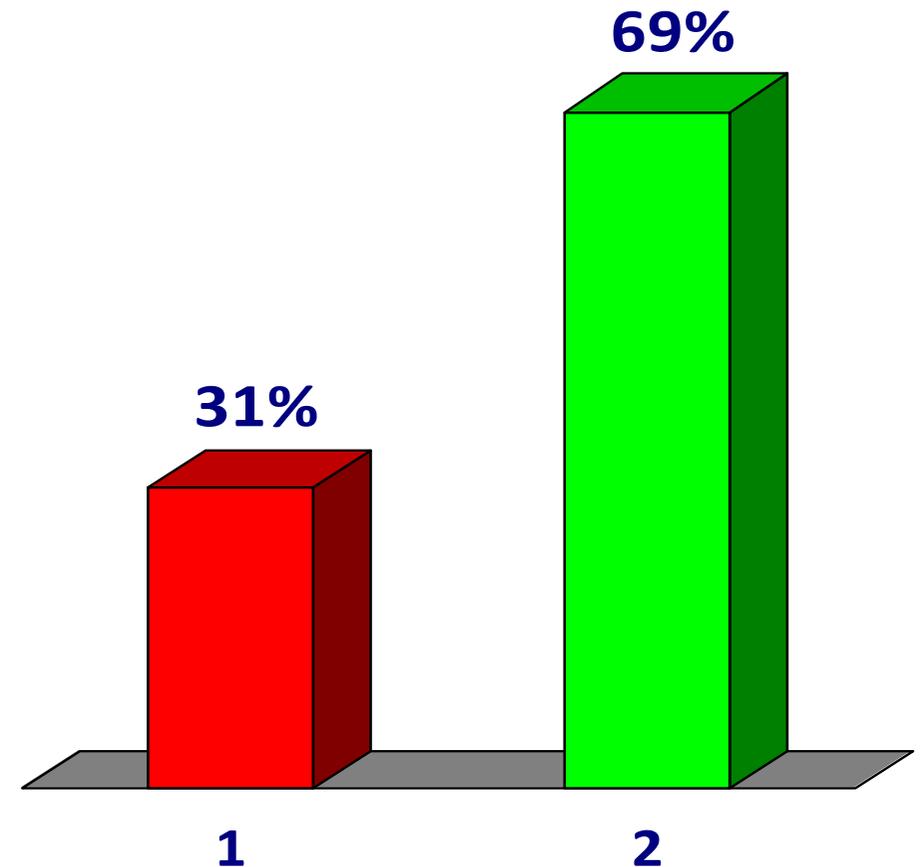
## 8. Quale ostacolo principale per il modello hub & spoke?

1. Competizione tra aziende sanitarie
2. Contratti di lavoro / accordi sindacali
3. Resistenza al cambiamento
4. Inadeguata informazione ai cittadini
5. Altro



## 9. L'implementazione delle reti necessita di differenziare le tariffe di rimborso tra centri hub & spoke?

1. No
2. Sì



# Outline

1. Classificazione delle strutture ospedaliere
2. Standard di strutture per singola disciplina
3. Volumi ed esiti
4. Reti ospedaliere
- 5. Standard generali di qualità**
6. Continuità ospedale-territorio

# 5. Standard generali di qualità

"Le strutture ospedaliere declinano le dimensioni della clinical governance, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi. Tali linee di indirizzo verranno elaborate da un tavolo tecnico istituito presso il Ministero della Salute entro 6 mesi dall'emanazione del presente Regolamento"

# 5. Standard generali di qualità

Per tutti i presidi ospedalieri lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di:

- Gestione del rischio clinico
- Evidence Based Medicine e HTA
- Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche
- Documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente
- Formazione continua del personale

# 5. Standard generali di qualità

- Le strutture di II livello svolgono anche un ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altre strutture in ambito regionale e nazionale
- Gli standard individuati devono essere periodicamente aggiornati in base alle conoscenze e alle evidenze scientifiche che si renderanno disponibili

# 5. Standard generali di qualità

Qual'è il grado di implementazione/attuazione degli standard generali di qualità nella tua azienda sanitaria?

1. Nessuno
2. Minimo
3. Adeguato
4. Eccellente



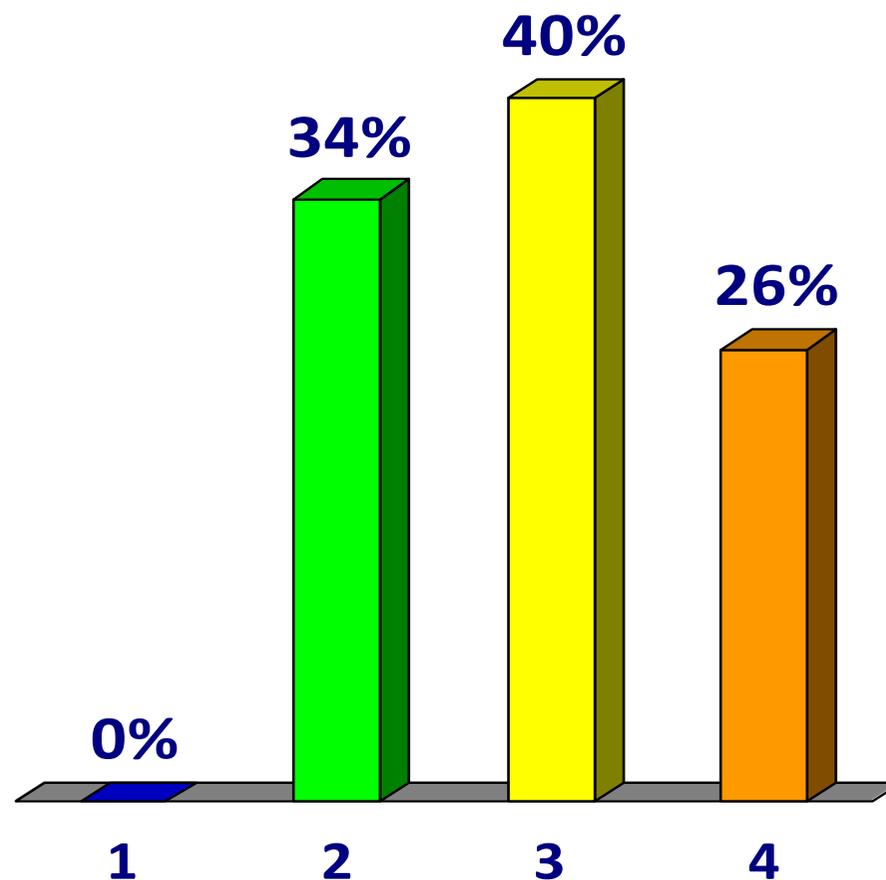
# 5. Standard generali di qualità

## Gestione del rischio clinico

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi
- Identificazione del paziente, checklist operatoria, scheda unica di terapia
- Sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione procedure sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani
- Programmi di formazione specifica

## 10. Rischio clinico

1. Nessuno
2. Minimo
3. Adeguato
4. Eccellente



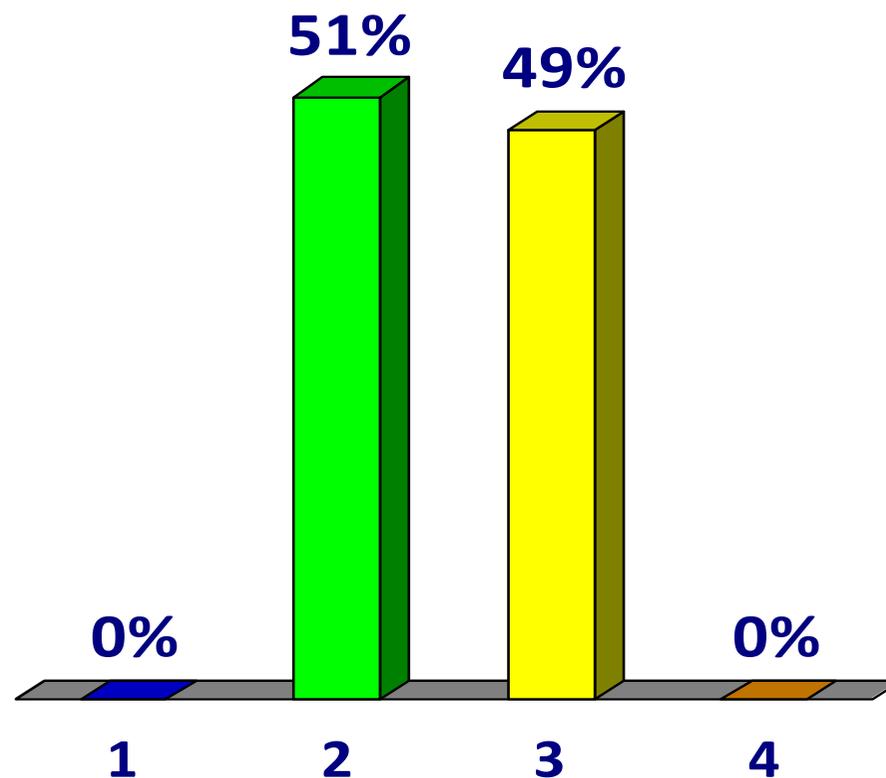
# 5. Standard generali di qualità

## Evidence-based Medicine

- Implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici

# 11. Evidence-based Medicine

1. Nessuno
2. Minimo
3. Adeguato
4. Eccellente



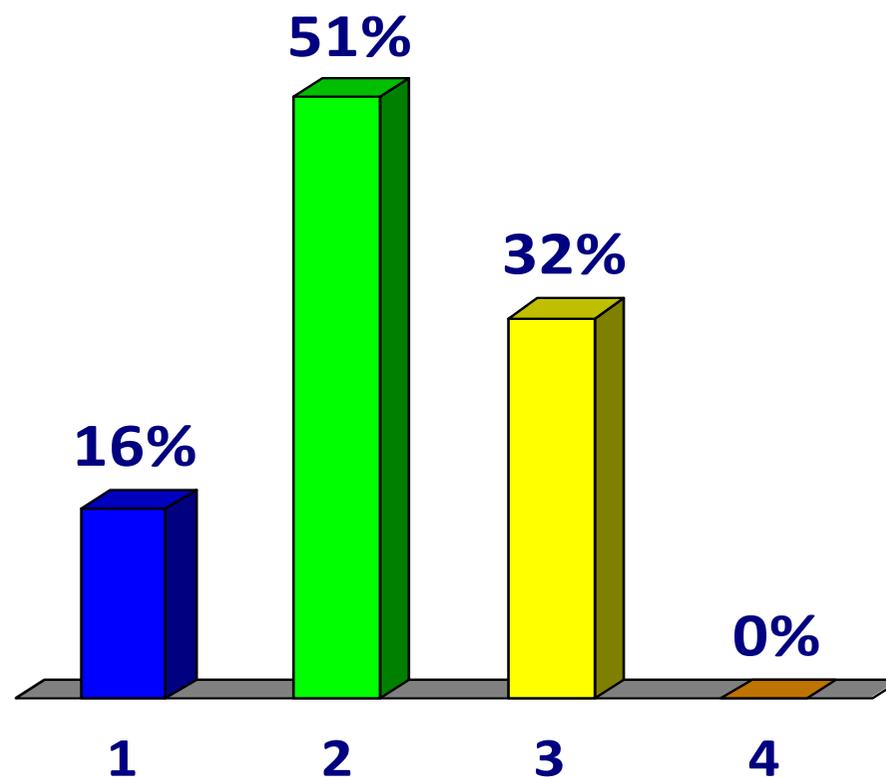
# 5. Standard generali di qualità

## Health Technology Assessment

- Acquisizione delle valutazioni delle tecnologie sanitarie prodotte a livello nazionale e internazionale
- Partecipazione a reti di HTA, facenti capo alla rete nazionale HTA coordinata dalla Agenas

## 12. Health Technology Assessment

1. Nessuno
2. Minimo
3. Adeguato
4. Eccellente



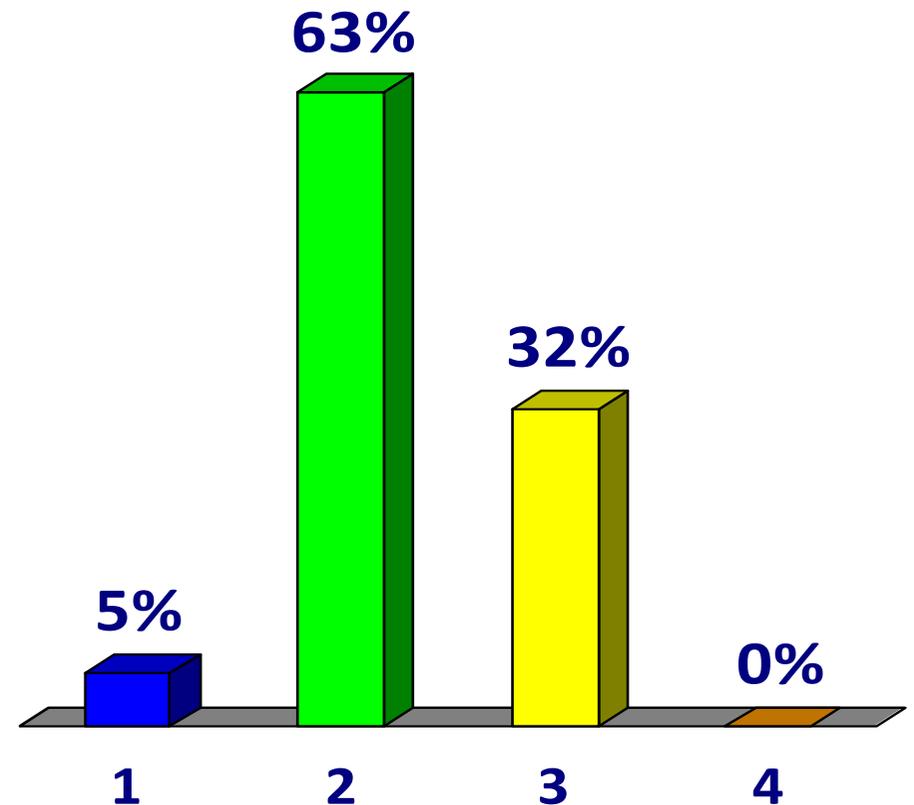
# 5. Standard generali di qualità

## Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche

- Misurazione della performance clinica e degli esiti
- Audit clinico
- Valutazione della qualità percepita dell'assistenza dai cittadini/pazienti

# 13. Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche

1. Nessuno
2. Minimo
3. Adeguato
4. Eccellente



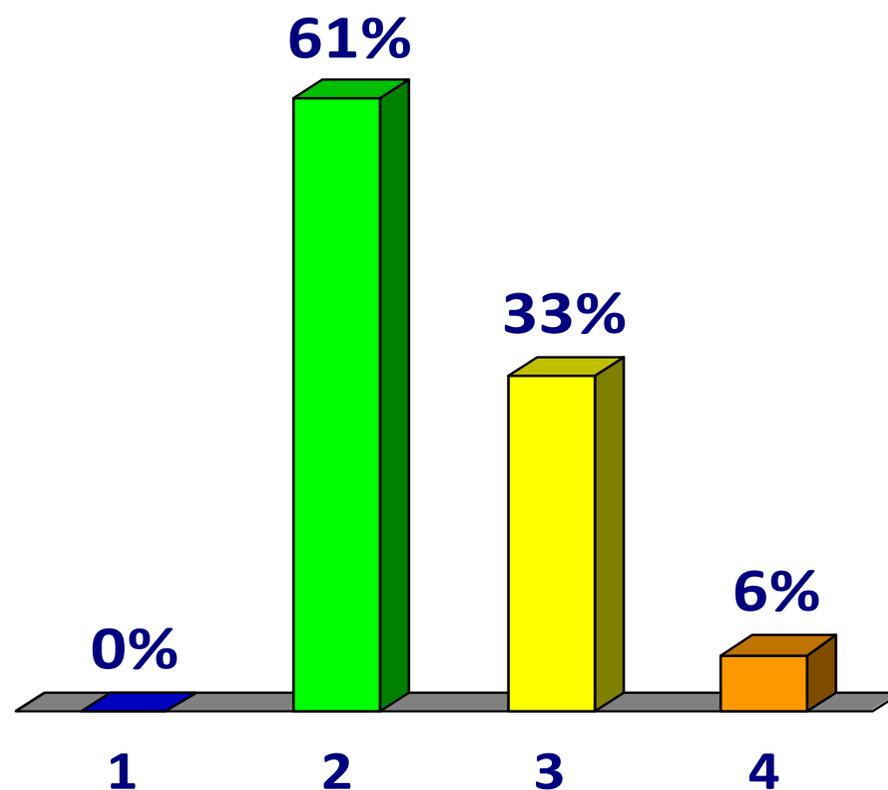
# 5. Standard generali di qualità

## Documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente

- Integrazione dei sistemi informativi relativi alla trasmissione di informazioni sia di carattere gestionale che sanitario
- Disponibilità delle informazioni da rendere ai cittadini via web o con altri metodi di comunicazione
- Procedure di comunicazione con i pazienti per il coinvolgimento attivo nel processo di cura

## 14. Documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente

1. Nessuno
2. Minimo
3. Adeguato
4. Eccellente



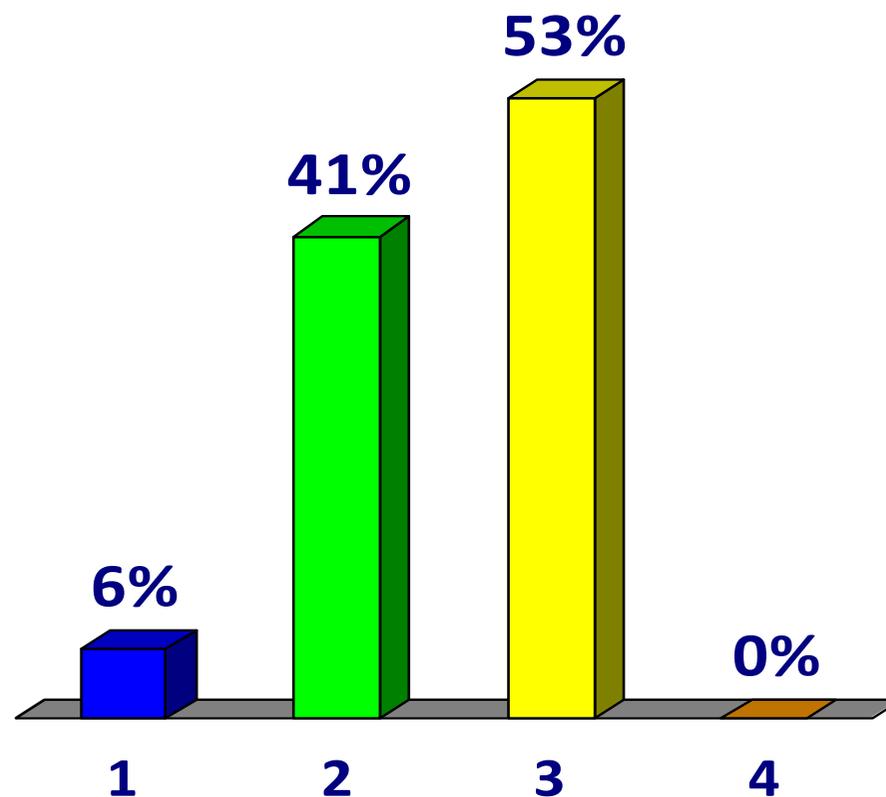
# 5. Standard generali di qualità

## Formazione continua del personale

- Rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi, con particolare attenzione alla introduzione di innovazioni tecnologiche e organizzative nonché all'inserimento di nuovo personale
- Valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati

## 15. Formazione continua del personale

1. Nessuno
2. Minimo
3. Adeguato
4. Eccellente



# Strumenti di Clinical Governance

## Evidence-based Health Care

- Evidence-based Practice
- Gestione delle conoscenze e sistemi informativi
- Linee guida → Percorsi assistenziali
- Valutazione delle tecnologie sanitarie
- Audit clinico e indicatori di qualità
- Gestione del rischio
- Formazione continua e training professionale
- Ricerca e sviluppo
- Gestione degli staff
- Coinvolgimento di cittadini-pazienti

*Modificata da:  
Cartabellotta A, et al  
Sanità & Management  
Novembre 2002*

# Outline

1. Classificazione delle strutture ospedaliere
2. Standard di strutture per singola disciplina
3. Volumi ed esiti
4. Reti ospedaliere
5. Standard generali di qualità
6. **Continuità ospedale-territorio**

"La riorganizzazione della rete ospedaliera sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale"

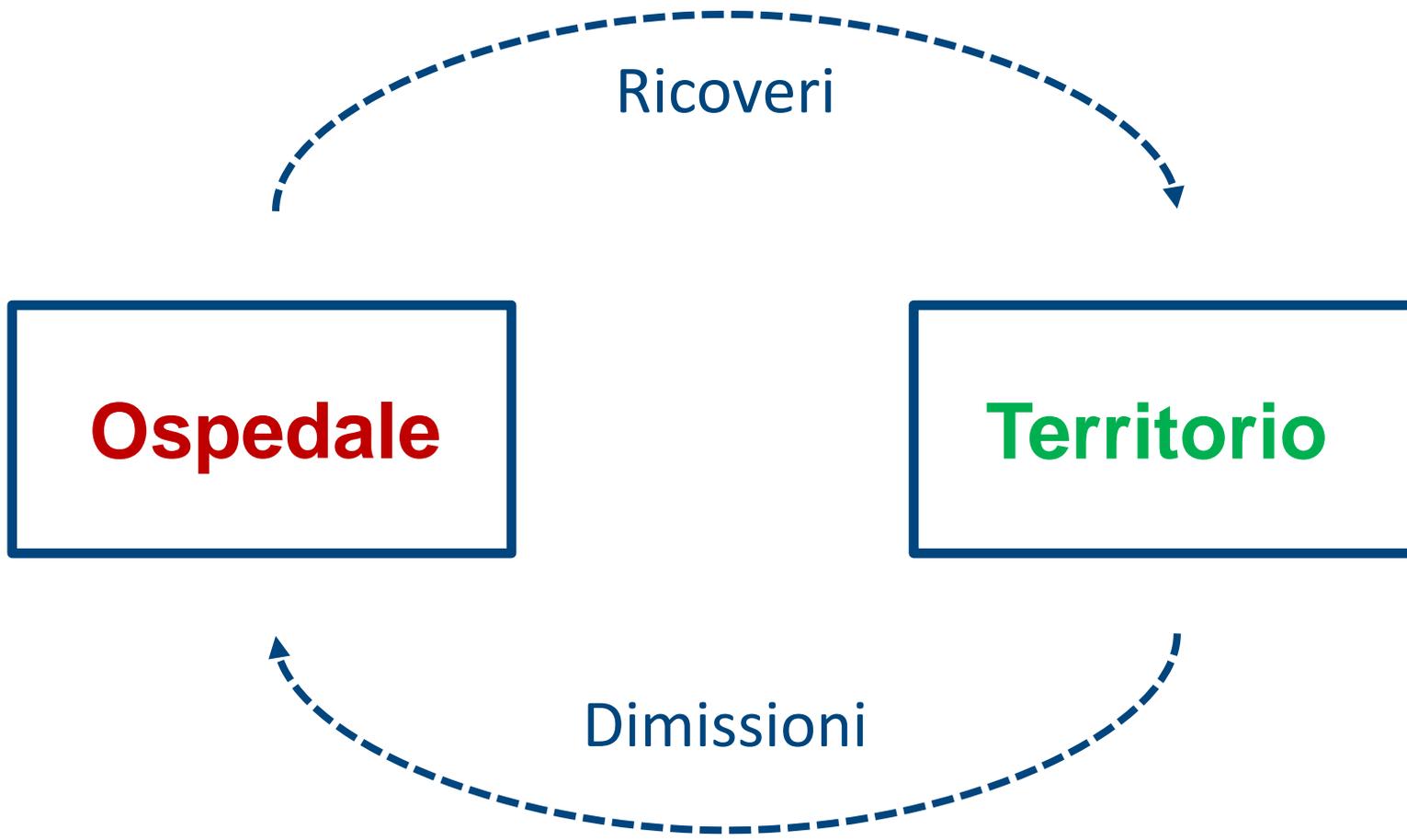
# Impatto degli sprechi sul SSN

Categoria sprechi	%	Mld*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 – 9.23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 – 6.15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10	(3,28 – 4.92)
4. Sotto-utilizzo	12	3,08	(2,46 – 3,69)
5. Complessità amministrative	12	3,08	(2,46 – 3,69)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	10	2,56	(2,05 – 3.08)

\*25,64 mld calcolati proiettando la stima di Don Berwick (23% della spesa sanitaria) sui 111,475 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2014

## 6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

- **Definizione:** coordinamento inadeguato sia tra setting assistenziali differenti, sia tra i vari servizi dello stesso setting ospedaliero o territoriale
  - Pazienti assistiti in setting assistenziali a eccessivo consumo di risorse, rispetto ai loro bisogni
  - Inefficienze organizzative intraziendali e interaziendali per mancata standardizzazione dei percorsi



# Breaking down the walls

**Ospedale**



**Territorio**





# Carta GIMBE per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani

**#SalviamoSSN**

**Art. 17.** La dicotomia ospedale-territorio deve essere superata sia con una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sia con modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.

# Intensità di cura: non solo ospedale

## OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA (OIC)

Applicazione del principio dell'intensità di cura esclusivamente alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri

## ASSISTENZA SANITARIA PER INTENSITÀ DI CURA (ASIC)

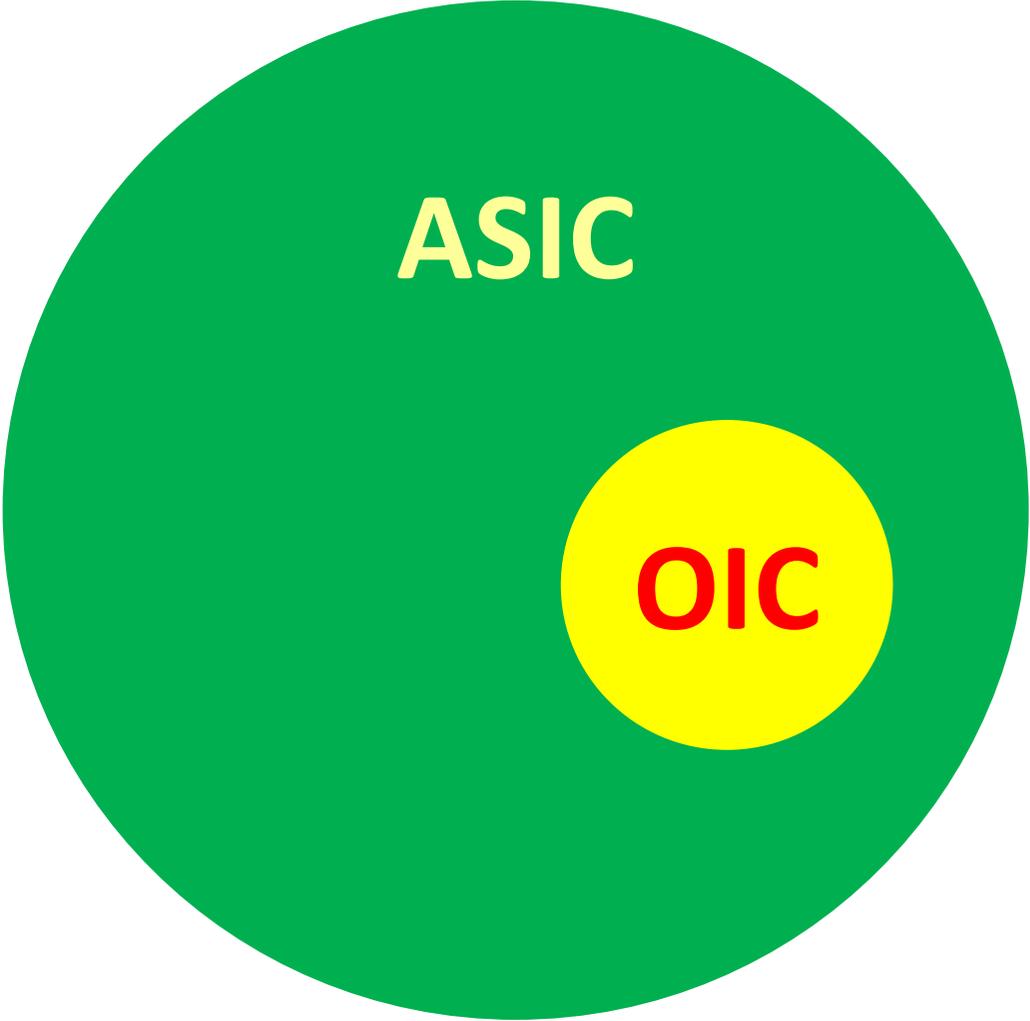
Applicazione del principio dell'intensità di cura alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, attraverso percorsi integrati (inter)aziendali

Ospedale



Territorio





**ASIC**

**OIC**

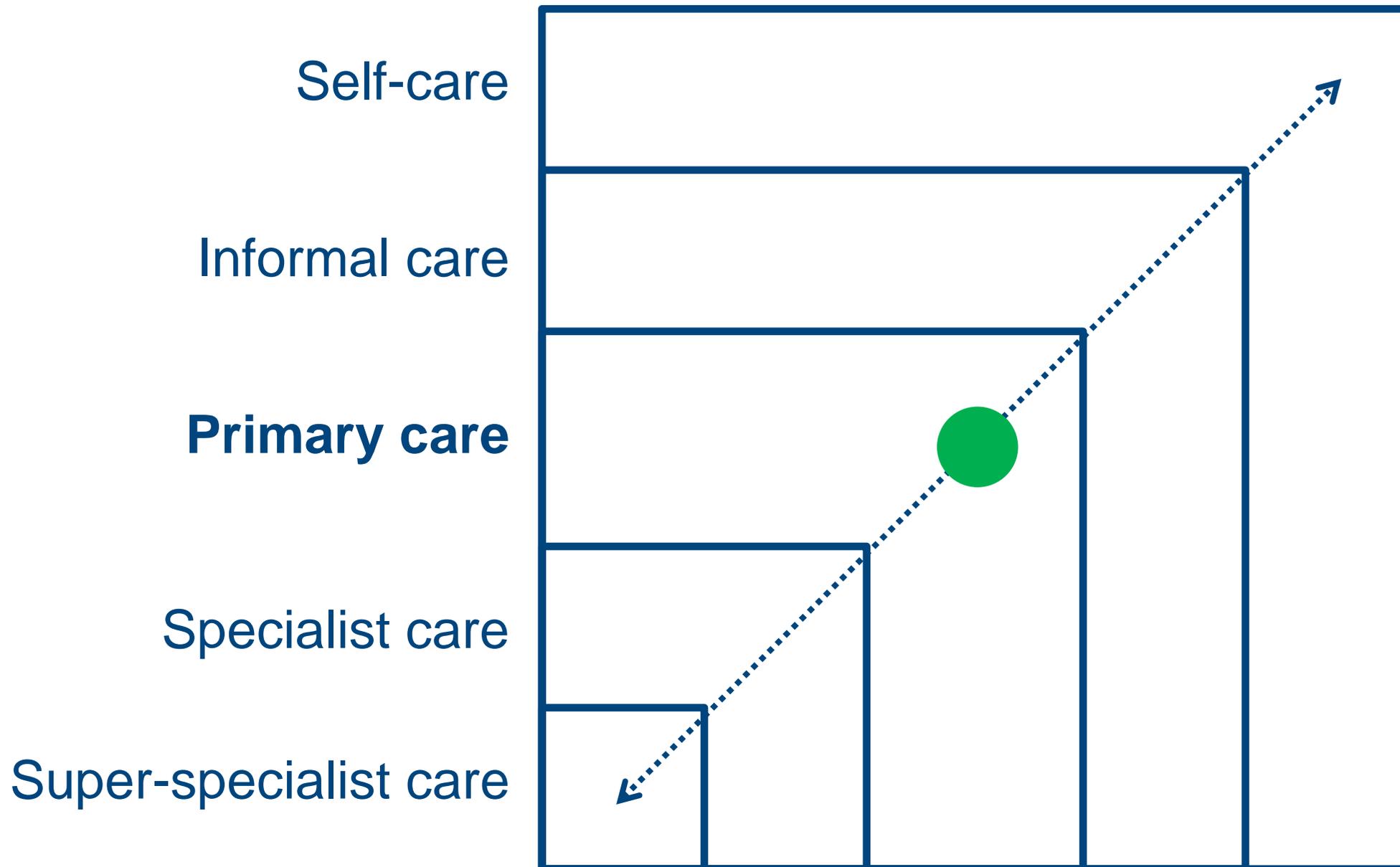
## OSPEDALE

- Area critica
- Area degenza
  - Alta intensità
  - Media intensità
  - Bassa intensità
- DEA, PS, OBI
- Week hospital
- Day hospital
- Day/one-day surgery
- Day service
- Ambulatori



## TERRITORIO

- Cure intermedie
- Riabilitazione
- RSA
- ADI
- DSM, SERT
- Ospedale a domicilio
- Hospice
- Cure primarie
  - UCCP
  - AFT





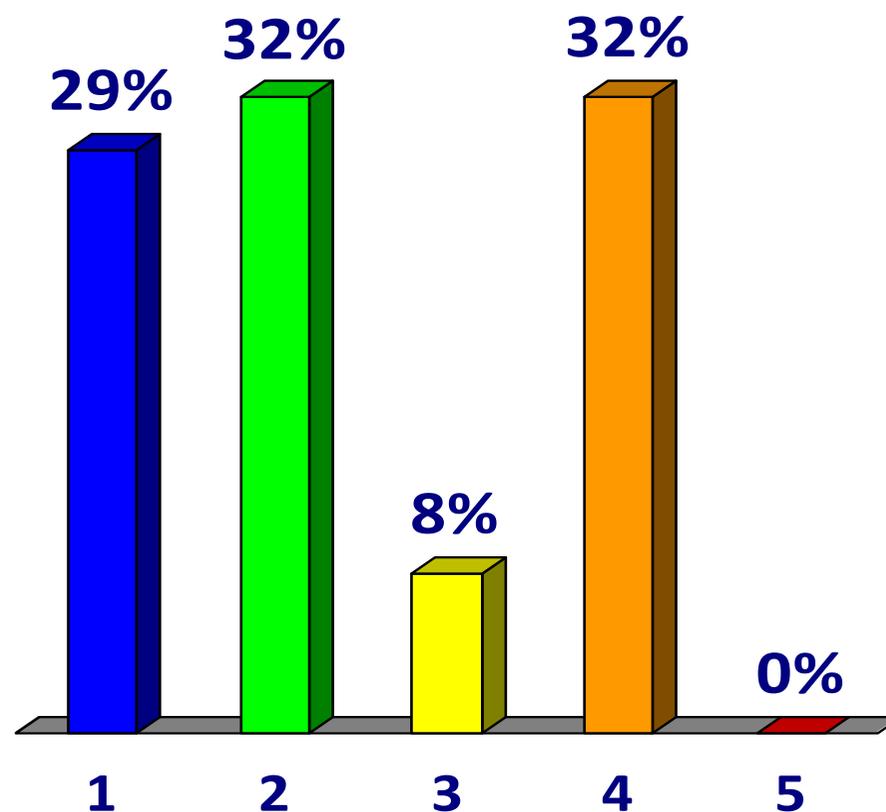
# Carta GIMBE per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani

**#SalviamoSSN**

**Art. 16.** La riorganizzazione dei servizi sanitari deve prevedere modelli organizzativi sovra-aziendali per condividere percorsi assistenziali, tecnologie e competenze professionali

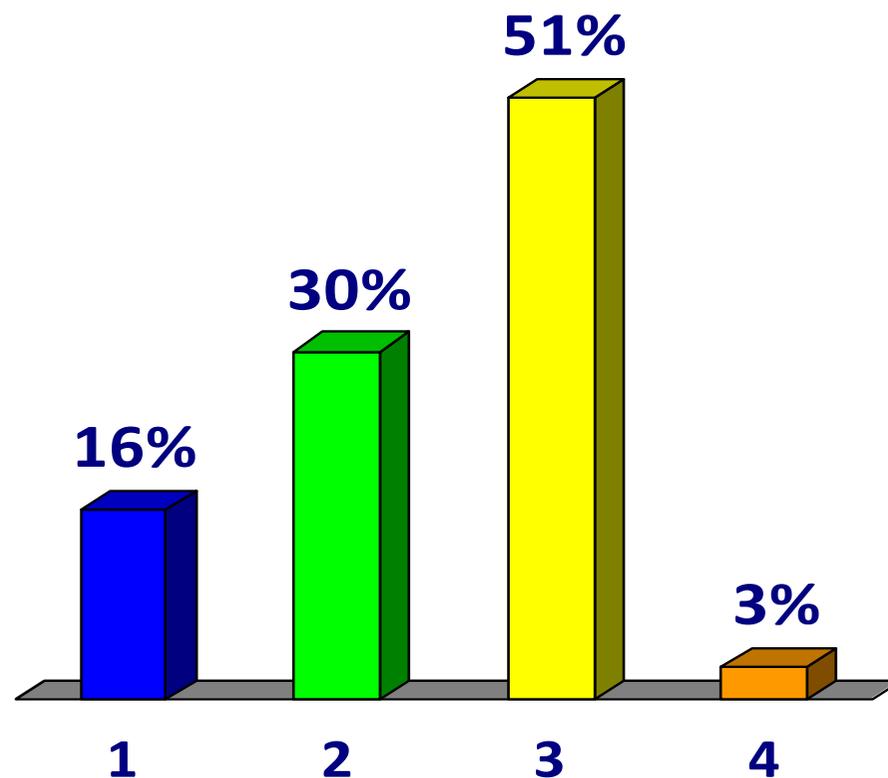
## 16. Quale tra i seguenti fattori ostacola maggiormente la riorganizzazione integrata tra ospedale e territorio?

1. Cultura ospedale-centrica della popolazione
2. Carenza offerta servizi territoriali
3. Contratti di lavoro/accordi sindacali
4. Carenza di percorsi integrati
5. Telemedicina non inclusa nei LEA



## 17. L'Accordo Collettivo Nazionale di MMG e PLS è compatibile con la riorganizzazione delle cure primarie proposta dal Patto per la Salute?

1. No
2. Sì, con modifiche minime
3. Sì, con rilevanti modifiche
4. Sì



# 18. Le modalità di gestione della libera professione ostacolano la riorganizzazione integrata ospedale-territorio?

1. No
2. Sì, minimamente
3. Sì, abbastanza
4. Sì, notevolmente

