



# 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

Interventi TM Polmone  
Numero minimo di interventi?

Interventi TM Colon  
Numero minimo di interventi?

Interventi TM Stomaco  
Numero minimo di interventi?

## FORMAZIONE

- Formazione ECM
- Tutorial
- Panoramica del sito

Login  utente  password  [\[ Registrazione - recupero password \]](#)

Struttura Ospedaliera/ASL

Sintesi per Struttura/ASL

Strumenti per audit

S.I. Emergenza Urgenza

Sperimentazioni regionali



@ Contatti: Help desk PNE  
agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI





# PNE

	set-13	nov-13	feb-14	mag-14	set-14
Totale registrazioni	<b>1638*</b>	<b>2603</b>	<b>3164</b>	<b>3546</b>	<b>4181</b>
Registrazione nuovi utenti	<b>6</b>	<b>971</b>	<b>1532</b>	<b>1914</b>	<b>2549</b>
Totale accessi	<b>553</b>	<b>5829</b>	<b>8893</b>	<b>11062</b>	<b>13799</b>
Accessi nuovi utenti	<b>8</b>	<b>971</b>	<b>3700</b>	<b>4703</b>	<b>6098</b>
Accessi vecchi utenti	<b>545</b>	<b>3510</b>	<b>5193</b>	<b>6359</b>	<b>7701</b>





Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

25000

14 611

# Accessi con login

20000

18 225

15000

14 611

10000

5000

24.025

0

edizione 2013

edizione 2014

edizione 2015



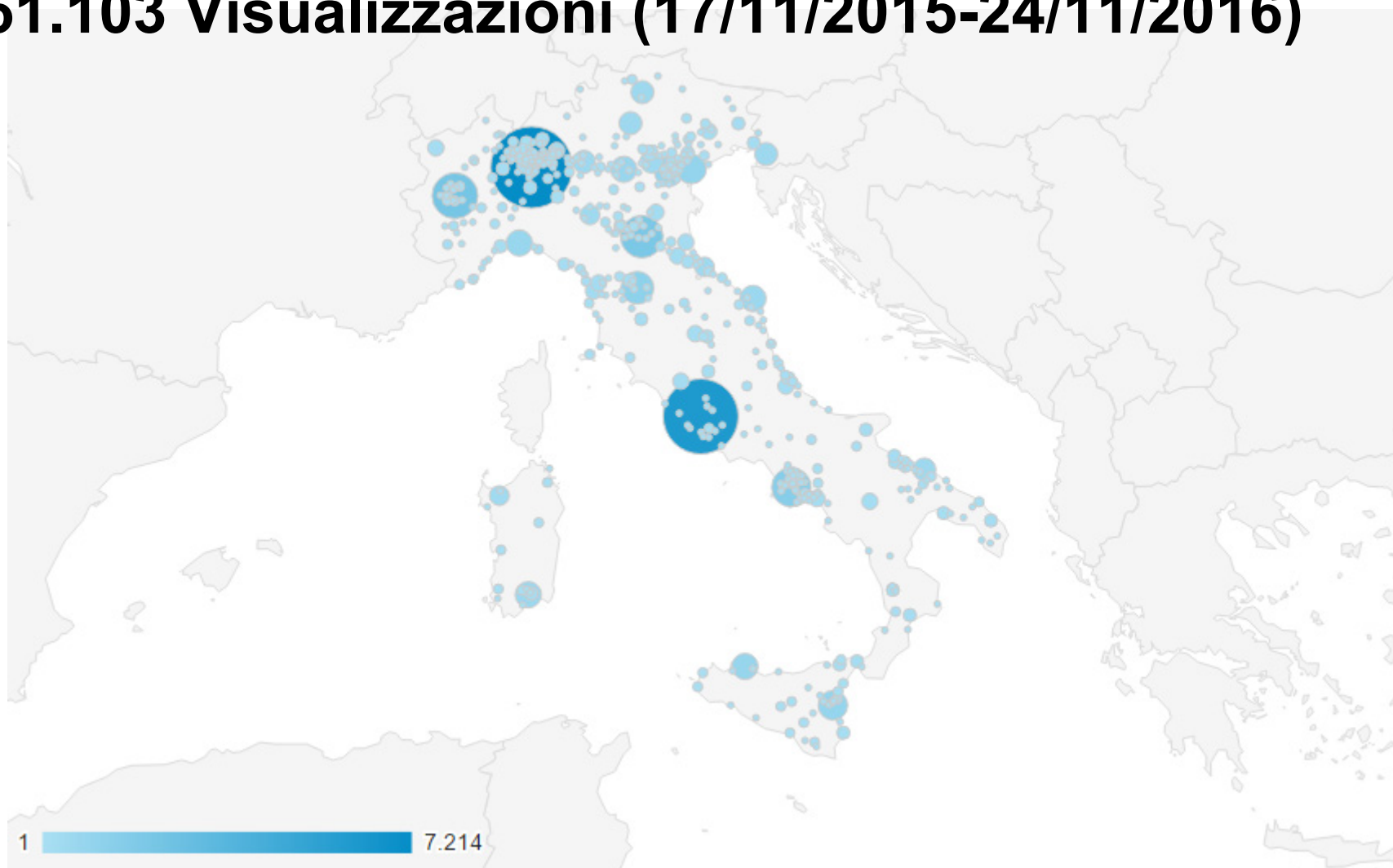


Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

# 51.103 Visualizzazioni (17/11/2015-24/11/2016)





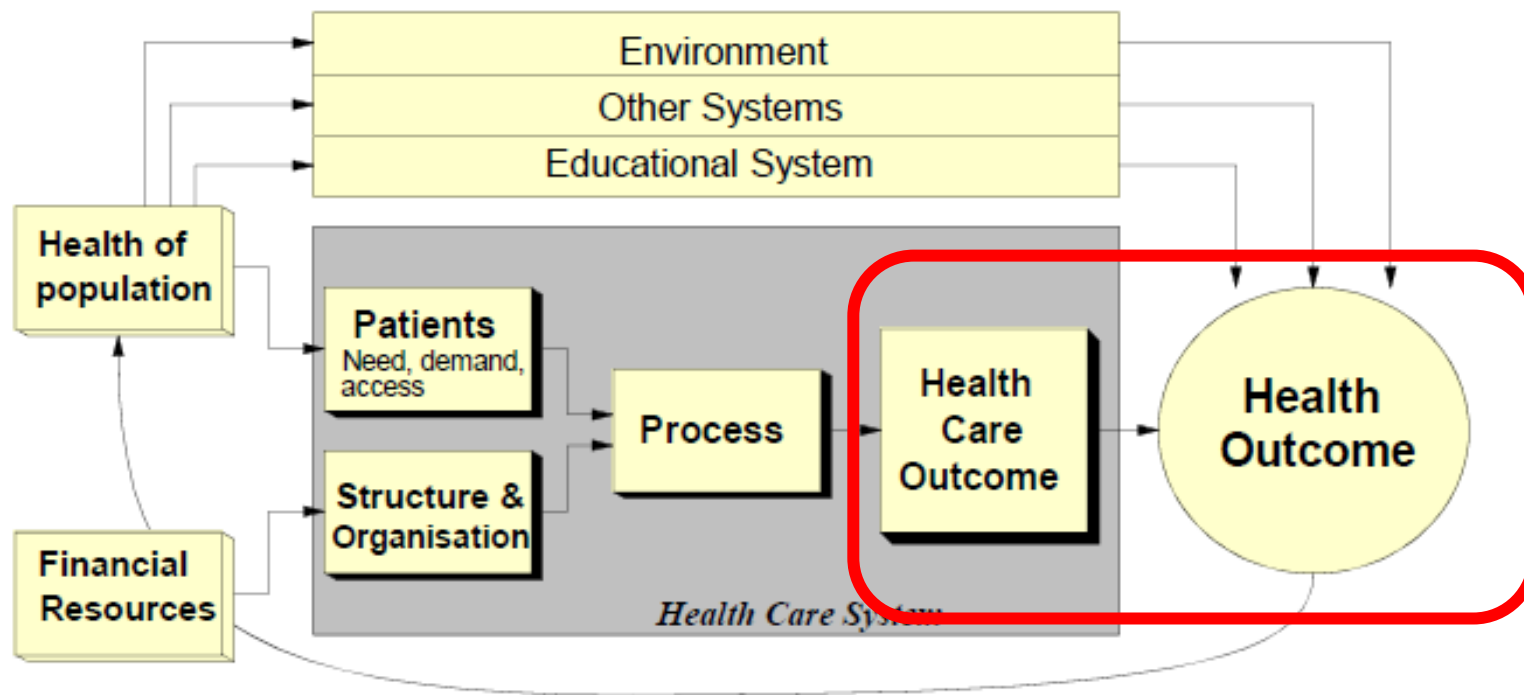
# Lista accessi

Totale accessi	Accessi di nuovi utenti	Accessi di vecchi utenti
857	65	792
<b>Registrazioni nuovi utenti</b>		
12		
Utente	Numero accessi	
andrea.vannucci	82	
nuti	73	
mirko.bonetti	68	
socsci36	49	
domenico.gallo@regione.liguria.it	48	
l.lispi@sanita.it	46	
aantonelli@regione.sardegna.it	42	
socsci2	36	
socsci35	36	
campania	34	
egidiocelentano@arsan.campania.it	33	

Preview

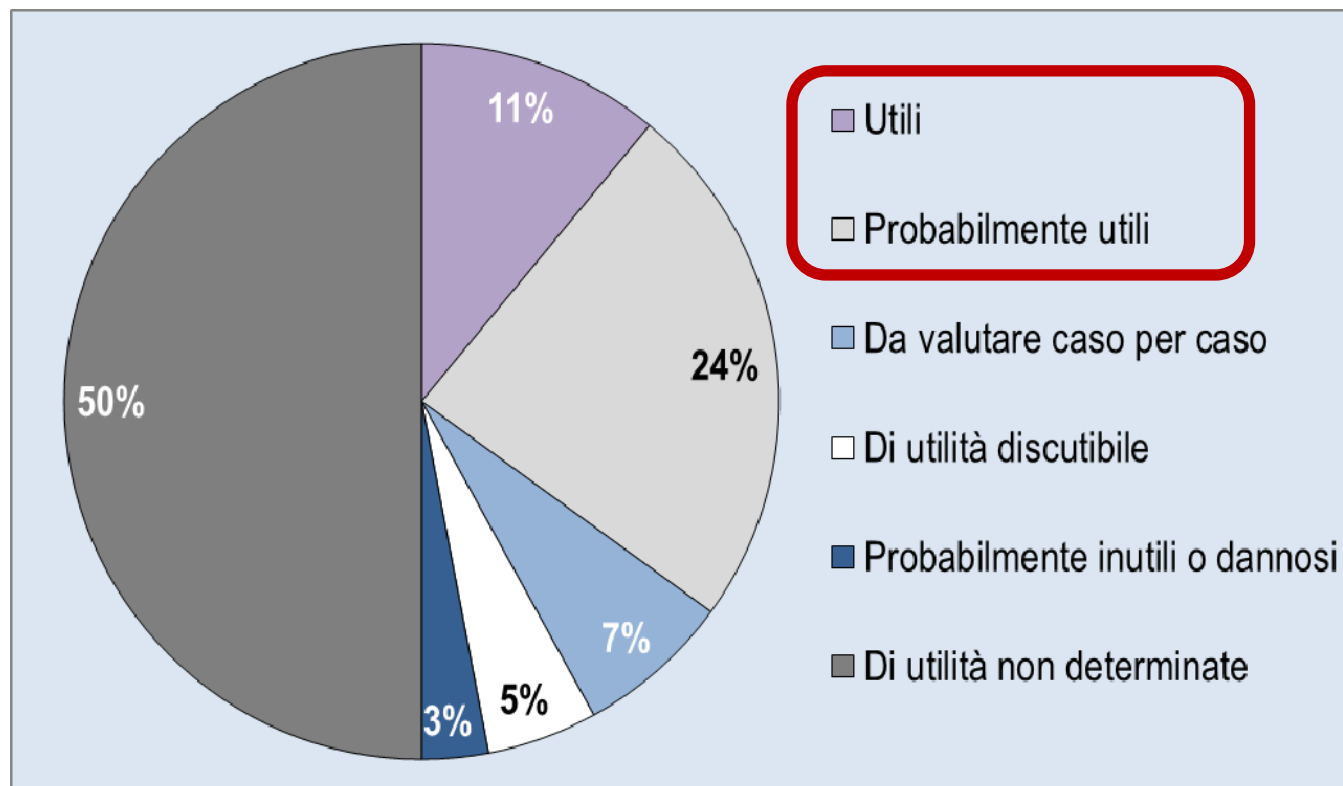


# Why does it matter? Framework for analysing health systems



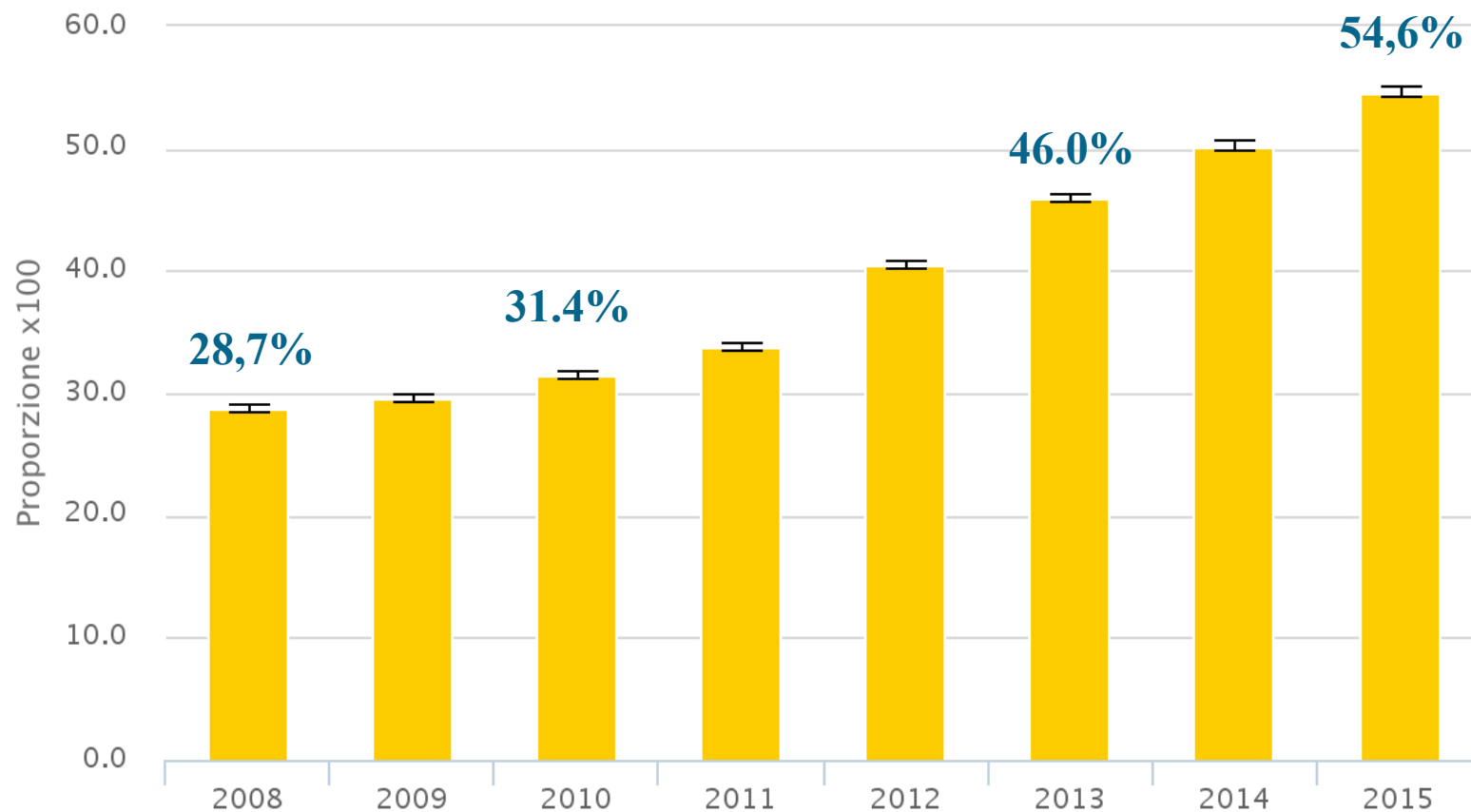


## Efficacia di 3000 trattamenti, risultati da studi controllati randomizzati selezionati da *Clinical Evidence*. 2015





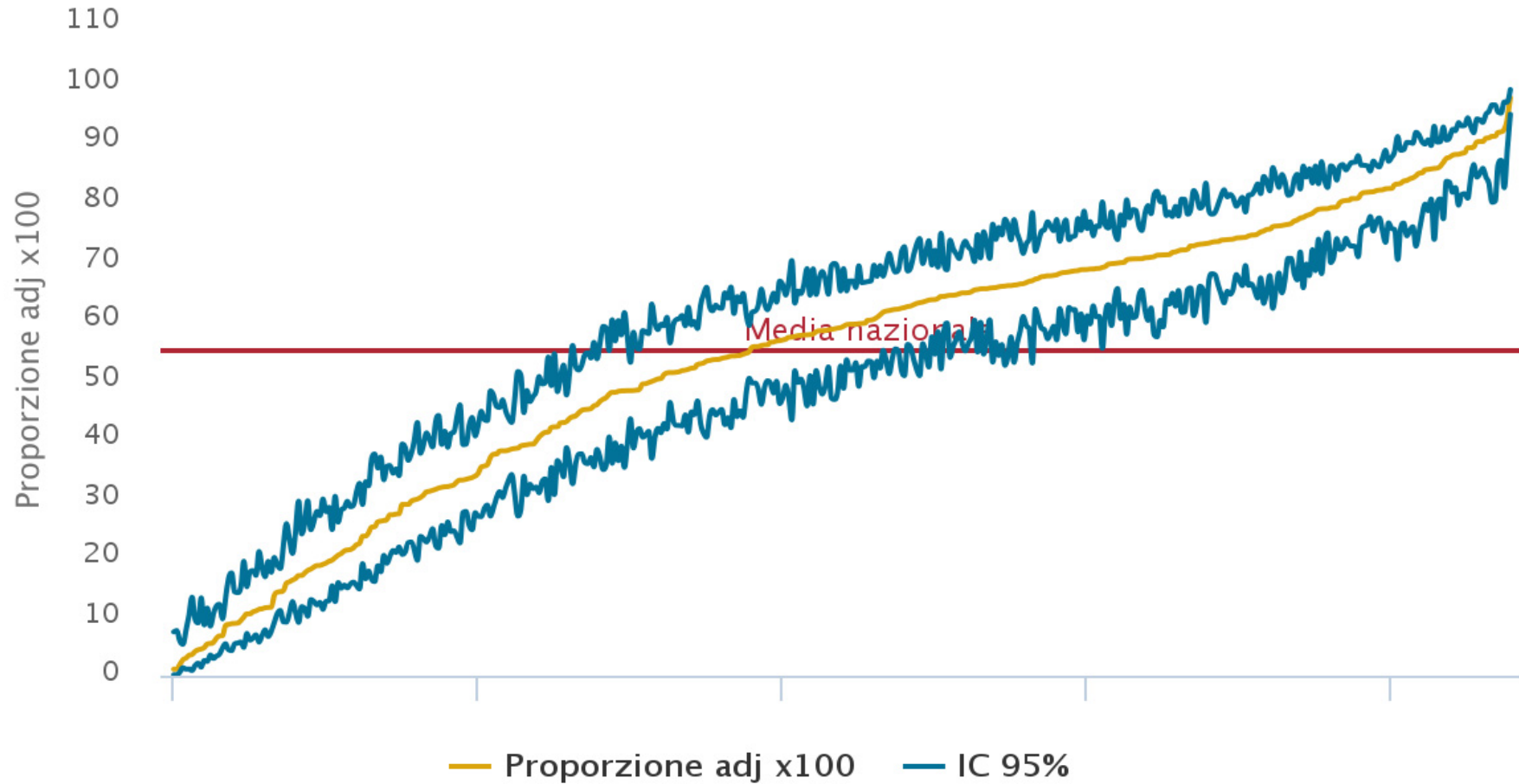
## Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni





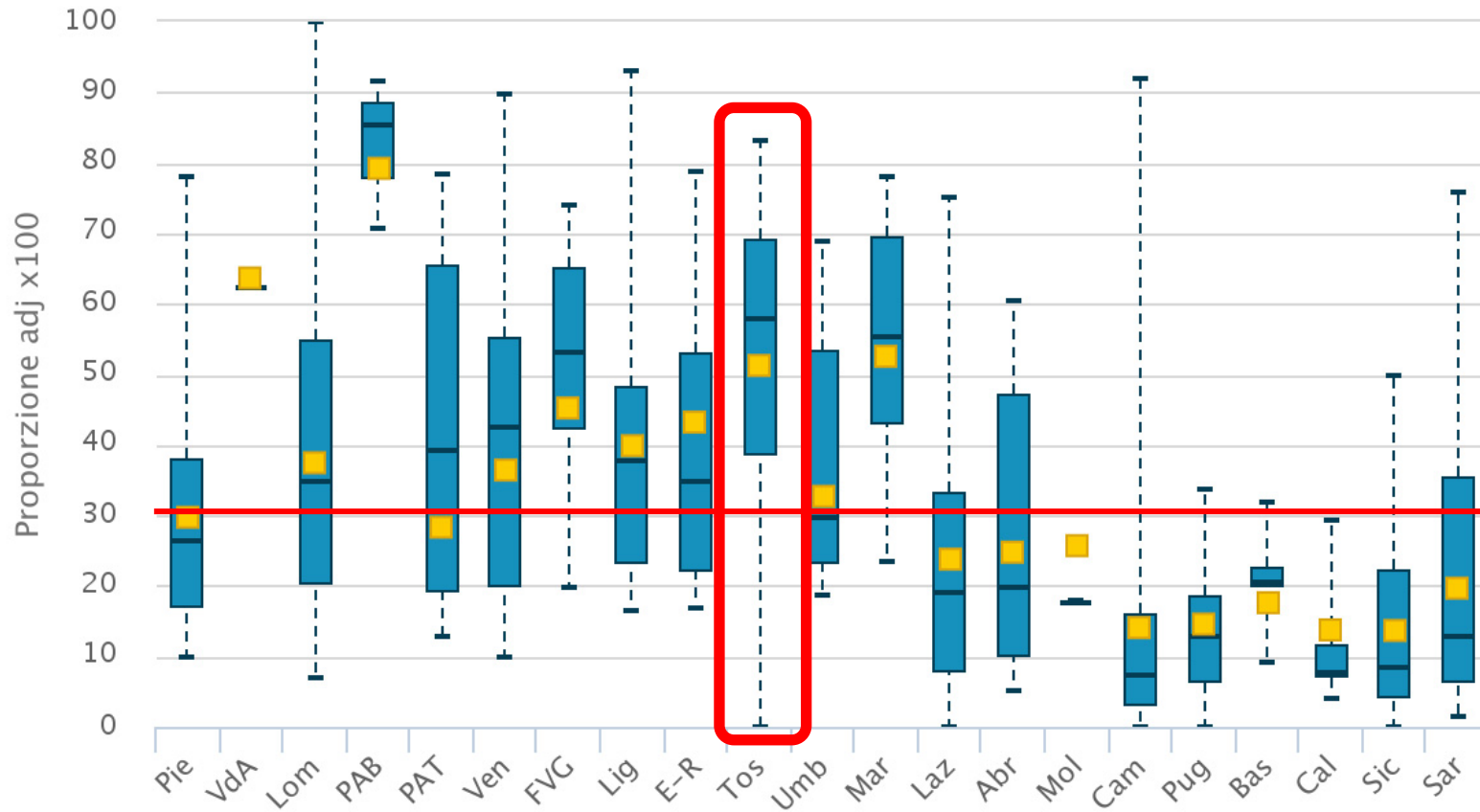


## Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. 2015



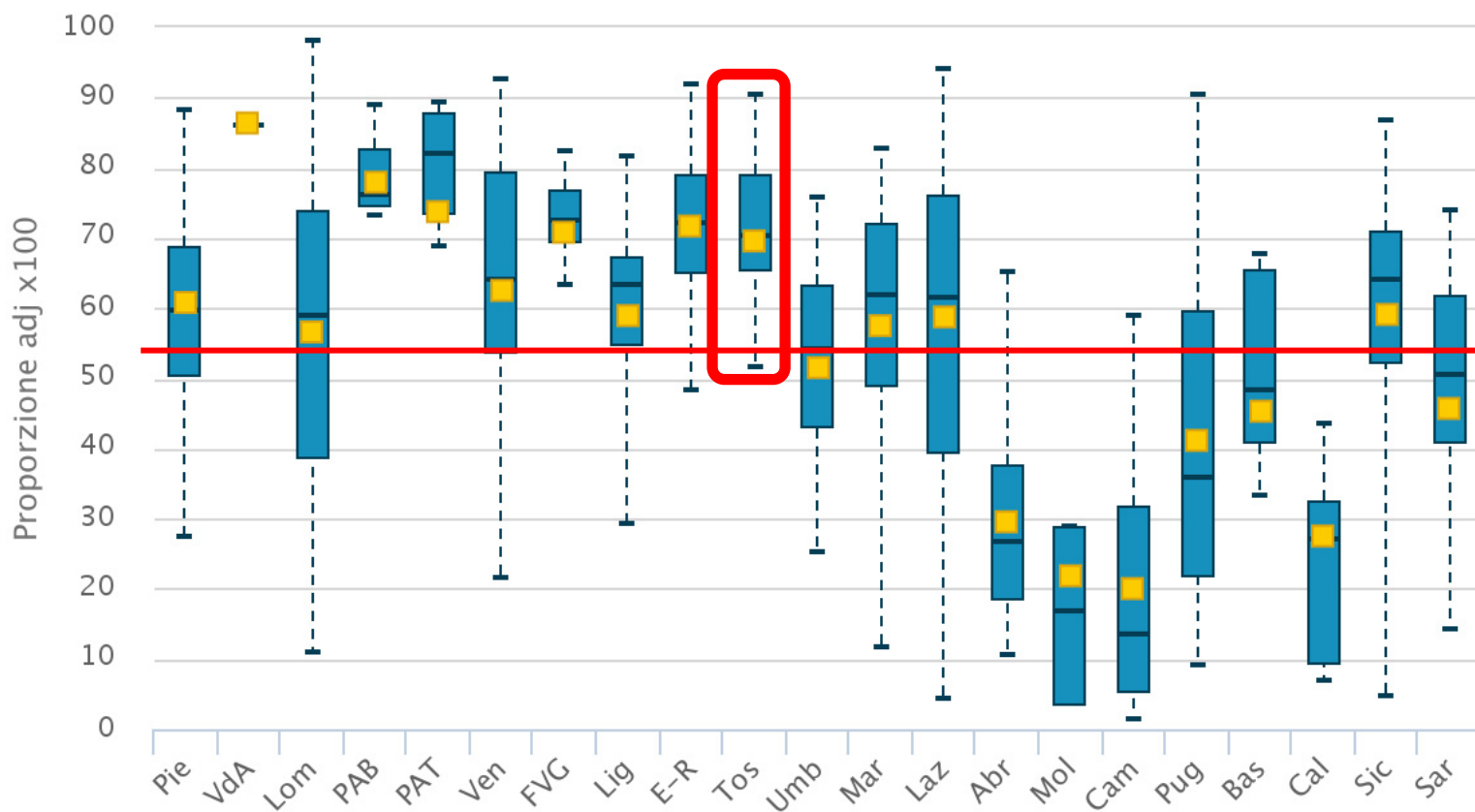


# Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. 2010



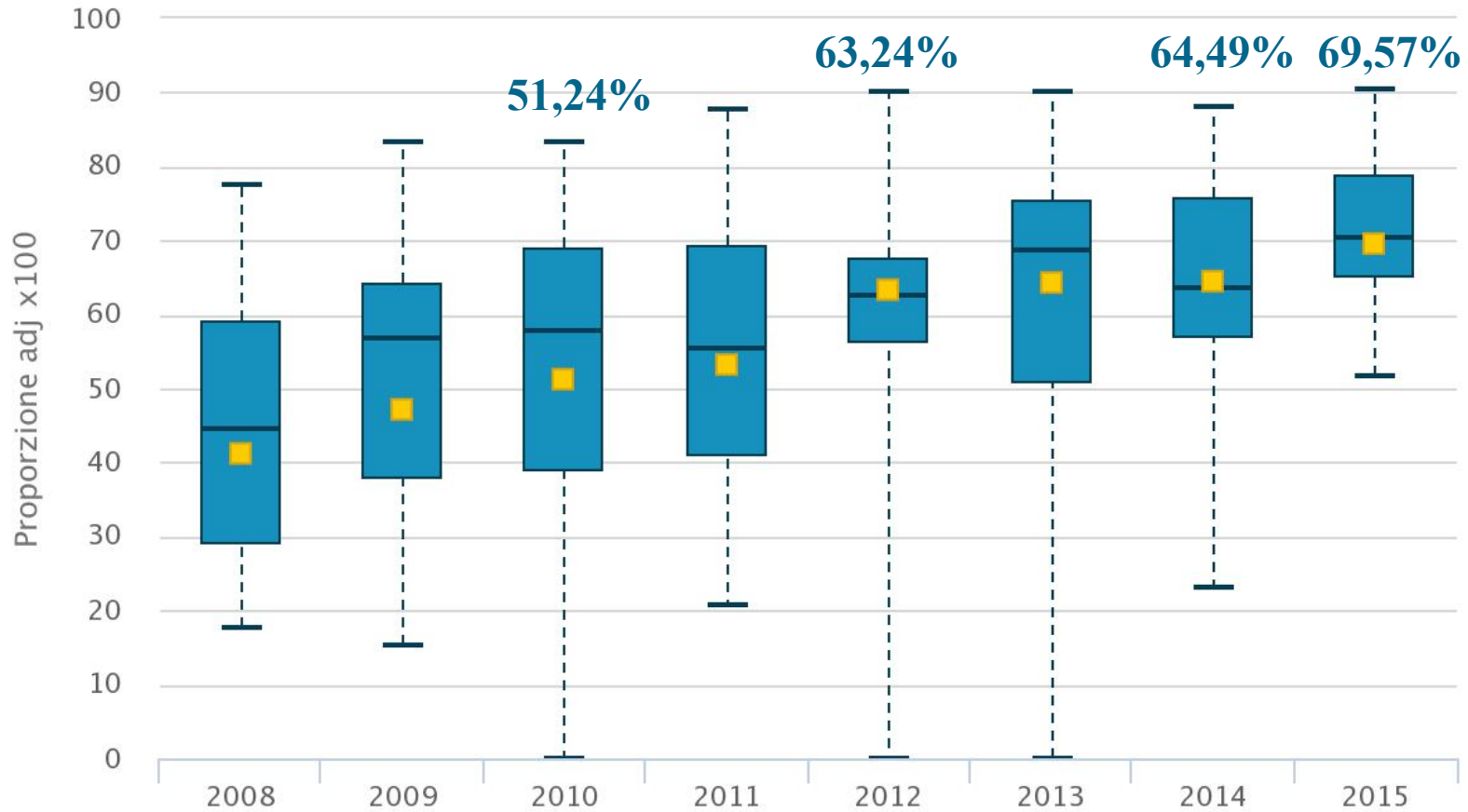


## Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. 2015





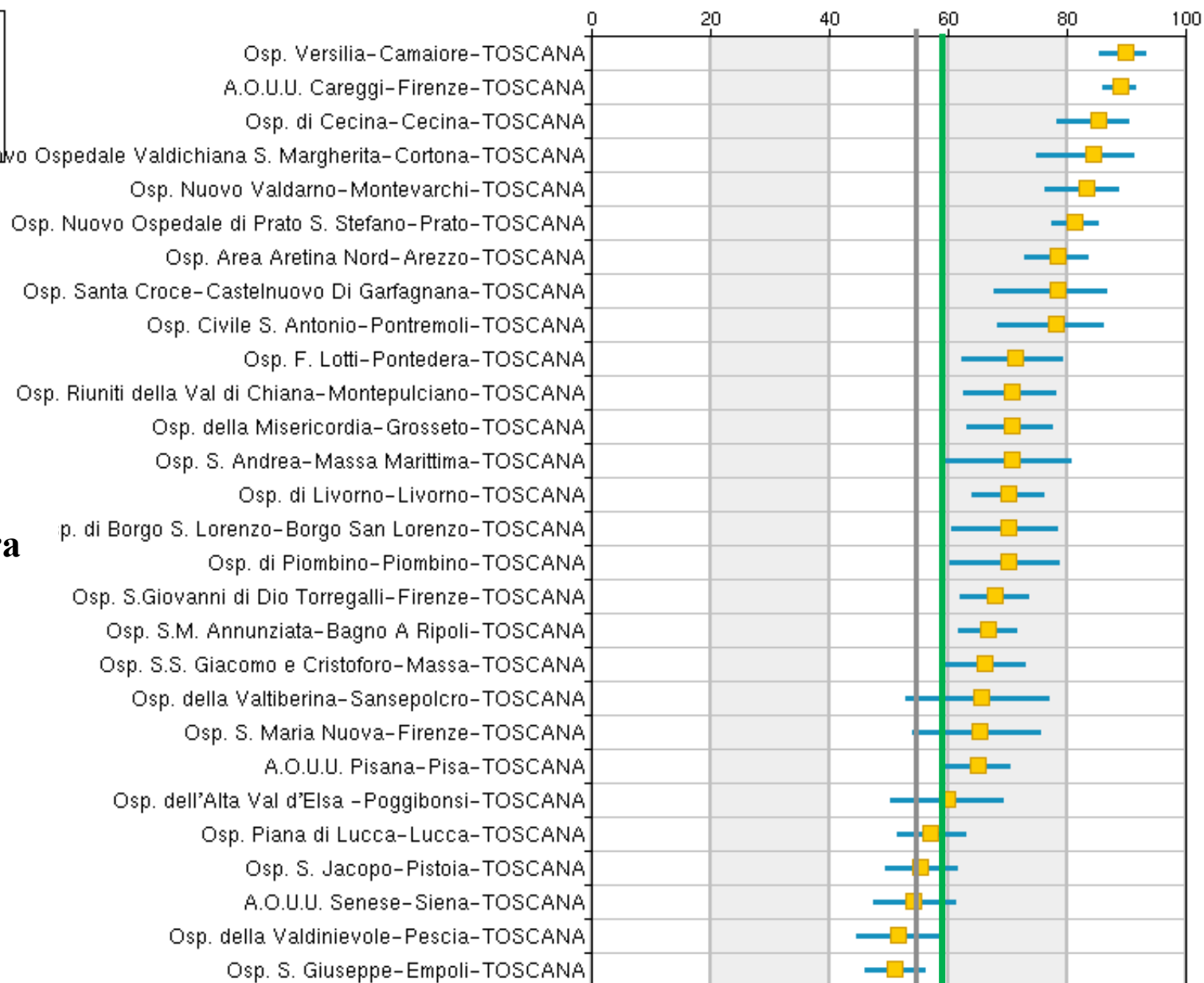
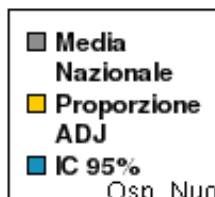
# Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. Toscana



**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.**

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

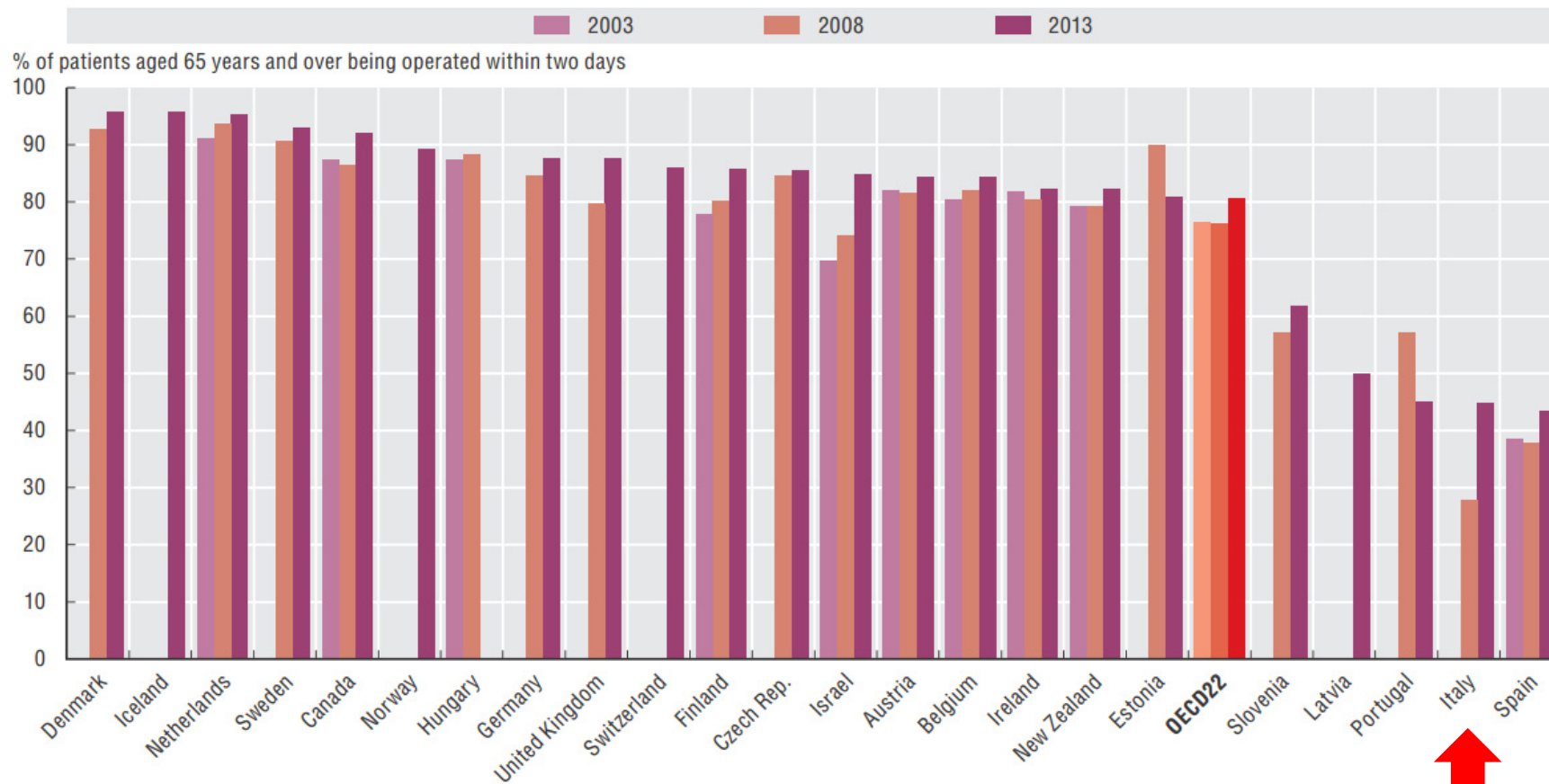
# PROPORZIONE di INTERVENTI per FCF OPERATI ENTRO 2 GG, TOSCANA 2015



**Nessuna struttura segnalata per audit: livello di qualità molto basso (<40%)**


# From:

## 8.15. Hip fracture surgery initiation after admission to hospital, 2003 to 2013 (or nearest years)



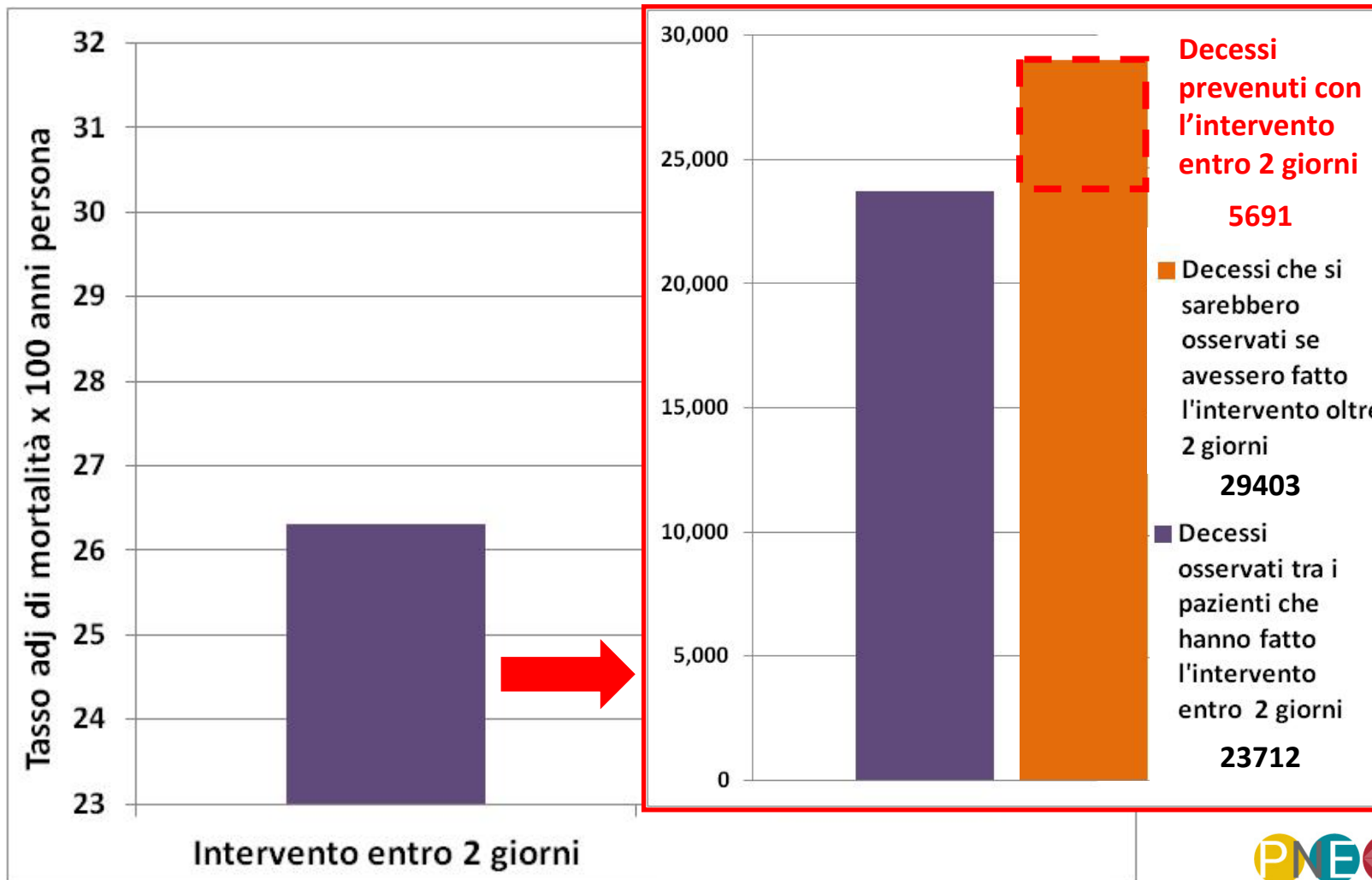
Note: Three-year average for Iceland.

Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

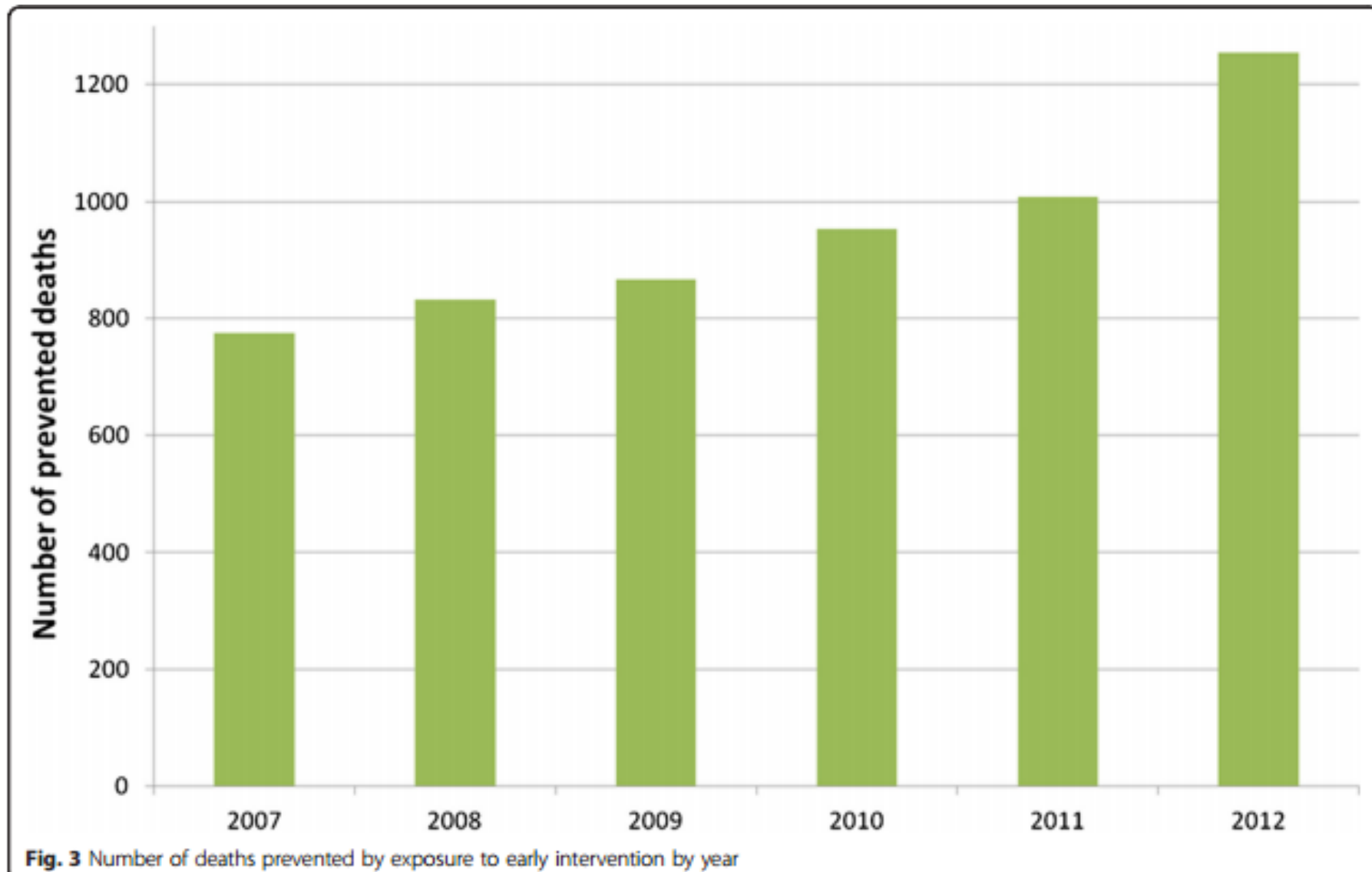
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/8833281152>



# Frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno dal ricovero – ITALIA 2007 - 2012







	2006 - 2007		2008 - 2009				
	N	Proporzione aggiustata	N	Proporzione aggiustata	Rischio Relativo	p	Differenza Assoluta
Lazio	12585	11.8	12469	16.7	1.42	<0.001	4.9
Toscana	11486	30.1	11122	45.2	1.49	<0.001	15.0
Altre regioni italiane	113436	29.4	112222	28.6	0.97	<0.001	-0.9

Original research

**What drives hospital performance?  
The impact of comparative outcome  
evaluation of patients admitted for hip  
fracture in two Italian regions**

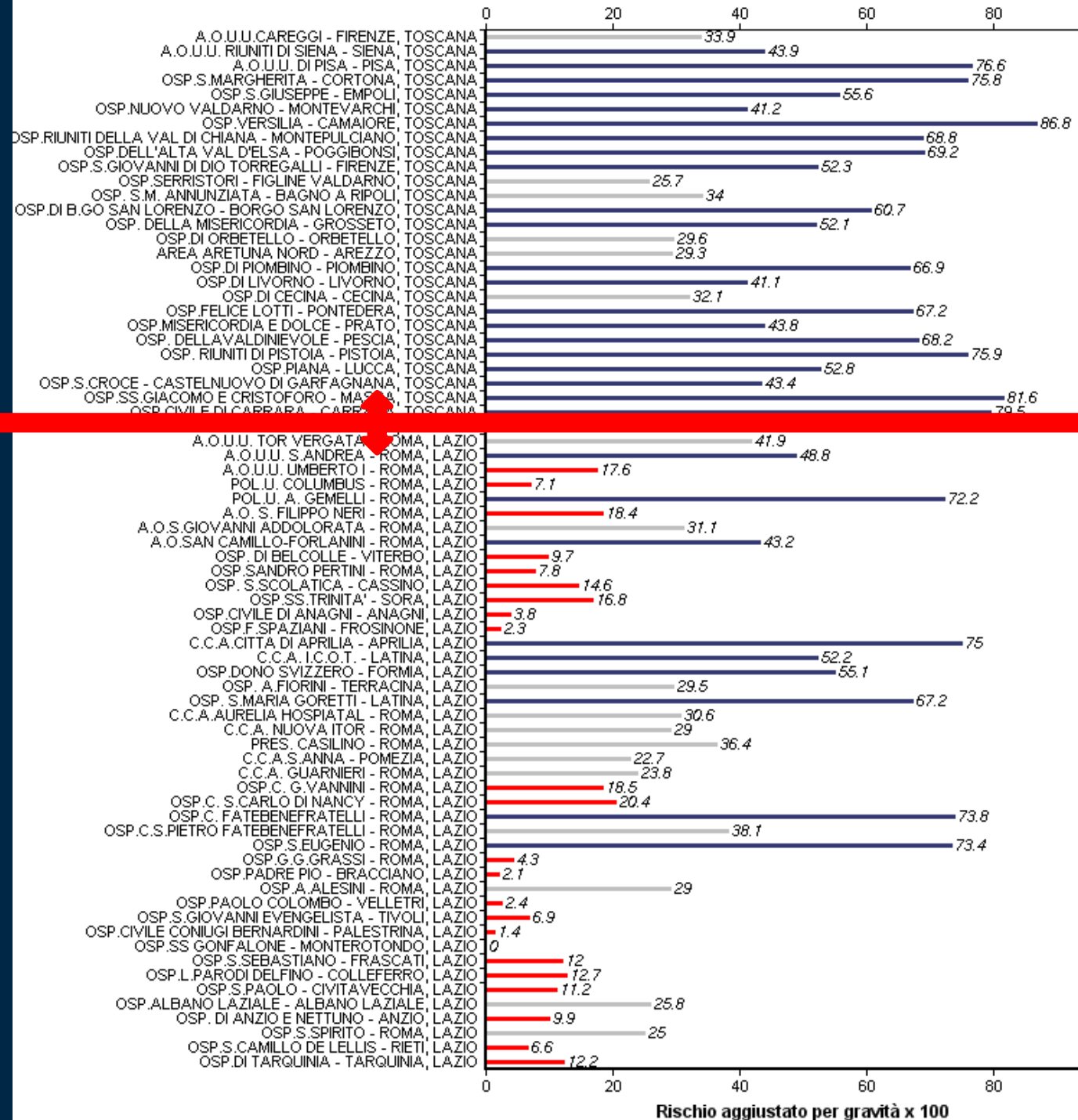
Luigi Pinnarelli,<sup>1</sup> Sabina Nuti,<sup>2</sup> Chiara Sorge,<sup>1</sup> Marina Davoli,<sup>1</sup> Danilo Fusco,<sup>1</sup>  
Nera Agabiti,<sup>1</sup> Milena Vainieri,<sup>2</sup> Carlo A Perucci<sup>3</sup>

BMJ Qual Saf 2012;21:127–134. doi:10.1136/bmjqs-2011-000218

**Frattura del collo  
del femore:  
intervento  
chirurgico entro 48  
ore. PNE 2011**

**Toscana**

**Lazio**



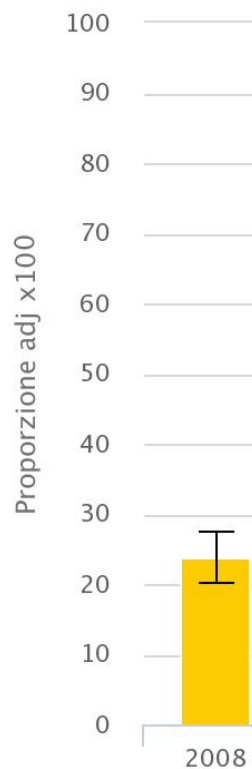
Rischio aggiustato per gravità x 100



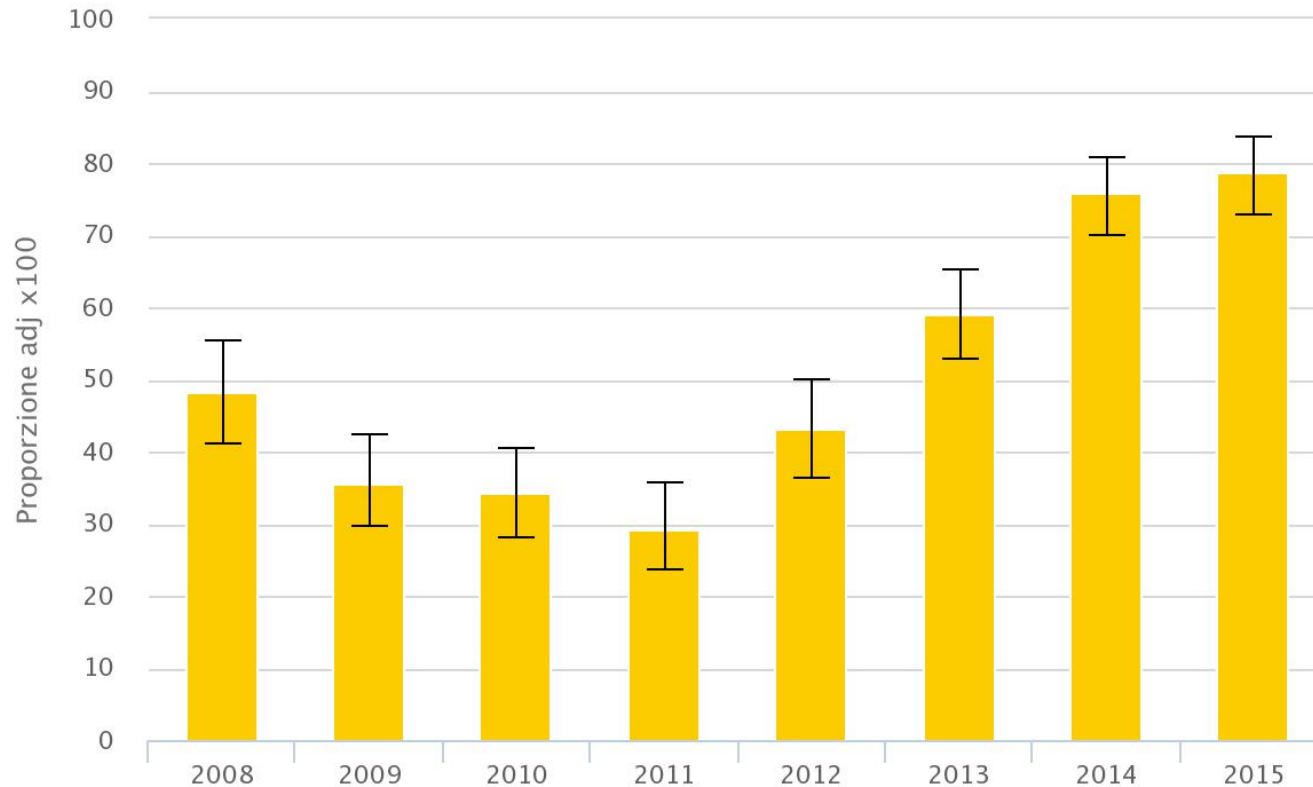
# FCF: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, TOSCANA 2015

## Alcuni esempi di miglioramento

A.O.U.U. Careggi – Firenze



Osp. Area Aretina Nord – Arezzo

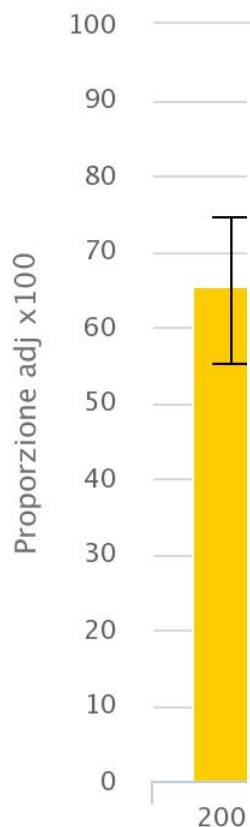




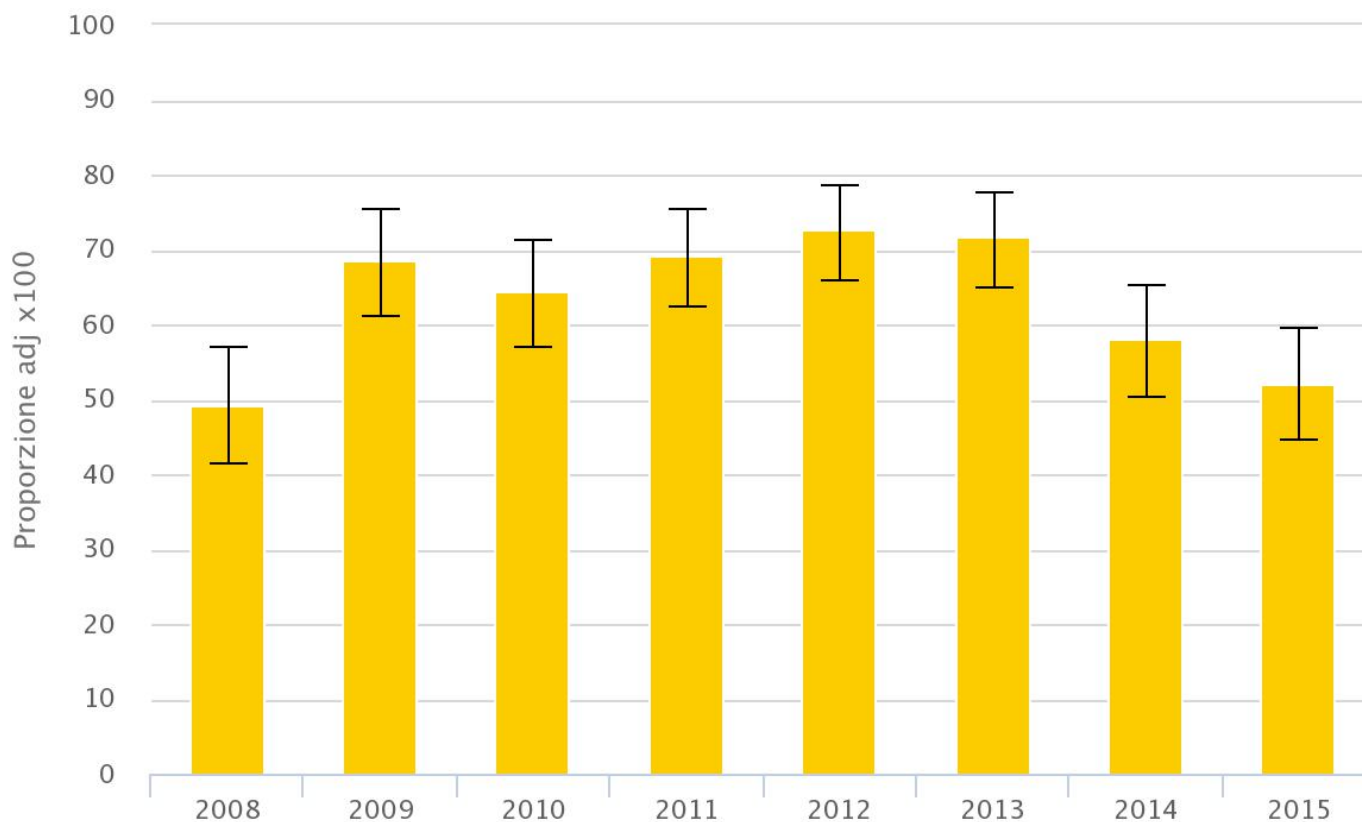
## FCF: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, TOSCANA 2015

### Alcuni esempi di peggioramento

Osp. S.S. Giacomo e Cristoforo – Massa



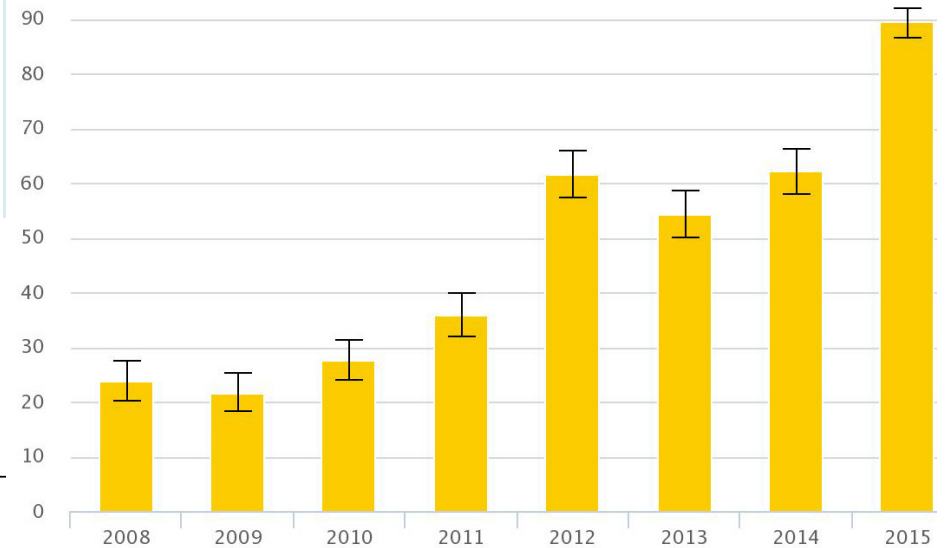
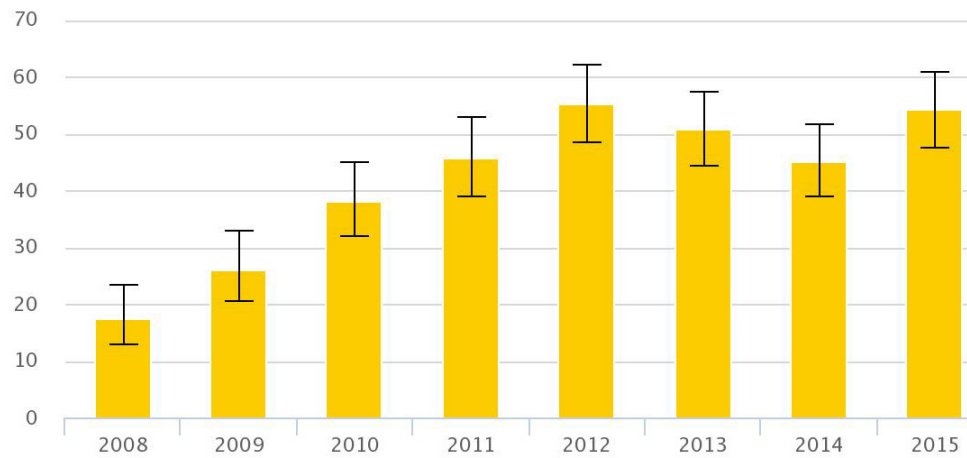
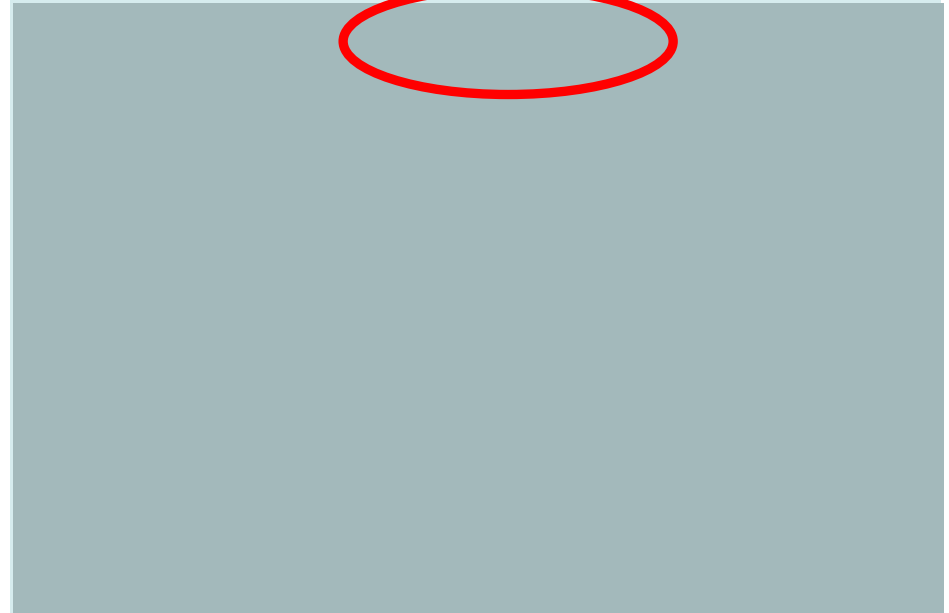
Osp. della Valdinievole – Pescia





### A.O.U.U. SENESE

### A.O.U.U. CAREGGI - FIRENZE





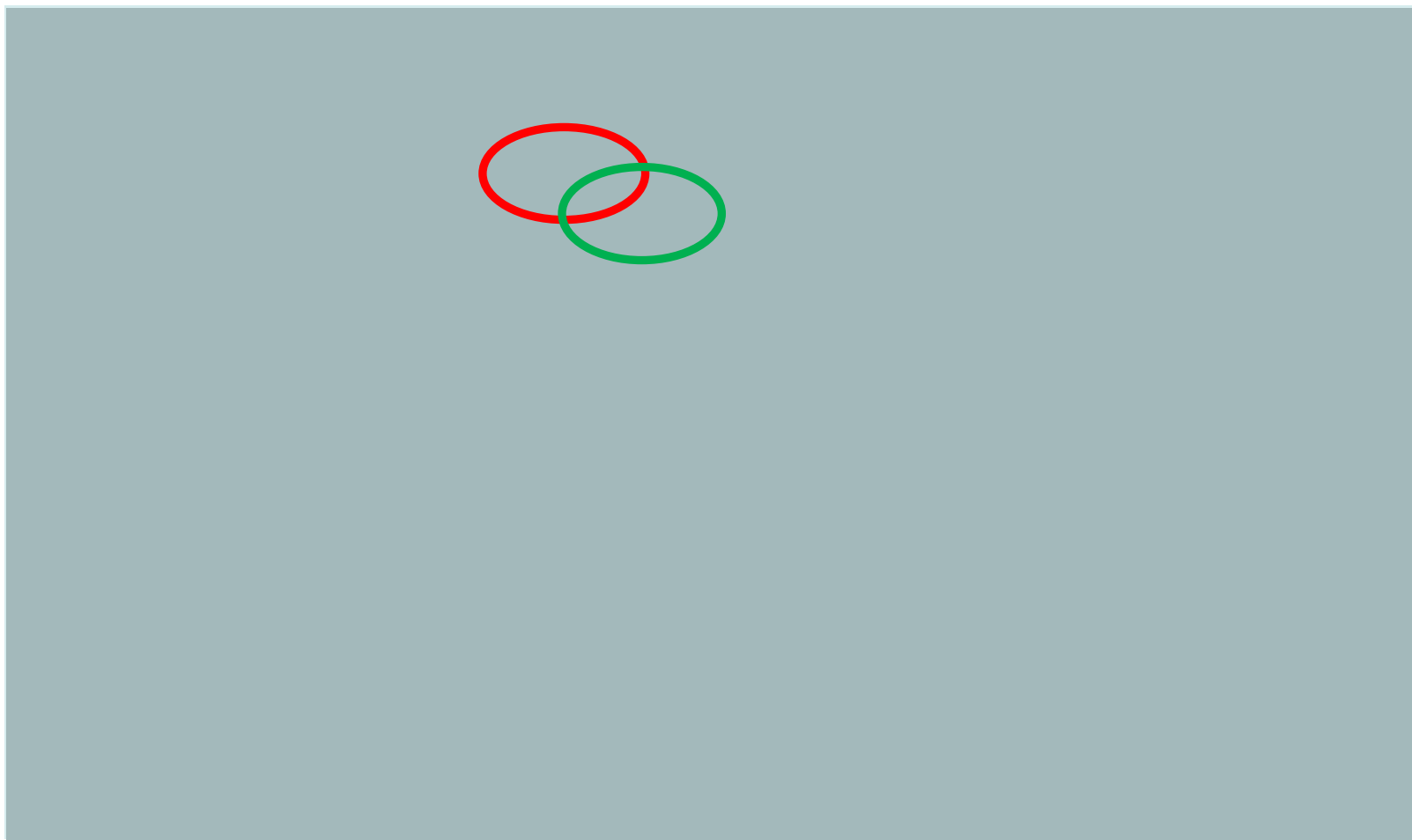
Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## FCF: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, TOSCANA 2015

### Proporzioni aggiustate per area di residenza (MOR)





# FCF: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, PISTOIA 2015

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

ASL Pistoia 01-01-2015 - 30-11-2015

Ricoveri residenti  
455

447 (98.2%)

8 (1.8%)

### Ricoveri in strutture della stessa regione

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
Osp. S. Jacopo	Pistoia	251	55.2	55.46
Osp. della Valdinievole	Pescia	167	36.7	51.83
Altre strutture		29	6.4	

### Ricoveri in strutture di altre regioni

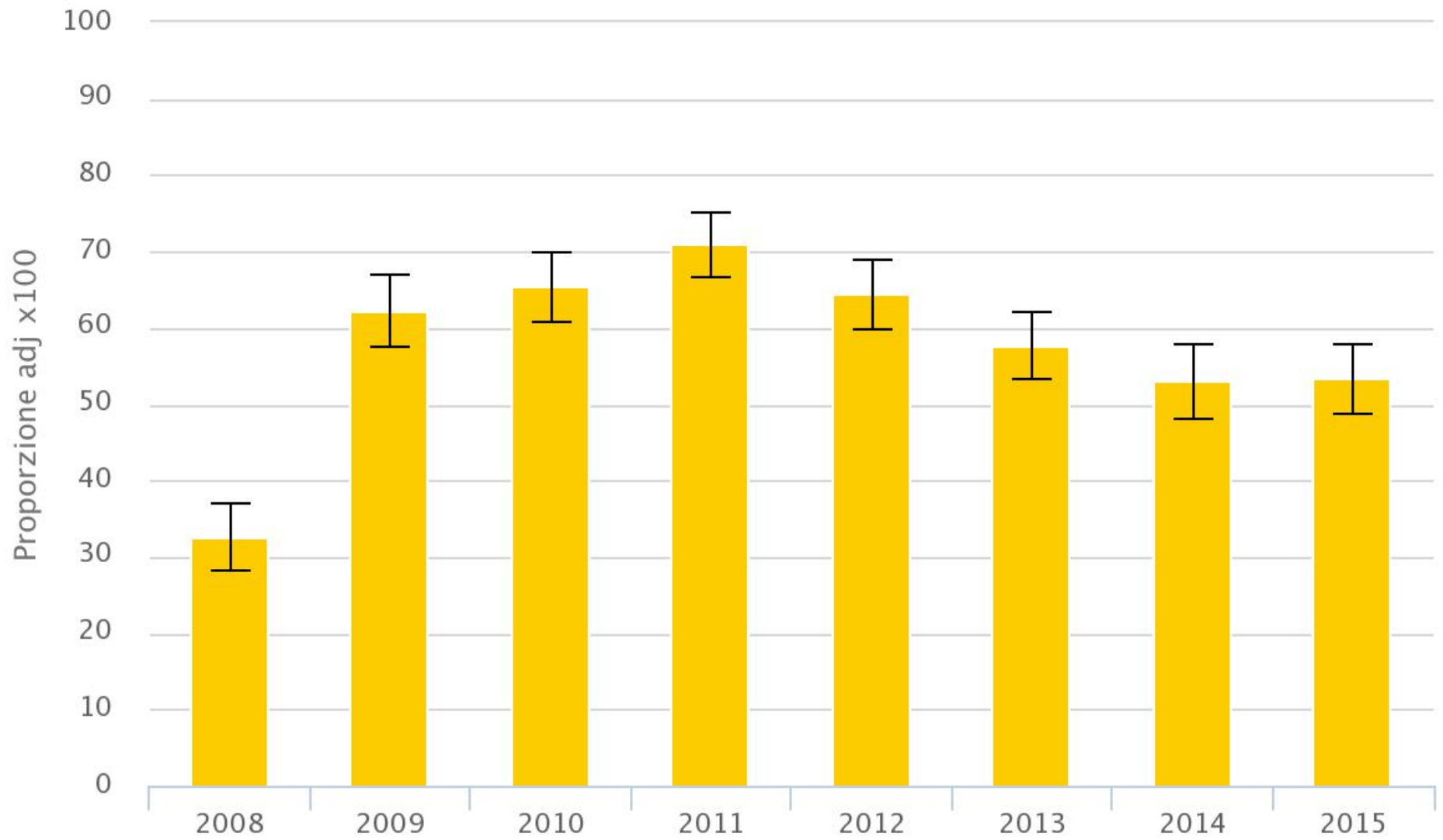
Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
Altre strutture		8	1.8	

\*Rischio aggiustato calcolato su tutti i ricoveri della struttura per l'indicatore in studio





# PR Pistoia





# FCF: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, EMPOLI 2015

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

ASL Empoli 01-01-2015 - 30-11-2015

Ricoveri residenti  
399

397 (99.5%)

2 (0.5%)

### Ricoveri in strutture della stessa regione

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
Osp. S. Giuseppe	Empoli	365	91.5	51.08
Altre strutture		32	8.0	

### Ricoveri in strutture di altre regioni

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
Altre strutture		2	0.5	

\*Rischio aggiustato calcolato su tutti i ricoveri della struttura per l'indicatore in studio





# Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni FCF: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI, ASL FIRENZE 2015

Ricoveri residenti  
1374

1339 (97.5%)

35 (2.5%)

### Ricoveri in strutture della stessa regione

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
A.O.U.U. Careggi	Firenze	487	35.4	89.11
Osp. S.M. Annunziata	Bagno A Ripoli	355	25.8	66.85
Osp. S.Giovanni di Dio Torregalli	Firenze	246	17.9	68.04
Osp. di Borgo S. Lorenzo	Borgo San Lorenzo	99	7.2	70.24
Altre strutture		79	5.7	
Osp. S. Maria Nuova	Firenze	73	5.3	65.54

### Ricoveri in strutture di altre regioni

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
Altre strutture		35	2.5	

\*Rischio aggiustato calcolato su tutti i ricoveri della struttura per l'indicatore in studio





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

ASL Prato 01-01-2015 - 30-11-2015

Ricoveri residenti  
393

390 (99.2%)

3 (0.8%)

#### Ricoveri in strutture della stessa regione

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
Osp. Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano	Prato	374	95.2	81.51
Altre strutture		16	4.1	

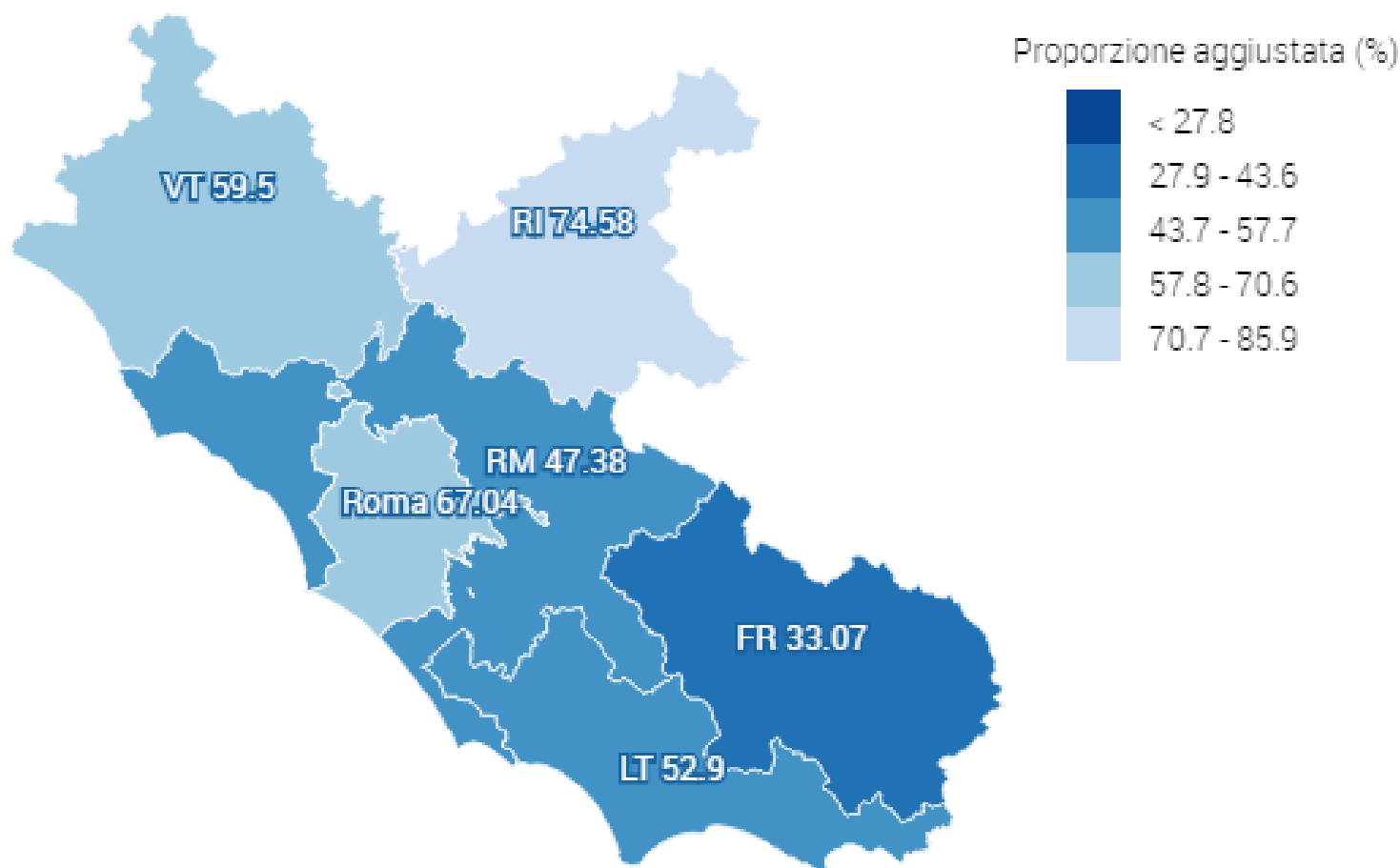
#### Ricoveri in strutture di altre regioni

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	% ADJ*
Altre strutture		3	0.8	

\*Rischio aggiustato calcolato su tutti i ricoveri della struttura per l'indicatore in studio









≡ Cambia area clinica » Muscoloscheletrico

◀ indietro

Frattura del collo del femore ▶

Artroscopia del ginocchio ▶

Sostituzione di ginocchio ▶

➔ Protesi di ginocchio ▶

Frattura della Tibia e Perone ▶

➔ Protesi di anca ▶

➔ Protesi di spalla ▶

volume di ricoveri

riammissioni a 30 giorni

revisione entro 2 anni

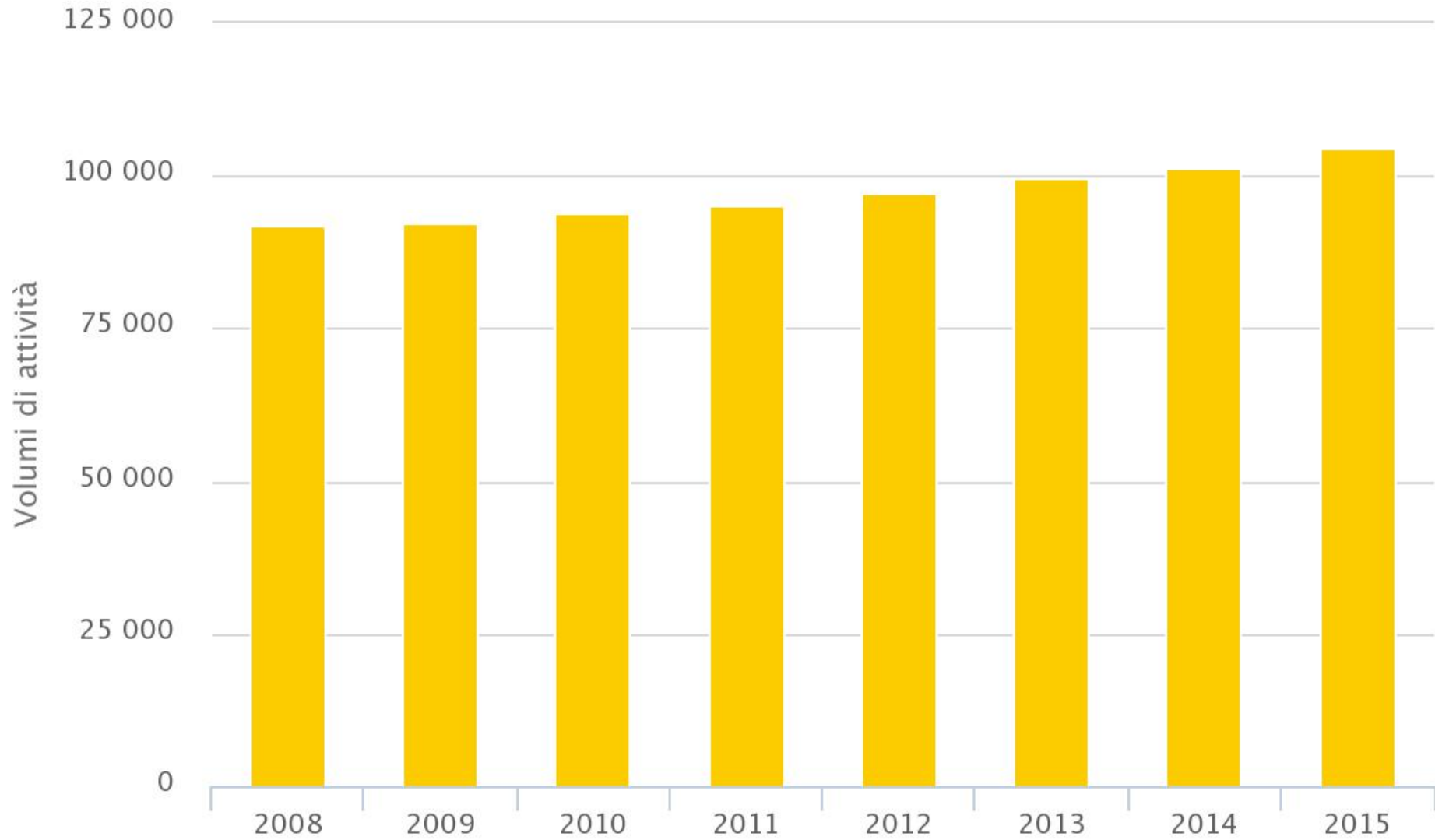


*Ministero della Sanità*



*Azienda Nazionale per lo Studio e la Cura delle Protesi d'Anca*

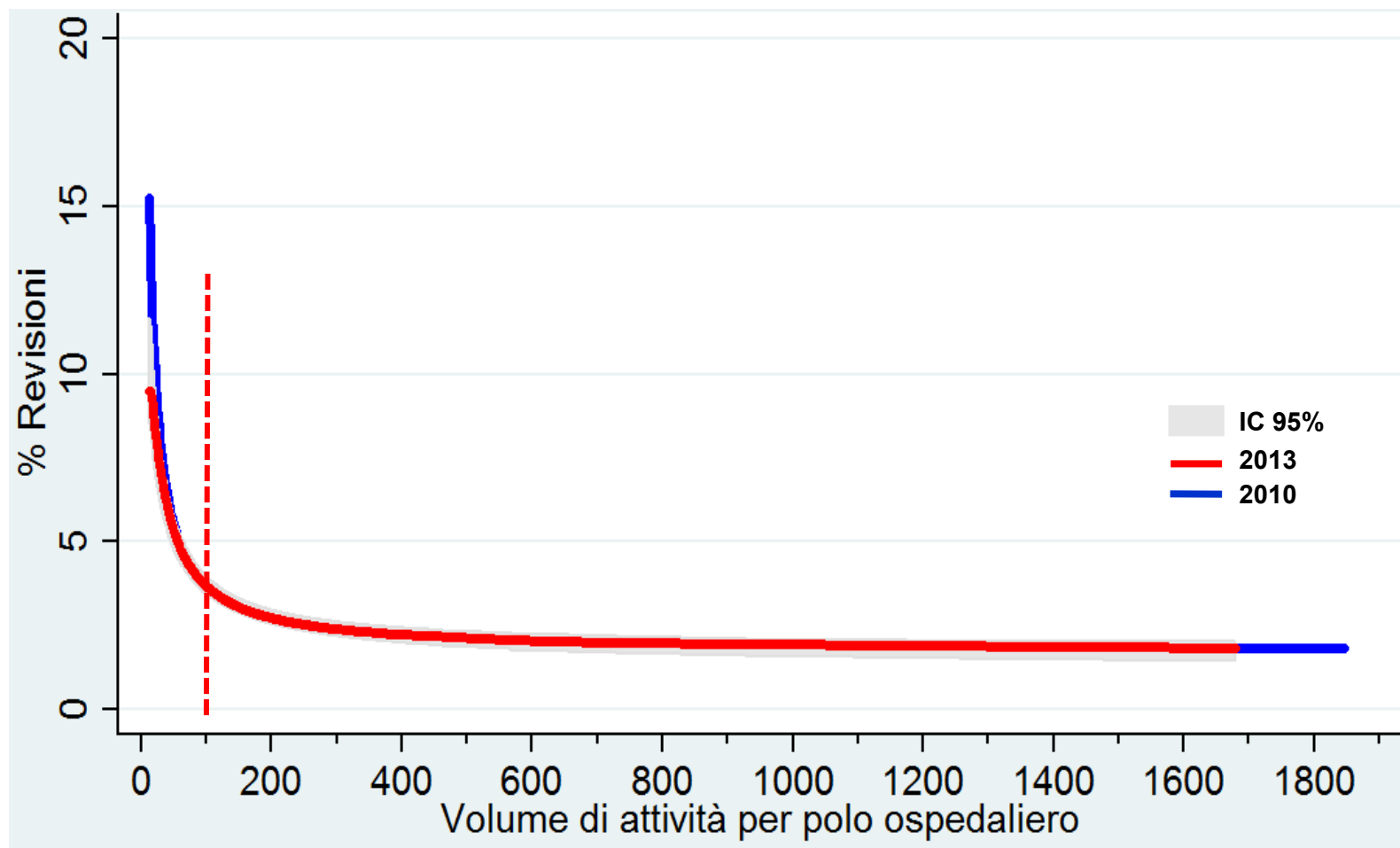
## Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri





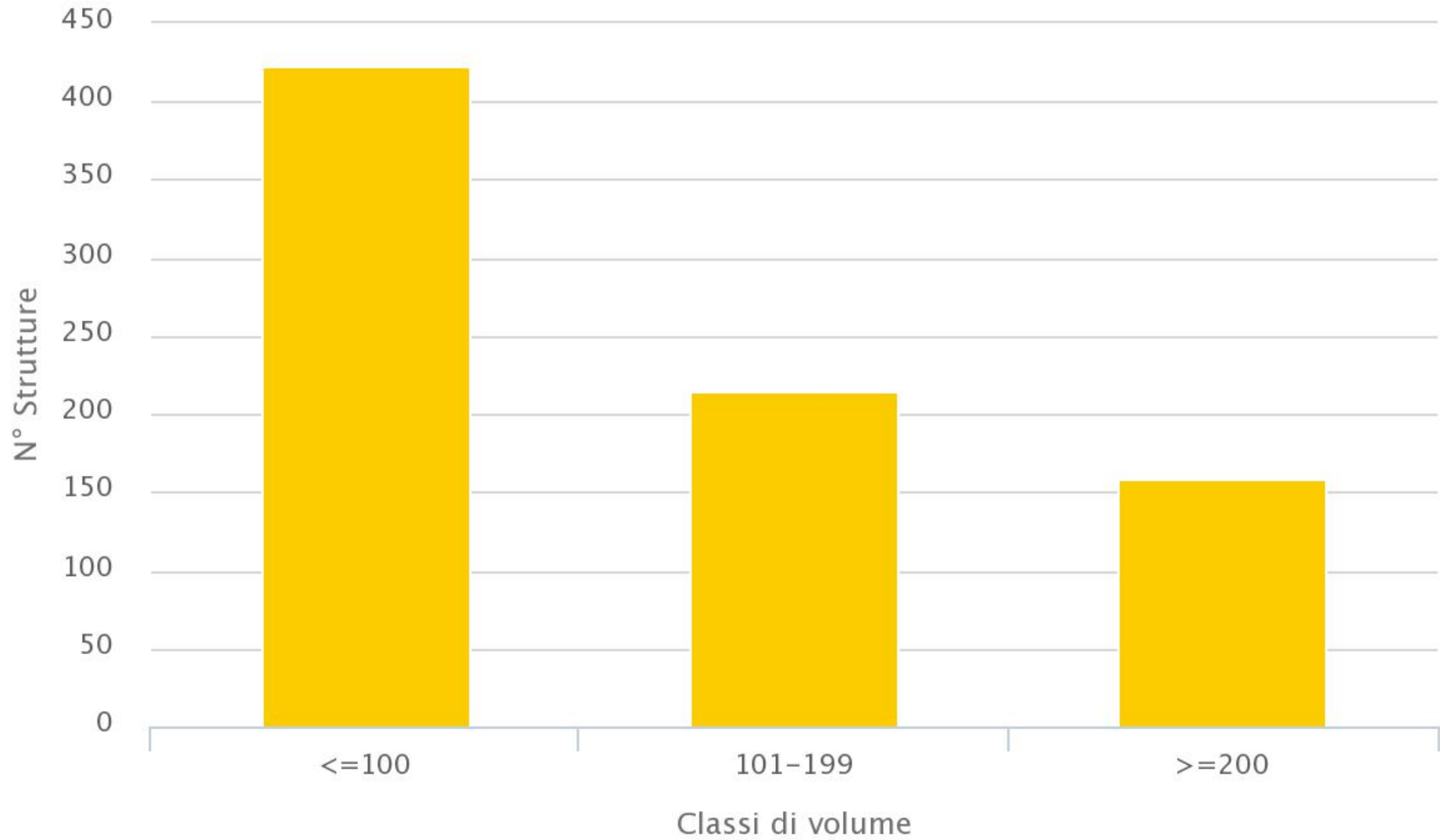


## Artroplastica dell'anca. Associazione tra revisione a 2 anni e volume di attività per poli ospedalieri. Italia, 2010, 2013





## Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri



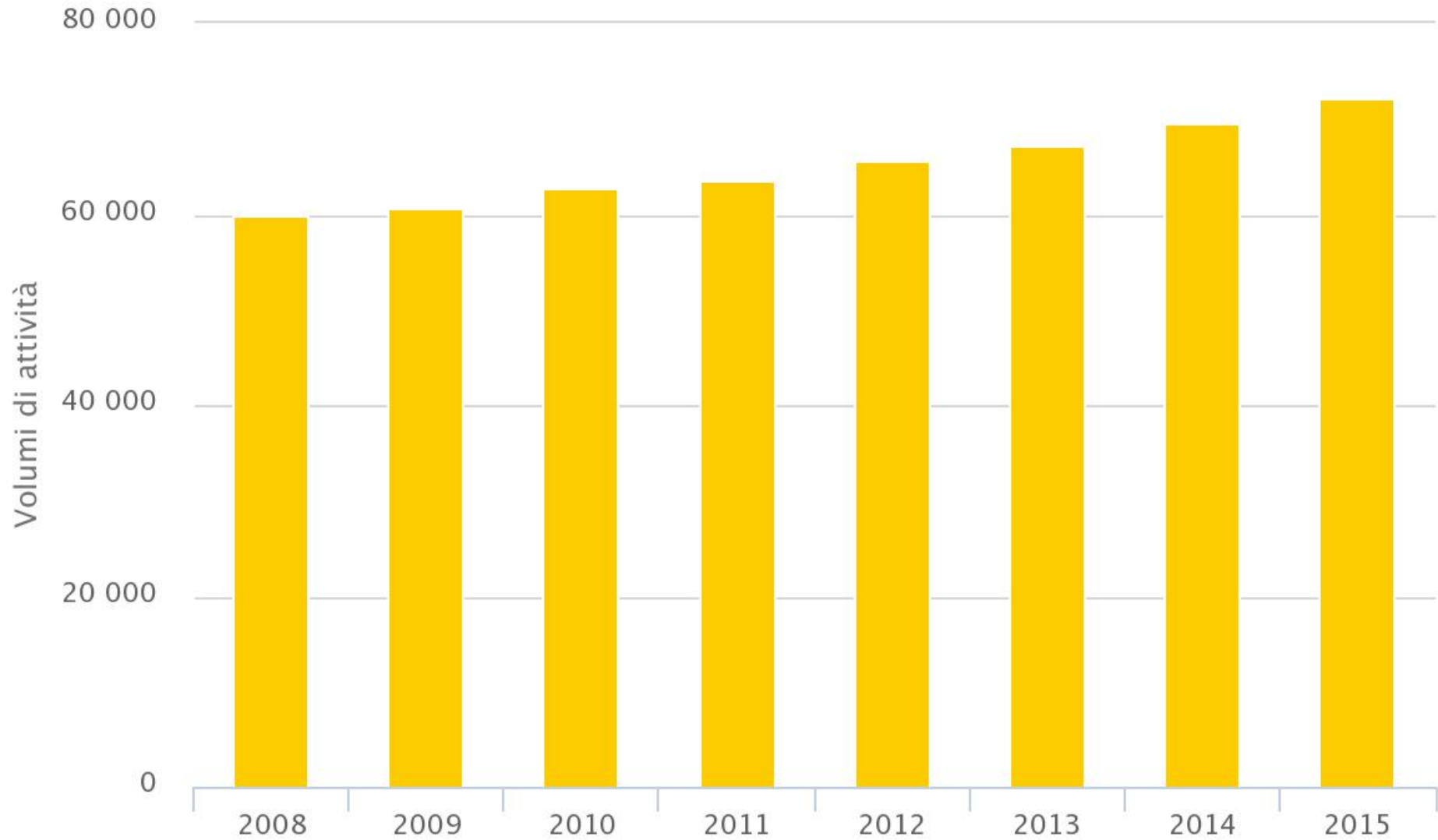


Ministero della Sanità



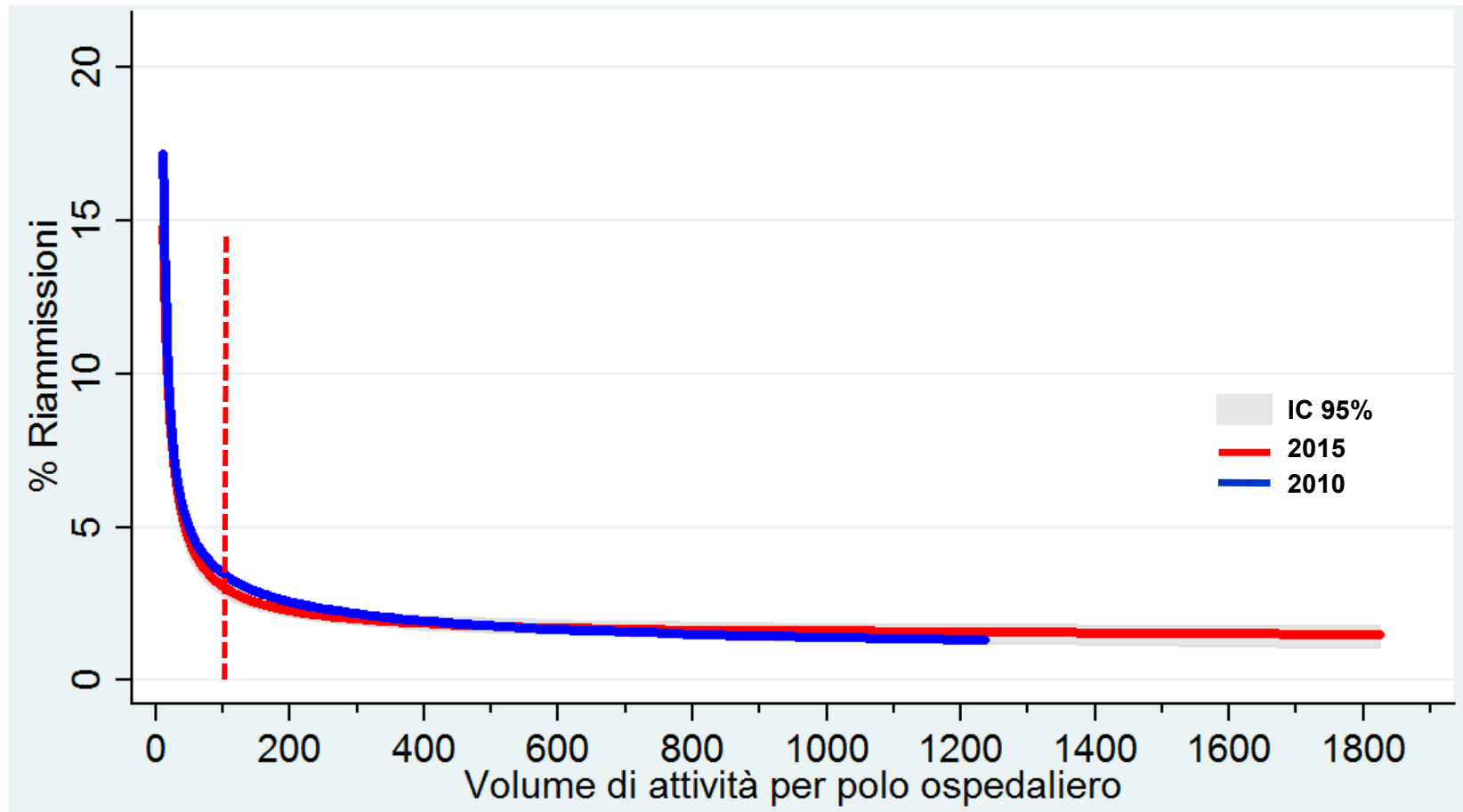
Azienda Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

# Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri



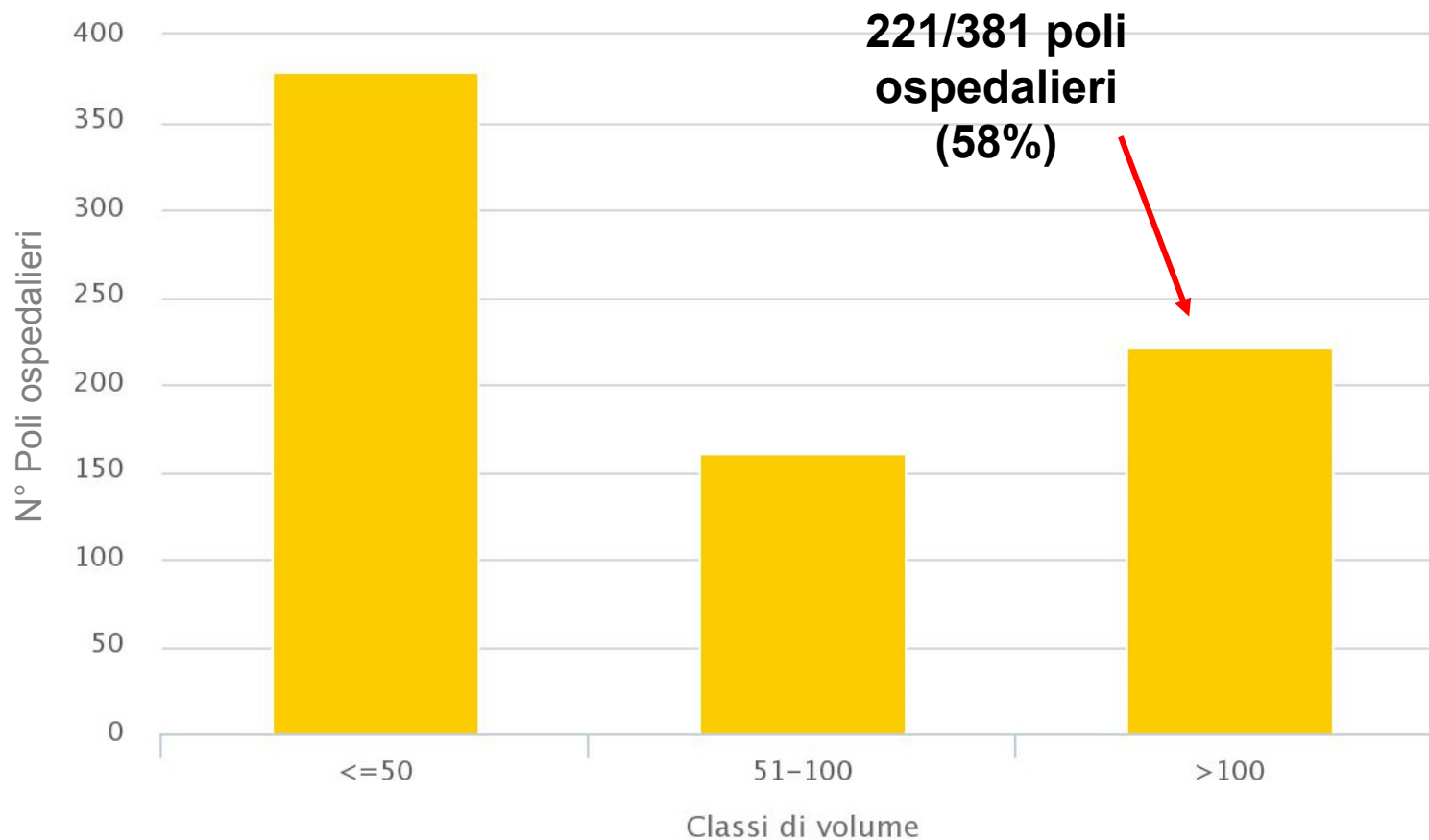


## Artroplastica del ginocchio. Associazione tra riammissione a 30 giorni e volume di attività per poli ospedalieri. Italia, 2010, 2015



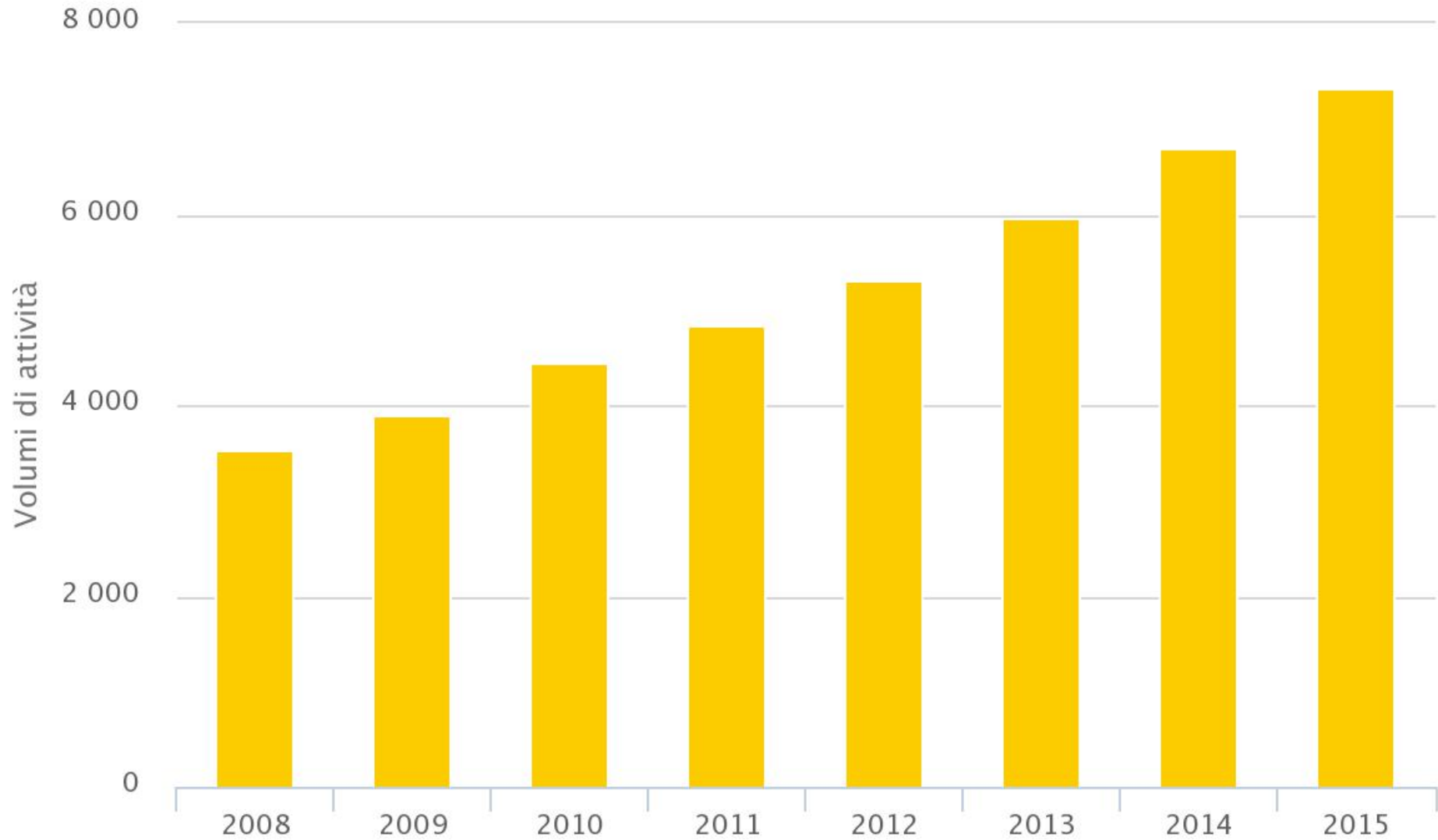


## Artroplastica del ginocchio. Numero di poli ospedalieri per classi di volume di attività. Italia, 2015





## Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri



BRIEF REPORT

# Does Hospital Volume Affect Complications of Total Knee Arthroplasty?

JASVINDER A. SINGH<sup>1</sup>

**Compared to low volume hospitals (<5, 5–9, or 10–14 procedures annually), patients receiving TSA at higher volume hospitals (15–24 or +25 procedures annually) had significantly lower likelihood of**

**Objective.** To assess the outcomes and complications of total knee arthroplasty (TSA) performed at hospitals with different annual TSA procedure volumes. **Methods.** We used the US National Inpatient Sample to assess the association between hospital TSA procedure volume (inpatient facility), length of stay, and 30-day mortality. **Results.** Patients receiving TSA at higher volume hospitals (15–24 or +25 procedures annually) had significantly lower rates of postarthroplasty fracture, blood transfusion, and TSA revision (P < 0.0001). Compared to lower volume hospitals (1–4 procedures annually), patients receiving TSA at higher volume hospitals had a significantly lower likelihood of being discharged to an inpatient medical facility (P < 0.0001). Overall median: 46.6%, 41.2%, and 1.2%, respectively.

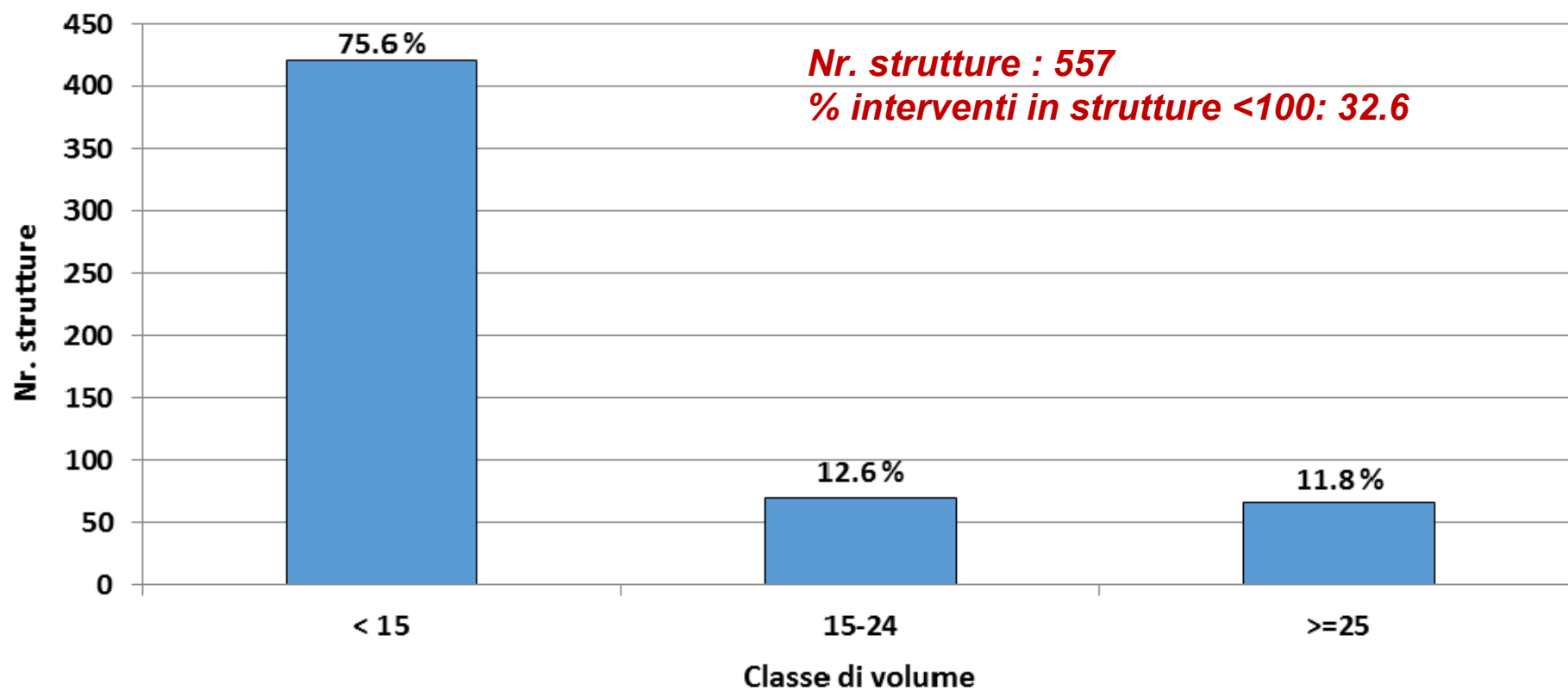
**being discharged to an inpatient medical facility; hospital stay above the overall median; higher rate of postarthroplasty fracture, blood transfusion and TSA revision**

and

plasty (TSA) with patient characteristics and variation of hospital annual disposition (home versus hospital) and revision. Annual hospital volume was categorized into four groups: <5, 5–9, 10–14, and 15–24 or +25 procedures annually. Patients receiving TSA at higher volume hospitals had a significantly lower likelihood of being discharged to an inpatient medical facility (P < 0.0001) and white patients receiving TSA at higher volume hospitals had a significantly lower likelihood of being discharged to an inpatient medical facility (P < 0.0001); hospital stay above the overall median: 46.6%, 41.2%, and 1.2%, respectively.



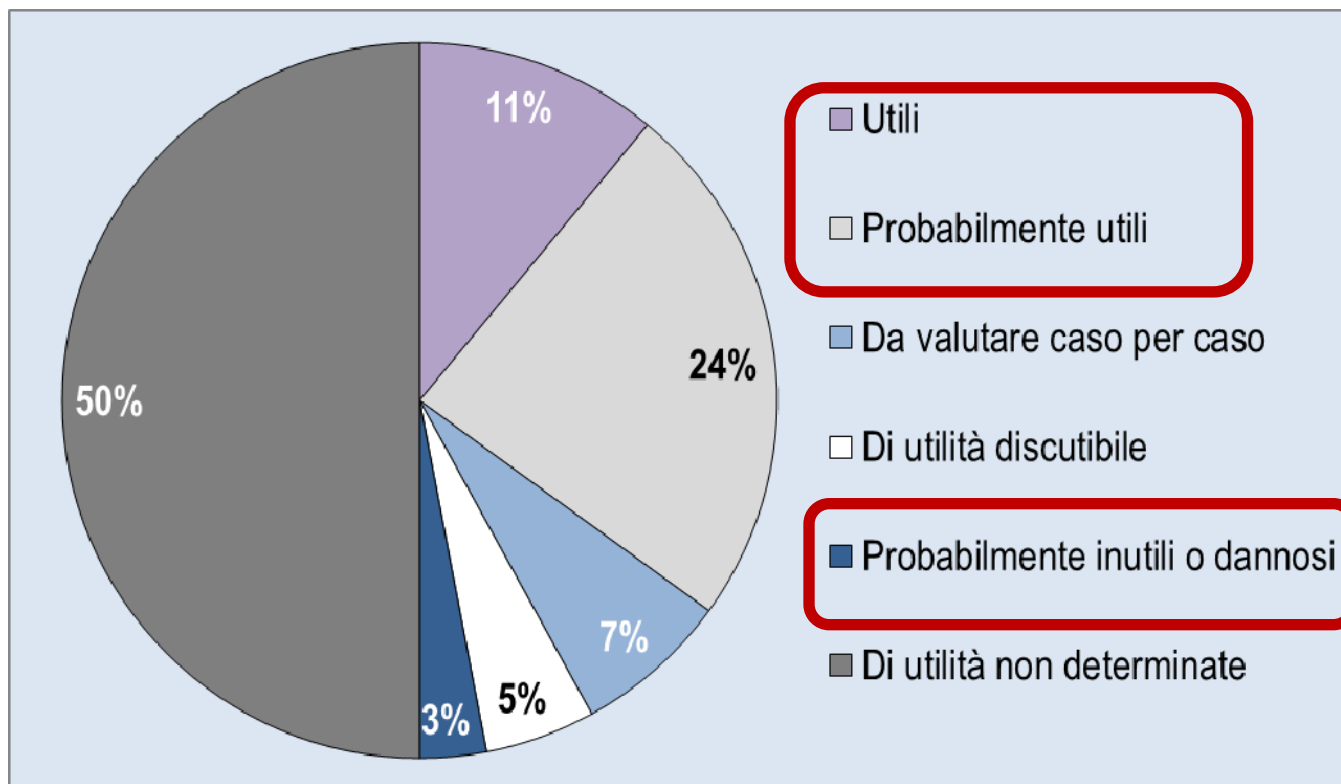
### Strutture che eseguono interventi di protesi della spalla per classe di volumi annuo. Italia (2014)





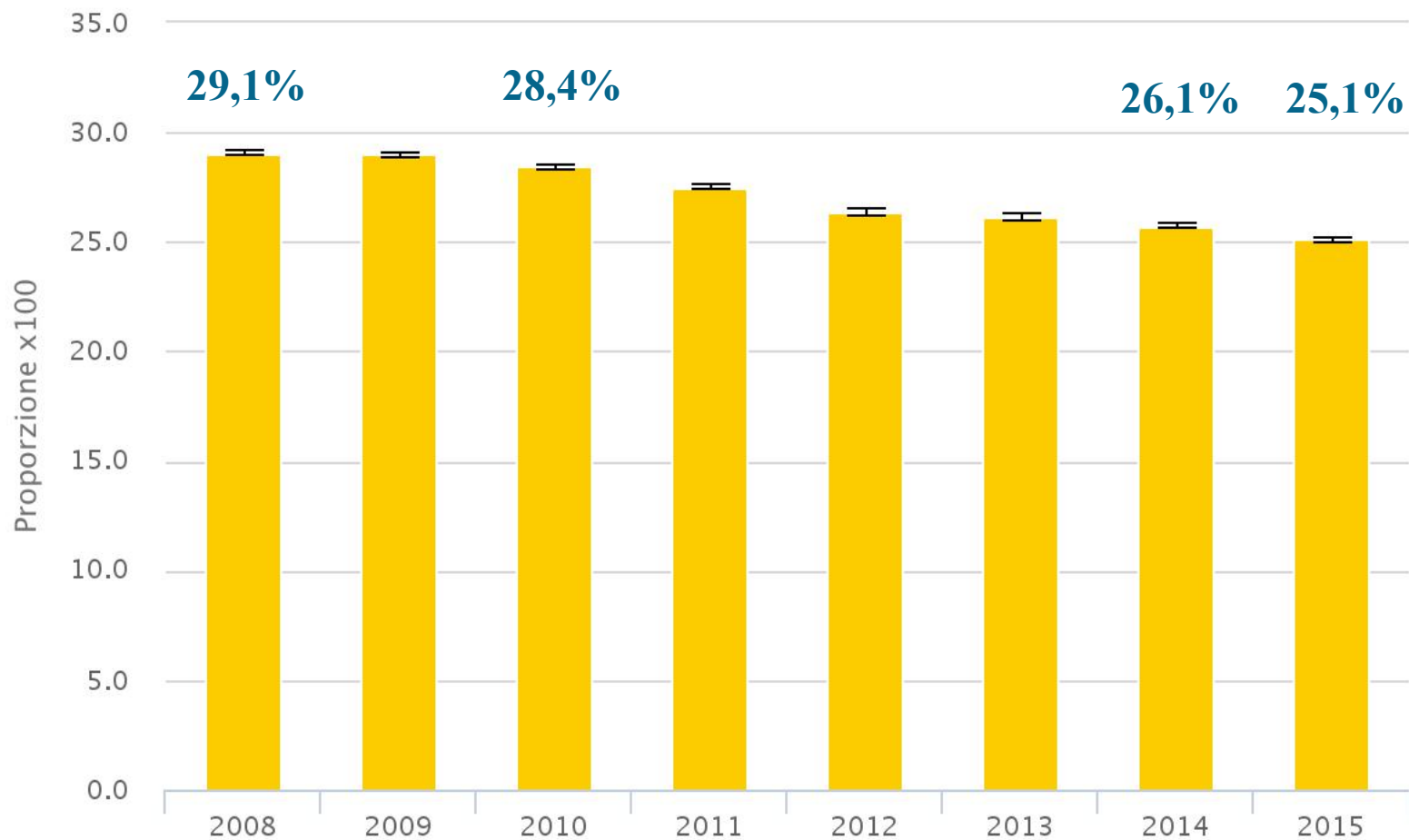


## Efficacia di 3000 trattamenti, risultati da studi controllati randomizzati selezionati da *Clinical Evidence*. 2015



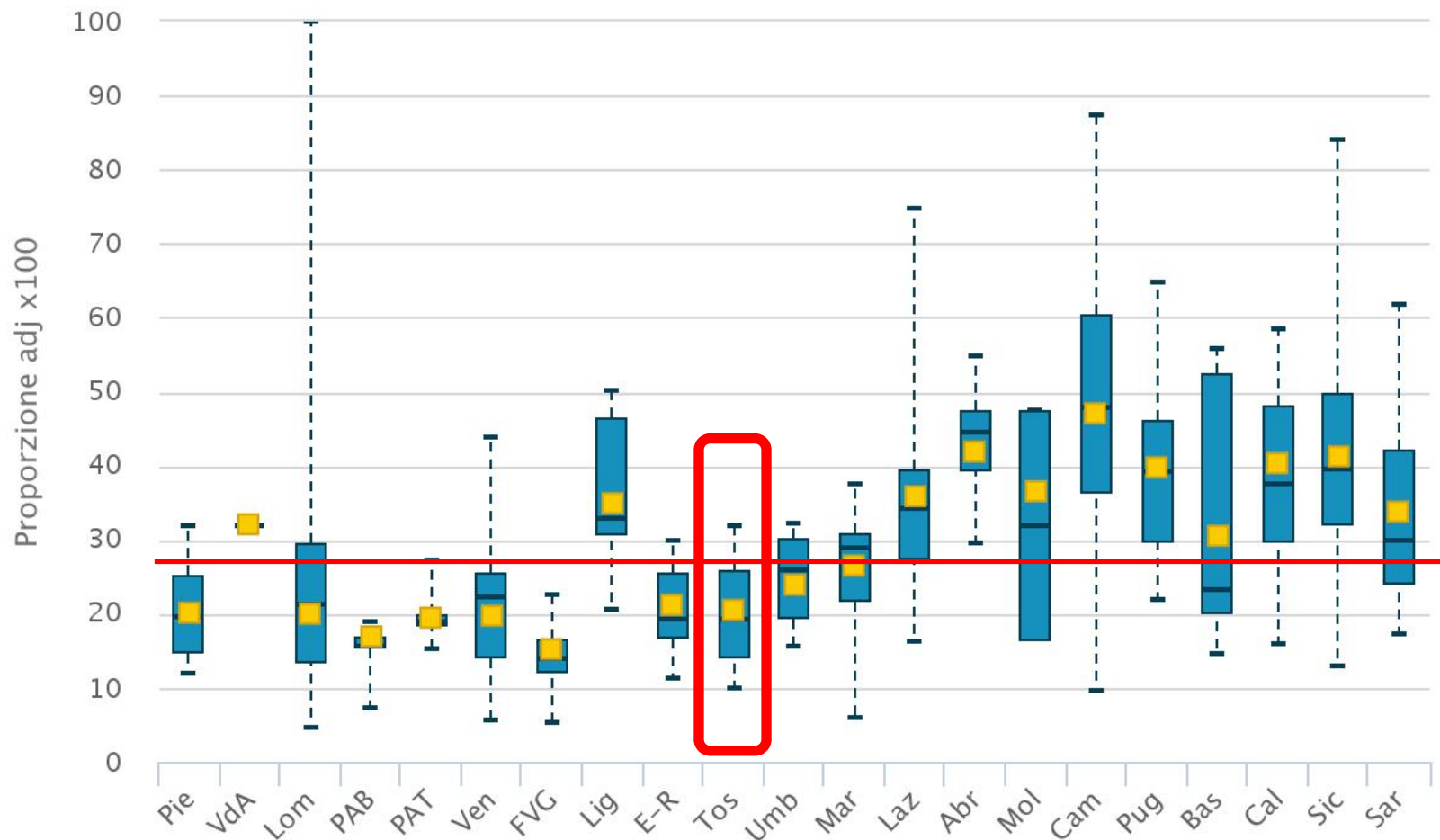


## Proporzione di parti con taglio cesareo primario



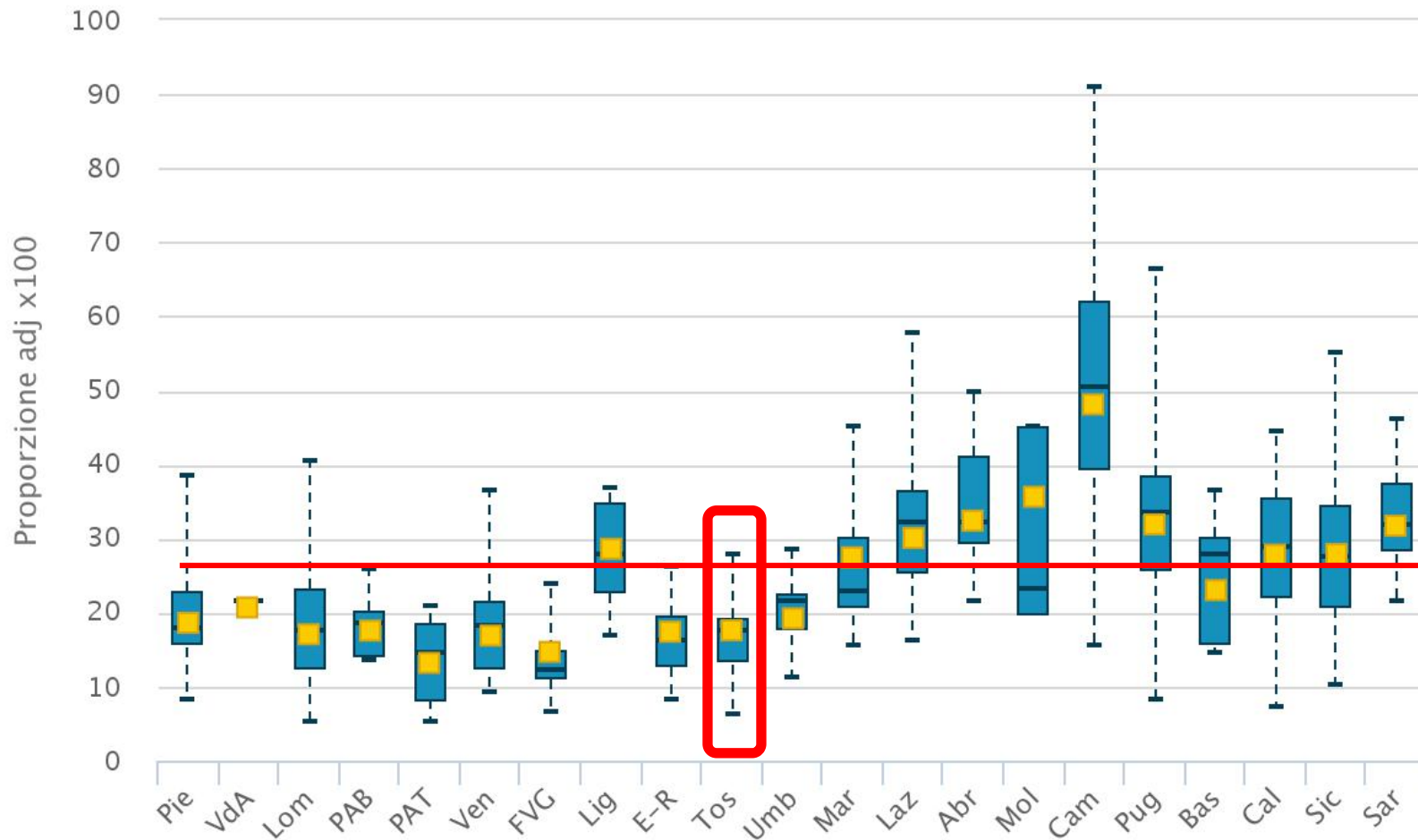


## Proporzione di parti con taglio cesareo primario. 2010



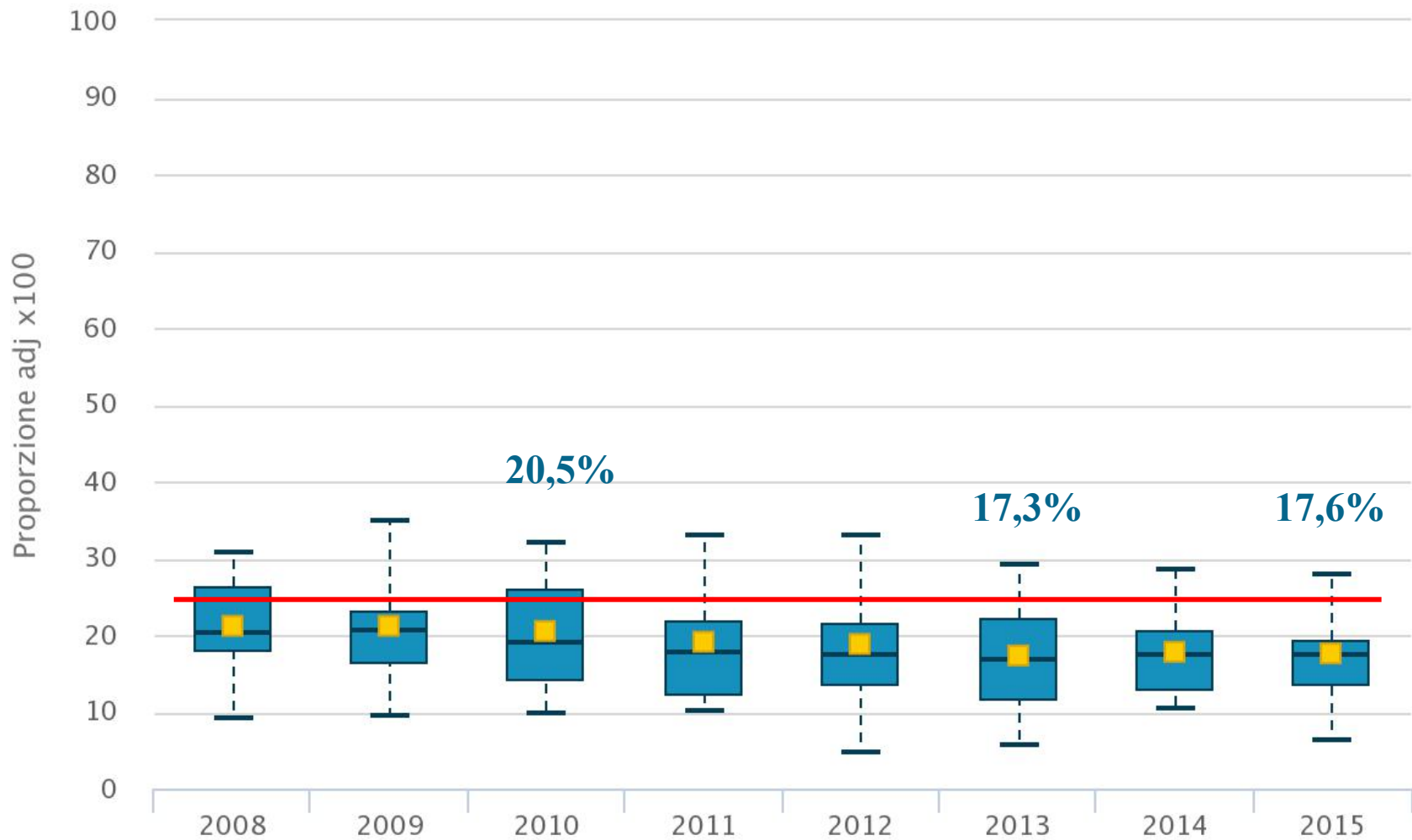


### Proporzione di parti con taglio cesareo primario. 2015





### Proporzione di parti con taglio cesareo primario. Toscana

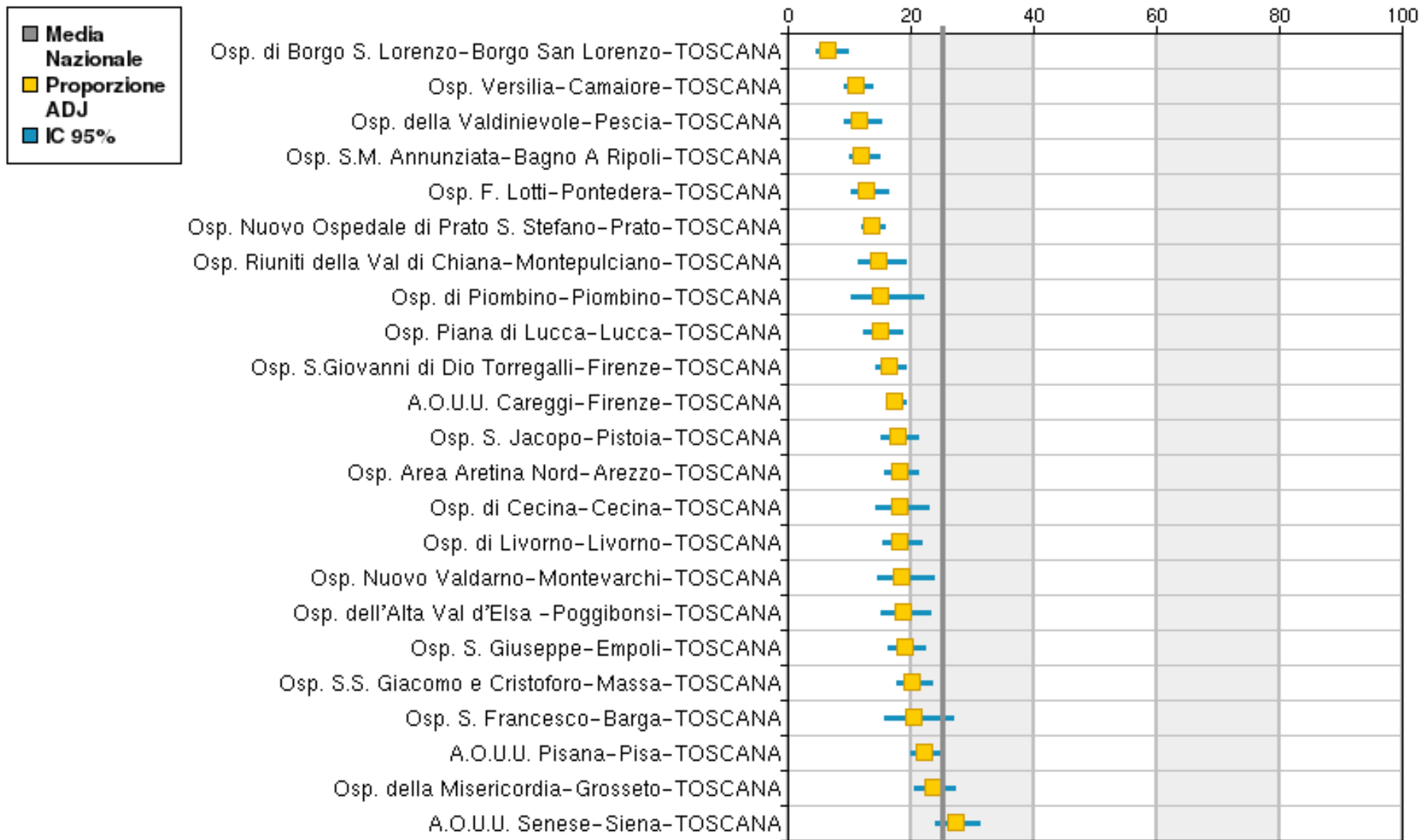


€





# PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO, TOSCANA 2015





## Risk Adjustment



Modello Predittivo

CONDIZIONE	N	OR GREZZA	OR ADJ	P
29-33 aa.	119427	1	1	666.000
10-17 aa. vs 29-33 aa.	1731	1,18	1,23	0.001
18-24 aa. vs 29-33 aa.	39874	0,9	1,01	0.426
25-28 aa. vs 29-33 aa.	63989	0,96	1,03	0.014
34-38 aa. vs 29-33 aa.	97399	1,08	1,01	0.297
39-55 aa. vs 29-33 aa.	38739	1,69	1,57	0.000
Cittadinanza missing	3893	0,71	0,57	0.000
Cittadinanza italiana	290115	1	1	666.000
Cittadinanza in Paesi sviluppati (esc. Italia) vs Italiana	2044	0,7	0,65	0.000
Cittadinanza in Paesi dell'Est vs Italiana	29891	0,59	0,57	0.000
Cittadinanza in Paesi in via di sviluppo (esc. Italia) vs Italian	35216	0,65	0,61	0.000
Tumori maligni* (ric. ind.)	150	5,79	7,24	0.000
Tumori maligni*	488	1,58	1,32	0.017
Malattie della tiroide* (ric. ind.)	3540	0,95	0,69	0.000
Malattie della tiroide*	827	1,54	1,19	0.060
Diabete*	196	5,14	4,63	0.000
Disordini del fegato in gravidanza (ric. ind.)	2683	1,9	1,95	0.000
Anemie (ric. ind.)	2934	1,44	1,2	0.000
Anemie	674	2,12	1,84	0.000
Difetti della coagulazione (ric. ind.)	359	1,93	1,87	0.000
Difetti della coagulazione	145	2,11	1,5	0.055
Ipertensione arteriosa*	154	2,76	1,94	0.001
Malattie cardiache (ric. ind.)	227	5,82	4,66	0.000
Malattie cardiache	405	2,61	1,97	0.000
Malattie cardiovascolari in gravidanza (ric. ind.)	465	7,71	9,97	0.000
Miscelanea malattie polmonari acute (ric. ind.)	120	9,81	12,81	0.000
Asma (ric. ind.)	69	3,66	2,67	0.001





## Risk Adjustment



Modello Predittivo

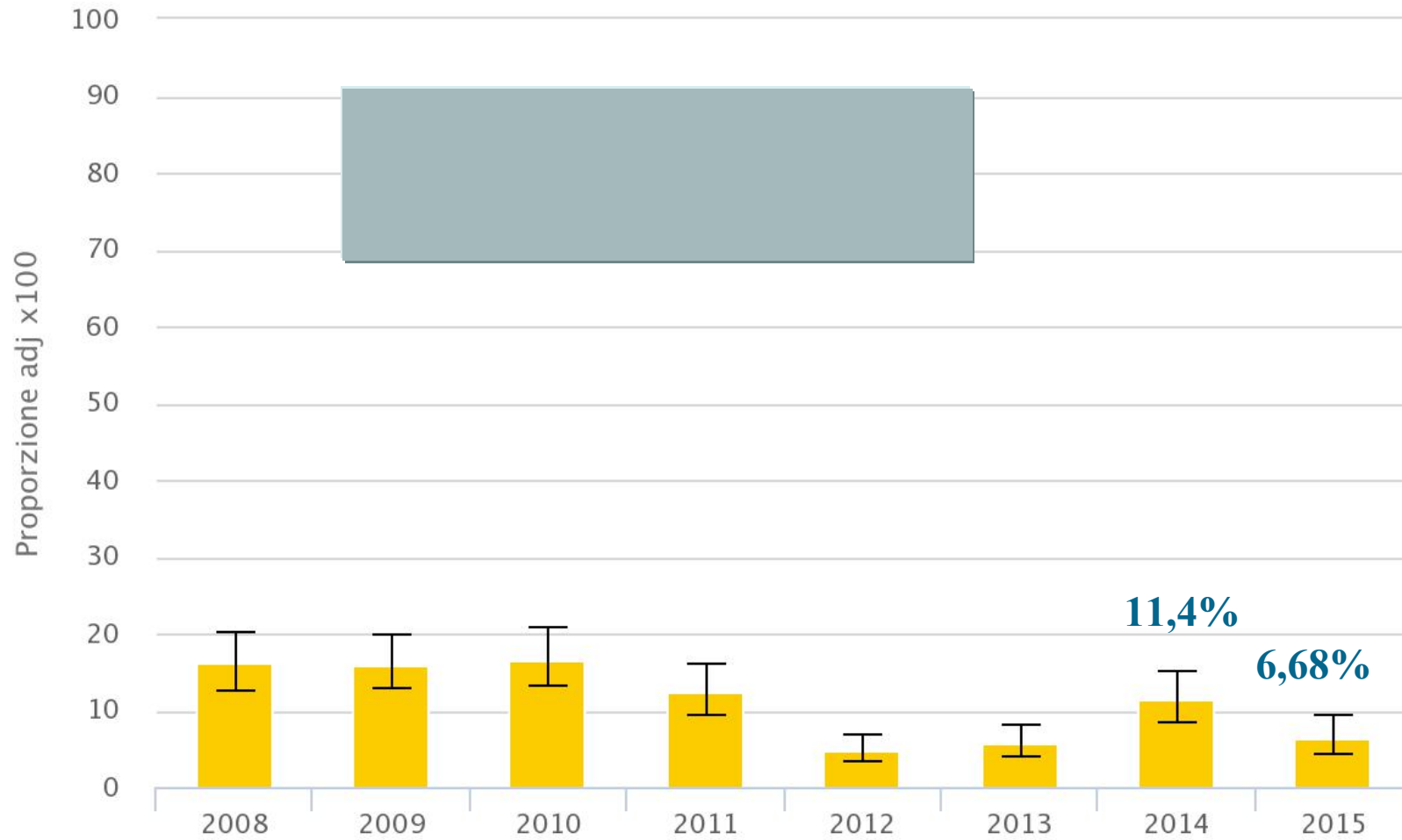
CONDIZIONE	N	OR GREZZA	OR ADJ	P
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi (ric. ind.)	51	3,93	2,47	0.009
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	85	2,65	1,16	0.611
Malattia renale non specificata in gravidanza, senza menzic	273	2,56	2,38	0.000
Gravidanza a rischio (ric. ind.)	1237	3,42	2,35	0.000
Perdita ematica antepartum /abruptio placentae/placenta	4655	53,15	80,83	0.000
Eclampsia/pre-eclampsia (ric. ind.)	4787	8,99	10,29	0.000
Parto postermine (ric. ind.)	14751	0,77	1,12	0.000
Gravidanza multipla (ric. ind.)	6665	23,38	23,94	0.000
Posizione e presentazione anomale del feto (ric. ind.)	17847	106,94	141,83	0.000
Sproporzione /eccessivo sviluppo del feto (ric. ind.)	4862	8,54	14,16	0.000
Anomalie fetali (ric. ind.)	2021	5,06	6,24	0.000
Isoimmunizzazione Rh (ric. ind.)	2395	0,89	0,86	0.010
Distress fetale (ric. ind.)	6072	19,9	30,98	0.000
Ritardo di crescita intrauterina (ric. ind.)	7821	4,93	4,23	0.000
Patologia liquido amniotico (ric. ind.)	15235	3,29	3,98	0.000
Rottura prematura delle membrane (ric. ind.)	48065	0,73	0,87	0.000
Prolasso del cordone ombelicale (ric. ind.)	284	30,99	45,96	0.000
Malattie del collagene (ric. ind.)	102	2,17	1,72	0.025
Malattie del collagene	107	2,82	1,77	0.019
Anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio (ri	86	4,14	4,41	0.000
Anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio	127	2,76	2,06	0.001
HIV (ric. ind.)	116	8,18	13,03	0.000
HIV	42	7,46	3,2	0.005
Herpes genitale e altre malattie veneree (ric. ind.)	105	3,16	4,76	0.000
Fecondazione assistita (ric. ind.)	577	6,15	3,33	0.000
Malattie cerebrovascolari (ric. ind. e prec.)	127	3,55	4,08	0.000







## Osp. di Borgo S. Lorenzo – Borgo San Lorenzo



αξ





# STRUTTURE CON % FATTORE di RISCHIO “patologia liquido amniotico” > media nazionale TOSCANA 2015



STRUTTURA	N.	Patologia liquido amniotico
Italia		4,2
Osp. S.Giovanni di Dio Torregalli - Firenze	1359	9
Osp. di Borgo S. Lorenzo - Borgo San Lorenzo	357	8,7
Osp. di Livorno - Livorno	845	8,1
Osp. della Valdinievole - Pescia	609	7,9
A.O.U.U. Careggi - Firenze	2938	7,2
Osp. Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano - Prato	1807	6,7
Osp. S. Francesco - Barga	297	5,4
Osp. S.M. Annunziata - Bagno A Ripoli	958	5,2
Osp. Area Aretina Nord - Arezzo	1145	5
Osp. della Misericordia - Grosseto	1074	4,8





# STRUTTURE CON % FATTORE di RISCHIO “presentazione anomala feto” > media nazionale TOSCANA 2015



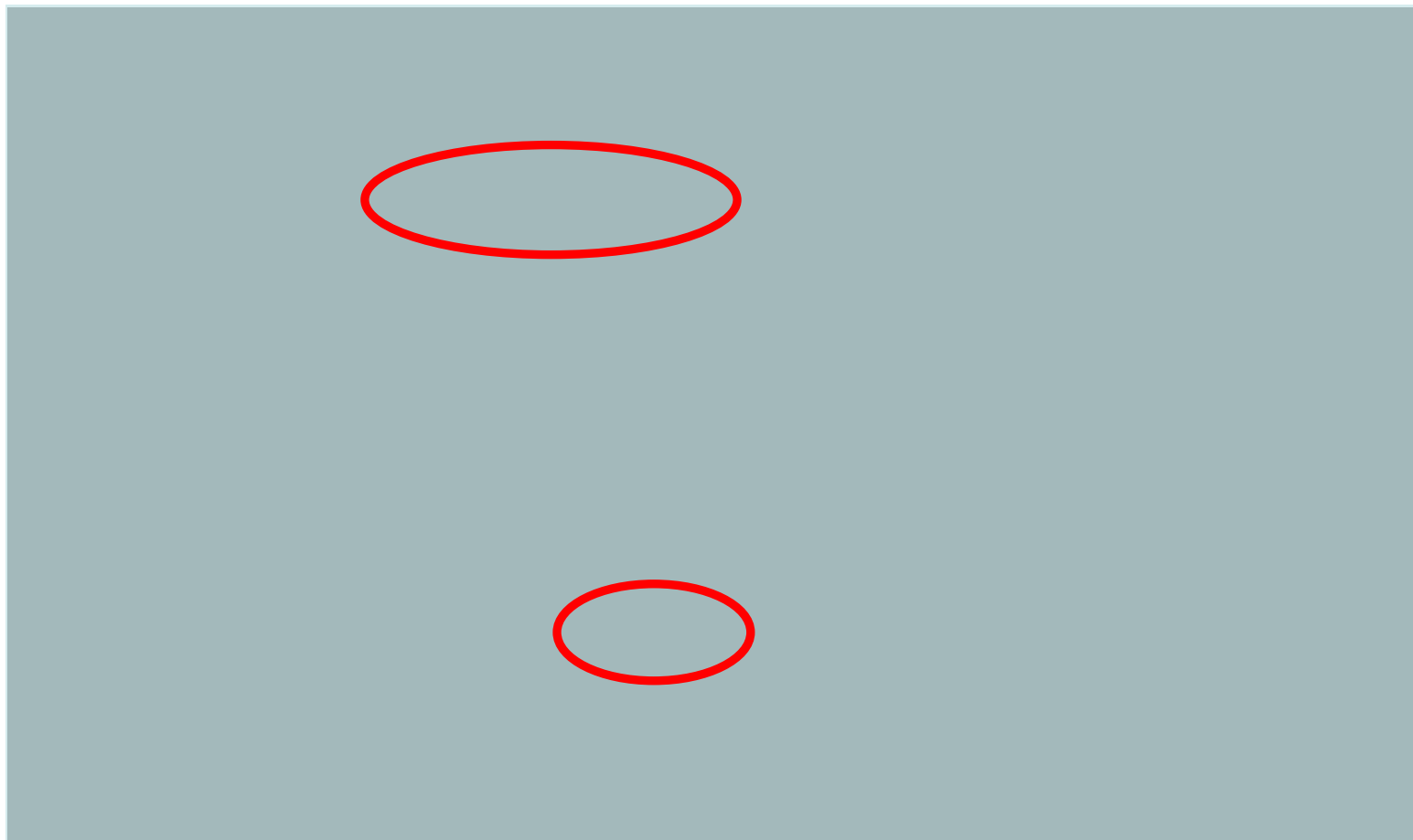
STRUTTURA	N.	Presentazione anomala feto
Italia		4,9
Osp. di Borgo S. Lorenzo - Borgo San Lorenzo	357	6,2
Osp. di Cecina - Cecina	492	6,1
A.O.U.U. Pisana - Pisa	1608	5,9
Osp. S.S. Giacomo e Cristoforo - Massa	1248	5,8
A.O.U.U. Careggi - Firenze	2938	5,7





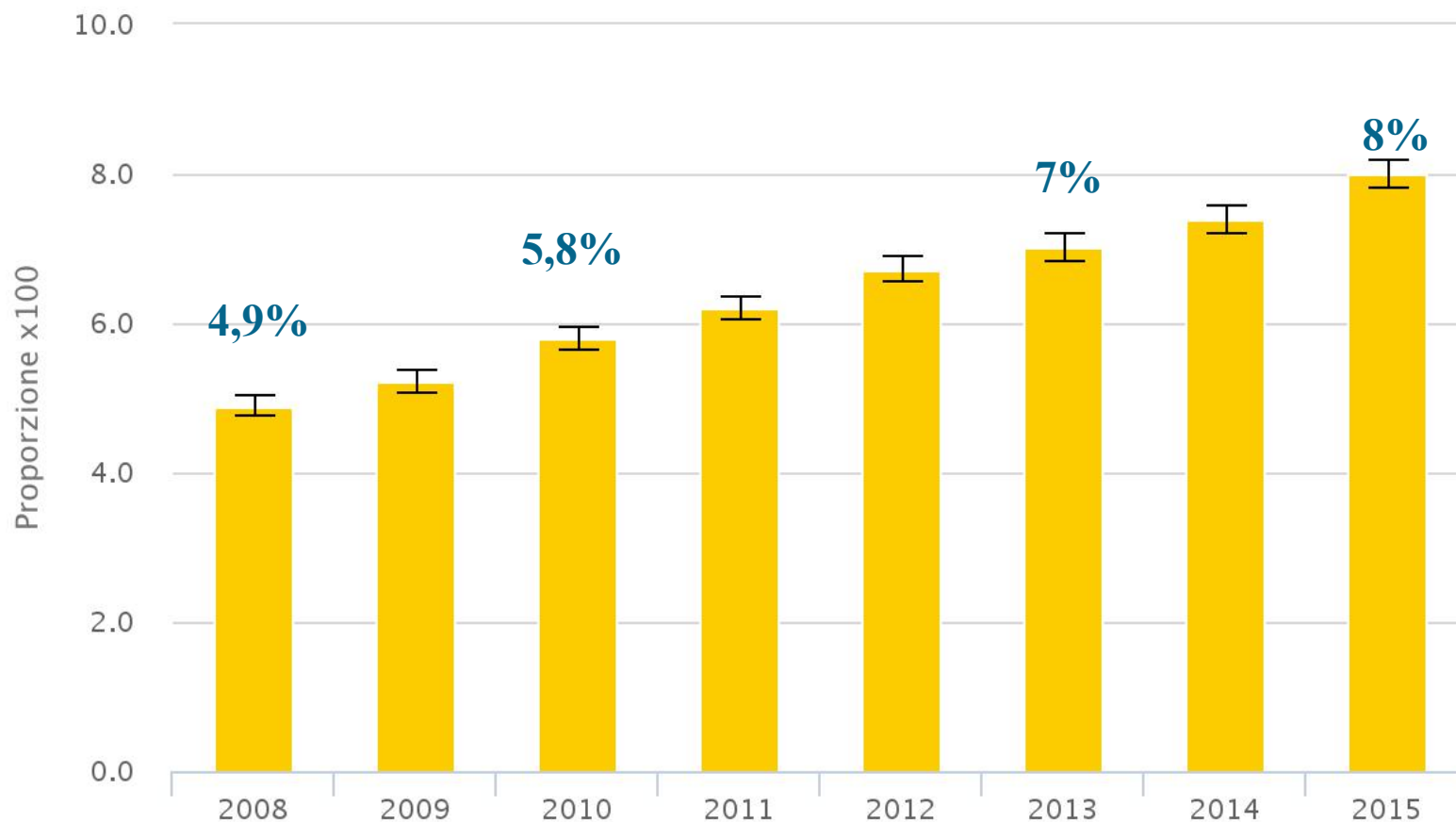
# PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO, TOSCANA 2015

Proporzioni aggiustate per area di residenza (MOR)



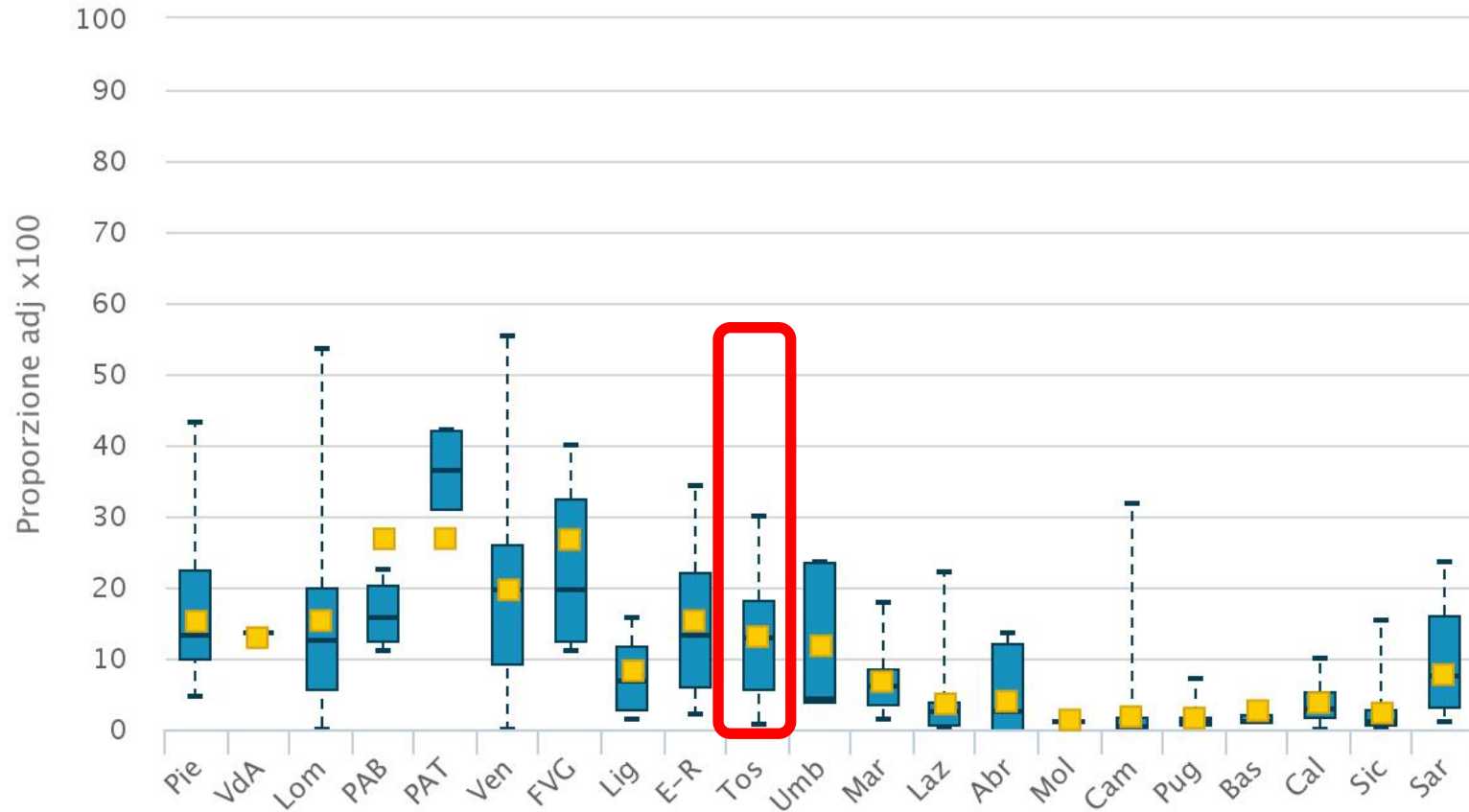


## Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo





## Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo . 2015

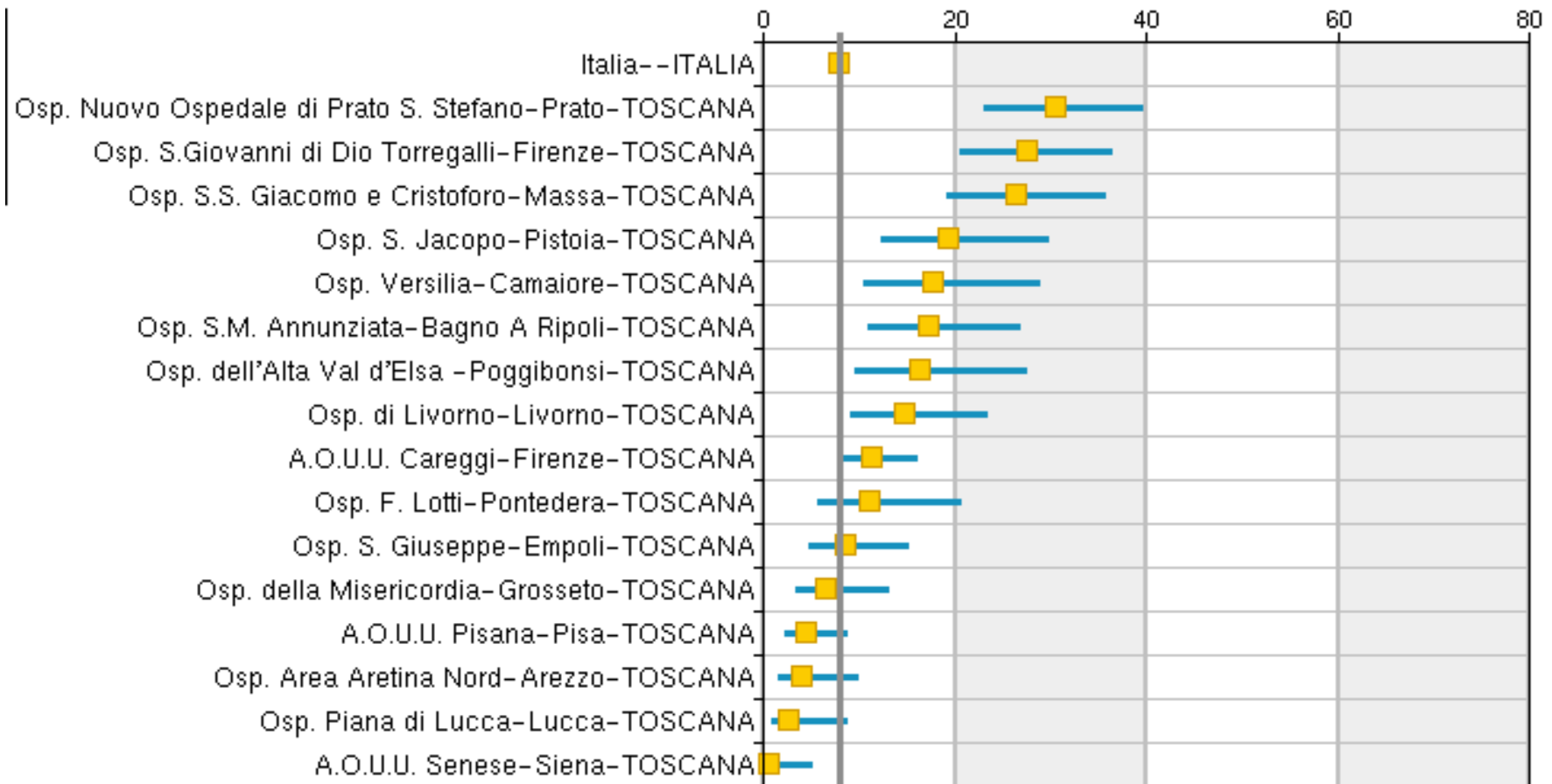


PROPORZIONE di PARTI VAGINALI IN DONNE CON PRECEDENTE CESAREO  
 Analisi per struttura ospedaliera: PRIME 30 STRUTTURE Italia (ordine decrescente)

STRUTTURA	PROV	REGIONE	N	GREZZ	% ADJ	RR
Italia-		ITALIA	69812	8	-	-
Osp. di Castelfranco Veneto-Castelfranco Veneto	TV	VENETO	96	52,08	57,11	7,14
CCA Fondaz. per il Bambino e la sua Mamma-Monza	MB	LOMBARDIA	280	50	55,52	6,94
Osp. Alto Vicentino-Santorso	VI	VENETO	171	43,27	49,05	6,13
A.O. Ospedale di Lecco-Lecco	LC	LOMBARDIA	154	42,21	48,68	6,09
A.O. S. Croce e Carle-Cuneo	CN	PIEMONTE	161	41,61	44,77	5,6
Osp. di Carate-Carate Brianza	MB	LOMBARDIA	118	38,98	43,45	5,43
Osp. S. Maria del Carmine-Rovereto	TN	PA TRENTO	99	36,36	43,43	5,43
Osp. di Montebelluna-Montebelluna	TV	VENETO	85	41,18	43,14	5,4
Osp. Città di Sesto S. Giovanni-Sesto San Giovanni	MI	LOMBARDIA	88	37,5	42,29	5,29
IRCCSpub Burlo Garofolo-Trieste	TS	FVG	144	36,11	41,61	5,2
Osp. Ca' Foncello-Treviso	TV	VENETO	188	36,7	39,14	4,9
Osp. di S. Donà di Piave-San Dona' Di Piave	VE	VENETO	84	29,76	36,13	4,52
Osp. Degli Infermi-Faenza	RA	ER	75	30,67	34,95	4,37
Osp. Infermi-Rimini	RN	ER	271	32,84	33,64	4,21
Osp. B. Ramazzini-Carpi	MO	ER	115	33,91	33,29	4,16
Osp. dell'Est Veronese-San Bonifacio	VR	VENETO	147	31,29	32,49	4,06
Osp. S. Leonardo-Castellammare Di Stabia	NA	CAMPANIA	109	28,44	32,48	4,06
Osp. S. Chiara-Trento	TN	PA TRENTO	262	26,72	31,76	3,97
Osp. Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano-Prato	PO	TOSCANA	159	28,93	30,61	3,83
Osp.C. Valduce-Como	CO	LOMBARDIA	128	27,34	30,59	3,83
Osp. di Circolo-Busto Arsizio	VA	LOMBARDIA	121	27,27	29,31	3,67
Osp. F. Del Ponte-Varese	VA	LOMBARDIA	344	25,58	27,84	3,48
Osp. S.Giovanni di Dio Torregalli-Firenze	FI	TOSCANA	168	25,6	27,59	3,45
Pol.U. Maggiore della Carità-Novara	NO	PIEMONTE	229	26,64	26,73	3,34
Osp. S.S. Giacomo e Cristoforo-Massa	MS	TOSCANA	152	23,68	26,55	3,32
A.O. S. Paolo-Milano	MI	LOMBARDIA	177	25,99	26,32	3,29
Osp. di Oderzo-Oderzo	TV	VENETO	80	23,75	26,22	3,28
Osp. di Desio-Desio	MB	LOMBARDIA	169	25,44	25,99	3,25

# PROPORZIONE di PARTI VAGINALI IN DONNE CON PRECEDENTE CESAREO

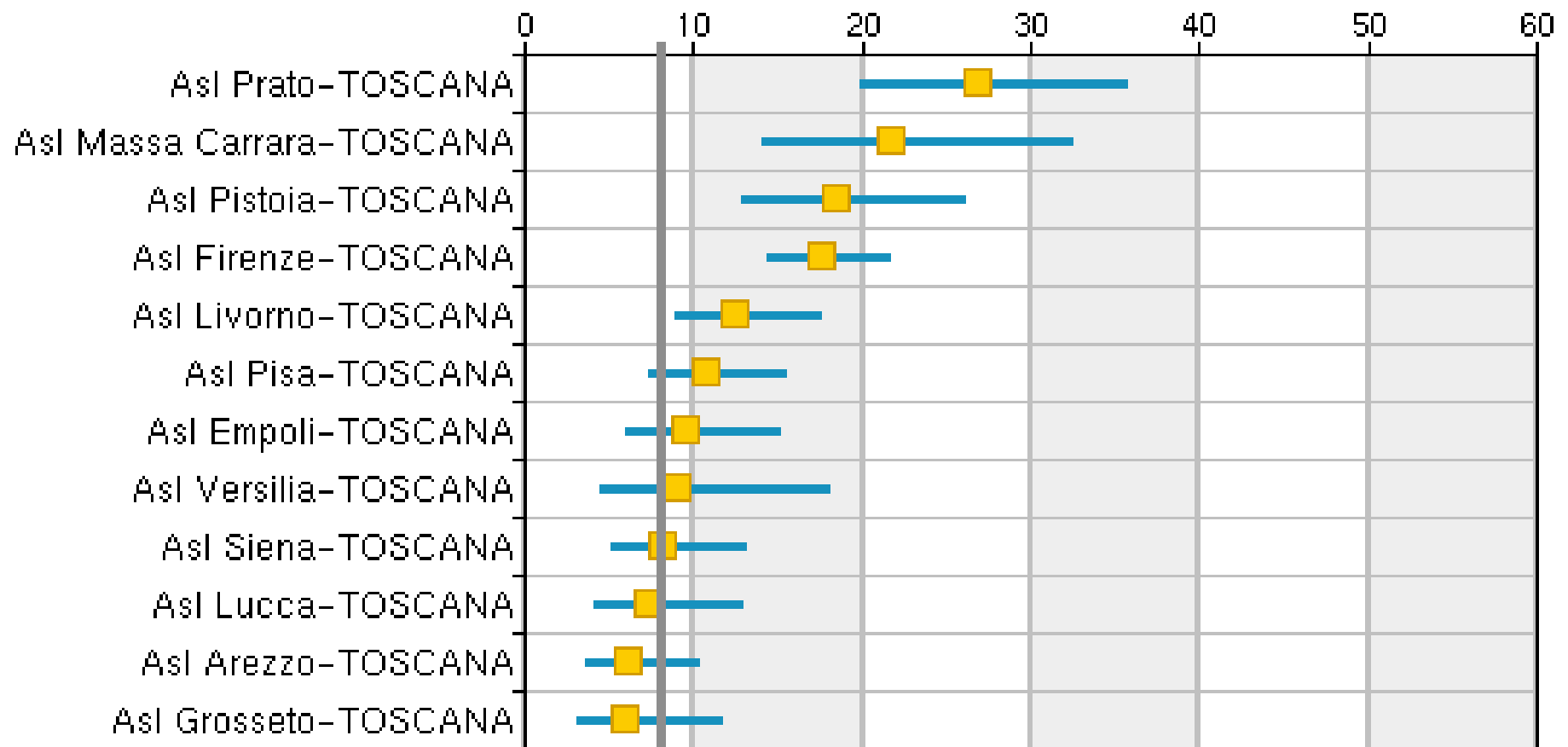
## Analisi per struttura ospedaliera, Toscana 2015





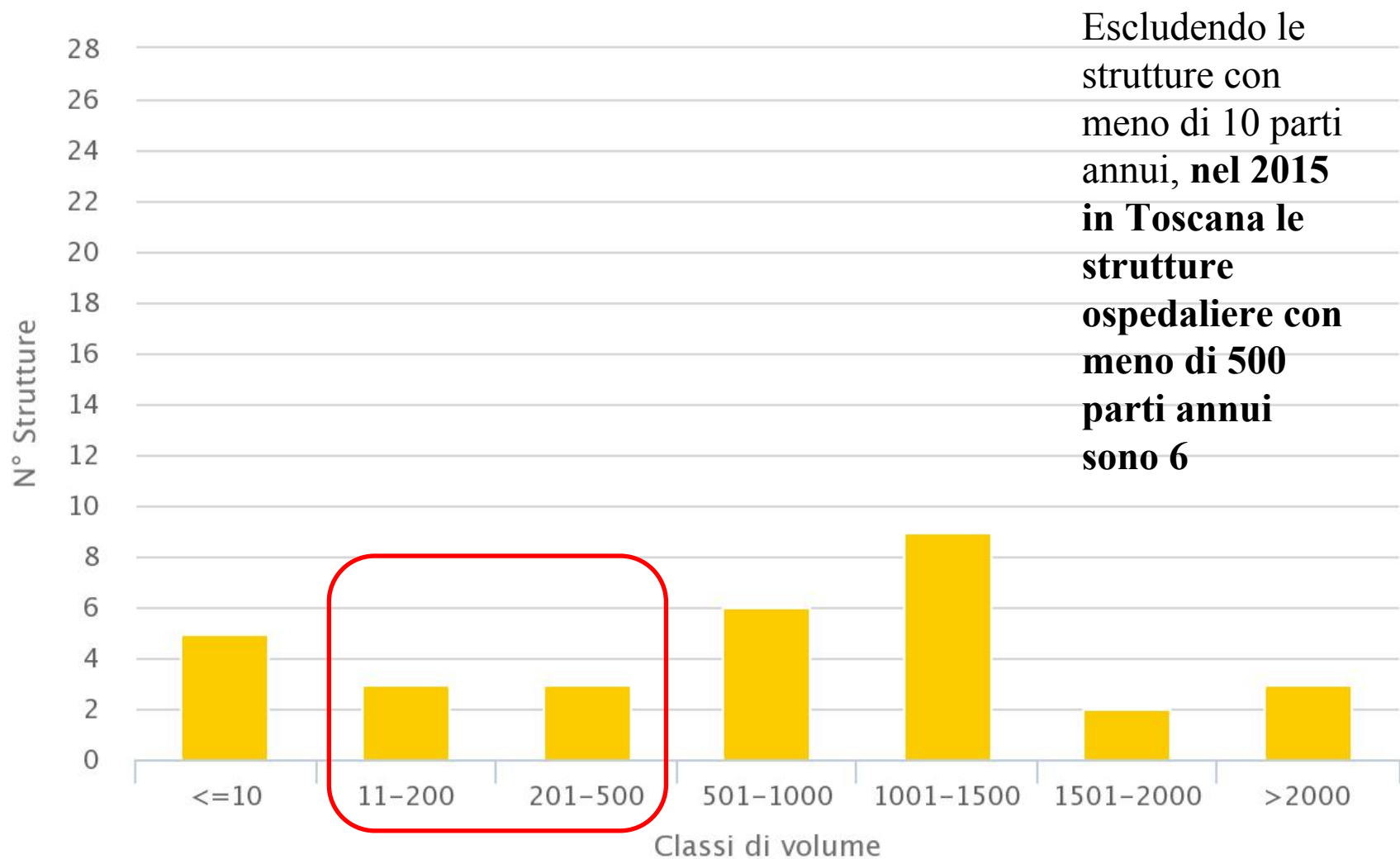
# PROPORZIONE di PARTI VAGINALI IN DONNE CON PRECEDENTE CESAREO

## Analisi per residenza, Toscana 2015





## Parti: volume di ricoveri





Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## VOLUME di PARTI TOSCANA 2015

STRUTTURA	PROVINCIA	N
A.O.U.U. Careggi-Firenze	FI	3645
Osp. Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano-Prato	PO	2418
<del>A.O.U.U. Pisana-Pisa</del>	<del>PI</del>	<del>2055</del>
Osp. S.Giovanni di Dio Torregalli-Firenze	FI	1737
Osp. S.S. Giacomo e Cristoforo-Massa	MS	1540
Osp. Area Aretina Nord-Arezzo	AR	1383
Osp. della Misericordia-Grosseto	GR	1341
Osp. S. Giuseppe-Empoli	FI	1338
Osp. S. Jacopo-Pistoia	PT	1218
A.O.U.U. Senese-Siena	SI	1214
Osp. S.M. Annunziata-Bagno A Ripoli	FI	1203
Osp. Versilia-Camaiore	LU	1132
Osp. di Livorno-Livorno	LI	1060
Osp. Piana di Lucca-Lucca	LU	1042
Osp. F. Lotti-Pontedera	PI	955
Osp. della Valdinievole-Pescia	PT	755
Osp. dell'Alta Val d'Elsa -Poggibonsi	SI	749
Osp. Riuniti della Val di Chiana-Montepulciano	SI	652
Osp. di Borgo S. Lorenzo-Borgo San Lorenzo	FI	447
Osp. S. Francesco-Barga	LU	365
Osp. di Piombino-Piombino	LI	279
Osp. del Casentino-Bibbiena	AR	180
Osp. di Portoferraio-Portoferraio	LI	155
CC S. Rossore SRL-Pisa	PI	15
Osp. Istituto Ortopedico Toscano-Firenze	FI	10
A.O.U.U. Meyer-Firenze	FI	7
Osp. S. Andrea-Massa Marittima	GR	1
Osp. Aziendale ASL 5-Pisa	PI	1
E.R. Fondaz. CNR-RT G. Monasterio-Pisa	PI	1



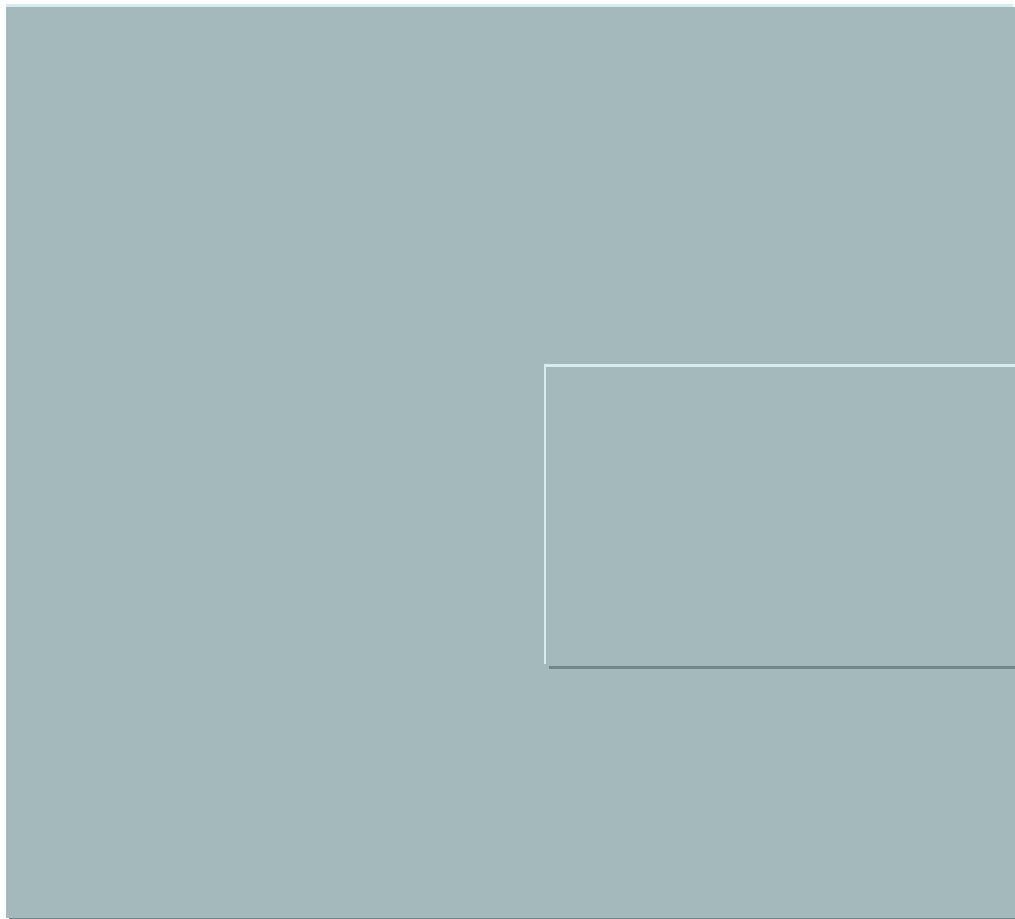


*Ministero della Salute*



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## OSP. di BORGO SAN LORENZO- FIRENZE





Min



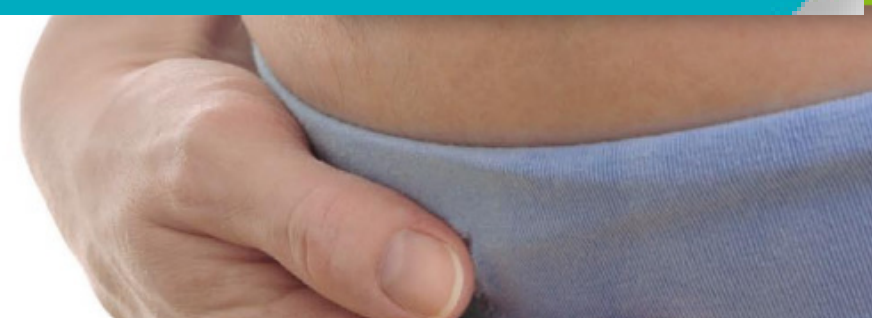
## Il consenso informato

Prima di sottoporvi a un taglio cesareo, dovete dare il vostro consenso informato all'intervento, in base a un set di informazioni minime fornite dal medico, che devono comprendere:

- l'indicazione medica all'intervento;
- i benefici e i rischi rispetto al parto naturale nel caso specifico;
- informazioni su anestesia e intervento chirurgico;
- implicazioni per gravidanze e parti successivi.

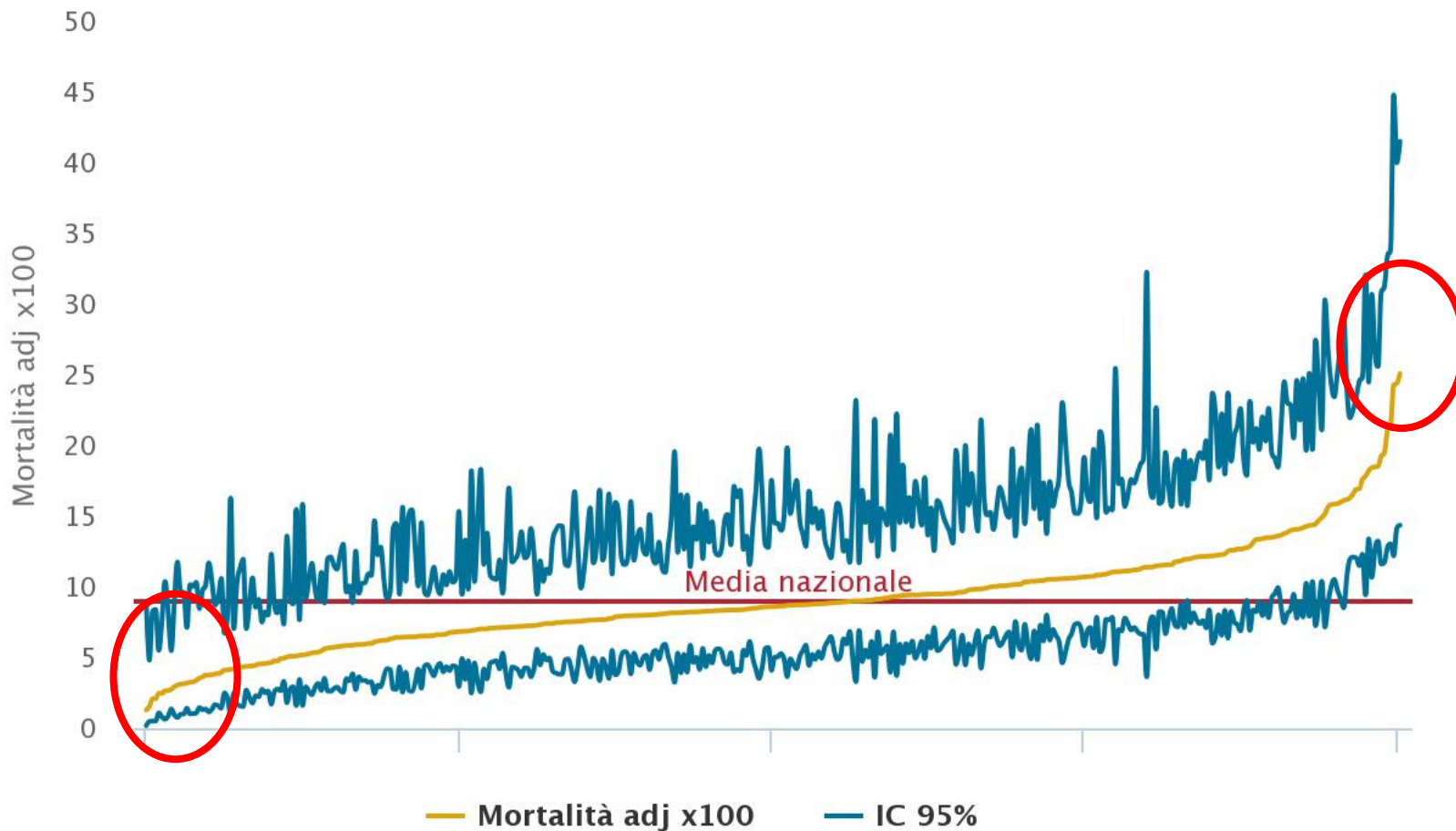
In caso di taglio cesareo programmato, vi raccomandiamo di discutere il consenso con il vostro medico prima del ricovero, in modo da esprimere i vostri eventuali dubbi ed avere il tempo necessario per riflettere sulle informazioni ricevute.

sono disponibili in formato elettronico sul sito web [www.snlg-iss.it](http://www.snlg-iss.it).





## Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni. 2015





## Raccomandazioni per la compilazione e la codifica ICD-9-CM delle Scheda di Dimissione Ospedaliera nei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta

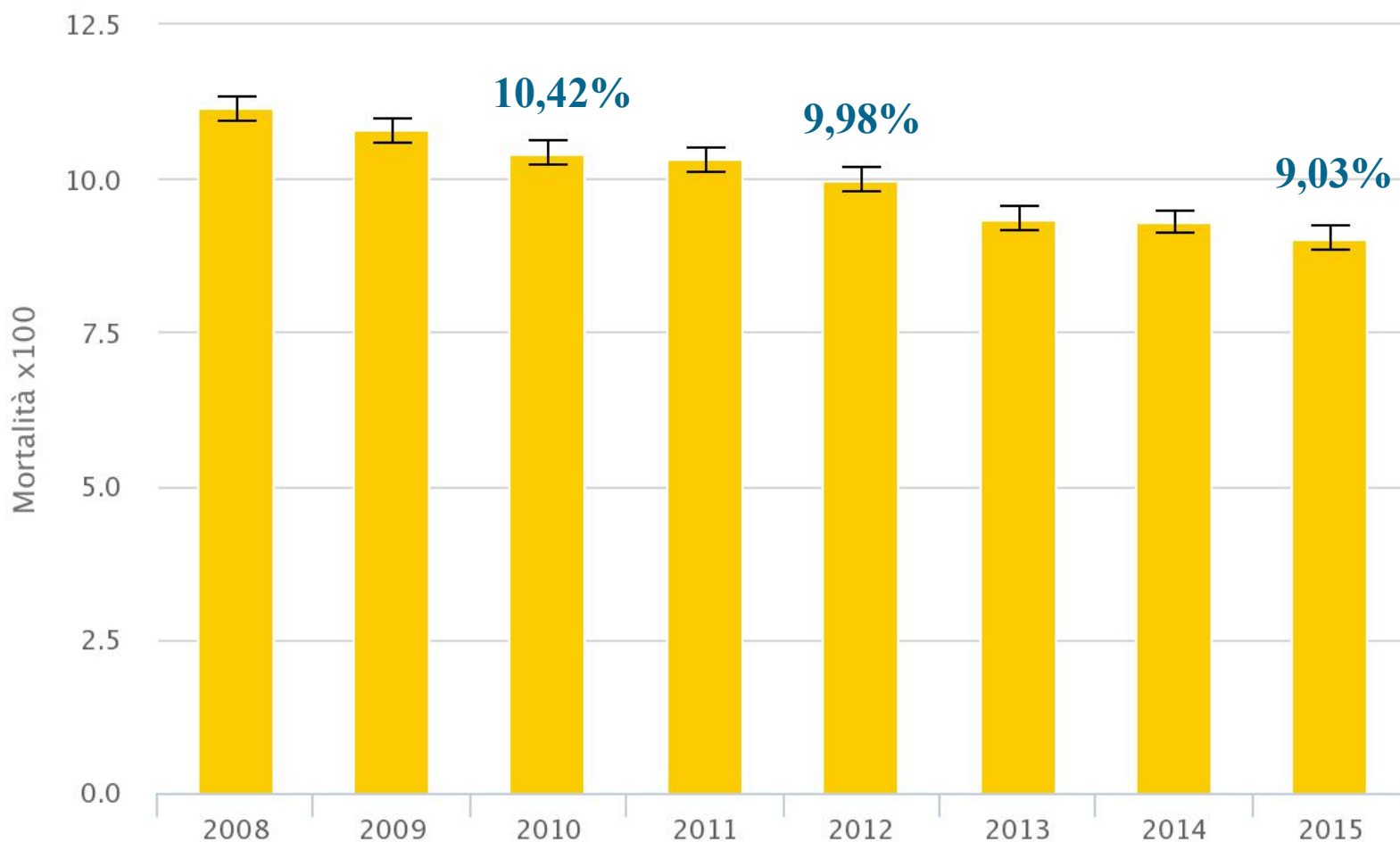
### Sindromi Coronariche Acute ed Infarto Acuto del Miocardico: definizioni ed inquadramento

Il termine di "Sindromi Coronariche Acute"(SCA) è stato introdotto nella pratica clinica per descrivere l'ampio spettro delle possibili manifestazioni cliniche acute della cardiopatia ischemica (1,2). Le SCA vengono attualmente distinte in due grandi gruppi (1,2):

1. Le SCA associate a sopraslivellamento del tratto ST (*"STE-ACS" - ST-Elevation Acute Coronary Syndromes*), caratterizzate all'esordio clinico da sintomi di sofferenza ischemica miocardica acuta (dolore toracico, dispnea, sincope, etc) e dalla presenza di sopraslivellamento persistente del tratto ST all'elettrocardiogramma (durata superiore ai 20 minuti). Tale alterazione elettrocardiografica esprime la presenza di una condizione di severa ischemia miocardica transmurale, usualmente secondaria ad una trombosi coronarica occlusiva. La maggior parte di questi pazienti va incontro ad un infarto miocardico (necrosi miocardica ischemica), confermato dall'incremento nei livelli plasmatici dei marcatori di danno miocardico (troponina); tale condizioni viene definita "STEMI" (*ST-Elevation Acute Myocardial Infarction*). L'evoluzione successiva del quadro elettrocardiografico, in ore o giorni, prevede la formazione di onde Q nelle derivazioni elettrocardiografiche interessate, il progressivo rientro del tratto ST alla linea isoelettrica ed infine l'inversione dell'onda T. Le derivazioni in cui è inizialmente presente il sopraslivellamento del tratto ST consentono la generica



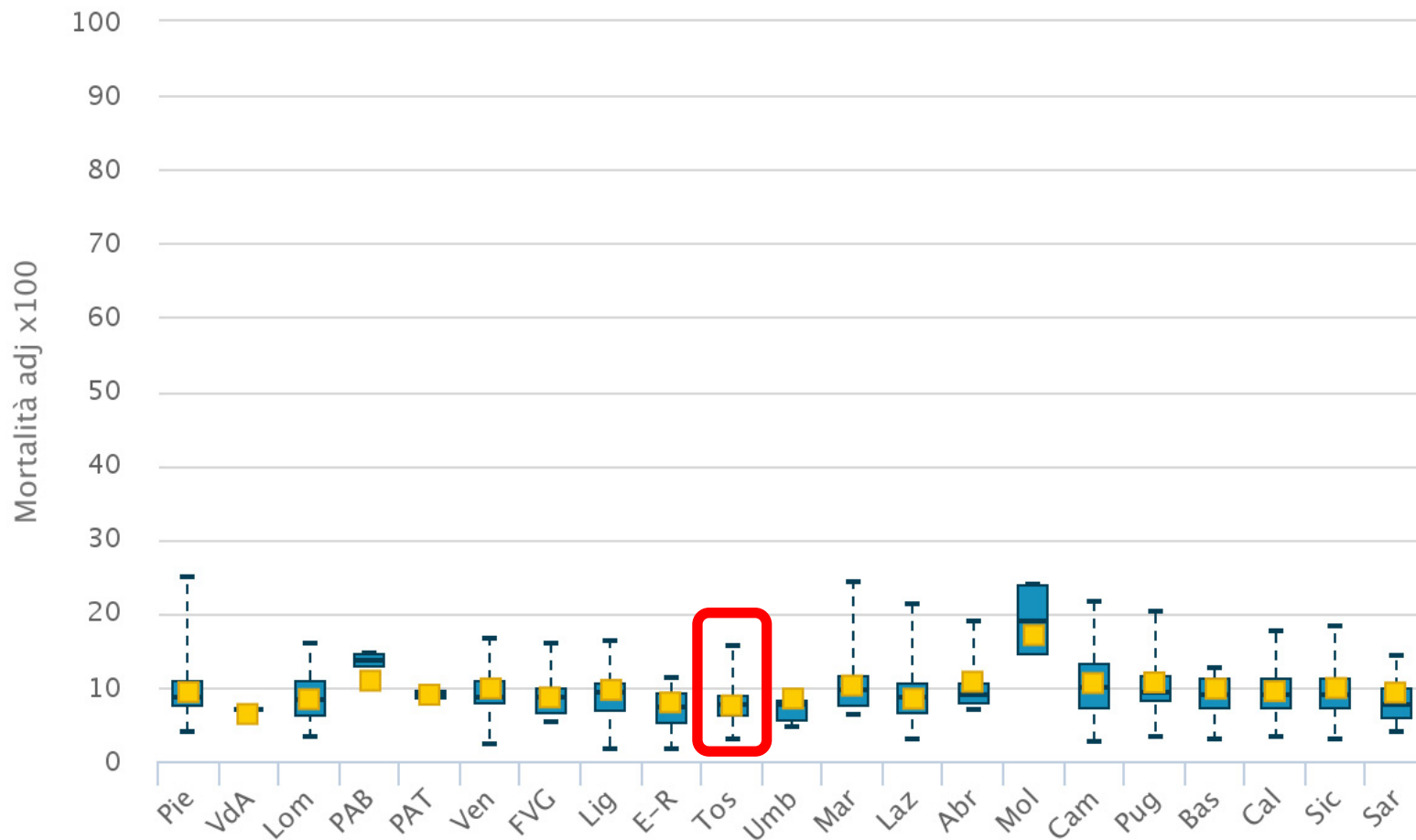
## Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni





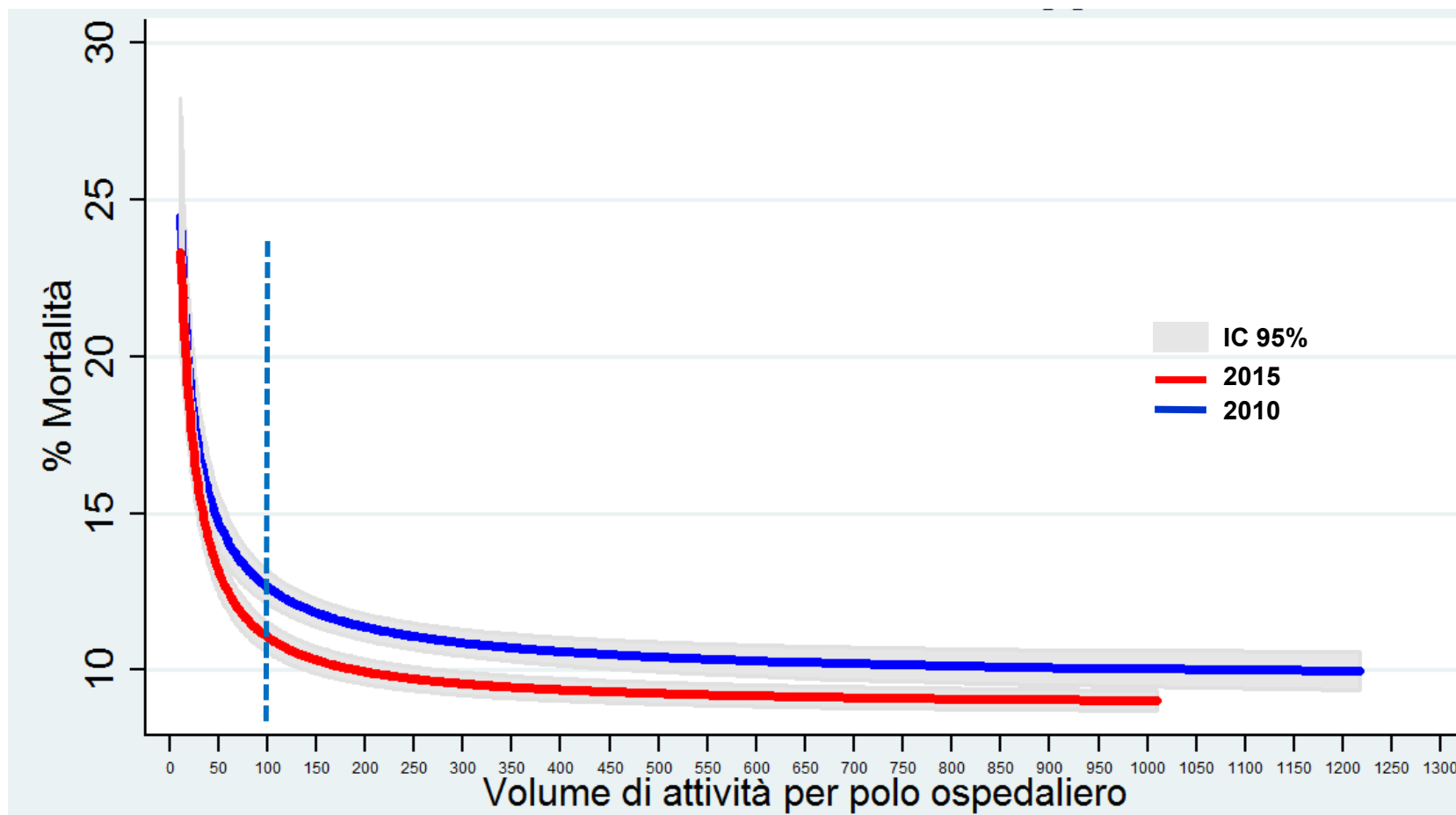


### Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni. 2015





## Ricoveri per Infarto Miocardico Acuto (IMA). Associazione tra mortalità a 30 giorni e volume di attività per poli ospedalieri. Italia, 2010, 2015



# ACC/AHA 2008 Performance Measures for Adults With ST-Elevation and NonST-Elevation Myocardial Infarction

## ACC/AHA Circulation 2008;118;2596-2648

### 8. Time to Primary PCI

Median time from hospital arrival to primary percutaneous coronary intervention (PCI) in acute myocardial infarction (AMI) patients with ST-segment elevation or left bundle-branch block (LBBB) on the electrocardiogram (ECG) performed closest to hospital arrival time

Acute myocardial infarction (AMI) patients with ST-segment elevation or LBBB on the ECG closest to arrival time receiving primary PCI during the hospital stay with a time from hospital arrival to PCI of 90 minutes or less

Numerator	AMI patients whose time from hospital arrival to primary PCI is 90 minutes or less.
Denominator	AMI patients with ST-segment elevation or LBBB on ECG who received primary PCI. <b>Included populations:</b> Discharges with: <ul style="list-style-type: none"> <li>An ICD-9-CM Principal Diagnosis Code for AMI as defined in Table 4 AND</li> <li>PCI (ICD-9-CM Principal or Other Procedure Codes for PCI) AND</li> <li>ST-segment elevation or LBBB on the ECG performed closest to hospital arrival AND</li> <li>PCI performed within 24 hours after hospital arrival</li> </ul> <b>Excluded populations:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patients less than 18 years of age</li> <li>Patients received in transfer from the inpatient, outpatient, or emergency department of another facility</li> <li>Patients administered fibrinolytic agent prior to PCI</li> <li>PCI described as non-primary by a physician/advanced practice nurse/physician assistant (physician/APN/PA)</li> <li>Patients who did not receive PCI within 90 minutes and had a reason for delay documented by a physician APN/PA (eg, social, religious, initial concern or refusal, cardiopulmonary arrest, balloon pump insertion, respiratory failure requiring intubation)</li> </ul>

Period of Assessment Within 24 hours after hospital arrival.

Sources

Acute re

Door-to

ACC/AHA 2004 STEMI Guidelines (remains in effect)<sup>19</sup>

Class I

A 12-lead ECG should be performed and shown to an experienced emergency physician within 10 minutes of emergency department arrival for all patients with chest discomfort (or angular equivalent) or other symptoms suggestive of STEMI. (Level of Evidence: C)

ACC/AHA 2007 UA/NSTEMI Guidelines<sup>21</sup>

Class I

A 12-lead ECG should be performed for all patients with chest discomfort

Indications for Primary PCI

ACC/AHA 2004 STEMI Guidelines

Class I

If immediately available, primary PCI of the infarct artery with procedure (individuals who perform more than 75 PCI procedures per year) in an appropriate laboratory environment (performs more than 200 PCI procedures per year of which at least 36 are primary PCI for STEMI, and has cardiac surgery capability).

Data-to-Decision Time

ACC/AHA 2004 STEMI Guidelines

Class I

All STEMI patients should receive primary PCI (Level of Evidence: A)

ACC/AHA 2007 UA/NSTEMI Guidelines

Class I

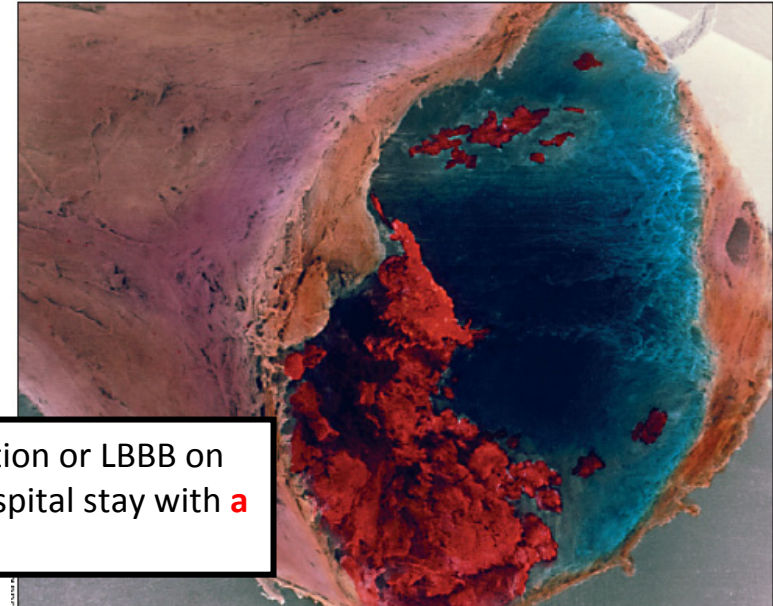
Patients with definite ACS should receive primary PCI (Level of Evidence: A)

Acute myocardial infarction (AMI) patients with ST-segment elevation or LBBB on the ECG closest to arrival time receiving primary PCI during the hospital stay with a **time from hospital arrival to PCI of 90 minutes or less**

Indications for Primary PCI ACC/AHA 2004 STEMI Guidelines (remains in effect)

Class I

If immediately available, primary PCI should **be performed in patients with STEMI** (including true posterior MI) or MI with new or presumably new LBBB who can undergo PCI of the infarct artery within 12 hours of symptom onset, if performed in a timely fashion (balloon inflation **within 90 minutes of presentation**) by **persons skilled in the procedure** (individuals who perform **more than 75 PCI procedures per year**). The procedure should be supported by experienced personnel in an appropriate laboratory environment (performs **more than 200 PCI procedures per year** of which at least 36 are primary PCI for STEMI, and has cardiac surgery capability). (Level of Evidence: A)



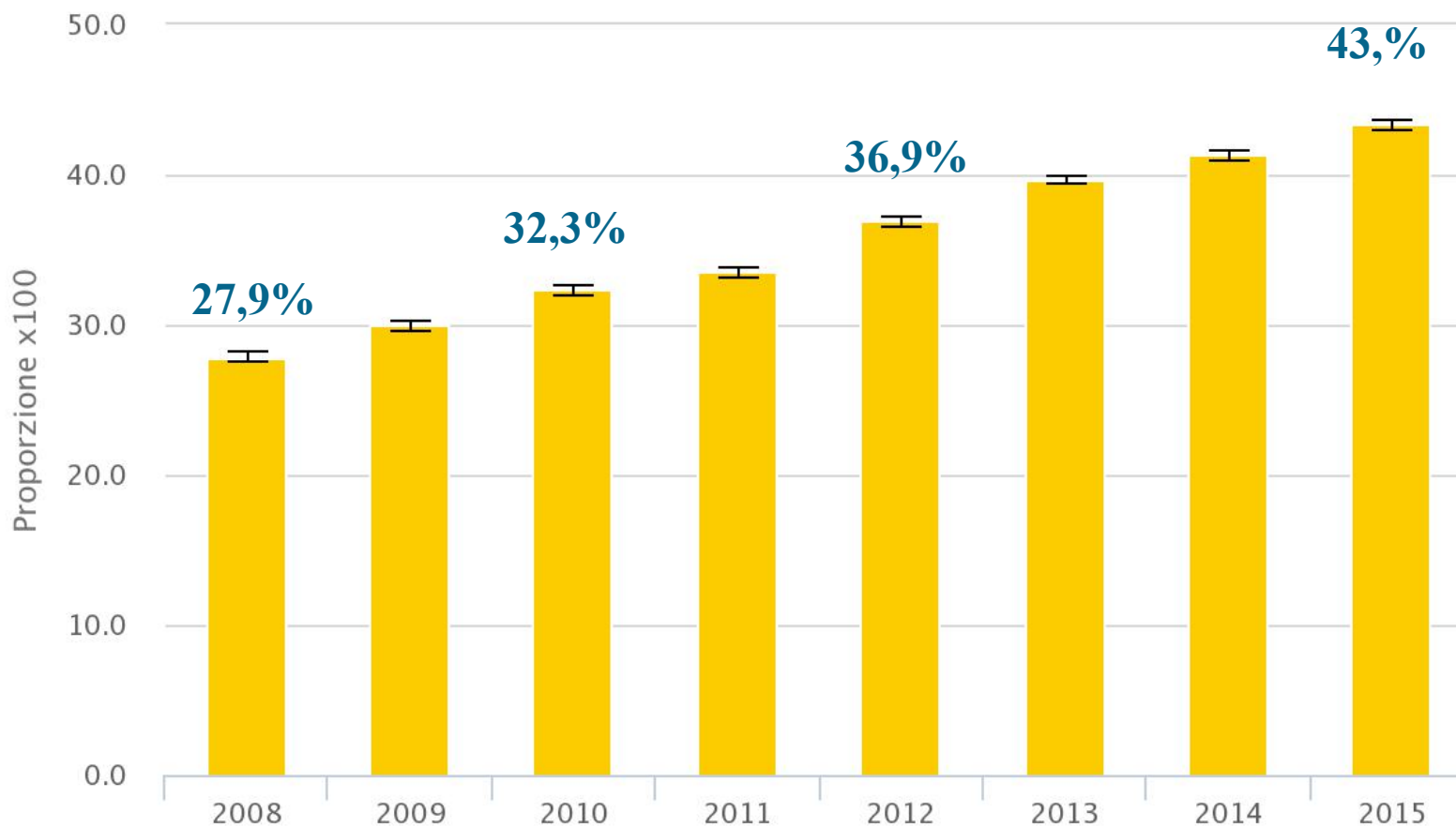


Ministero della Salute



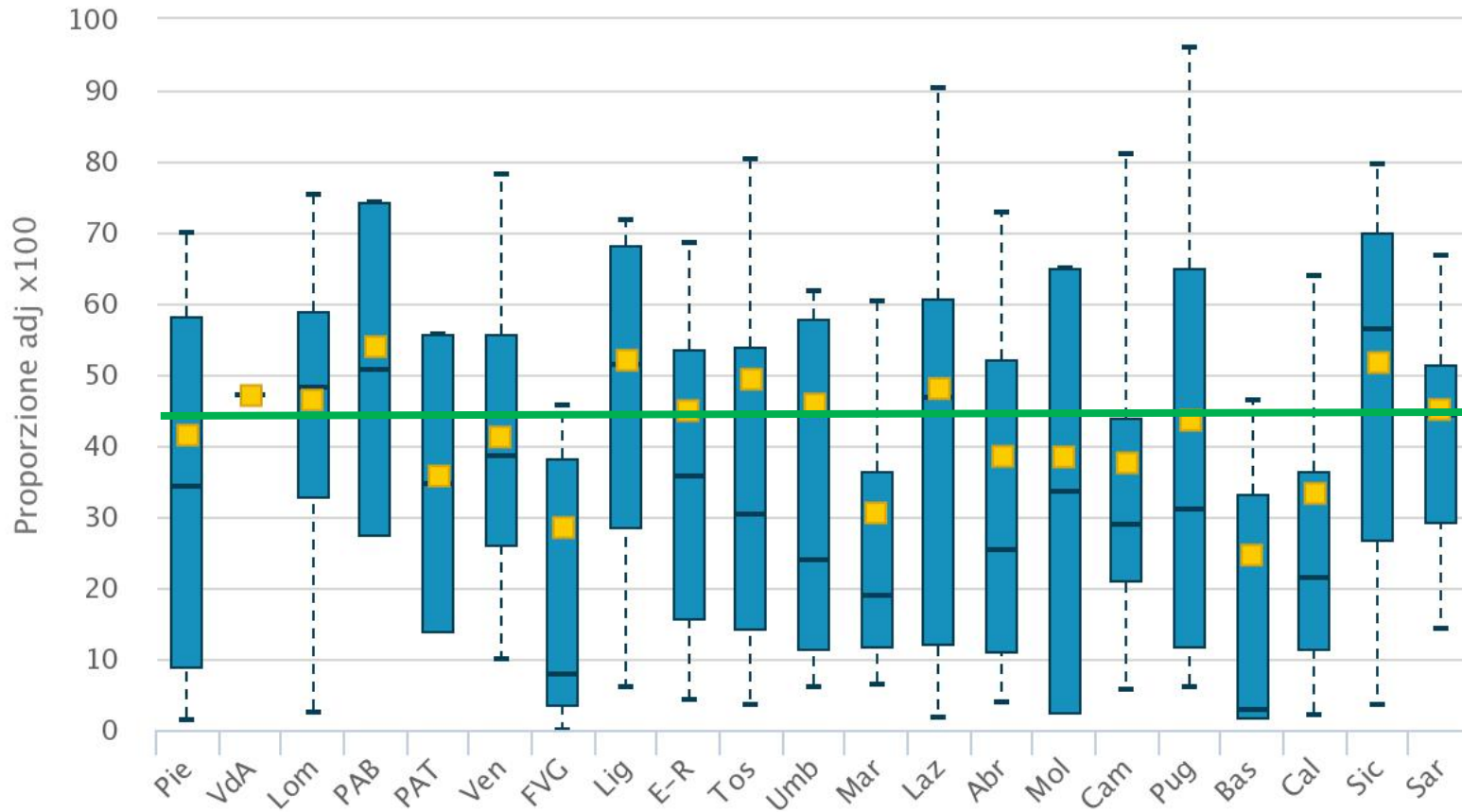
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni



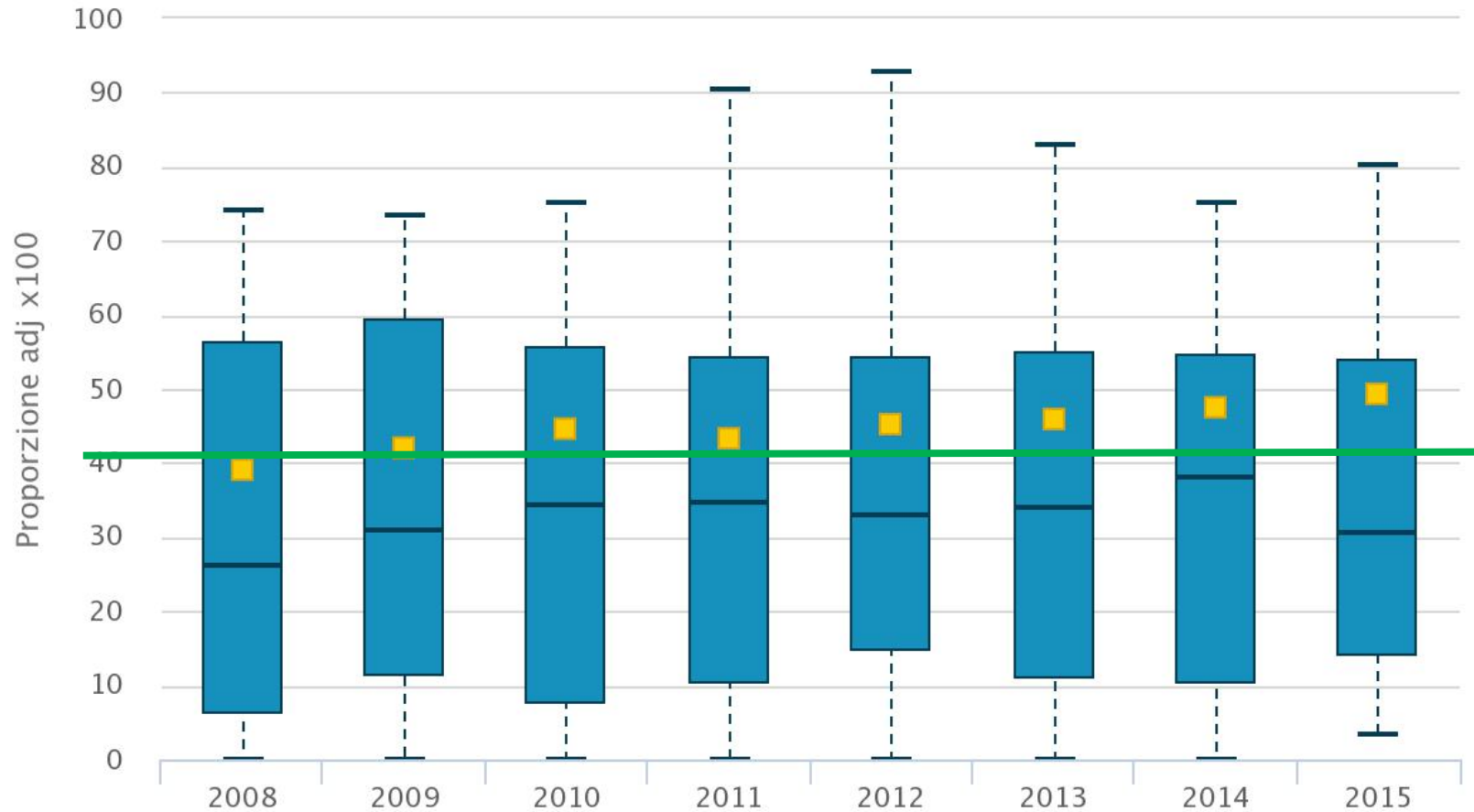


# Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni. 2015





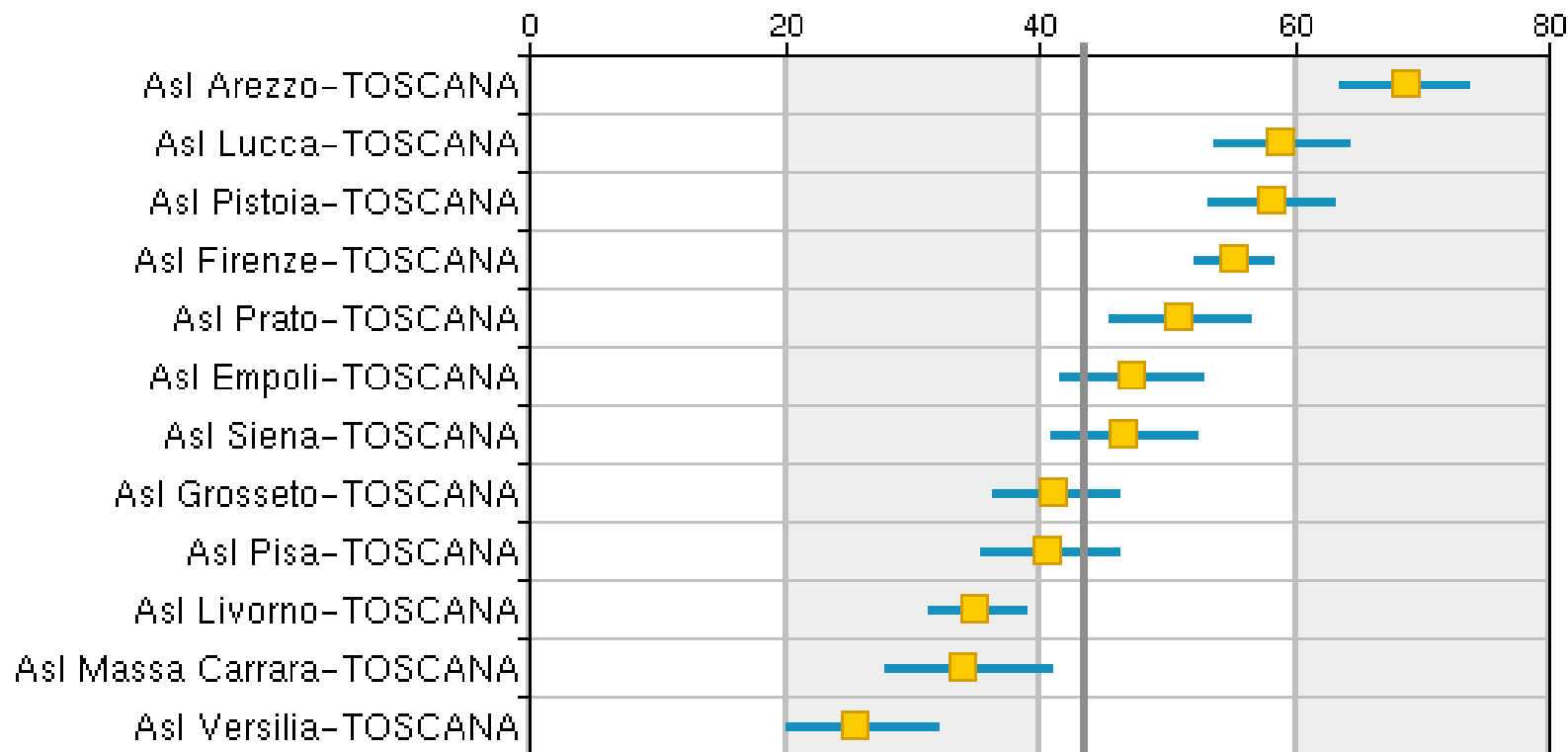
## Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni. Toscana





# IMA: PROPORZIONE di TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GG, TOSCANA 2015

## Analisi per area di residenza



## Determinazione Regione Lazio n. 4118/2007. Modifica del contenuto informativo della rilevazione dei dati sulle dimissioni ospedaliere per pazienti acuti. RAD-ESITO.

### Sezione 1 – IMA

Trombolisi:  SI  NO      Data di esecuzione\*:       Ora\*:

PTCA:  SI  NO      Data di esecuzione\*:       Ora\*:

Pressione sistolica all'ammissione    mmHg      **NR: non rilevata**

### Sezione 2 – Frattura del collo del femore

Protesi d'anca:  SI  NO      Data di esecuzione\*:       Ora\*:

Riduzione:  SI  NO      Data di esecuzione\*:       Ora\*:

Lato dell'intervento\*\*:  1:Destro 2: Sinistro

Emoglobina preoperatoria\*\*:   g/l      **NR: non rilevata**

Creatinina preoperatoria\*\*:   ,  mg/dl      **NR: non rilevata**

### Sezione 3 – Bypass aortocoronarico

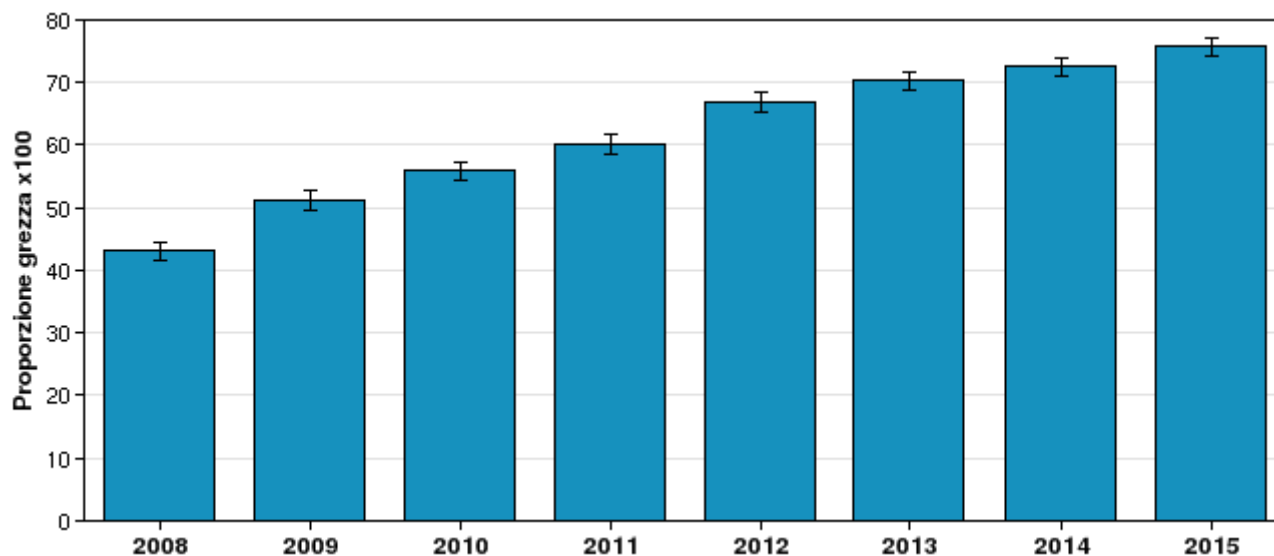
Condizioni del paziente\*:  1:No emergenza, No shock 2:No emergenza, Shock 3:Emergenza, No shock 4:Emergenza, Shock

Frazione di eiezione preoperatoria\*:   %      **NR: non rilevata**





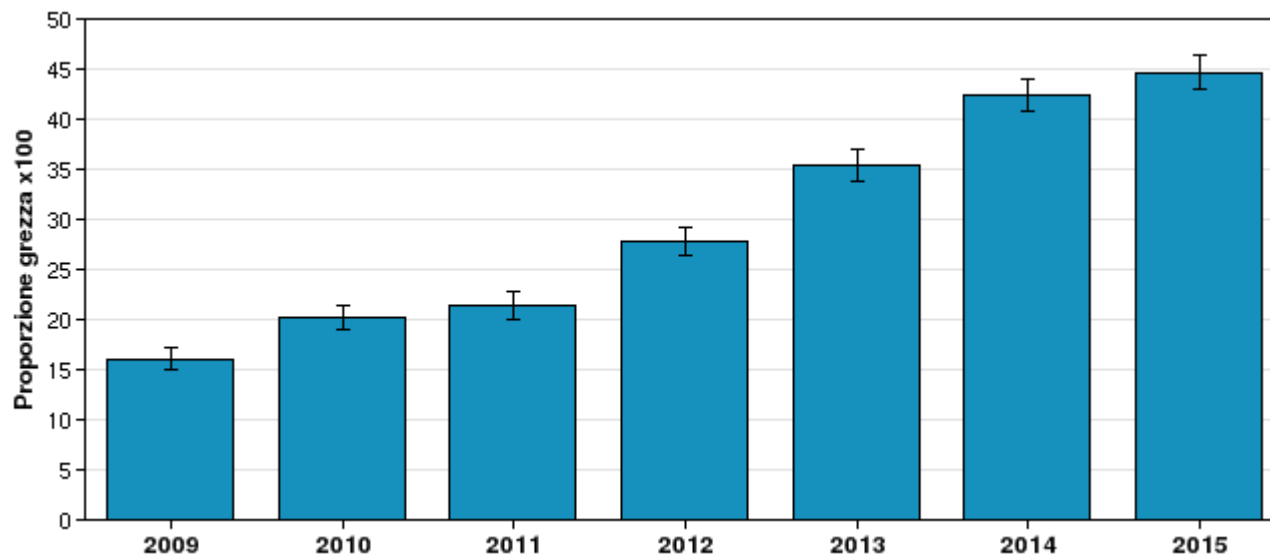
### STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (struttura di ricovero)



76%



### STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti



45%





Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Ministero della Salute

SDO – Scheda di  
Dimissione Ospedaliera

Servizio di sviluppo in  
outsourcing del SIS-N



Specifiche Funzionali







## SPECIFICHE FUNZIONALI

### SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera



**B - Informazioni Ricovero**

Informazioni Ricovero	Codice istituto di cura	<i>ari Regionali</i>	
	Numero progressivo della scheda SDO		
	Regime di ricovero		
	Data di prenotazione		
	Classe di priorità		
	Data di ricovero		
	Ora di ricovero		
	Unità operativa di ammissione		
	Onere della degenza		
	Provenienza del paziente		
	Tipo di ricovero		
	Traumatismi o intossicazioni		
	Codice causa esterna		
	Trasferimenti		Data trasferimento
Ora trasferimento			
Unità operativa trasferimento			
Dimissione	Unità operativa di dimissione		
	Data di dimissione o morte		
	Ora di dimissione o morte		
	Modalità di dimissione		
Informazioni Ricovero	Riscontro autoptico		
	Motivo del ricovero in regime diurno		
	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno		
	Peso alla nascita		
Diagnosi principale	Diagnosi principale di dimissione	  	
	Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero		
	<u>Stadiazione condensata</u>		
	Lateraltà		



Specifiche Funzionali

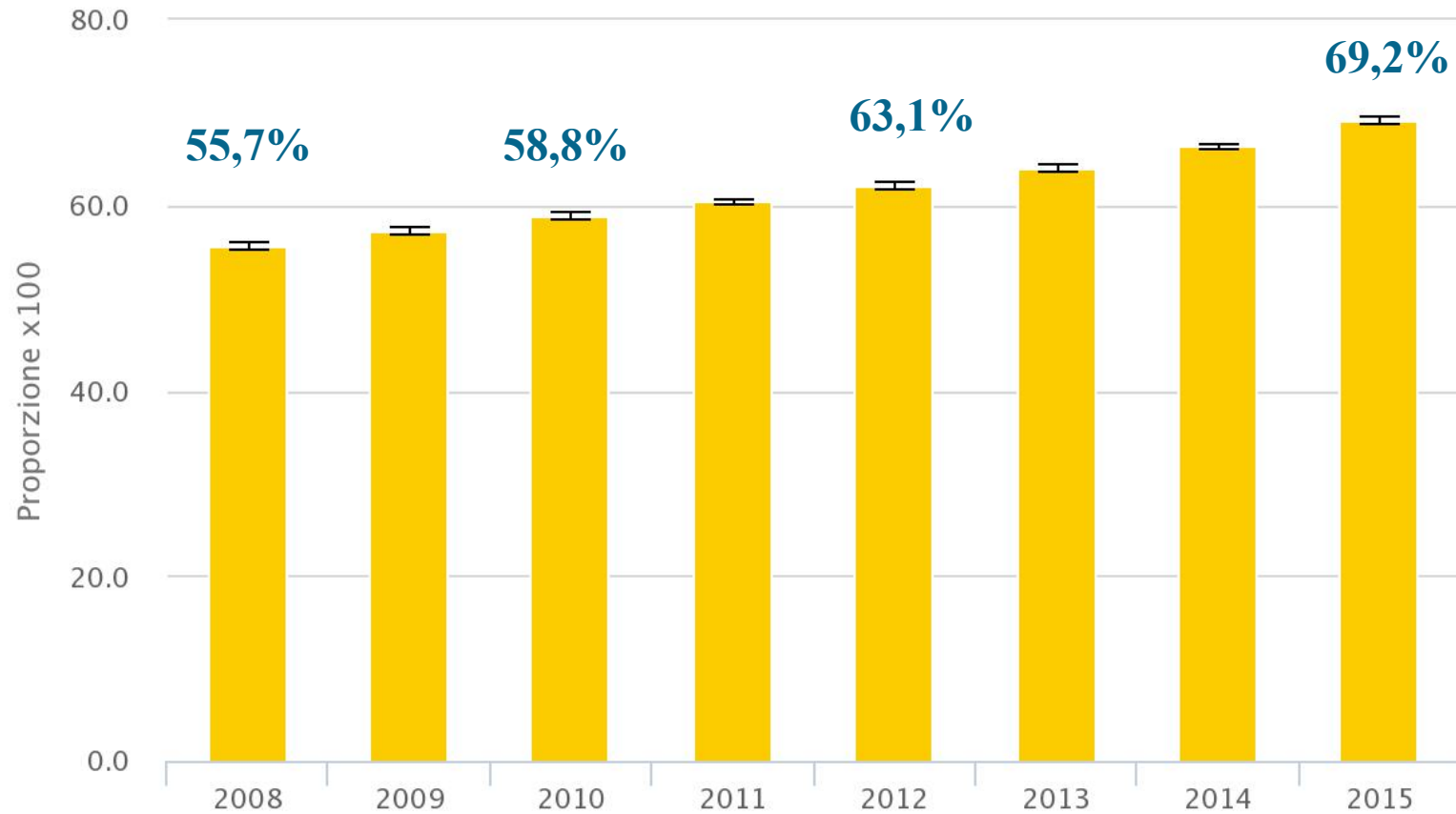


Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
	Diagnosi secondarie	Diagnosi secondarie di dimissione
		Diagnosi secondarie presenti al ricovero
		<u>Stadiazione condensata</u>
		Lateraltà
	Intervento principale	Intervento principale
		Intervento principale esterno
		Data intervento principale
		Ora inizio intervento principale
		Identificativo chirurgo intervento principale
		Identificativo anestesista intervento principale
		<u>Check list sala operatoria intervento principale</u>
		Lateraltà
	Interventi secondario	Interventi secondari
		Interventi secondari esterni
		Data intervento secondario
		Ora inizio intervento secondario
		Identificativo chirurgo intervento secondario
		Identificativo anestesista intervento secondario
		<u>Check list sala operatoria intervento secondario</u>
		Lateraltà
	Informazioni Ricovero	Rilevazione del dolore
		Pressione arteriosa sistolica
		Creatinina serica
		Frazione eiezione



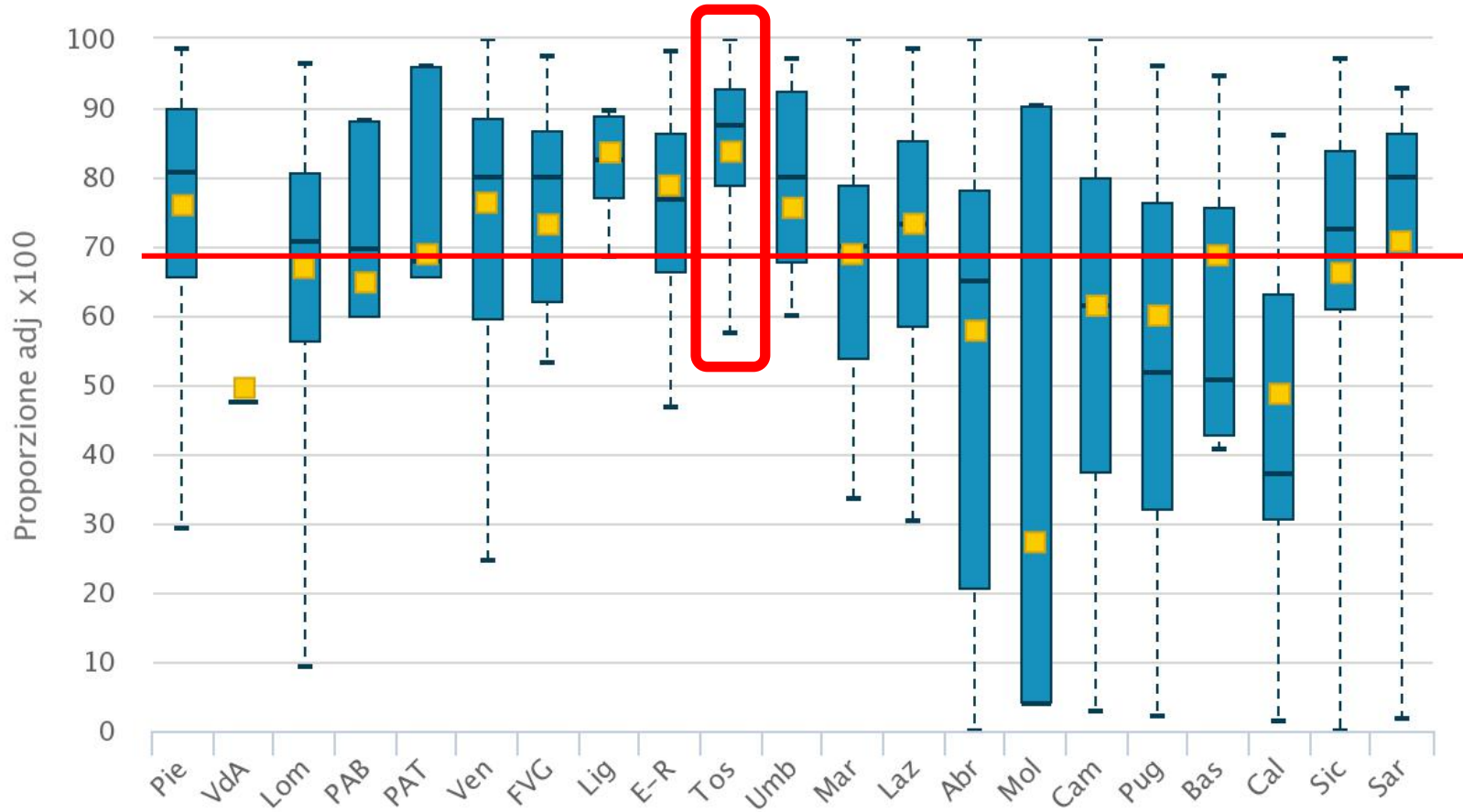


## Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni



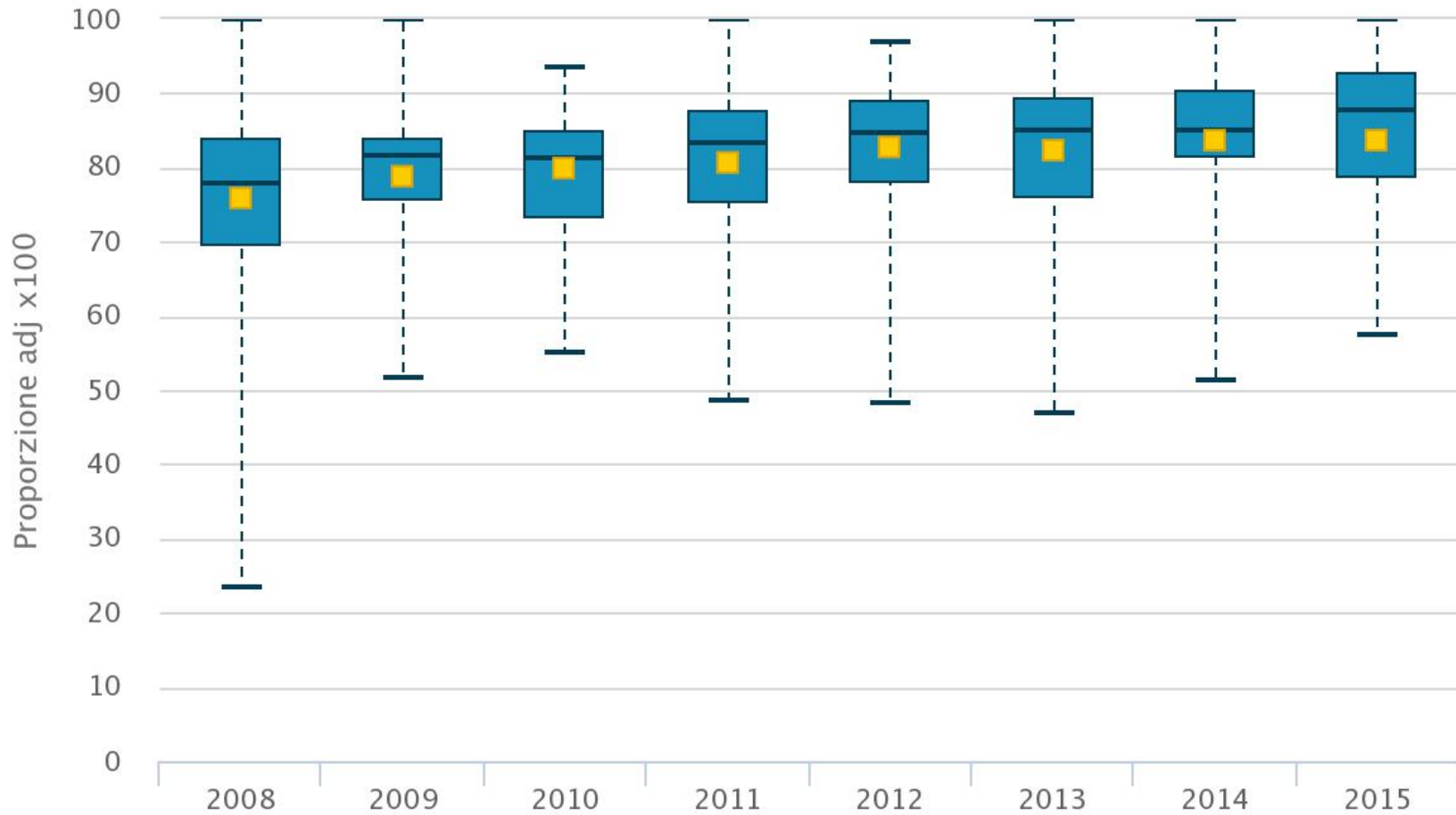


### Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. 2015





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

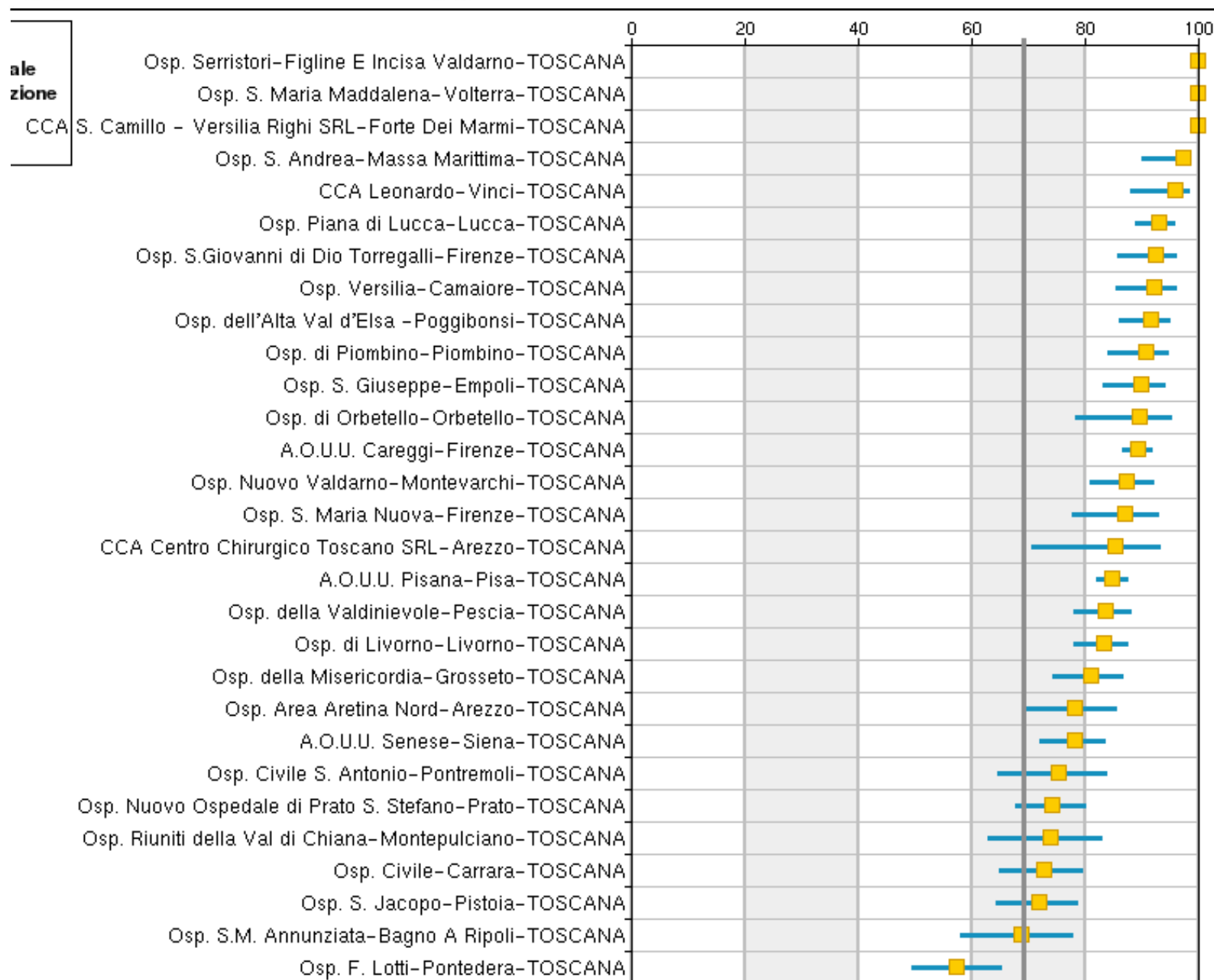


αξ



# COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: DEGENZA POST-OP < 3 GG, TOSCANA 2015

## Analisi per struttura ospedaliera

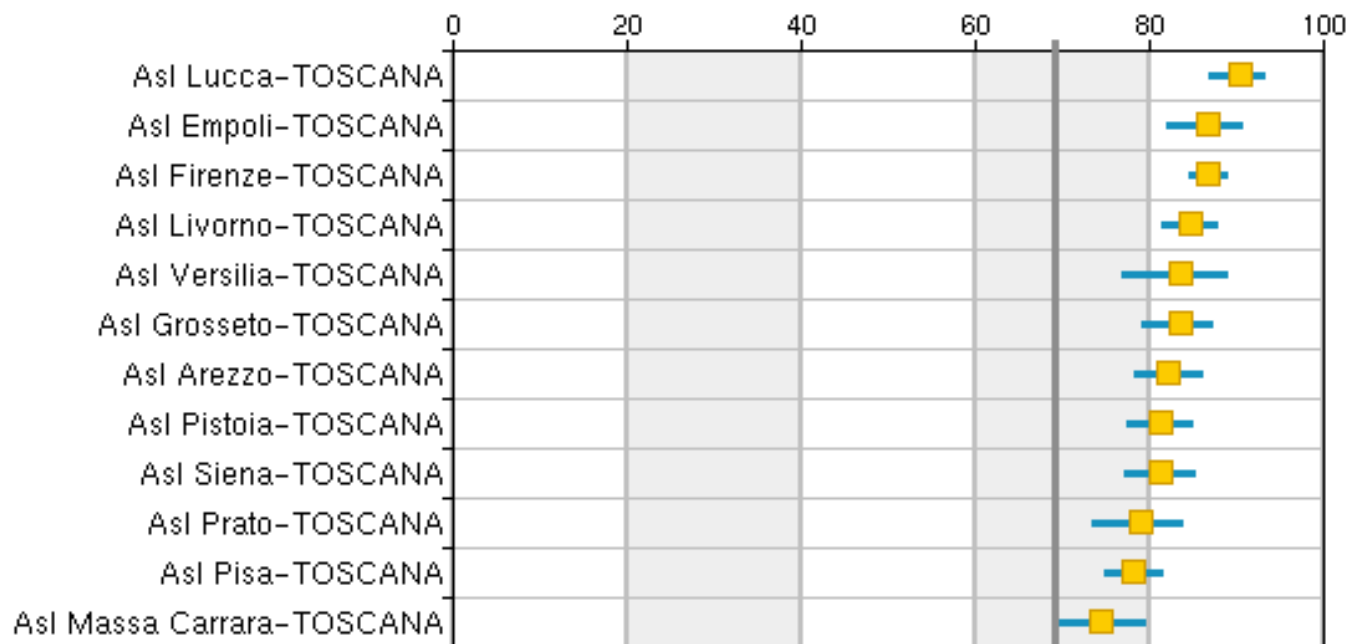




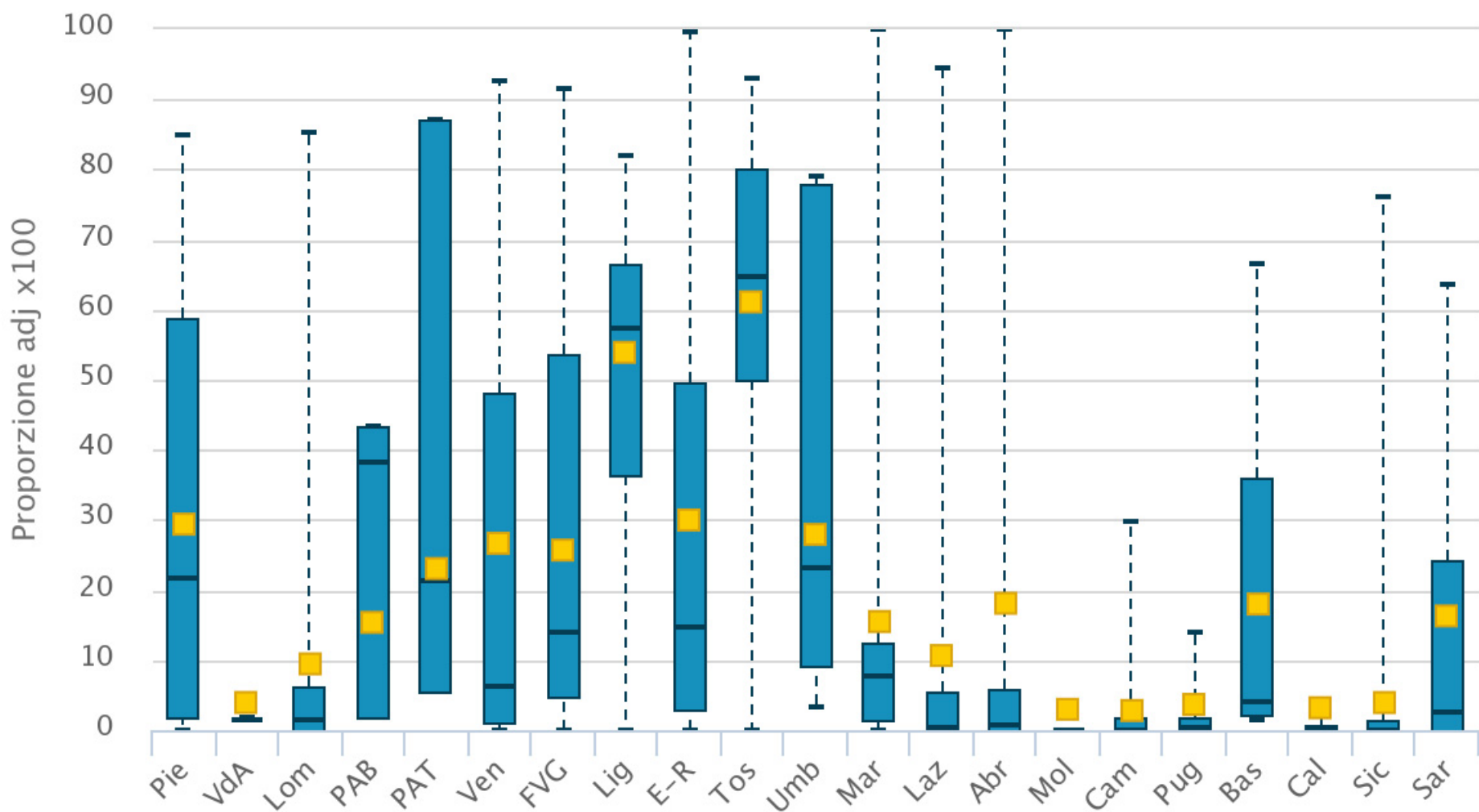


# COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: DEGENZA POST-OP < 3 GG, TOSCANA 2015

## Analisi per area di residenza

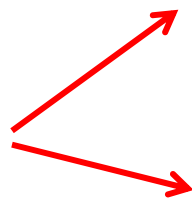


# Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery. 2015



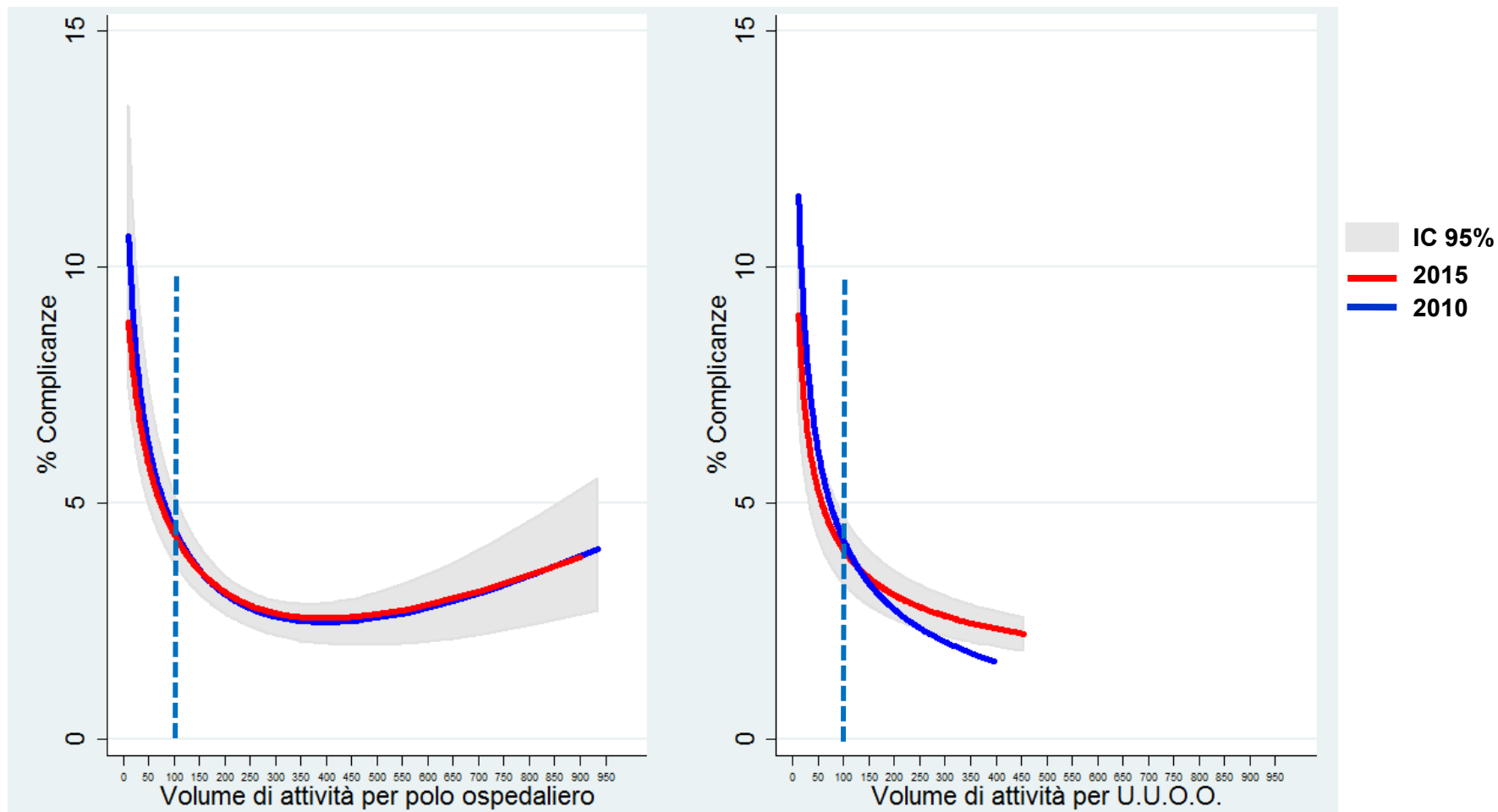


## OSP. del CASENTINO - BIBBIENA



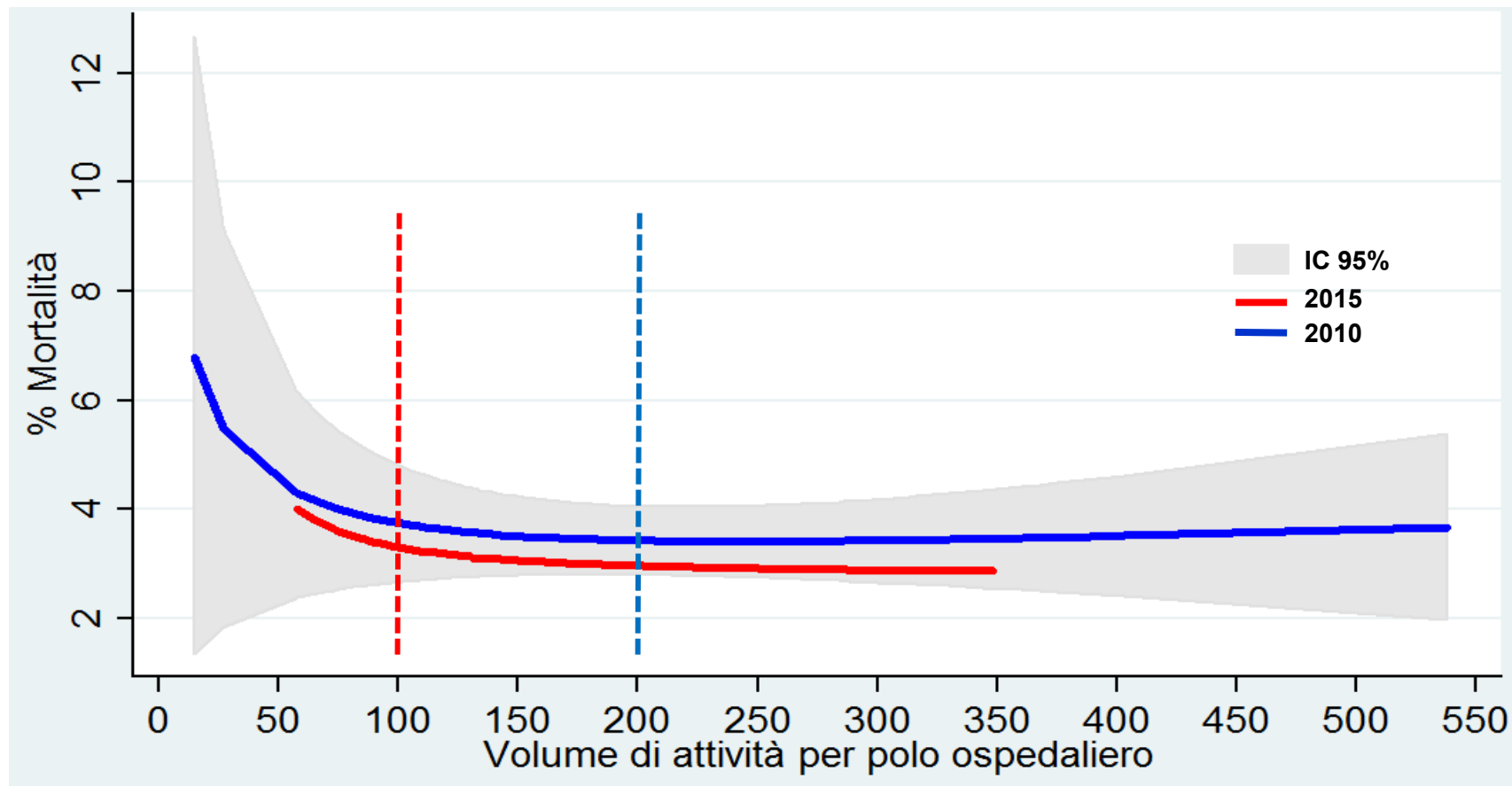


# Colecistectomia laparoscopica. Associazione tra complicanze a 30 giorni e volume di attività per poli ospedalieri. Italia, 2010, 2015





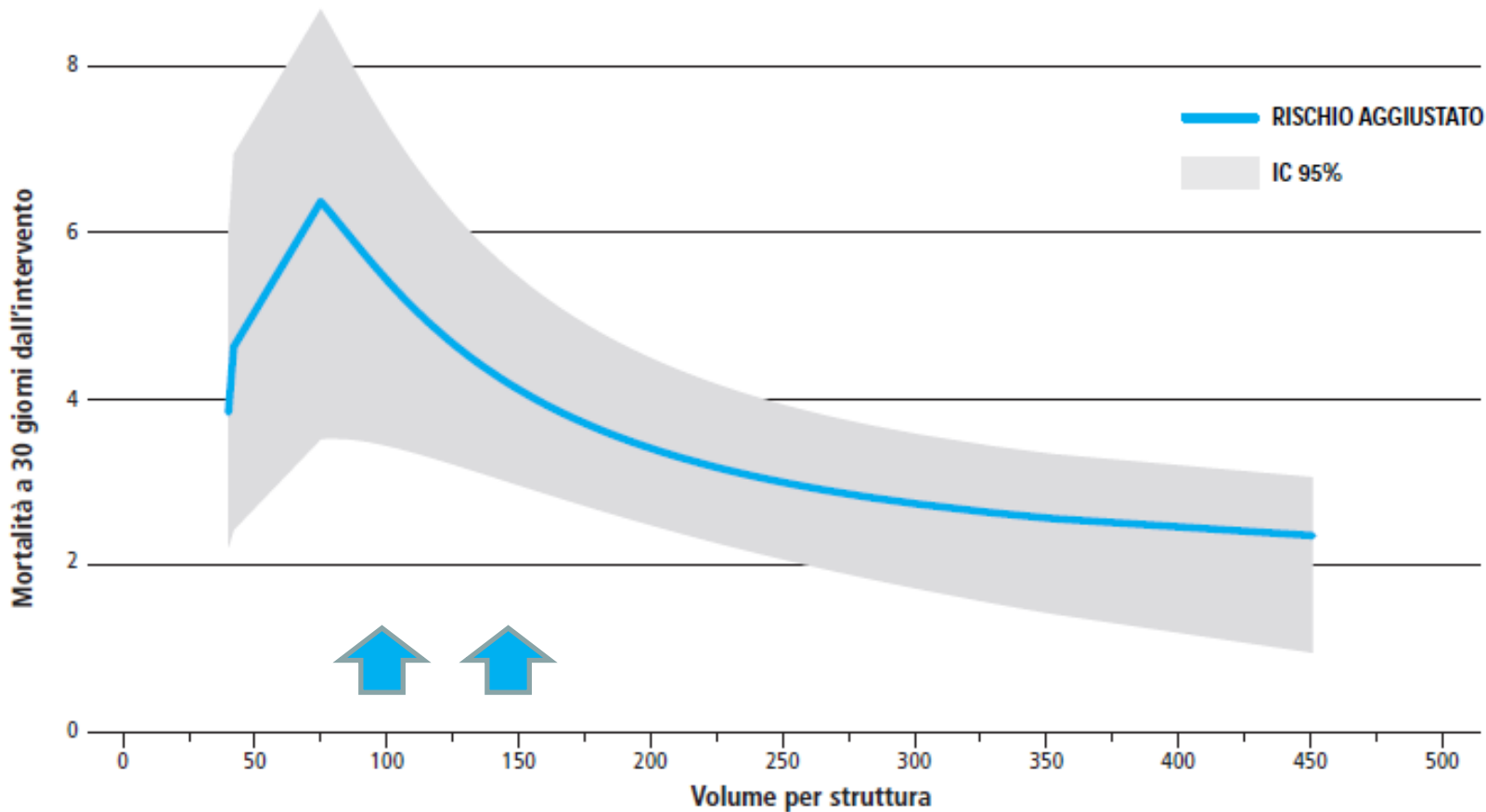
## Bypass aorto-coronarico. Associazione tra mortalità a 30 giorni e volume di attività per poli ospedalieri. Italia, 2010, 2015





### BYPASS AORTO-CORONARICO.

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





M

Interventi chirurgici per Ca mammella

150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa

Colecistectomia laparoscopica

100 interventi annui per Struttura complessa

Intervento chirurgico per frattura di femore

75 interventi annui per Struttura complessa

DEC

Regol. Strut. Oncol. (GU)

Infarto miocardico acuto

100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale

By pass aorto-coronarico

200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa

Vige

Angioplastica coronarica percutanea

250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)

Maternita'

si applicano le soglie di volume di attivita' di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

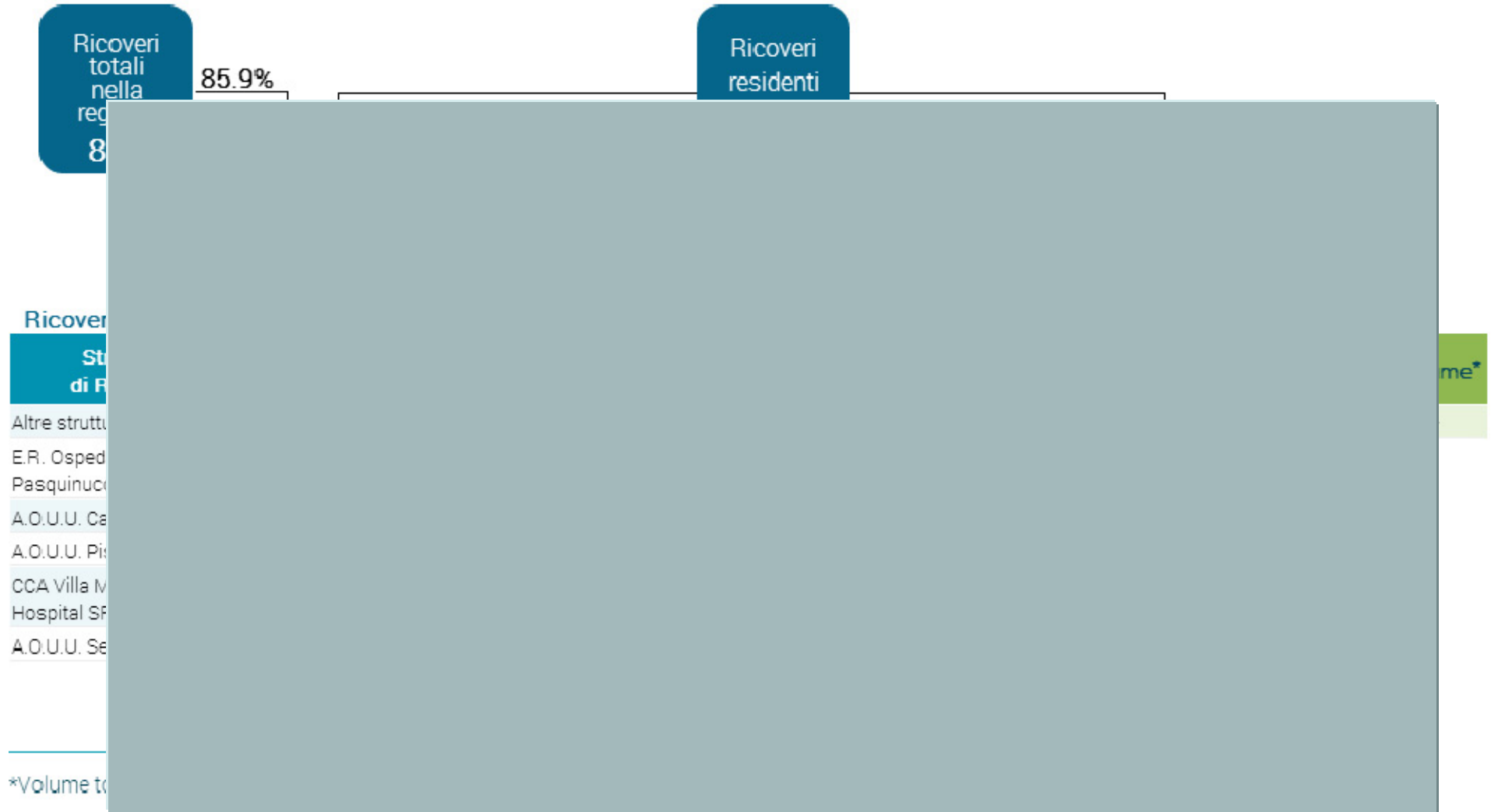
tivi,  
tenza



# BY-PASS AORTOCORONARICO ISOLATO: VOLUMI di ATTIVITA' TOSCANA 2015

## By-pass Aortocoronarico isolato

Toscana 01-01-2015 - 31-12-2015



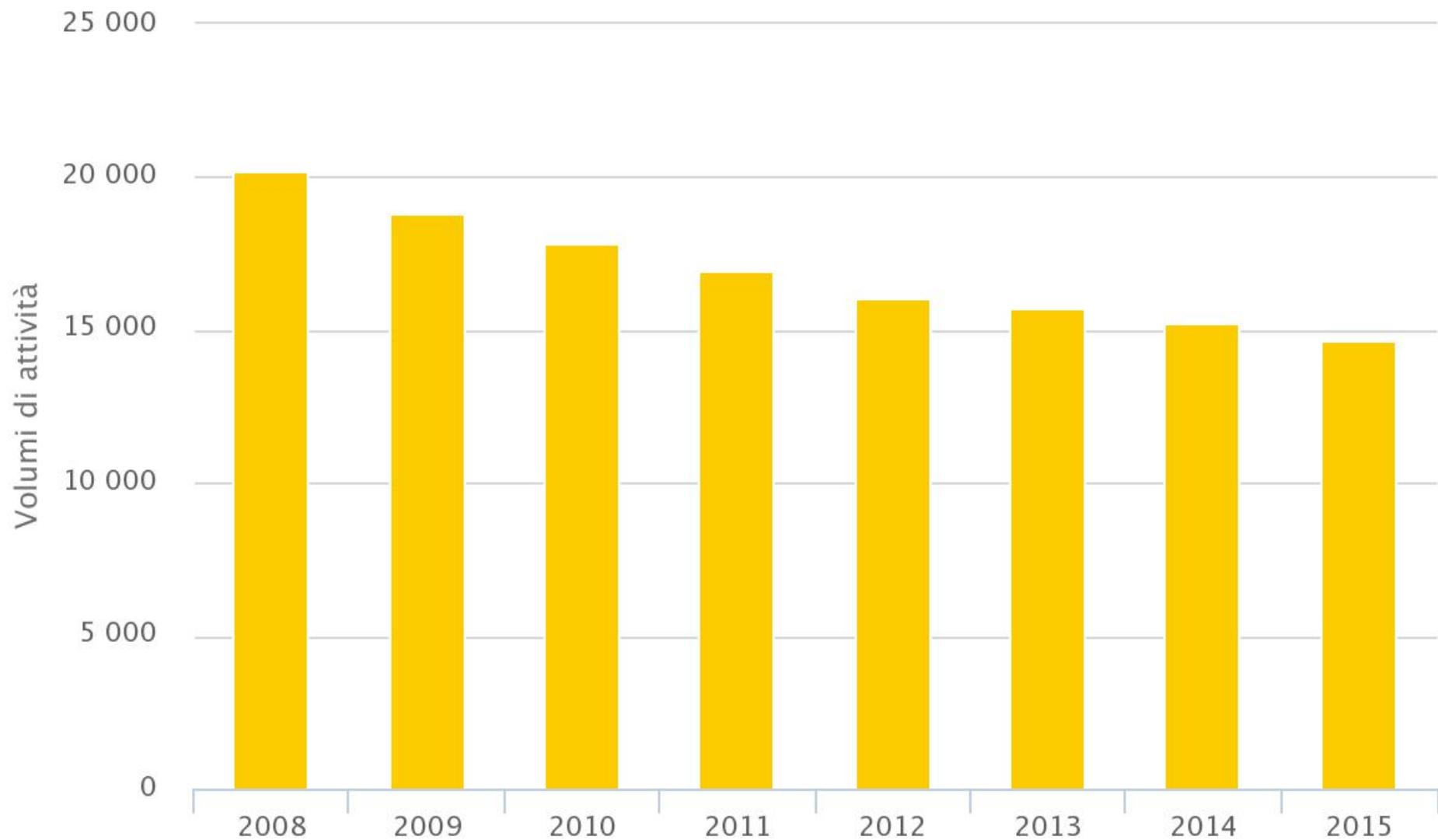




## BY-PASS AORTOCORONARICO ISOLATO: VOLUMI di ATTIVITA' TOSCANA 2015

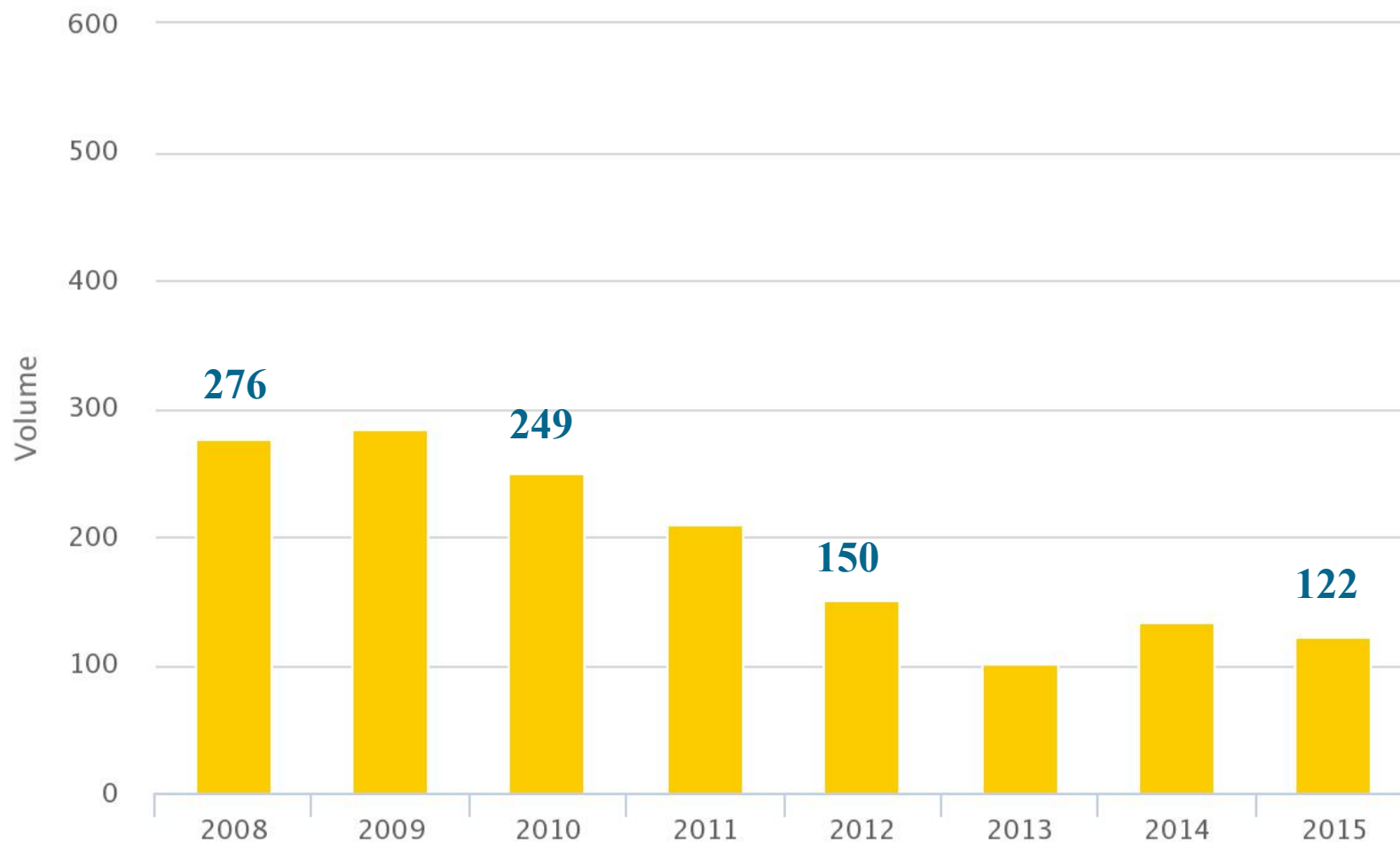
STRUTTURA	PROVINCIA	V
E.R. Ospedale del Cuore G. Pasquinucci-Pisa	PI	250
A.O.U.U. Careggi-Firenze	FI	195
CCA Villa Maria Beatrice Hospital SRL-Firen	FI	125
A.O.U.U. Pisana-Pisa	PI	122
A.O.U.U. Senese-Siena	SI	84
E.R. Fondaz. CNR-RT G. Monasterio-Pisa	PI	36
Osp. Civile-Carrara	MS	1
Osp. di Orbetello-Orbetello	GR	1

# Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri



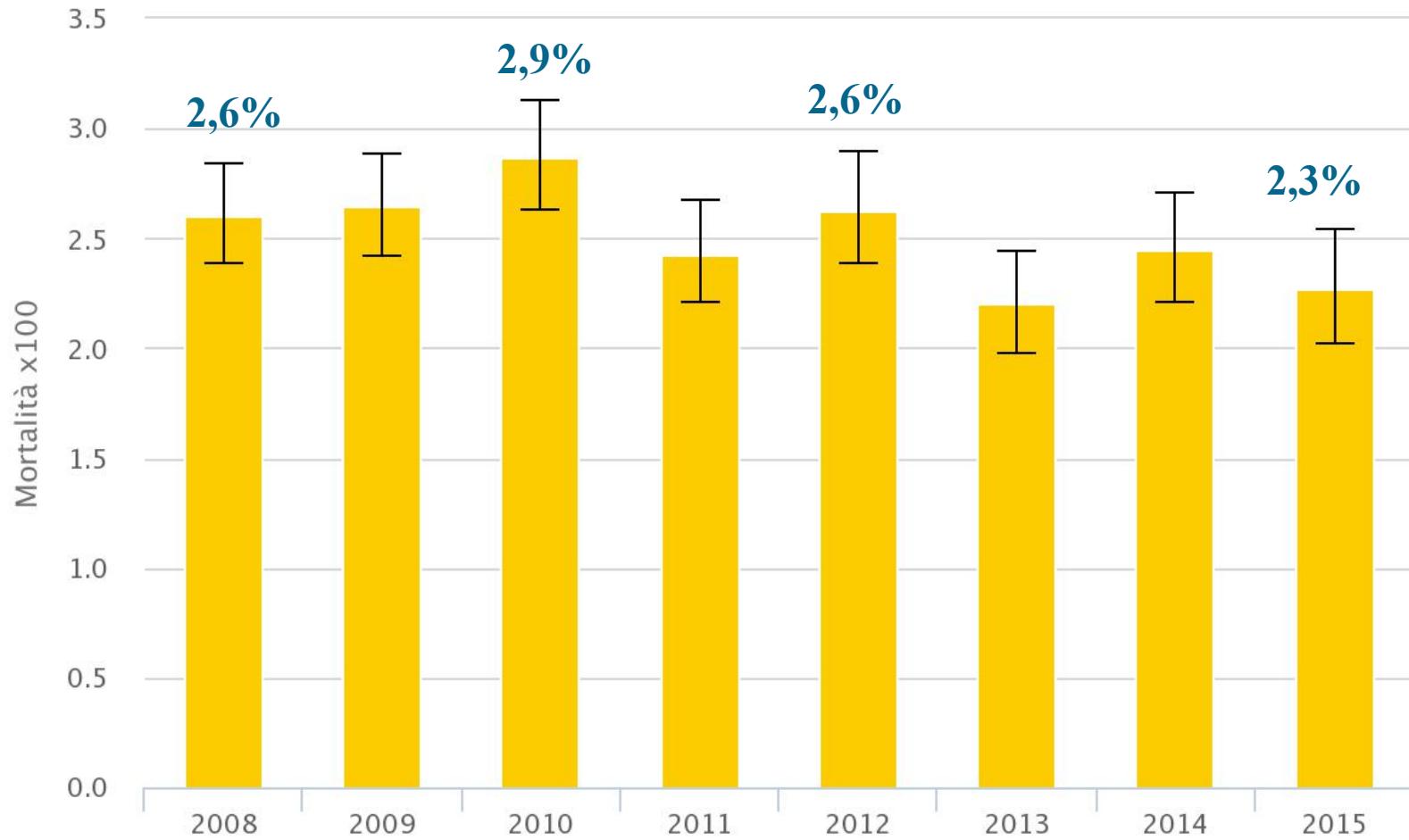


## A.O.U.U. Pisana – Pisa



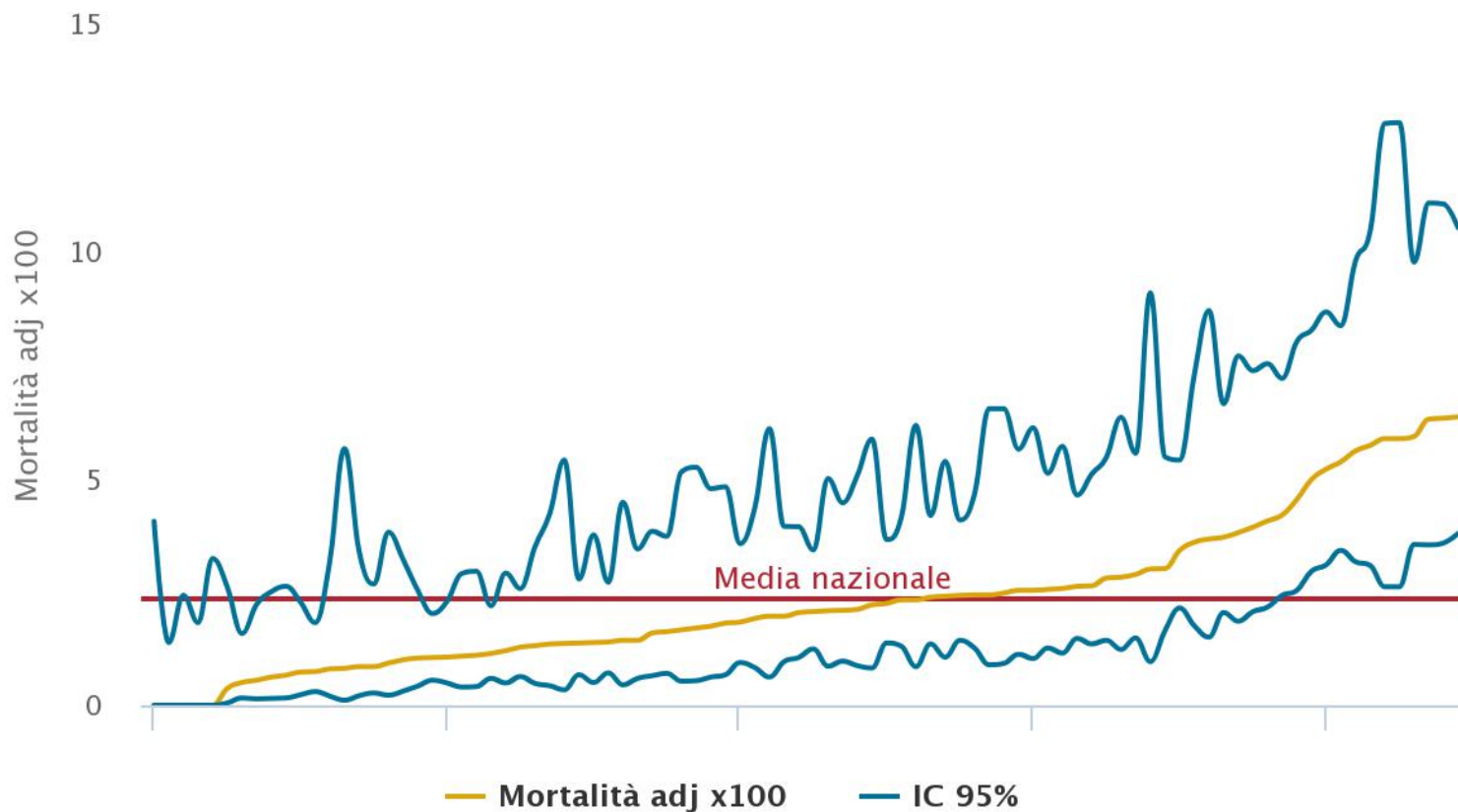


## By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni





### By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni. 2014-2015



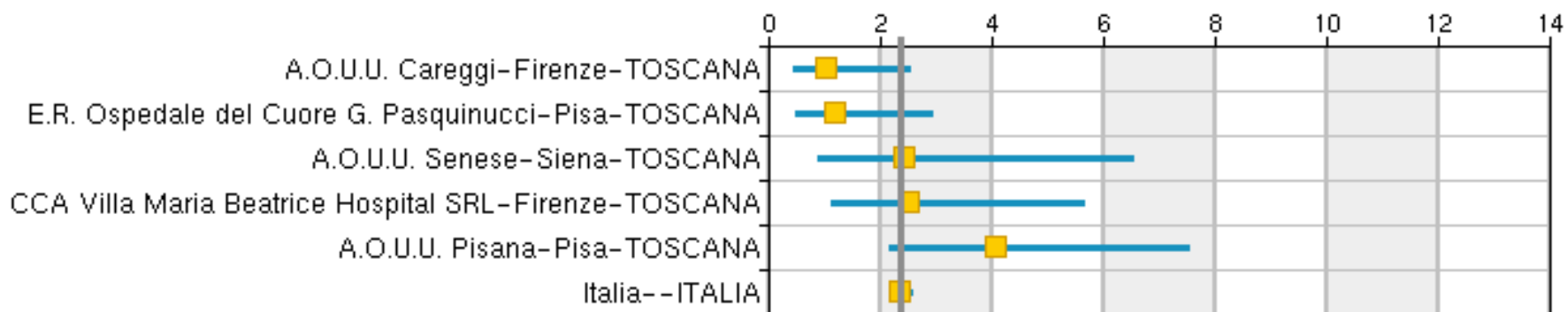


MI	Proporzione di tagli cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%	
DECI	Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%	
Regol. strutt. osped.	Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalita' aggiustata per gravita a 30 giorni	"massimo 4%;	ivi, enza
(GU I Vig	Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalita' aggiustata per gravita a 30 giorni	massimo 4%	



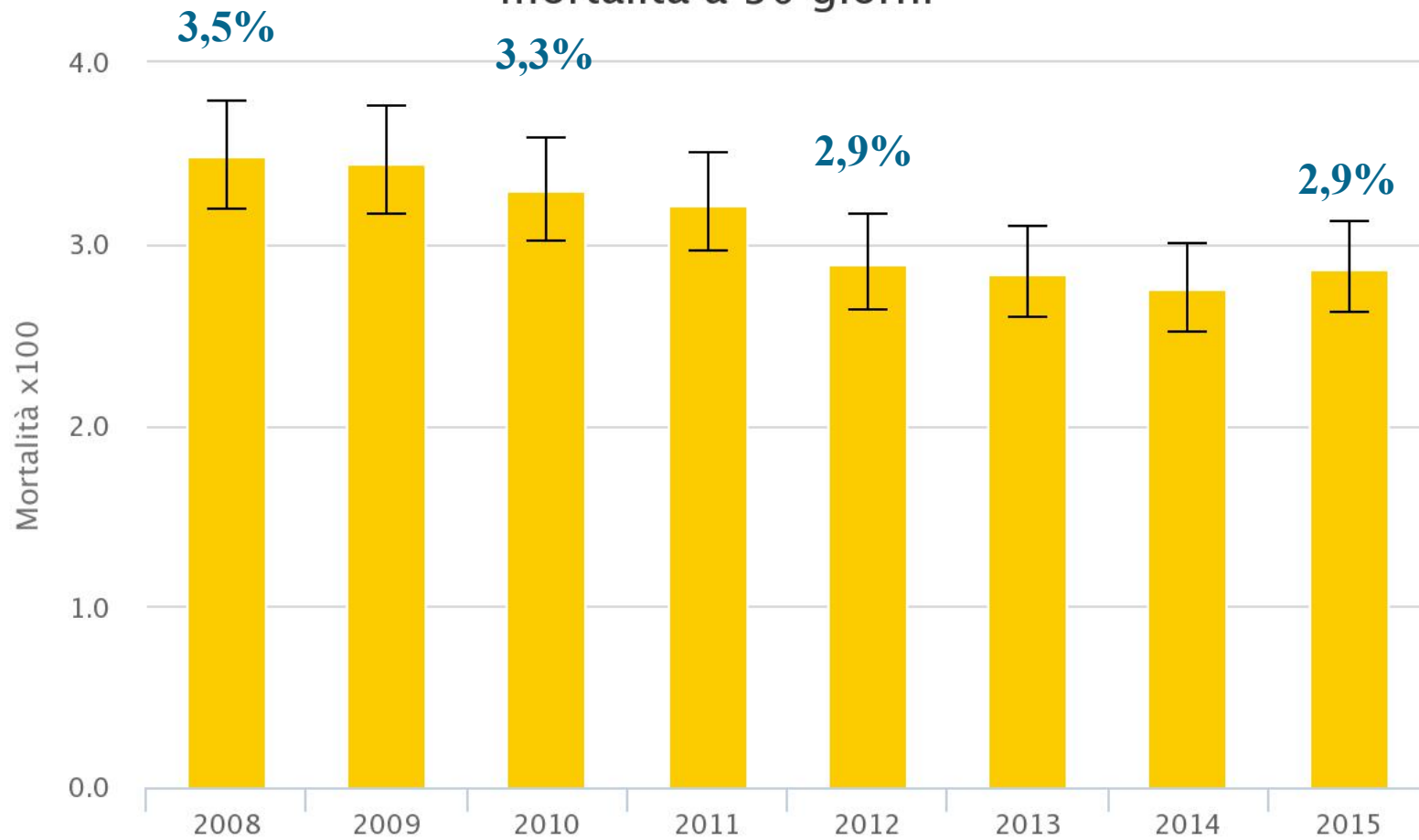


# BY-PASS AORTOCORONARICO ISOLATO: MORTALITA' A 30 GG TOSCANA 2014-2015





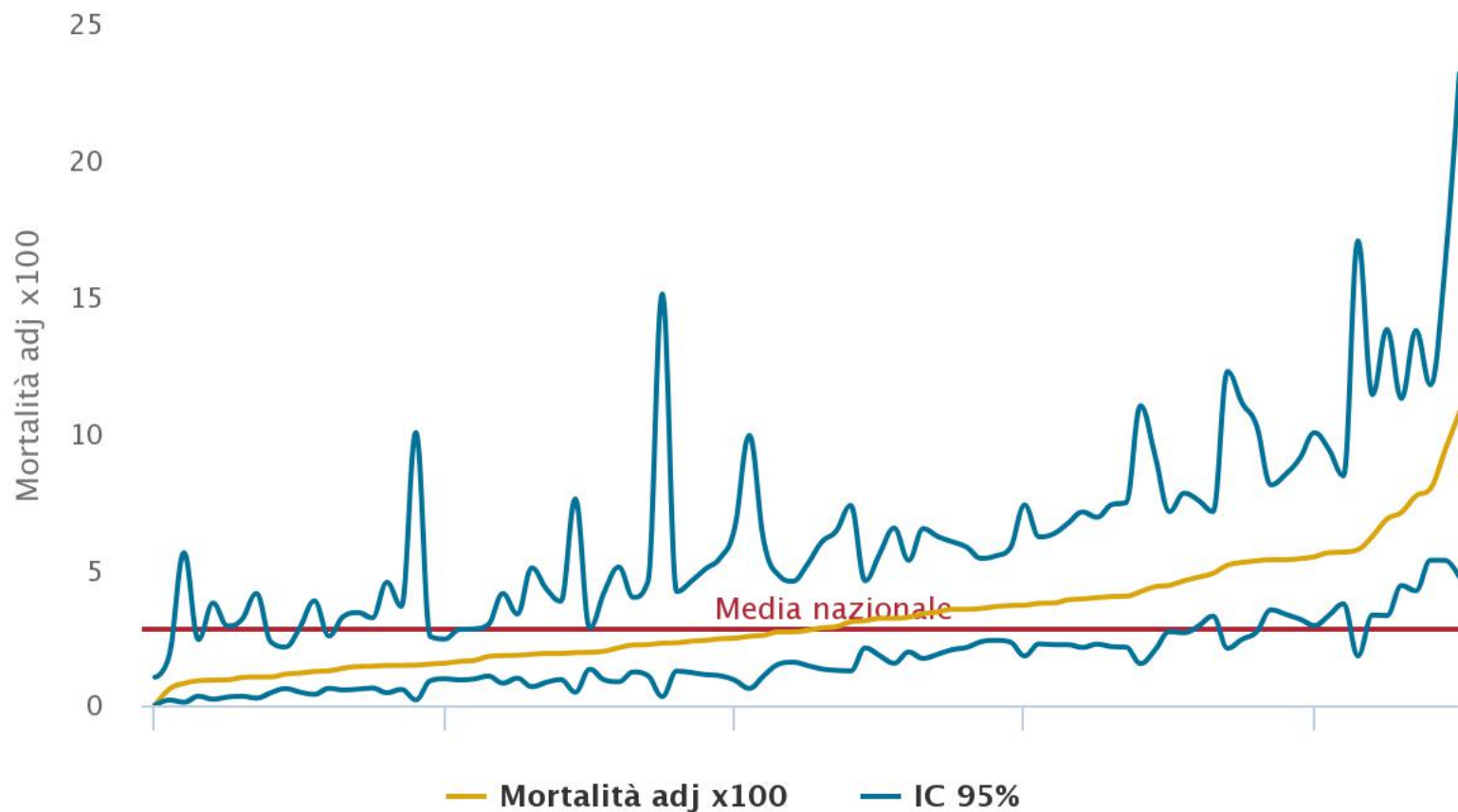
## Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni







## Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni. 2014-2015





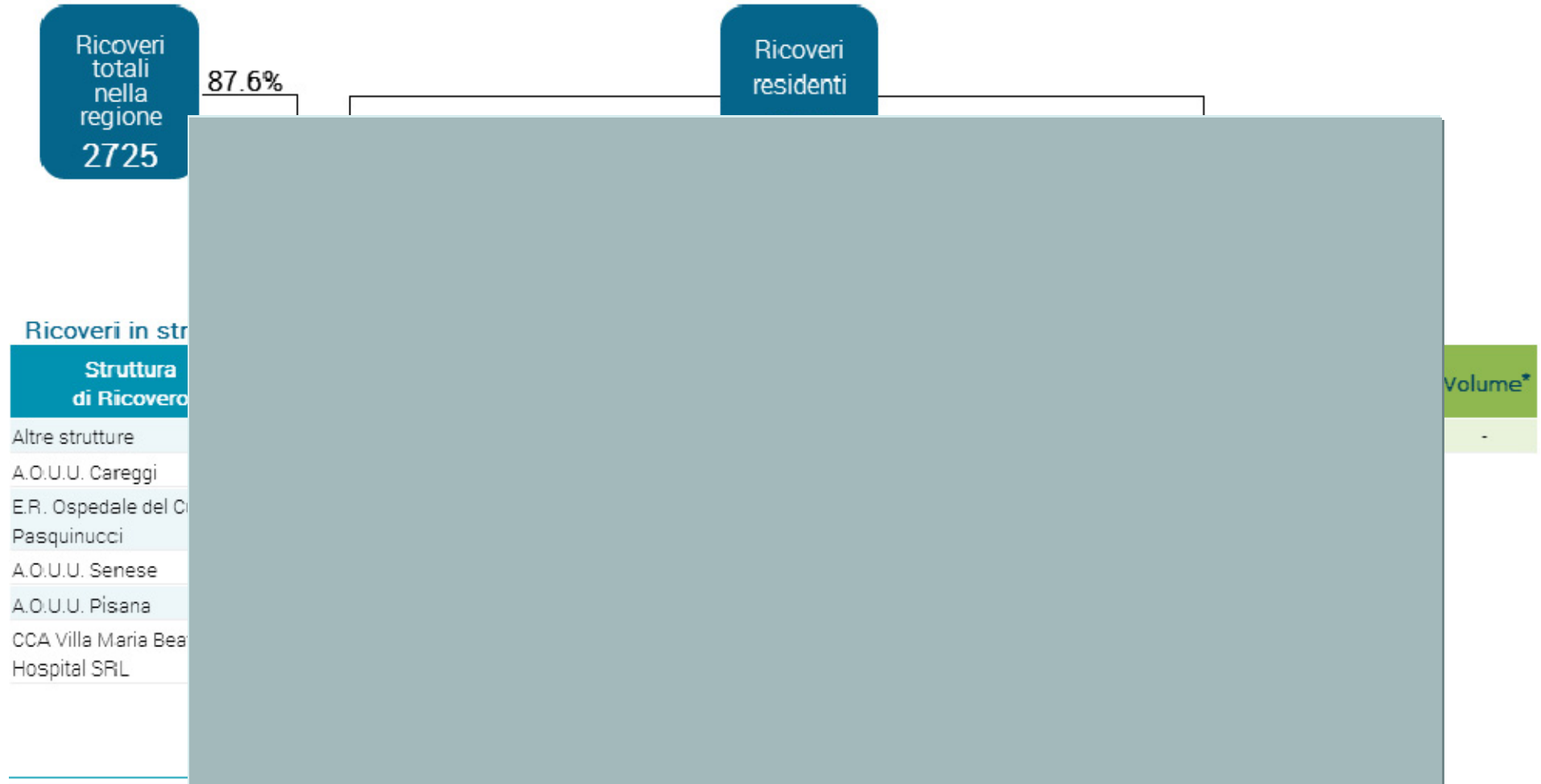
MI	Proporzione di tagli cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%	
DECF	Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%	
Regol. strut. osped.	Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalita' aggiustata per gravita a 30 giorni	"massimo 4%;"	ivi, enza
(GU 1	Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalita' aggiustata per gravita a 30 giorni	massimo 4%	



# VALVULOPLASTICA : VOLUMI di ATTIVITA' TOSCANA 2015

## Valvuloplastica

Toscana 01-01-2015 - 31-12-2015



\*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio





## Linee guida per la codifica delle procedure TAVI e degli altri interventi strutturali transcatetere sulle valvole cardiache

A seguito della richiesta da parte della Dott.ssa Marina Davoli, Direttore Scientifico del Programma Nazionale Esiti (PNE) - AGENAS la Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH), presieduta dal Prof. Roberto Di Bartolomeo, e la Società Italiana di Cardiologia Invasiva (SICI-GISE), presieduta dal Dott. Sergio Berti, hanno deciso di contribuire alla definizione di un sistema di codifica uniforme per gli interventi strutturali transcatetere sulle valvole cardiache. Attualmente non sono, infatti, presenti codici specifici per queste procedure nei sistemi di codifica ICD-9-CM utilizzati in Italia. Alcune regioni hanno definito propri criteri di codifica, mentre in altre regioni, in assenza di indicazioni "istituzionali", vengono utilizzati criteri differenziati anche fra i Centri di una stessa Regione. Pertanto non è attualmente possibile conoscere quali e quante procedure vengono eseguite nei singoli Centri, nelle diverse Regioni e a livello nazionale. La soluzione ottimale ed auspicabile è che nell'ambito dei processi di revisione del sistema DRG italiano attualmente in corso (Progetto "IT-DRG"), siano predisposti codici di procedura specifici per tali interventi e



*Ministero della Salute*




*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## **VALVULOPLASTICA: MORTALITA' A 30 GG TOSCANA 2014-2015**

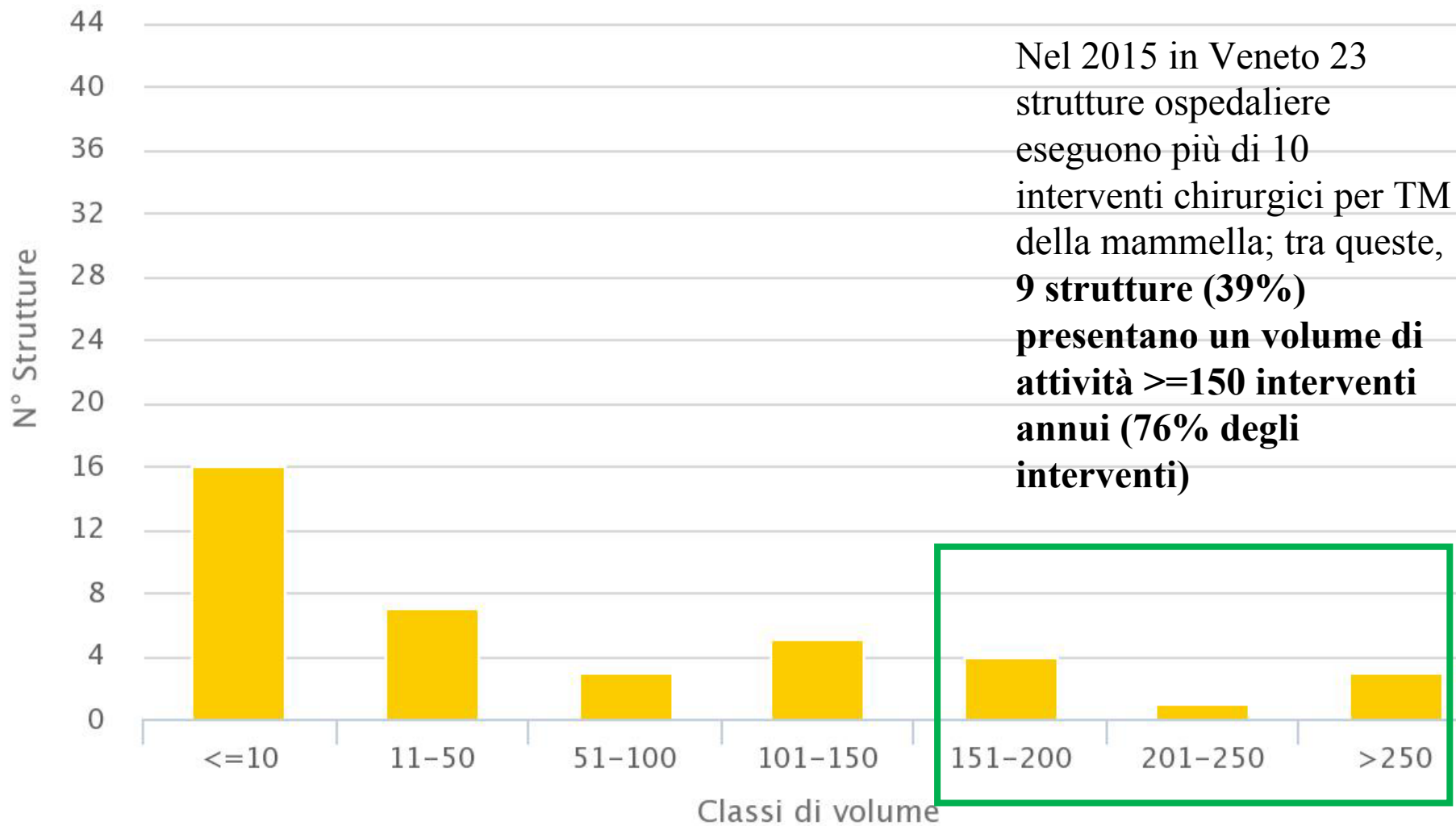




	Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
	Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
	Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
	Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
	By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
	Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)
	Maternita'	si applicano le soglie di volume di attivita' di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010



## TUMORE MALIGNO della MAMMELLA: VOLUMI di ATTIVITA', TOSCANA 2015





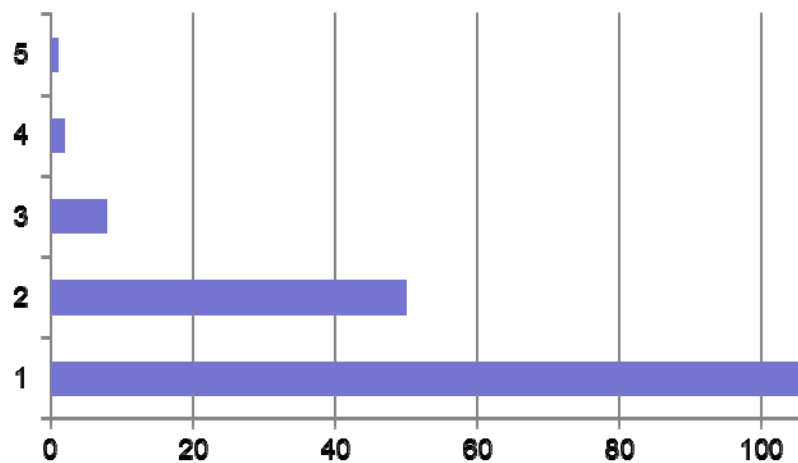
Ministero della Salute



Agenzia

## TUMORE MALIGNO della MAMMELLA: VOLUMI di ATTIVITA', TOSCANA 2015

### A.O.U.U. Senese: VOL per UO



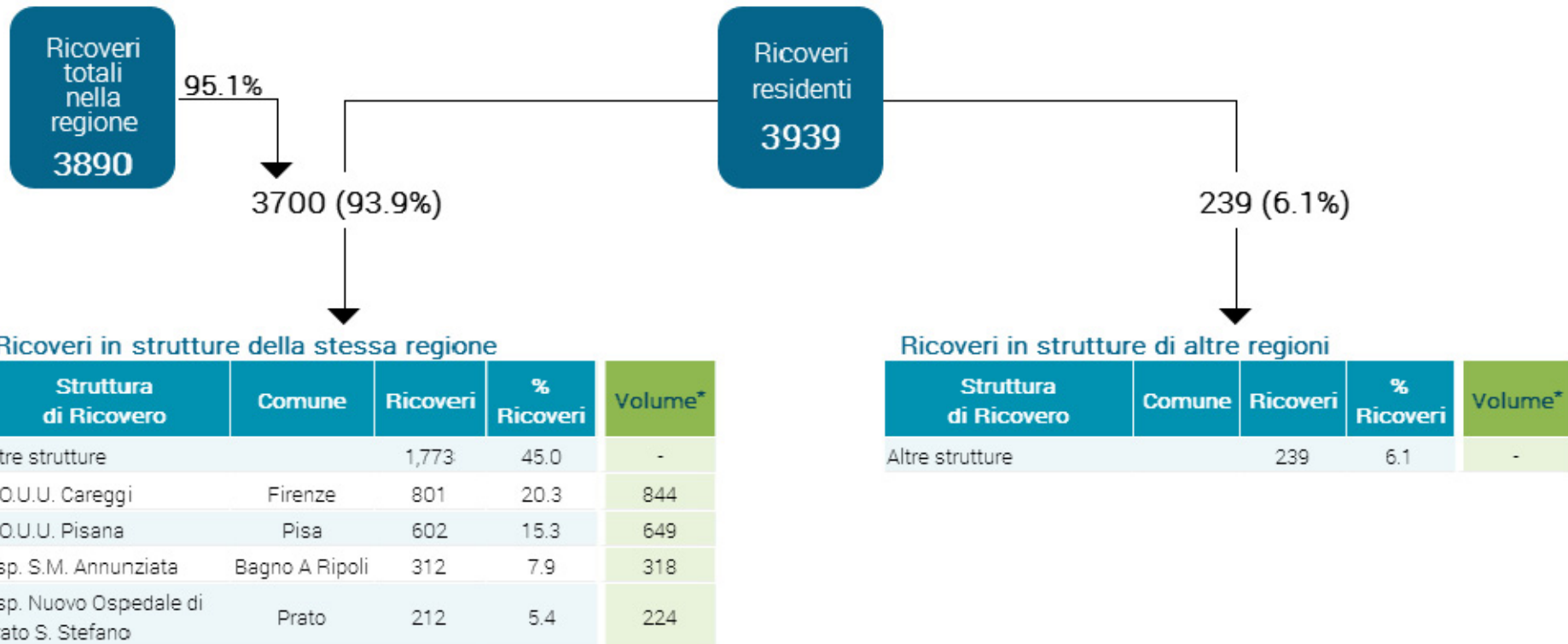
STRUTTURA	PROVINCIA	V
A.O.U.U. Careggi-Firenze	FI	844
A.O.U.U. Pisana-Pisa	PI	649
Osp. S.M. Annunziata-Bagno A Ripoli	FI	318
Osp. Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano-Prato	PO	224
Osp. Versilia-Camaione	LU	190
Osp. della Misericordia-Grosseto	GR	188
Osp. S. Giuseppe-Empoli	FI	187
A.O.U.U. Senese-Siena	SI	167
Osp. Civile-Carrara	MS	150
Osp. Piana di Lucca-Lucca	LU	136
Osp. Area Aretina Nord-Arezzo	AR	132
Osp. di Livorno-Livorno	LI	126
Osp. S. Jacopo-Pistoia	PT	117
<b>Osp. F. Lotti-Pontedera</b>	PI	<b>97</b>
<b>CCA Centro Oncologico Fiorentino Villanova</b>	FI	<b>91</b>
<b>Osp. Riuniti della Val di Chiana-Montepulciano</b>	SI	<b>70</b>
<b>Osp. di Borgo S. Lorenzo-Borgo San Lorenzo</b>	FI	<b>42</b>
<b>Osp. di Piombino-Piombino</b>	LI	<b>29</b>
<b>Osp. Nuovo Valdarno-Montevarchi</b>	AR	<b>24</b>
<b>Osp. di Cecina-Cecina</b>	LI	<b>20</b>
<b>Osp. S.S. Giacomo e Cristoforo-Massa</b>	MS	<b>17</b>
<b>Osp. S.Giovanni di Dio Torregalli-Firenze</b>	FI	<b>14</b>
<b>Osp. dell'Alta Val d'Elsa -Poggibonsi</b>	SI	<b>13</b>
<b>CC Villa Donatello SPA-Firenze</b>	FI	<b>10</b>







# TUMORE MALIGNO della MAMMELLA: VOLUMI di ATTIVITA', TOSCANA 2015



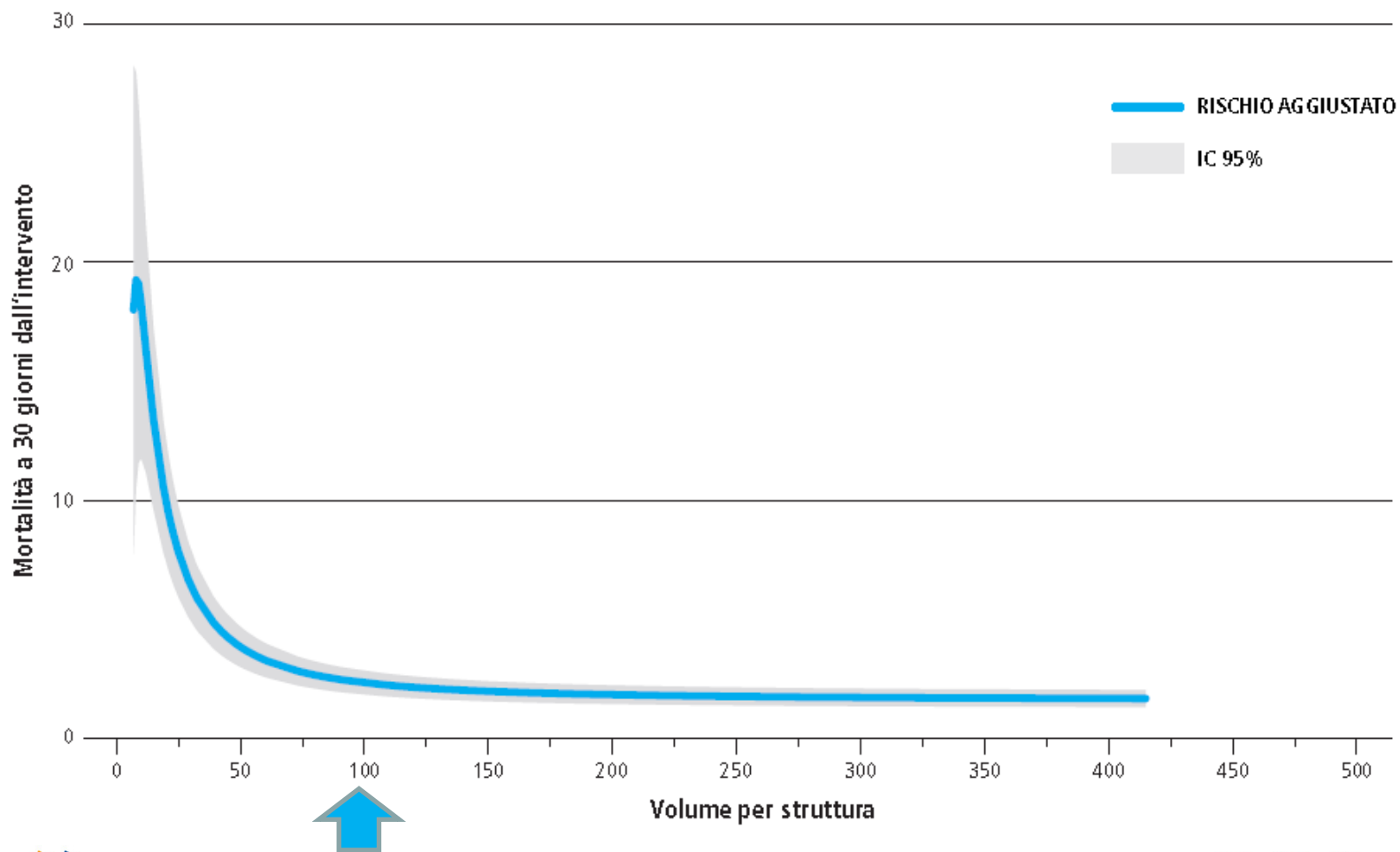
**Il 45% dei ricoveri per TM della mammella avviene in strutture che eseguono ciascuna meno del 5% dei ricoveri totali**





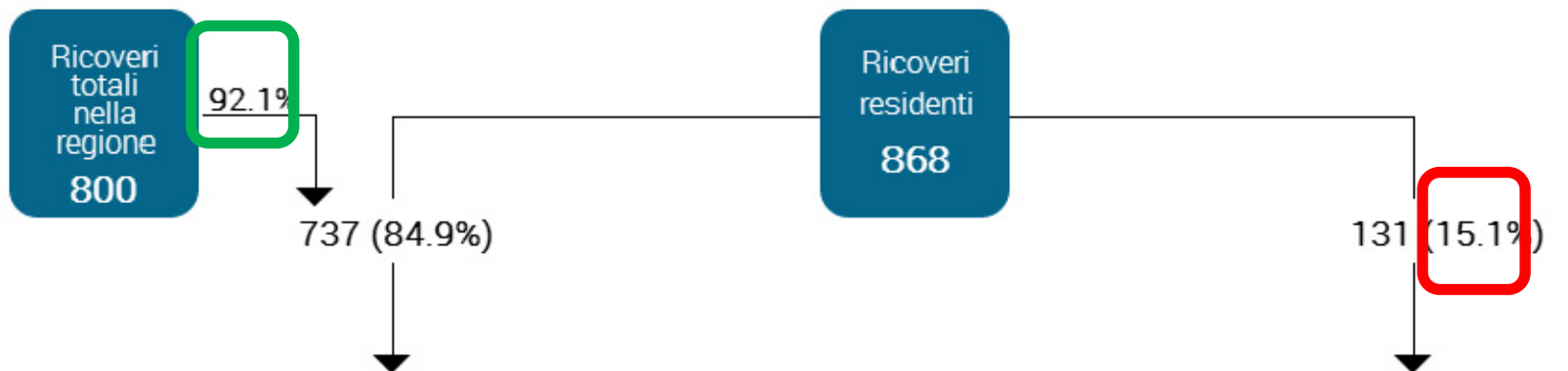
### CHIRURGIA DEL CANCRO AL POLMONE.

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





### TUMORE MALIGNO del POLMONE: VOLUMI di ATTIVITA', TOSCANA 2015



#### Ricoveri in strutture della stessa regione

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	Volume*
Altre strutture		55	6.3	-
A.O.U.U. Careggi	Firenze	261	30.1	278
A.O.U.U. Pisana	Pisa	226	26.0	250
A.O.U.U. Senese	Siena	126	14.5	143
Osp. di Livorno	Livorno	69	7.9	74

#### Ricoveri in strutture di altre regioni

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	Volume*
Altre strutture		84	9.7	-
IRCCSpr Istituto Europeo di Oncologia	Milano	47	5.4	420





## TUMORE MALIGNO del POLMONE: VOLUMI di ATTIVITA', TOSCANA 2015

STRUTTURA	PROVINCIA	V
A.O.U.U. Careggi-Firenze	FI	278
A.O.U.U. Pisana-Pisa	PI	250
A.O.U.U. Senese-Siena	SI	143
Osp. di Livorno-Livorno	LI	74
Osp. Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano-Prato	PO	22
Osp. della Misericordia-Grosseto	GR	17
Osp. S. Jacopo-Pistoia	PT	10
CCA Rugani-Monteriggioni	SI	2
Osp. Piana di Lucca-Lucca	LU	1
Osp. Civile-Carrara	MS	1
Osp. Riuniti della Val di Chiana-Montepulciano	SI	1
CCA Centro Oncologico Fiorentino Villanova SRL-Sesto Fiore FI	FI	1

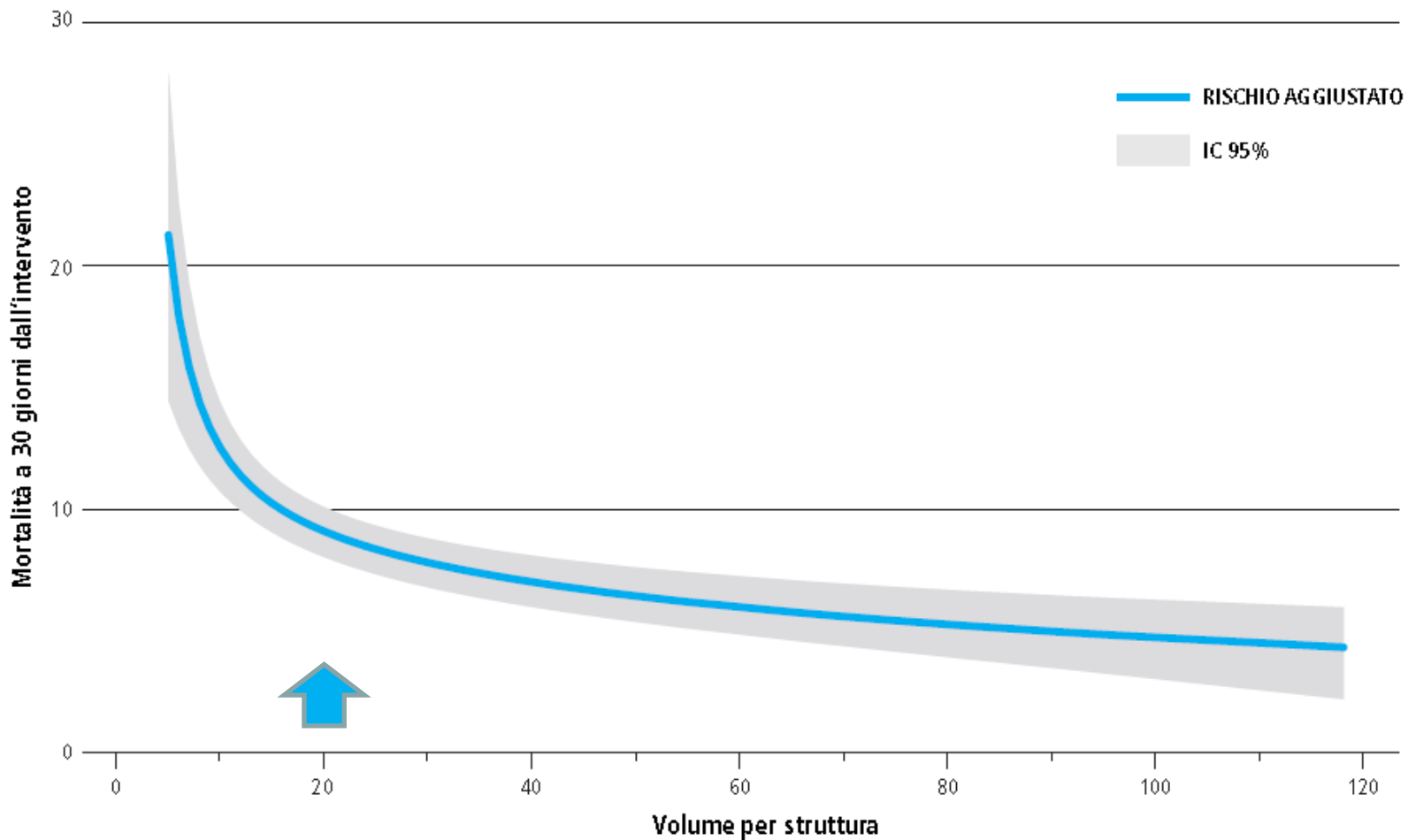
Nel 2015 in Toscana 12 strutture ospedaliere eseguono più di 5 interventi chirurgici per TM del polmone; tra queste, **4 strutture (33%) presentano un volume di attività superiore a 50 interventi annui**





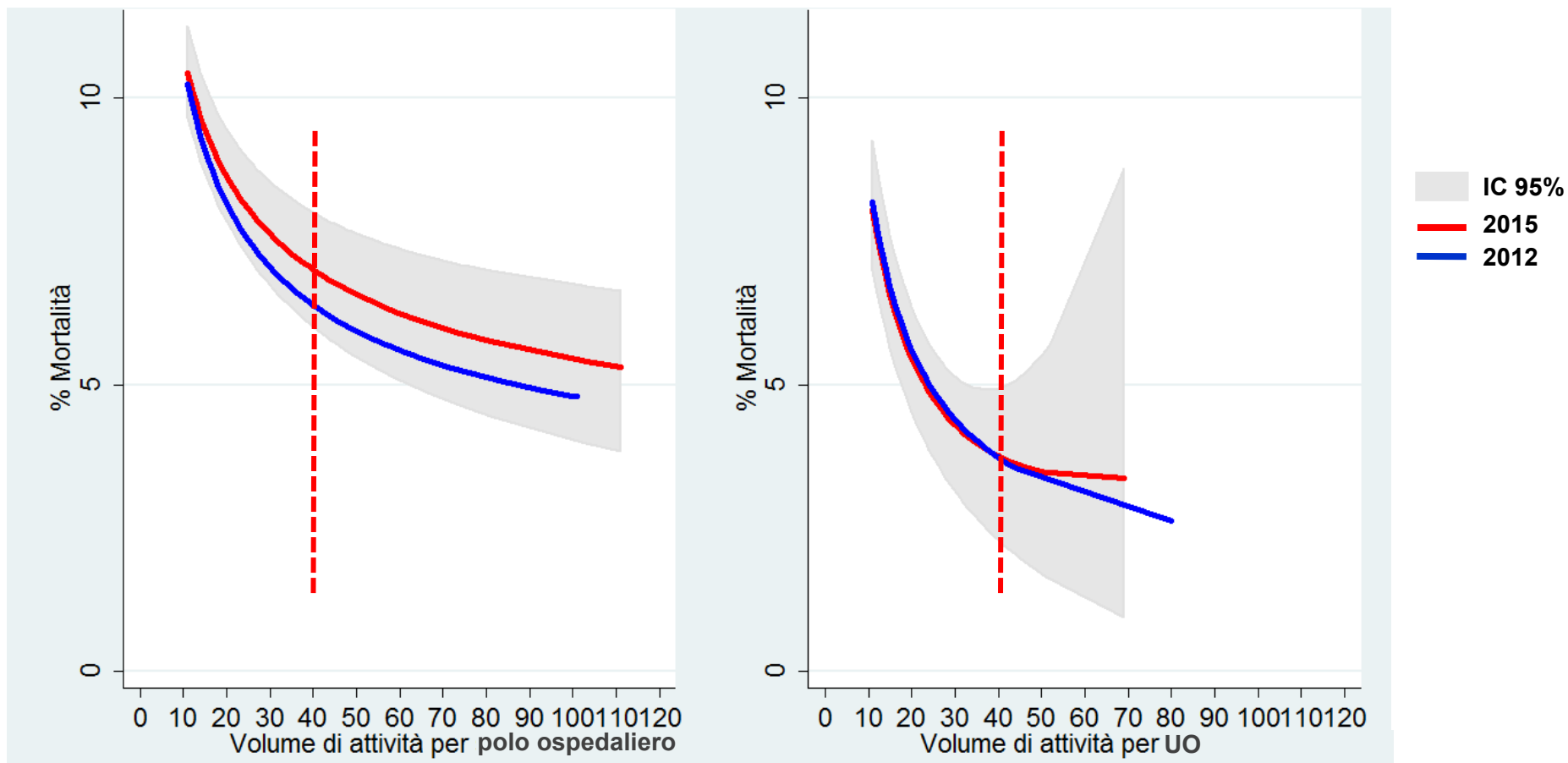
### CHIRURGIA DEL CANCRO ALLO STOMACO.

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



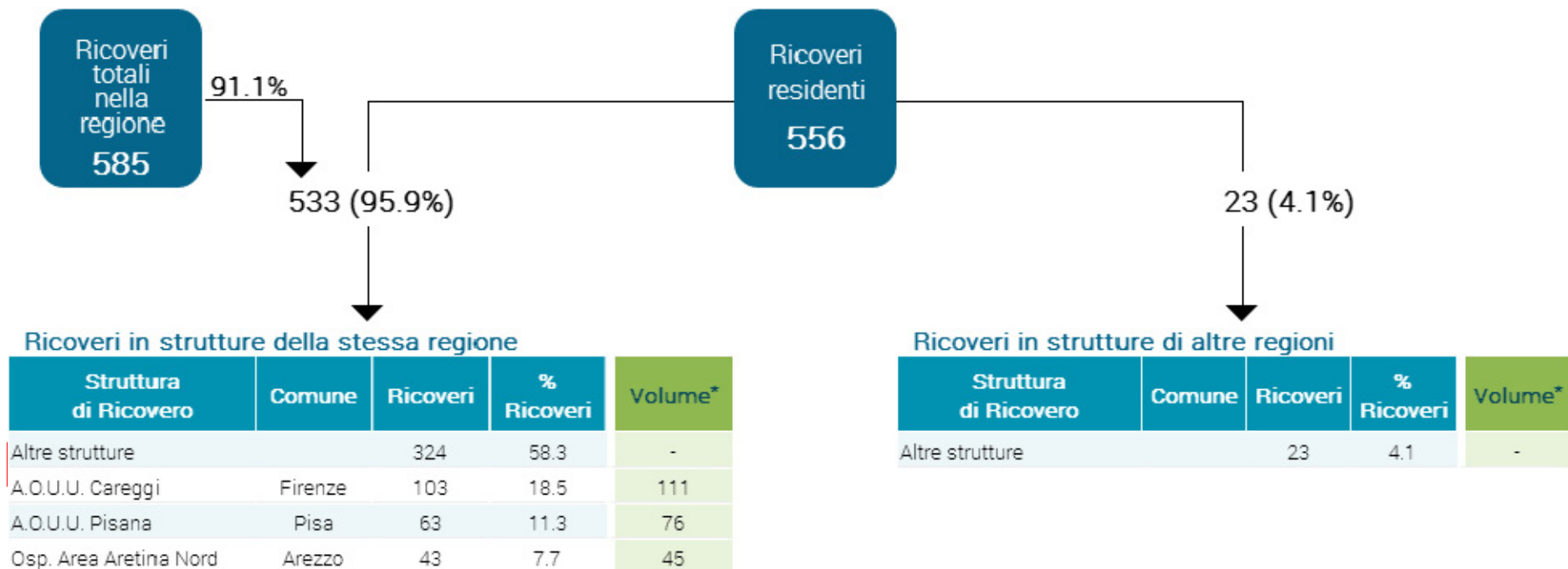


# Chirurgia del cancro dello stomaco. Associazione tra mortalità a 30 giorni e volume di attività per poli ospedalieri. Italia, 2012, 2015





## TUMORE MALIGNO dello STOMACO: VOLUMI di ATTIVITA', TOSCANA 2015



**Il 58% dei ricoveri per TM dello stomaco avviene in strutture che eseguono ciascuna meno del 5% dei ricoveri totali**





**TUMORE  
MALIGNO dello  
STOMACO:  
VOLUMI di  
ATTIVITA',  
TOSCANA 2015**

Nel 2015 in Toscana  
22 strutture  
ospedaliere eseguono  
più di 5 interventi  
chirurgici per TM  
dello stomaco; tra  
queste, **4 strutture  
presentano un  
volume di attività >=  
20 interventi annui.**

STRUTTURA	PROVINCI	V
A.O.U.U. Careggi-Firenze	FI	111
A.O.U.U. Pisana-Pisa	PI	76
Osp. Area Aretina Nord-Arezzo	AR	45
A.O.U.U. Senese-Siena	SI	40
Osp. Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano-Prato	PO	28
Osp. S. Giuseppe-Empoli	FI	20
Osp. del Casentino-Bibbiena	AR	19
Osp. Nuovo Valdarno-Montevarchi	AR	19
Osp. S. Jacopo-Pistoia	PT	19
Osp. dell'Alta Val d'Elsa -Poggibonsi	SI	18
Osp. della Misericordia-Grosseto	GR	18
Osp. S.Giovanni di Dio Torregalli-Firenze	FI	18
Osp. di Livorno-Livorno	LI	17
Osp. Riuniti della Val di Chiana-Montepulciano	SI	16
Osp. di Borgo S. Lorenzo-Borgo San Lorenzo	FI	16
Osp. S.M. Annunziata-Bagno A Ripoli	FI	15
Osp. Civile-Carrara	MS	15
Osp. Versilia-Camaione	LU	12
Osp. Piana di Lucca-Lucca	LU	11
Osp. della Valdinievole-Pescia	PT	10
Osp. F. Lotti-Pontedera	PI	7
Osp. S. Maria Nuova-Firenze	FI	6



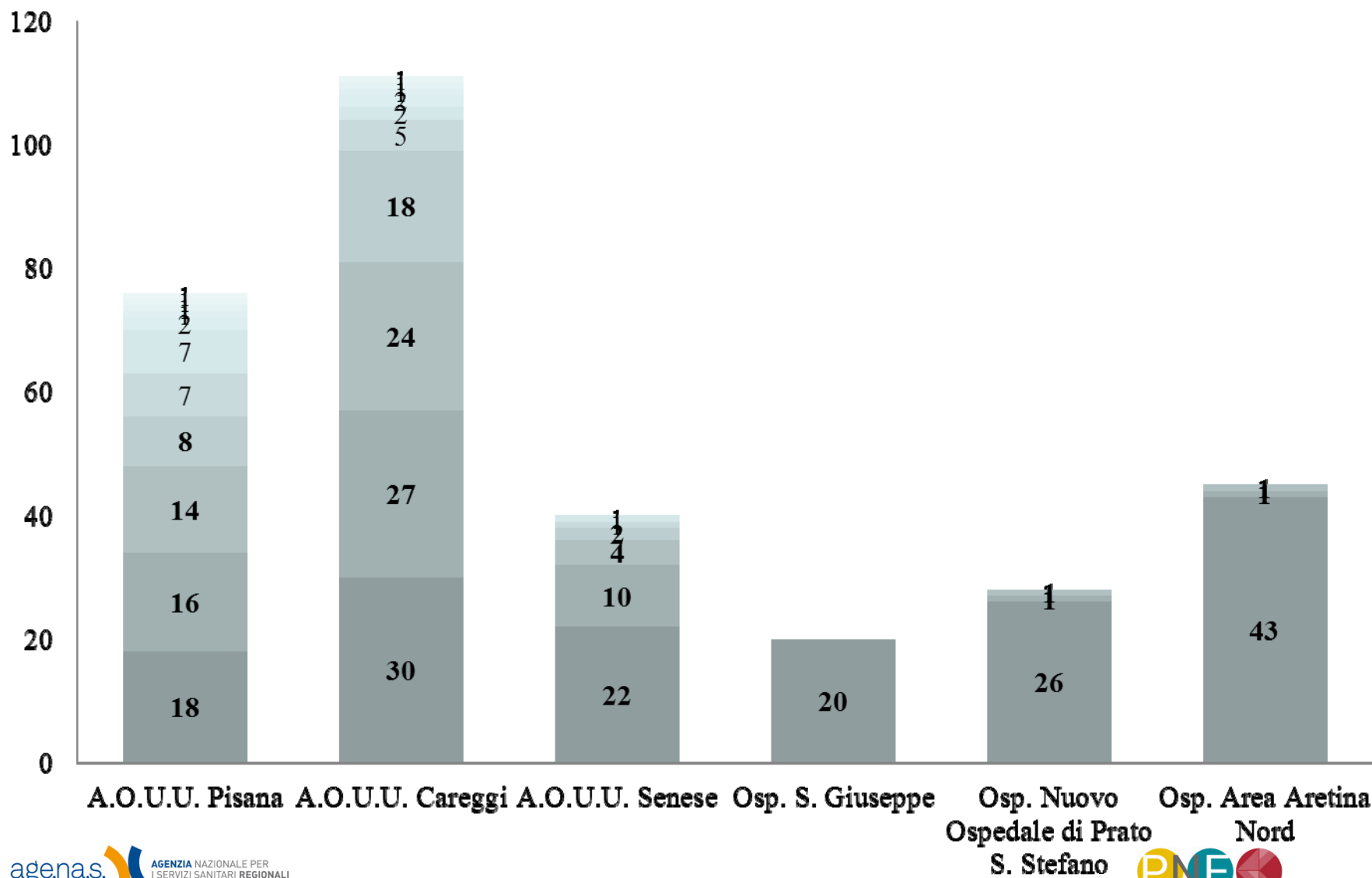




## Treatment: surgery

- ▶ All patients should have antithrombotic (grade A, 1b) and antibiotic prophylaxis (grade C) instituted at an appropriate time in relation to surgery and postoperative recovery.
- ▶ Oesophageal and gastric cancer surgery should be performed by surgeons who work in a specialist MDT in a designated cancer centre with outcomes audited regularly (grade B).
- ▶ Surgeons should perform at least 20 oesophageal and gastric resections annually either individually or operating with another consultant both of whom are core members of the MDT. The individual surgeon and team outcomes should be audited against national benchmarked standards (grade B).

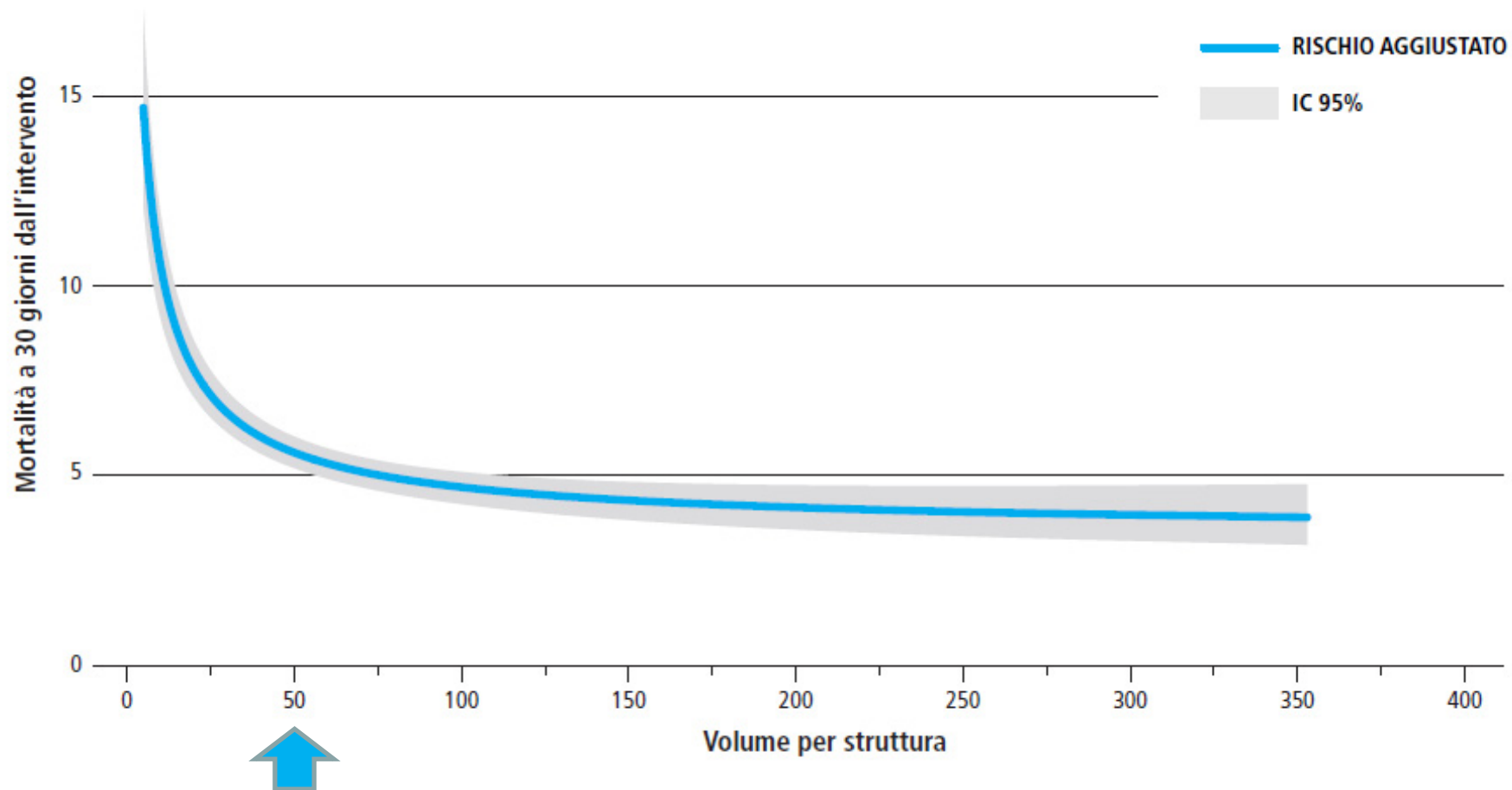
# TM dello STOMACO: VOLUME di RICOVERI per U.O. (VOL struttura >=20) TOSCANA 2015





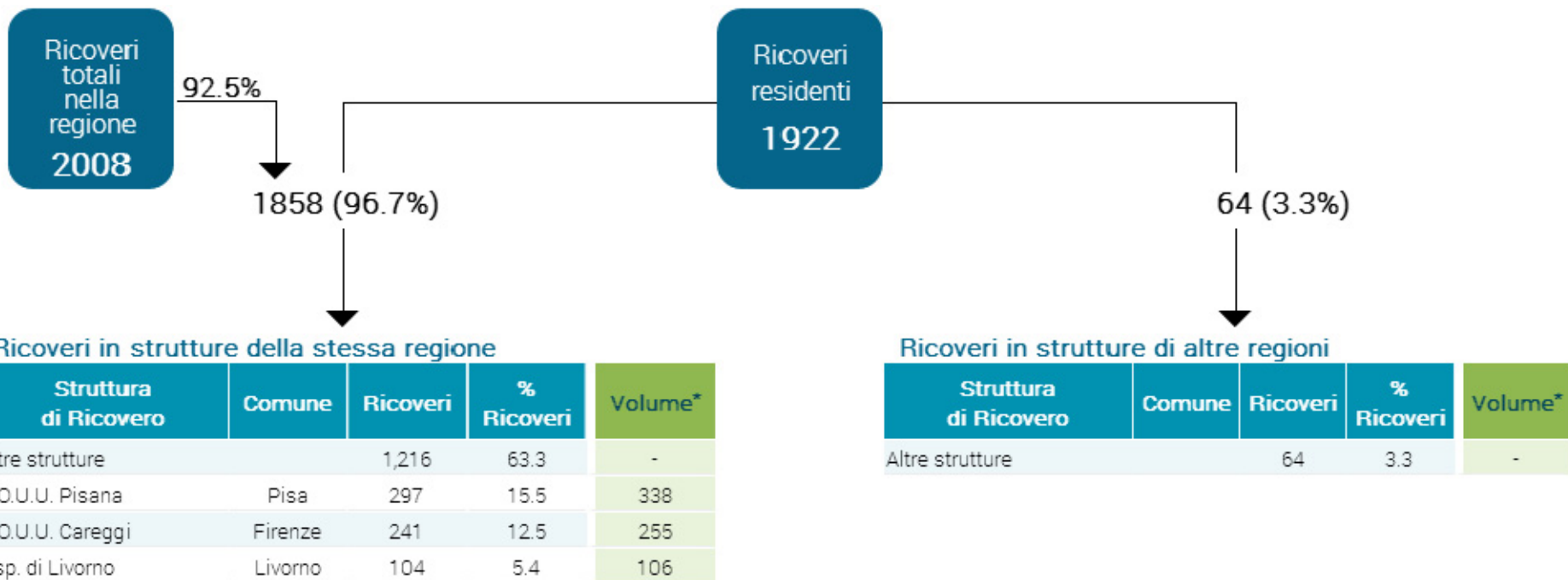
### CHIRURGIA DEL CANCRO AL COLON.

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





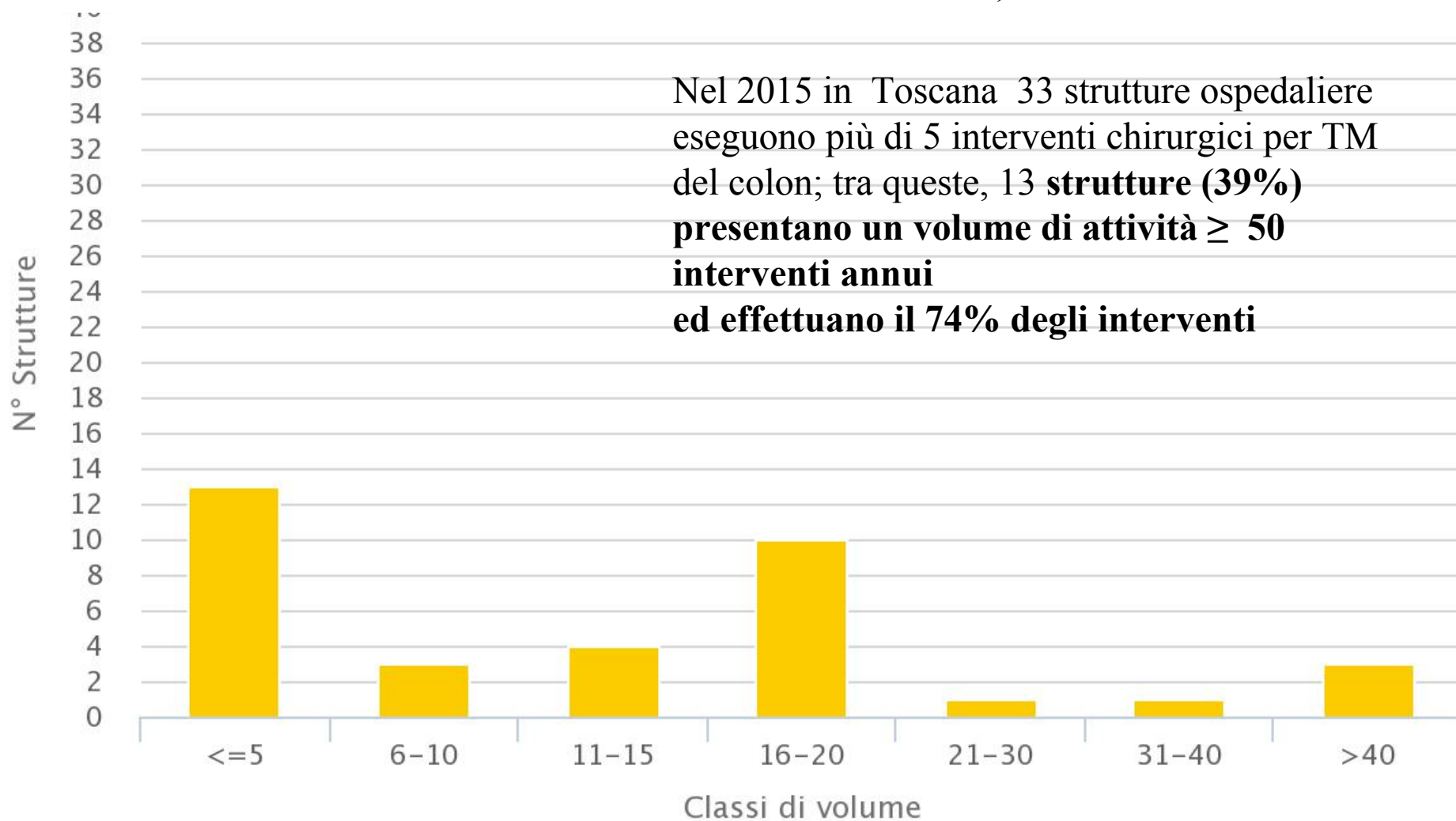
# TUMORE MALIGNO del COLON : VOLUMI di ATTIVITA', TOSCANA 2015



**Il 63%% dei ricoveri per TM del colon avviene in strutture che eseguono ciascuna meno del 5% dei ricoveri totali**



## TUMORE MALIGNO del COLON: VOLUMI di ATTIVITA', TOSCANA 2015



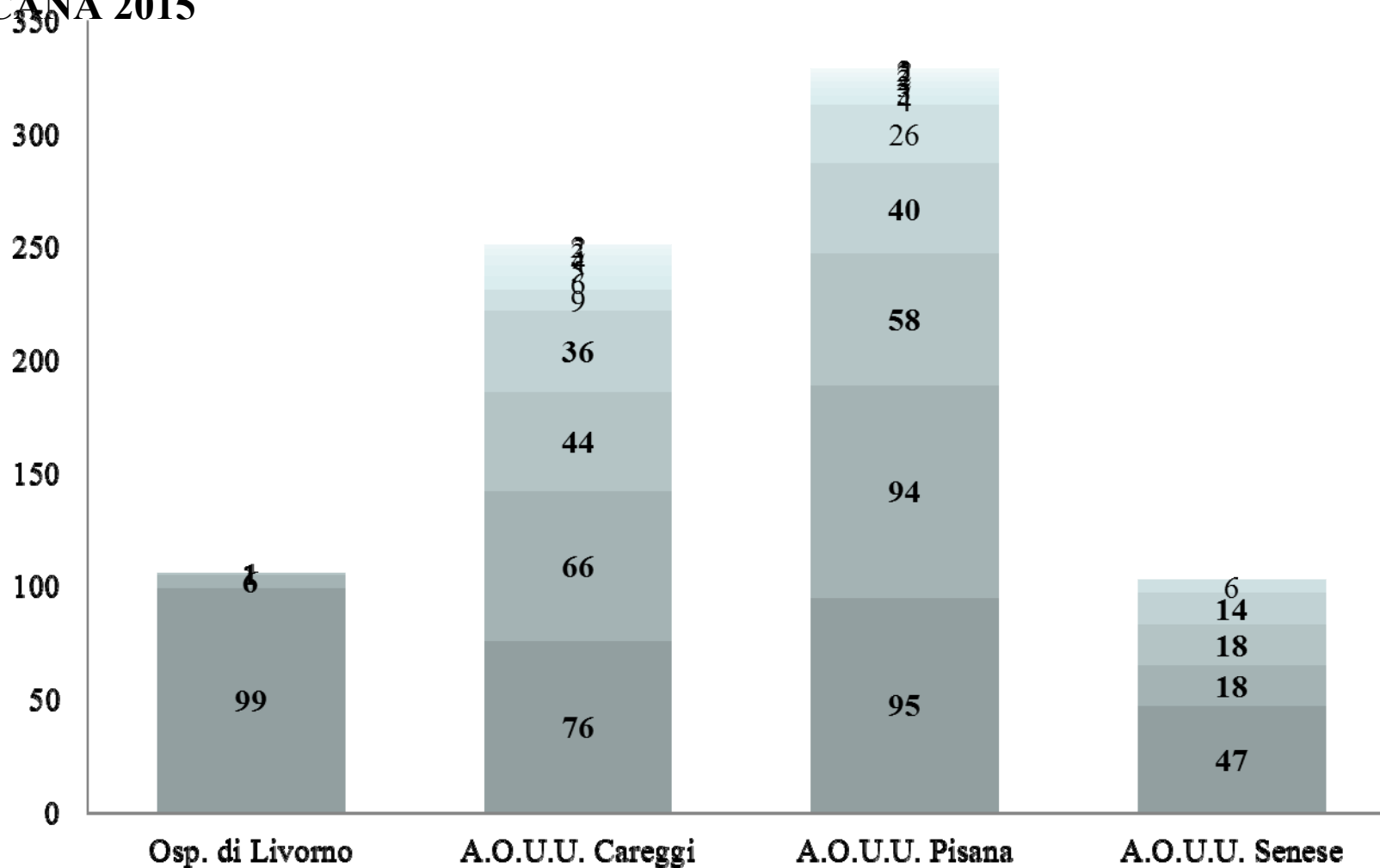


Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

# TM del COLON: VOLUME di RICOVERI per U.O. (VOL struttura >100) TOSCANA 2015



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.

4.2 Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:

- a) Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica;
- b) Procedure chirurgiche: Colectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, Bypass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artroplastica ginocchio e anca, frattura femore;
- c) Processi e percorsi diagnostico-terapeutici

4.3 Per queste e per altre attività cliniche è in corso una revisione sistematica continua della letteratura scient

Volume di struttura?

Volume di unità operativa?

Volume del chirurgo?



Art. 1

(Modifiche al DM 380)

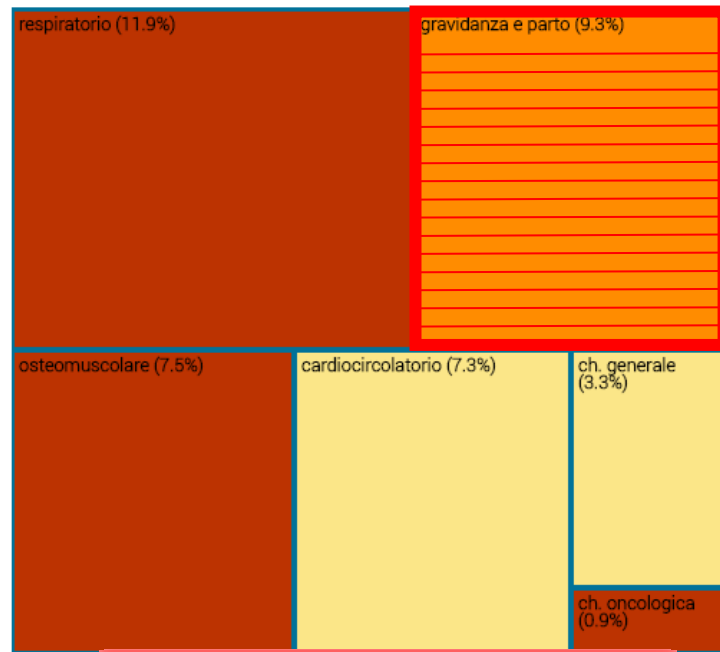
1. All'art. 1 del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, recante "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati", è premesso il seguente articolo:

<p>Identificativo Chirurgo intervento principale</p>	<p>Individua il chirurgo responsabile dell'intervento principale.  <span style="border: 2px solid red; padding: 2px;">E' possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio.</span>          Per le modalità di codifica si applicano le disposizioni di cui al paragrafo 6.2 del presente disciplinare tecnico.</p>	<p>alimentanti, al fine di re unico sul territorio nazic</p> <p>Inserire il codice fiscale E' possibile inserire finc riportati nel registro ope</p> <p>In sede di specifiche tec da parte delle Regioni d</p> <p>Formato: 16 caratteri alf</p>
<p>Identificativo Anestesista intervento principale</p>	<p>Individua l'anestesista dell'intervento principale.          Per le modalità di codifica si applicano le disposizioni di cui al paragrafo 6.2 del presente disciplinare tecnico.</p>	<p>Le regioni trasmettono a applicando al codice ide codice univoco (<u>digest d</u> identificativo di origine. DGSISS del Ministero d alimentanti, al fine di re unico sul territorio nazic</p> <p>Inserire il codice fiscale</p>





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



**Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:**

**Ente ospedaliero 8 892**

**Polo ospedaliero 4 264**

**9.3%**



Vai al dettaglio



Standard di qualità



Definizioni e metodi



Vai ad anno precedente



salva immagine

Volume di attività

**DI ATTIVITÀ EROGATA ANZA, PARTO E**

o con/senza CC  
 ile con/senza CC  
 sterilizzazione  
 altro intervento eccetto ster.  
 post-parto/aborto senza ic  
 postparto e post aborto con ic

- 378 M Gravidanza ectopica
- 379 M Minaccia di aborto
- 380 M Aborto senza dilatazione e raschiamento
- 381 C Aborto con dilatazione e raschiamento
- 382 M Falso travaglio
- 383 M Altre diagnosi preparto con CC mediche
- 384 M Altre diagnosi preparto senza CC mediche





Area clinica	Indicatore	N	% ADJ	% Italia
CARDIOGIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	149	7.26	9.03
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	149	20.49	43.32
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	171	9.57	11.08
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	330	25.12	9.91
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	100	39.37	69.18
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 cas	132	100.00	73.94
CH. ONCOLOGICA	Chirurgia TM mammella: % interventi effettuati in reparti con volume di attività > 135 casi	36	0.00	61.66
	% nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	25	-	9.14
GRAVIDANZA E PARTO	% parti con taglio cesareo primario	401	51.35	25.11
	Parto naturale: % complicanze durante il parto e il puerperio	447	0.53	0.48
	Parto cesareo: % complicanze durante il parto e il puerperio	667	0.76	0.80
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	164	5.60	54.64



# Livello di aderenza a standard di qualità

## Standard di qualità

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

Vai al dettaglio

**Standard di qualità**

Definizioni e metodi

Vai ad anno precedente

salva immagine



## Aree valutate e livelli di qualità. Italia 2015

N° aree valutate	N° Strutture ospedaliere	% Attività valutata	Tutte aree di livello 1 e 2	Tutte aree di livello 4 e 5
0	472	0		
1	235	32,9	101	108
2	156	41,3	31	42
3	91	49,8	9	14
4	83	68,3	1	4
5	55	72,3	1	4
6	126	81,0	2	1
7	216	87,7	2	2
<b>Totale</b>	<b>1434</b>	<b>40,1</b>	<b>147</b>	<b>175</b>





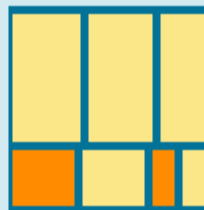
di aderenza a standard di qualità

lto alto Alto Medio Basso Molto basso ND

A.O.U.U. PISANA - PI



A.O.U.U. SENESE - SI



A.O.U.U. CAREGGI - FI



Misura puntuale dell'aderenza

Livello di aderenza a standard di qualità



Larghezza proporzionale alla precisione

Area clinica	Indicatore	N	% ADJ	% Italia
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	312	8.26	9.03
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	150	2.43	2.36
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	312	59.73	43.32
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	414	2.29	2.80
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	474	13.64	11.08
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	221	0.43	1.75
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	353	11.00	12.07
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	403	2.50	2.73
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	189	12.29	9.91
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	192	78.35	69.18
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 cas	282	39.72	73.94
CH. ONCOLOGICA	Chirurgia TM mammella: % interventi effettuati in reparti con volume di attività > 135 casi	167	0.00	61.66
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	188	6.55	4.13
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	370	1.53	1.28
	% nuovi interventi di resezione entro 120 giorni di chirurgia conservativa per TM mammella	87	9.03	9.14
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	138	2.96	6.12
GRAVIDANZA E PARTO	% parti con taglio cesareo primario	934	27.36	25.11
	Parto naturale: % complicanze durante il parto e il puerperio	1339	0.61	0.48
	Parto cesareo: % complicanze durante il parto e il puerperio	841	0.31	0.80
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	214	54.35	54.64
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	50	4.00	4.00





Si individuano gli Enti per cui sussistono le condizioni di cui all'articolo 1, comma 524, lettera b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, quali quelli per cui almeno uno stabilimento presenta una o più aree cliniche cui corrisponde: un punteggio corrispondente a qualità assistenziale molto bassa ed attività ospedaliera complessivamente erogata in tali aree, in regime ordinario con degenza maggiore di 1 giorno, in misura superiore al 15% delle dimissioni totali effettuate dallo stabilimento stesso, oppure un punteggio corrispondente a qualità assistenziale bassa ed attività ospedaliera complessivamente erogata in misura superiore al 33% delle dimissioni effettuate dallo stabilimento. Nel caso di ospedali riuniti, per il calcolo delle predette percentuali di dimissioni totali del 15% e del 33%, si fa riferimento ai dimessi dell'intera azienda ospedaliera. Sono escluse dalla valutazione le aree cliniche cui corrisponde bassa qualità assistenziale per effetto dei volumi di attività inferiori ai valori soglia, di cui al citato DM 70/2015, rispettivamente, per le colecistectomie laparoscopiche e per i parti.

Negli anni successivi al 2016 la sussistenza delle condizioni di cui all'articolo 1, comma 524, lettera b) sarà operata a partire dalla valutazione più recente disponibile desunta dal Programma Nazionale Esiti (PNE).





Strumenti per audit

Audit qualità dei dati PNE 2015

Risultati audit PNE 2014

Rischio clinico

Validazione

Monitoraggio



L'accesso a queste sezioni è riservato. Per richiedere le credenziali di accesso, è necessario inviare una richiesta formale, scrivendo all'indirizzo: [helpdesk.pne@agenas.it](mailto:helpdesk.pne@agenas.it)







## Linee guida per la predisposizione dei Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208

### Sommario

1.2	Il Piano di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 specifico per il recupero dello scostamento negativo tra costi e ricavi definito nel comma 524, lettera a) della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016)	2
1.3	Il Piano di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 specifico per area clinica, per il rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure definito nel comma 524, lettera b), della legge di stabilità 2016	
1.3.1	Contenuti del Piano	12
1.3.1.1	Verifica della qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari	12
1.3.1.2	Analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici e organizzativi	13
1.3.1.3	Programma di interventi	13
1.3.2	Monitoraggio del Piano	13
1.4	La Governance del PO	14



## Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni 2014.

Struttura	PNE			SDO REGIONALI		
	N	Int. entro 2gg	%	N	Int entro 2gg	%
AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI - FIRENZE	500	304	<b>60.8</b>	507	205	<b>40.4</b>
OSPEDALE S. GIUSEPPE - EMPOLI	320	201	<b>62.8</b>	330	261	<b>79.1</b>

Struttura	Intervento di frattura di femore						
	Principale		Secondario		Nessuno		Totale
	n	%	n	%	n	%	
AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI - FIRENZE	221	44.2	238	<b>47.6</b>	41	8.2	500
OSPEDALE S. GIUSEPPE - EMPOLI	207	64.7	100	<b>31.3</b>	13	4.1	320

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

Struttura	Regione	Intervento di frattura di femore						Totale
		Principale		Secondario		Nessuno		
		n	%	n	%	n	%	
OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI - NOVI LIGURE	PIEMONTE	127	80.4	9	5.7	22	13.9	158
OSPEDALE REGIONALE UMBERTO PARINI - AOSTA	VALLE D'AOSTA	160	91.4	5	2.9	10	5.7	175
PRESIDIO OSPEDALIERO DI ISEO - ISEO	LOMBARDIA	37	74.0	9	18.0	4	8.0	50
OSPEDALE AZIENDALE DI BRESSANONE - BRESSANONE	PROV. AUTON. BOLZANO	58	86.6	2	3.0	7	10.4	67
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CLES - CLES	PROV. AUTON. TRENTO	80	97.6	1	1.2	1	1.2	82
OSPEDALE CA' FONCELLO - TREVISO	VENETO	283	87.6	19	5.9	21	6.5	323
OSPEDALE "G.MAGATI" SCANDIANO - SCANDIANO	EMILIA ROMAGNA	49	77.8	4	6.3	10	15.9	63
<b>AZ. OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI - FIRENZE</b>	<b>TOSCANA</b>	<b>221</b>	<b>44.2</b>	<b>238</b>	<b>47.6</b>	<b>41</b>	<b>8.2</b>	<b>500</b>
AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA - PERUGIA	UMBRIA	499	91.6	16	2.9	30	5.5	545
OSPEDALE S.MARIA DELLA PIETA` - CAMERINO - CAMERINO	MARCHE	70	76.9	8	8.8	13	14.3	91
OSPEDALE PADRE PIO DI BRACCIANO - BRACCIANO	LAZIO	63	78.8	13	16.3	4	5.0	80
P.O. S. MASSIMO di PENNE - PENNE	ABRUZZO	46	83.6	3	5.5	6	10.9	55
OSPEDALE SS. ROSARIO - VENAFRO - VENAFRO	MOLISE	76	73.1	8	7.7	20	19.2	104
LORETO MARE NA EST - NAPOLI	CAMPANIA	95	40.8	46	19.7	92	39.5	233
OSPEDALE CERIGNOLA 'G.TATARELLA' - CERIGNOLA	PUGLIA	27	44.3	11	18.0	23	37.7	61
S.GIOVANNI DI DIO SEDE MELFI - MELFI	BASILICATA	122	91.7	6	4.5	5	3.8	133
OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S. - MELITO DI PORTO SALVO	CALABRIA	50	64.1	20	25.6	8	10.3	78
P.O. G. F. INGRASSIA - PALERMO	SICILIA	60	84.5	8	11.3	3	4.2	71
P.O.CTO - IGLESIAS	SARDEGNA	48	84.2	6	10.5	3	5.3	57
<b>TOTALE</b>	<b>ITALIA</b>	<b>60634</b>	<b>88.3</b>	<b>2458</b>	<b>3.6</b>	<b>5543</b>	<b>8.1</b>	<b>68635</b>

◀ indietro

Influenza

Gastroenterite pediatrica

Asma

BPCO

Tonsillectomia

Diabete

Ipertensione arteriosa

PTCA

Scompenso cardiaco

Angina

# MINISTERO DELLA SALUTE

## **Decreto 07 dicembre 2016 , n. 262**

Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato. (17G00016)

(G.U. Serie Generale , n. 32 del 08 febbraio 2017)

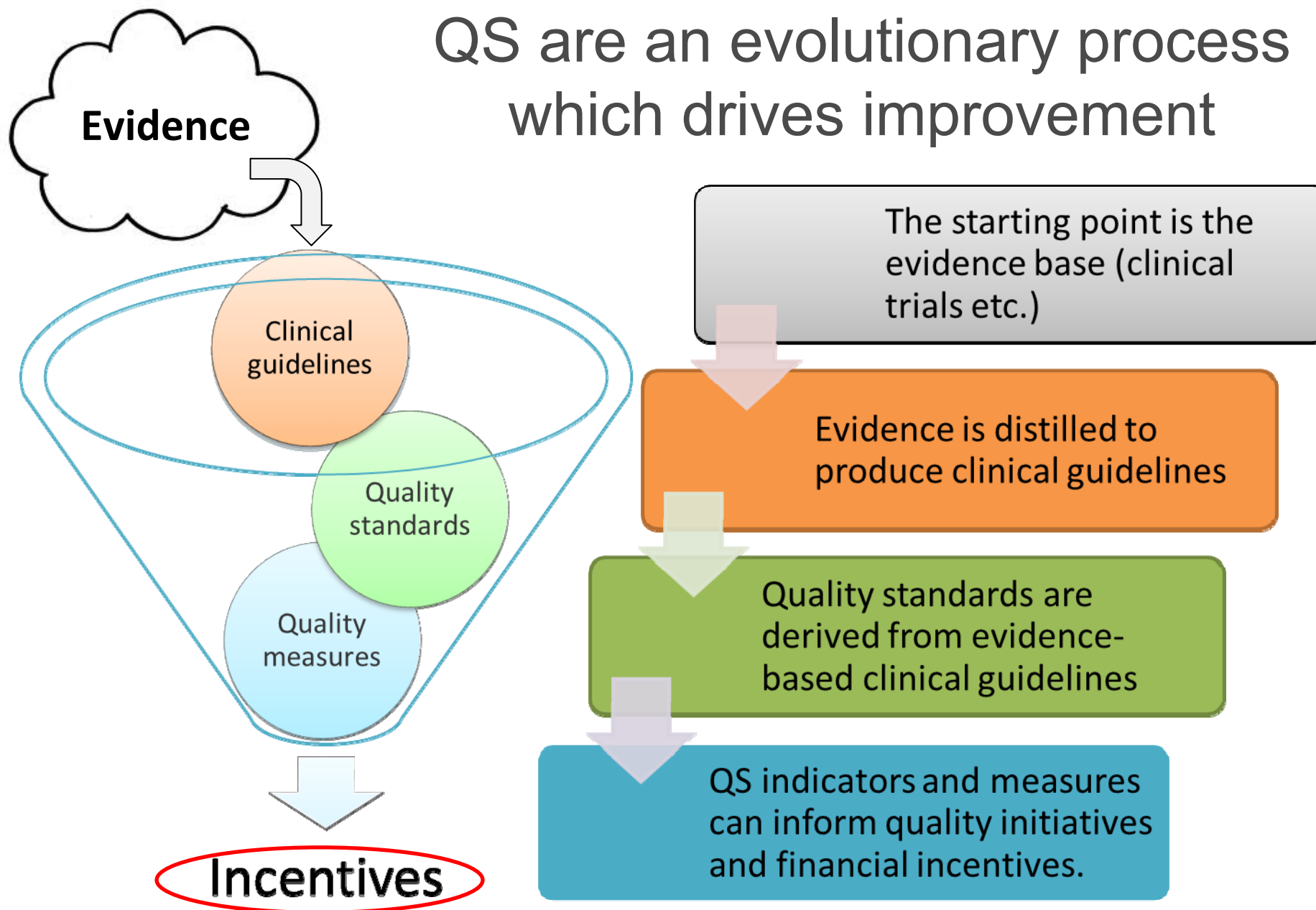
### IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, recante «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini» ed in particolare l'articolo 15, comma 25-bis, il quale prevede che:

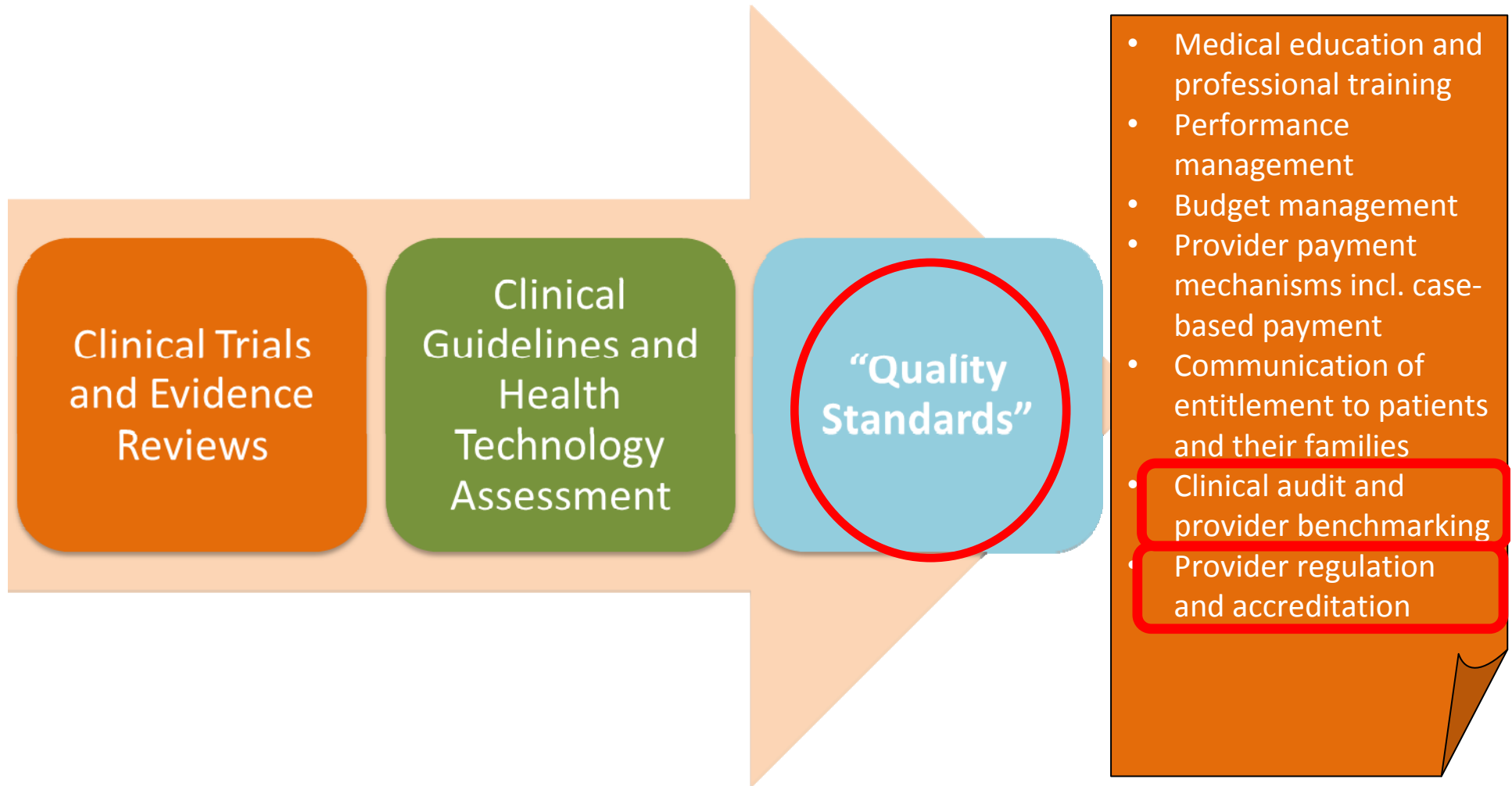
ai fini della attivazione dei programmi nazionali di valutazione sull'applicazione delle norme di cui al presente articolo, il Ministero della salute provvede alla modifica ed integrazione di tutti i sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, ed alla interconnessione a livello nazionale di tutti i flussi informativi su base individuale;

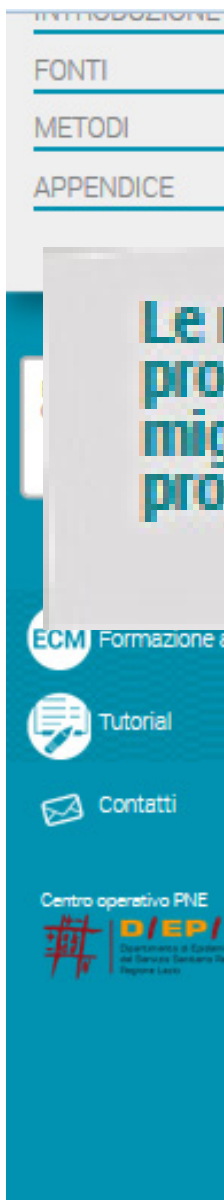
il complesso delle informazioni e dei dati individuali così ottenuti e' reso disponibile per le attività di valutazione

# QS are an evolutionary process which drives improvement



# From evidence to setting standards and improving quality





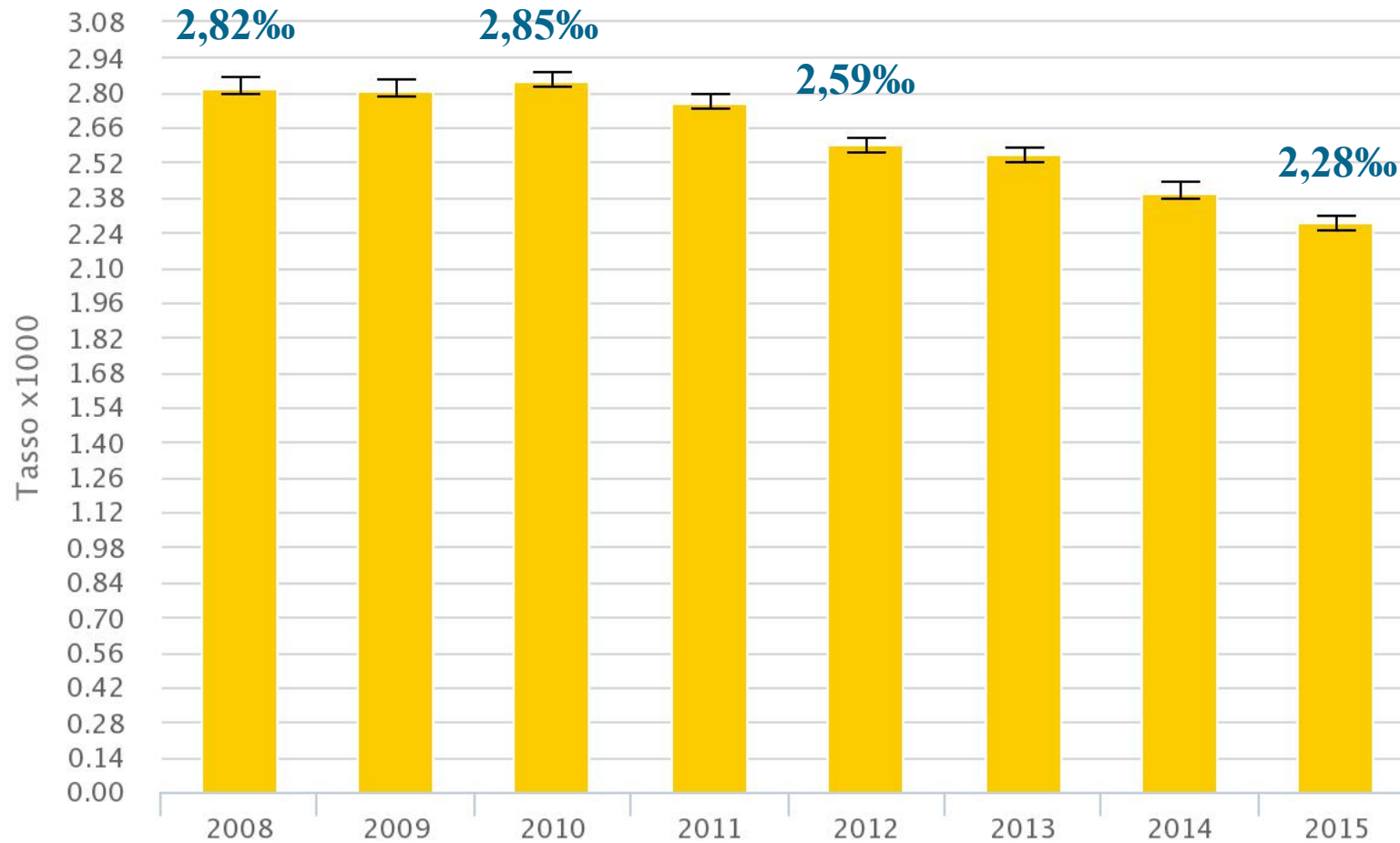
**Le misure di esito rappresentano uno strumento importante per orientare il governo della sanità verso obiettivi di salute.**

- **ma le strutture di «governo» devono disporre di**
  - **Sistemi informativi sanitari di qualità e modificabili rapidamente nel tempo**
  - **Sistemi di valutazione e controllo indipendenti e tempestivi**
  - **Strumenti di monitoraggio e audit clinico organizzativo**



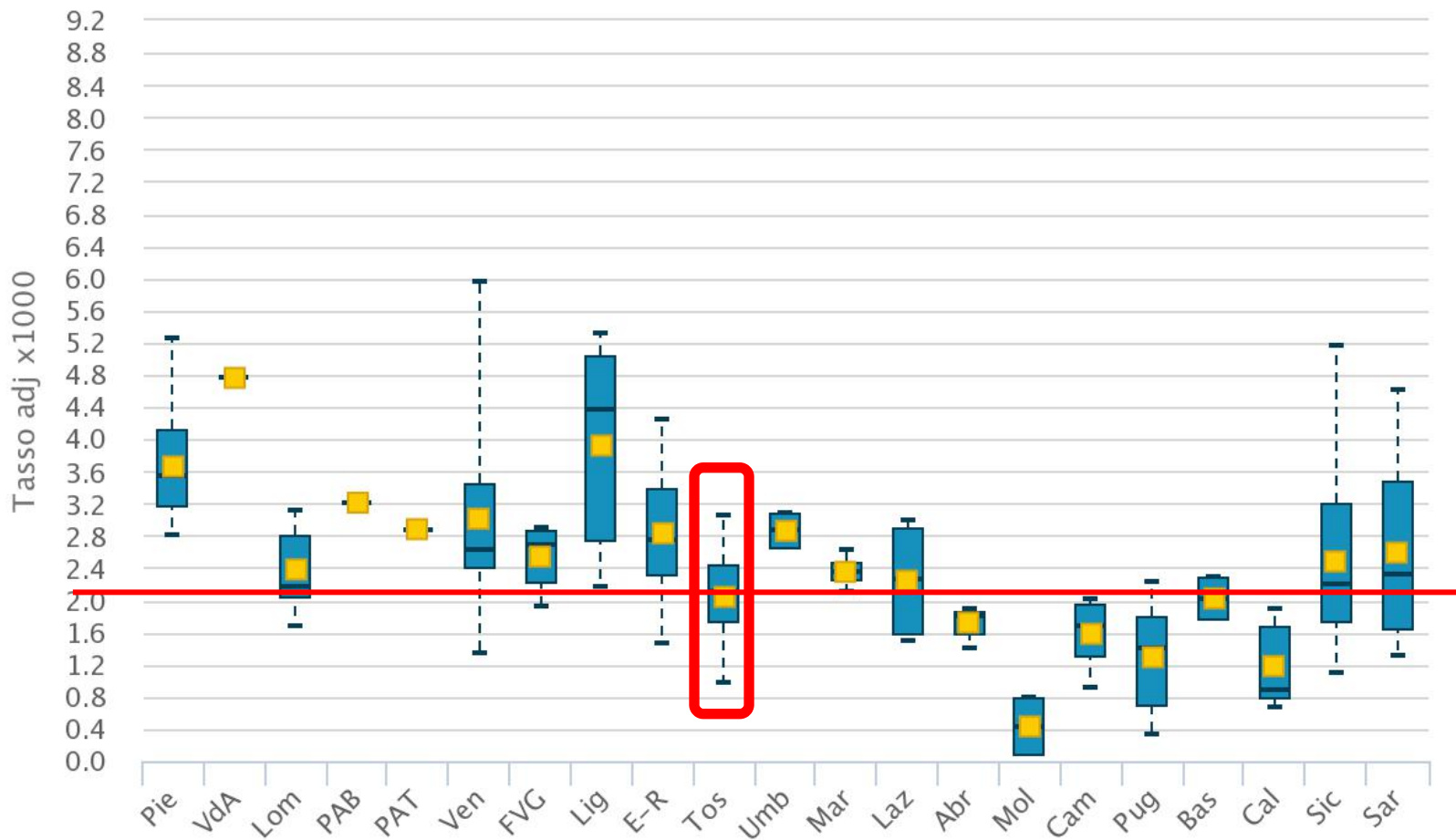


## Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia



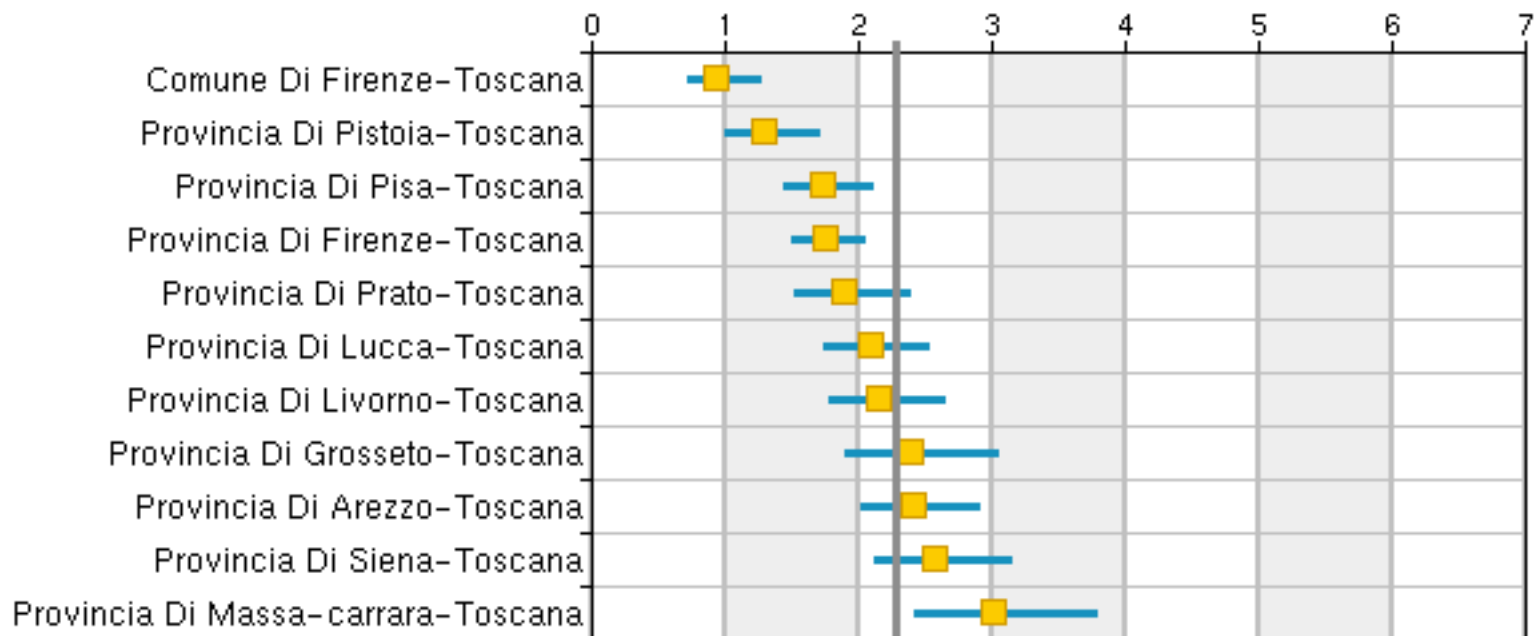


### Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia. 2015





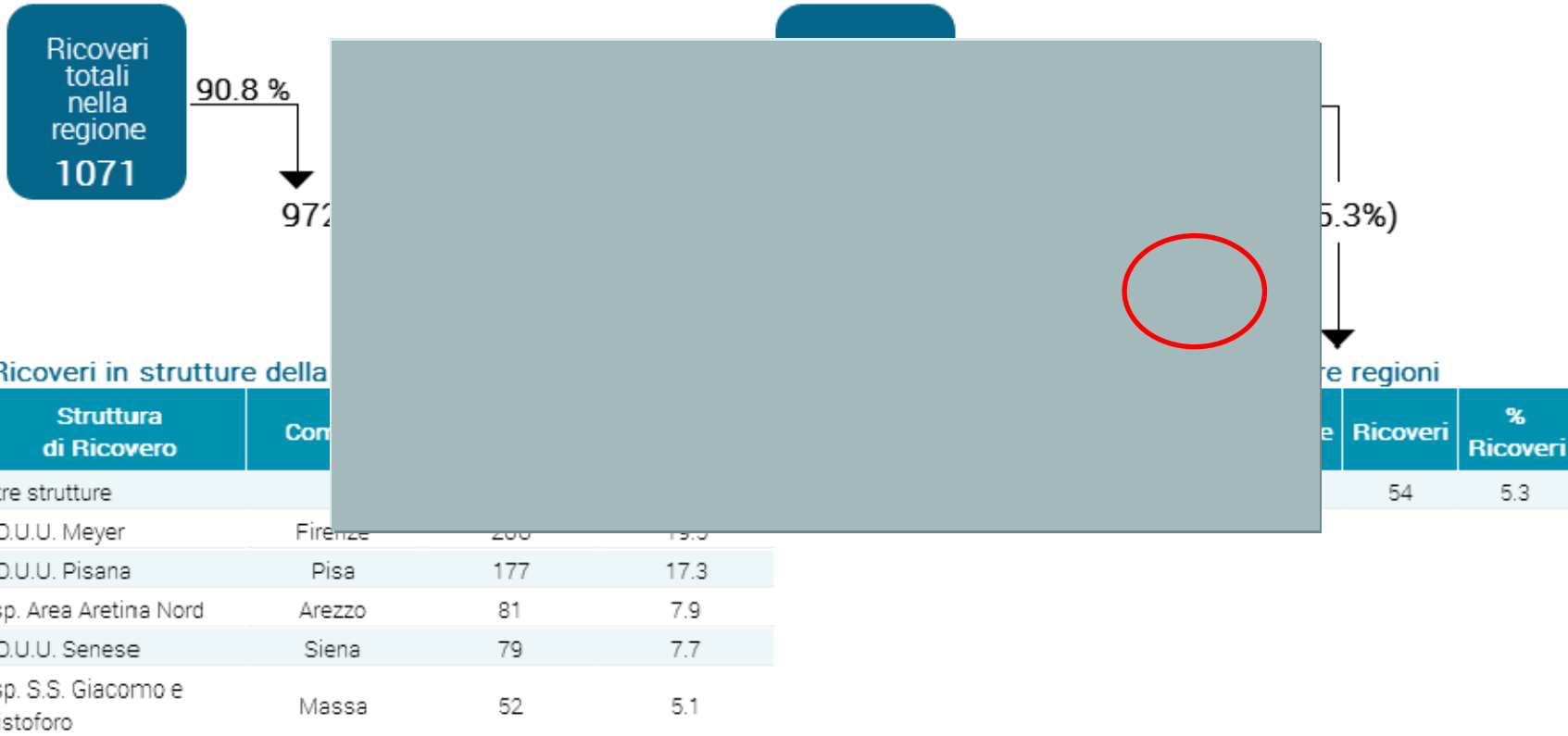
## OSPEDALIZZAZIONI PER TONSILLECTOMIA, TOSCANA 2015





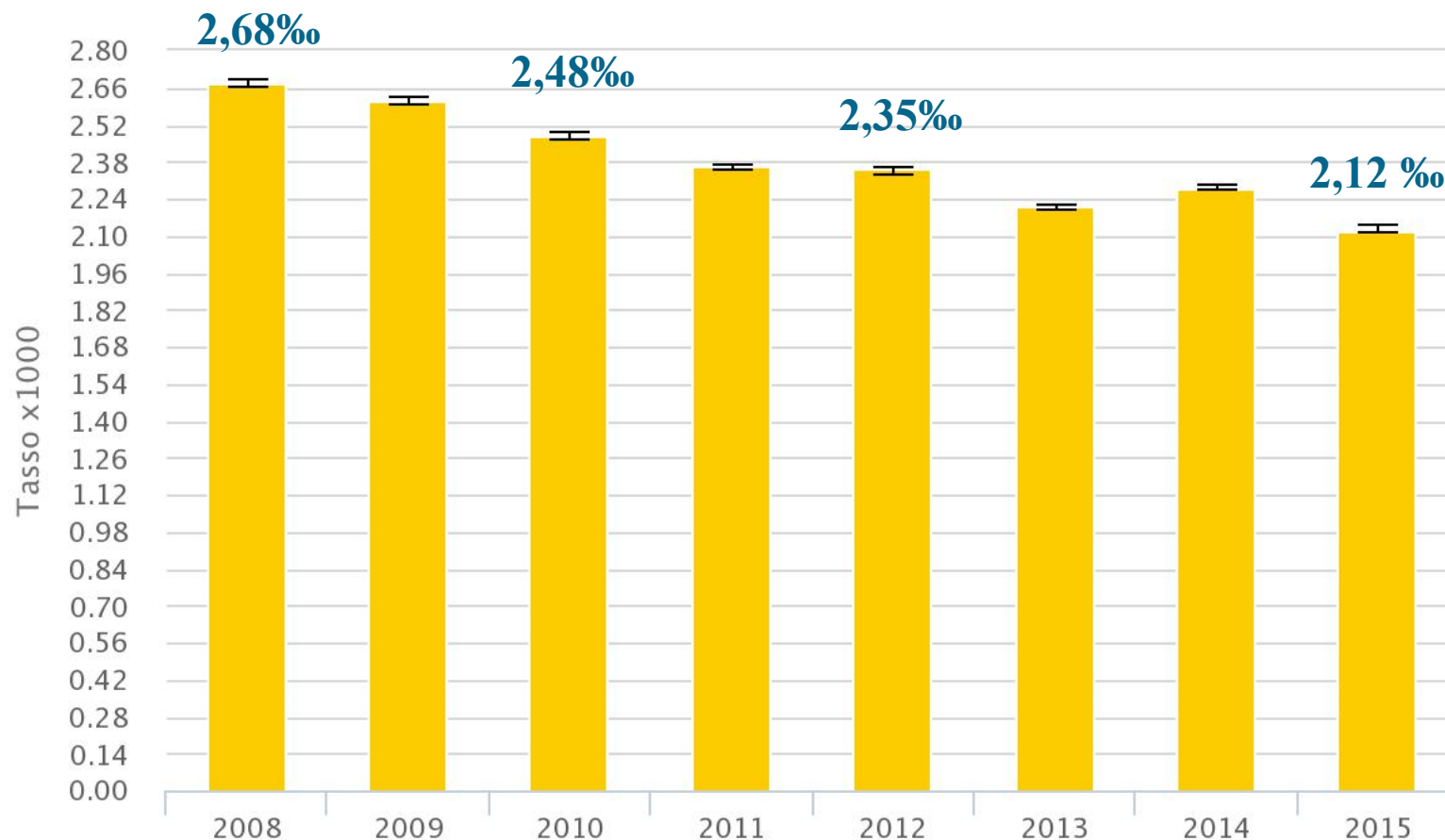
# Tonsillectomia

Toscana 01-01-2015 - 30-11-2015



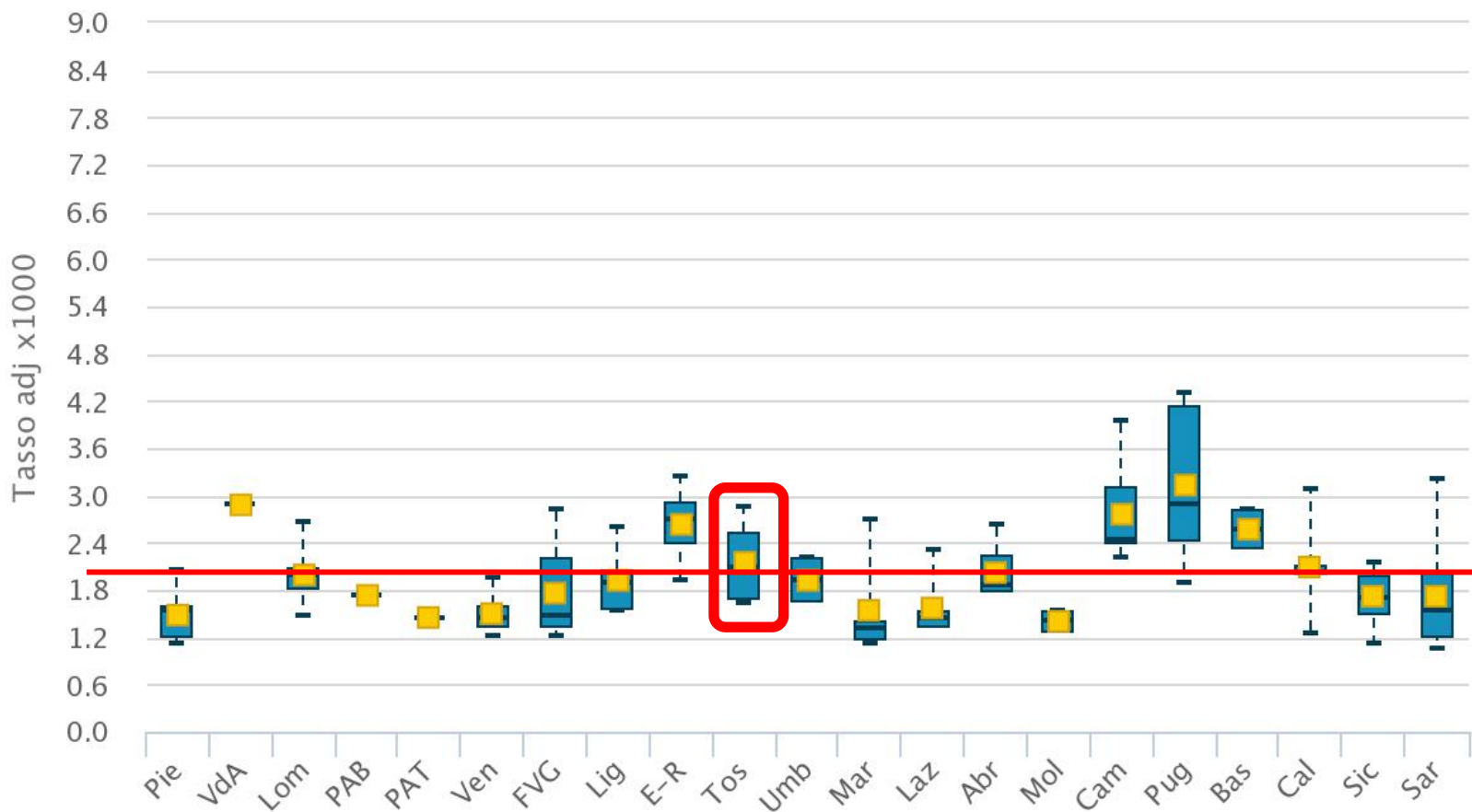


## Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva





## Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva. 2015





Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## OSPEDALIZZAZIONI PER BPCO, TOSCANA 2015





### BPCO

Toscana 01-01-2015 - 30-11-2015

Ricoveri totali nella regione  
**7161**

98.0 %

Ricoveri residenti

#### Ricoveri in strutture

Struttura di Ricovero
Altre strutture
Osp. Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano
A.O.U.U. Pisana
Osp. Piana di Lucca
Osp. Area Aretina Nord



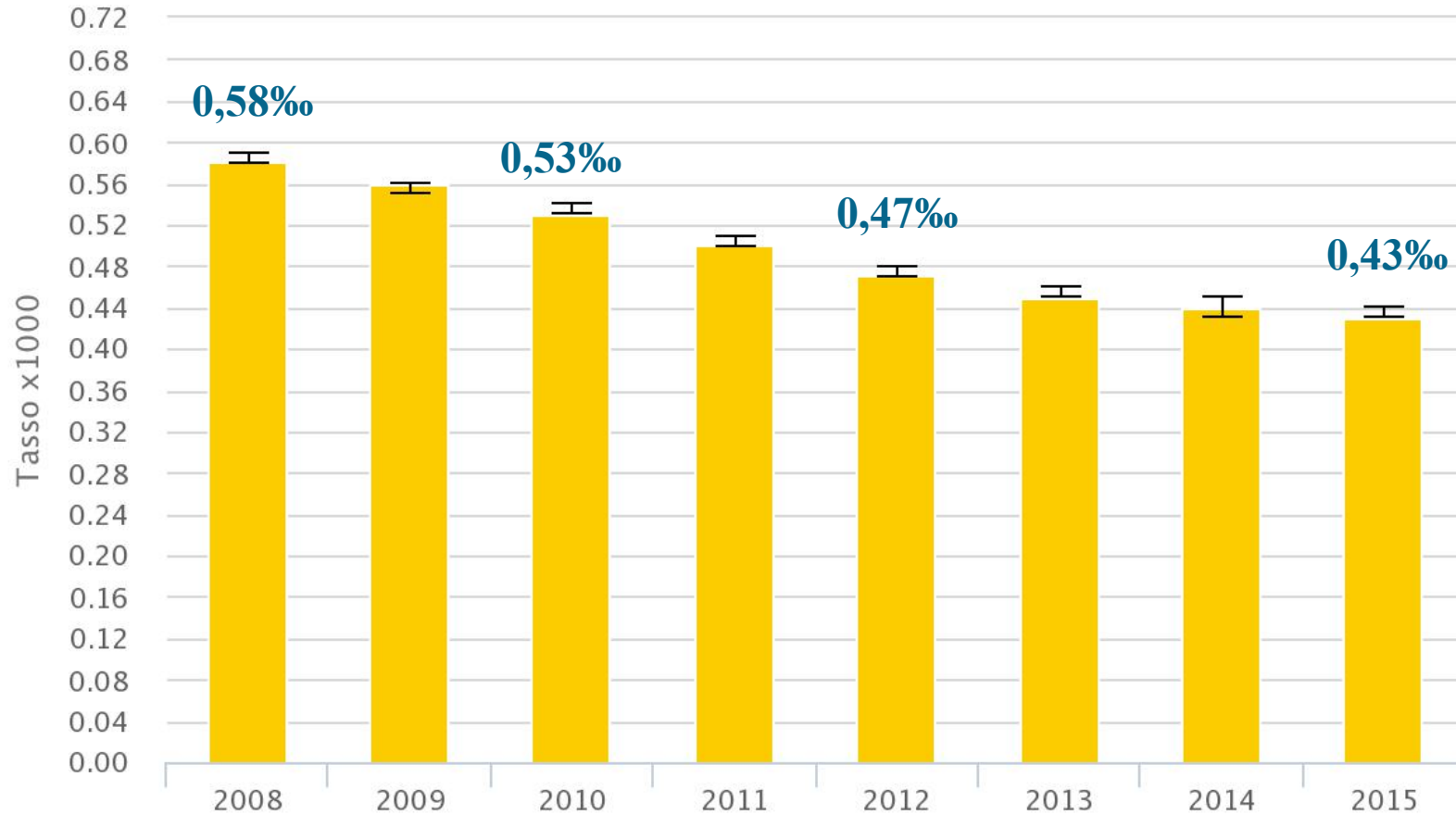
Strutture	Ricoveri	% Ricoveri
Altre strutture	63	2.3





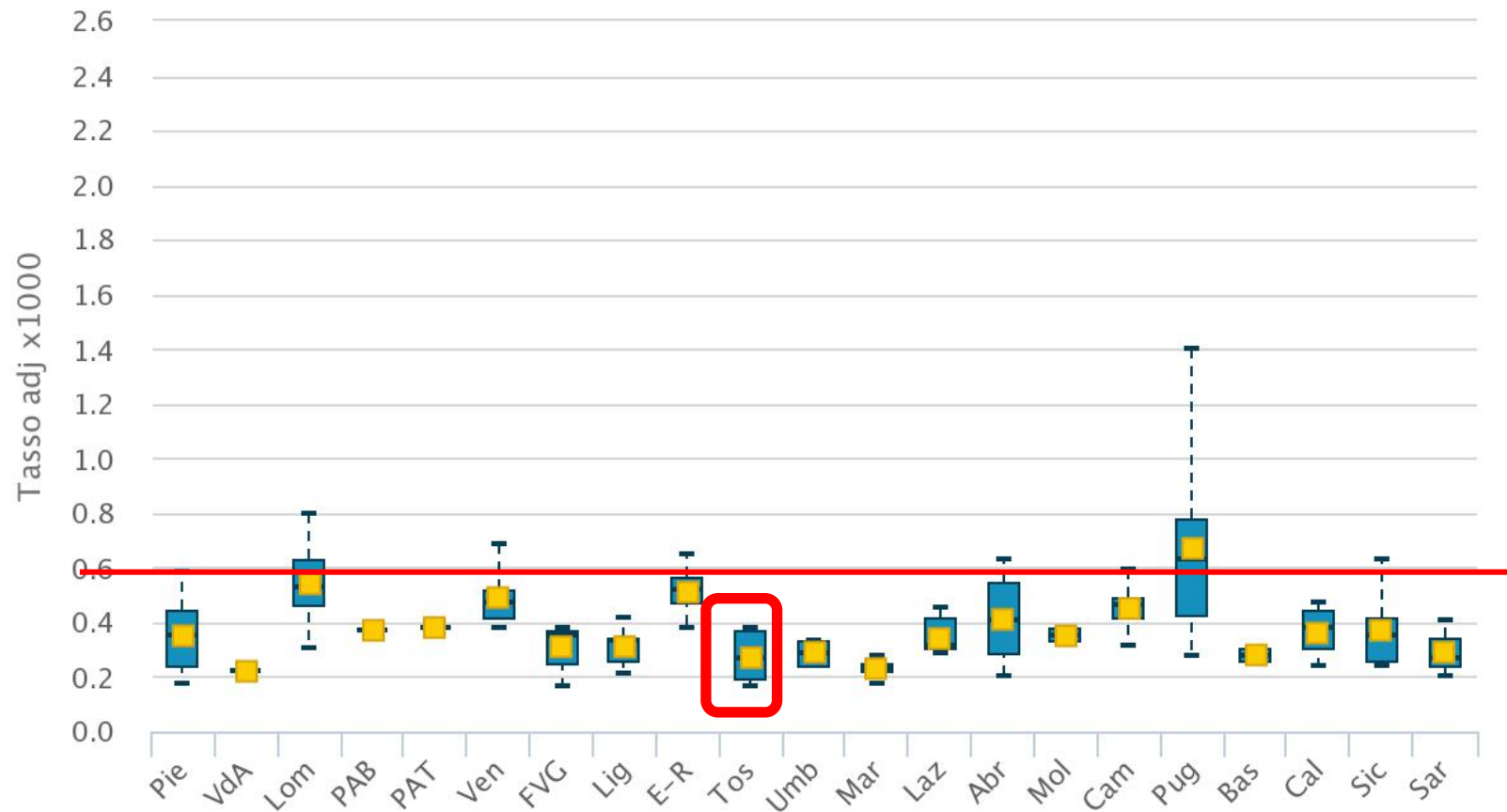


## Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete





## Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete. 2015





Ministero della Salute



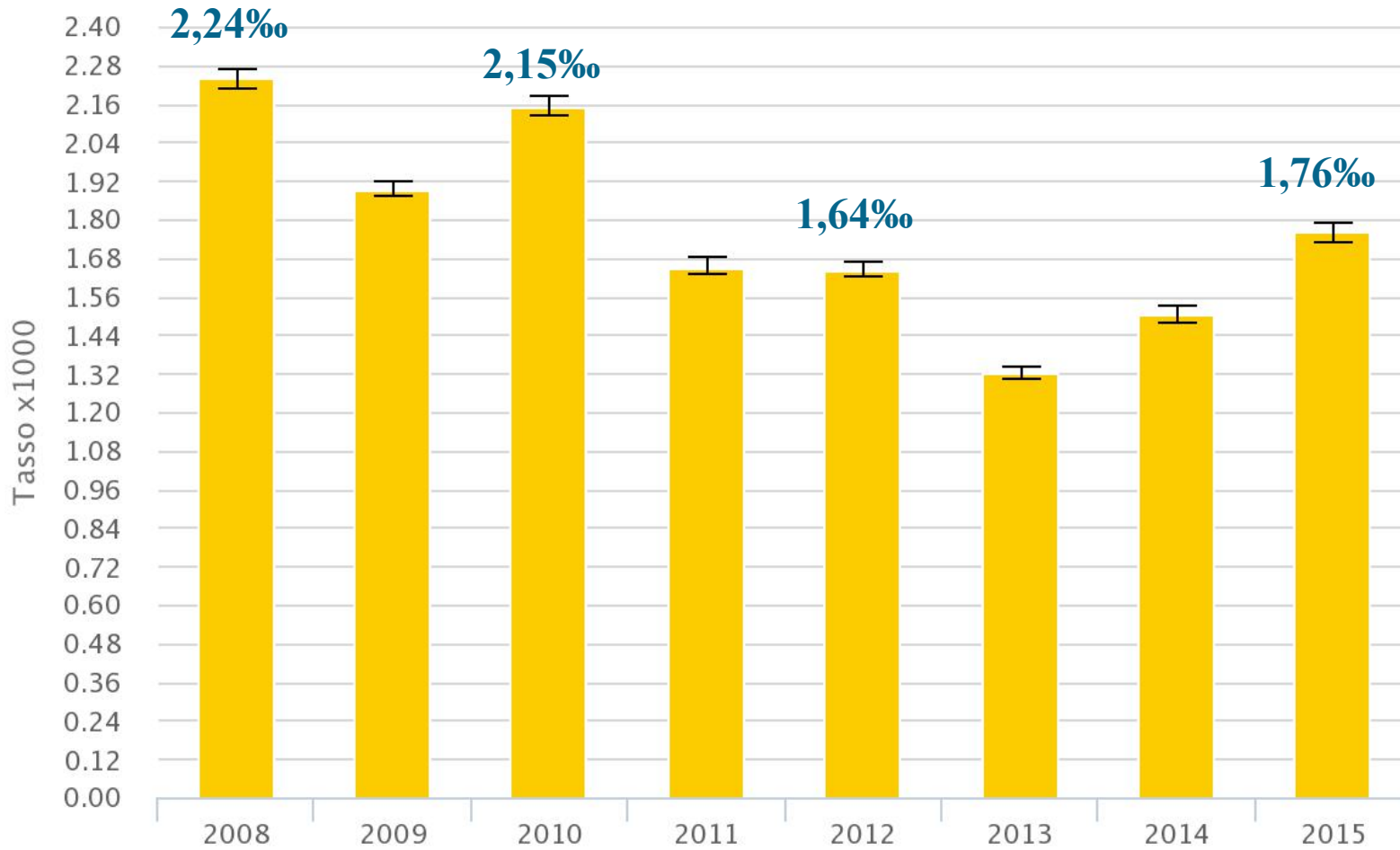
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## OSPEDALIZZAZIONI PER COMPLICANZE A BREVE E LUNGO TERMINE DAL DIABETE TOSCANA 2015



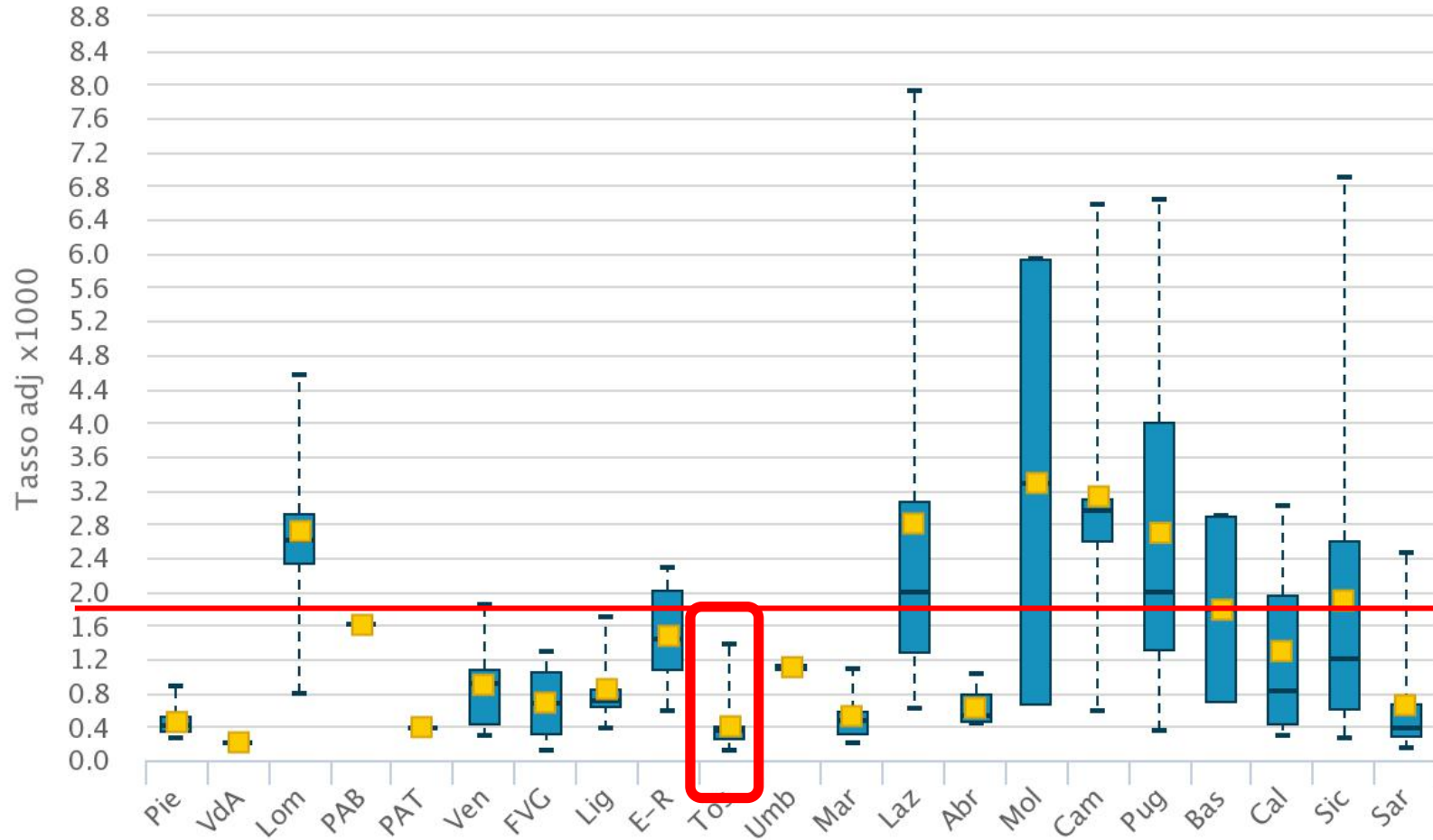


## Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica



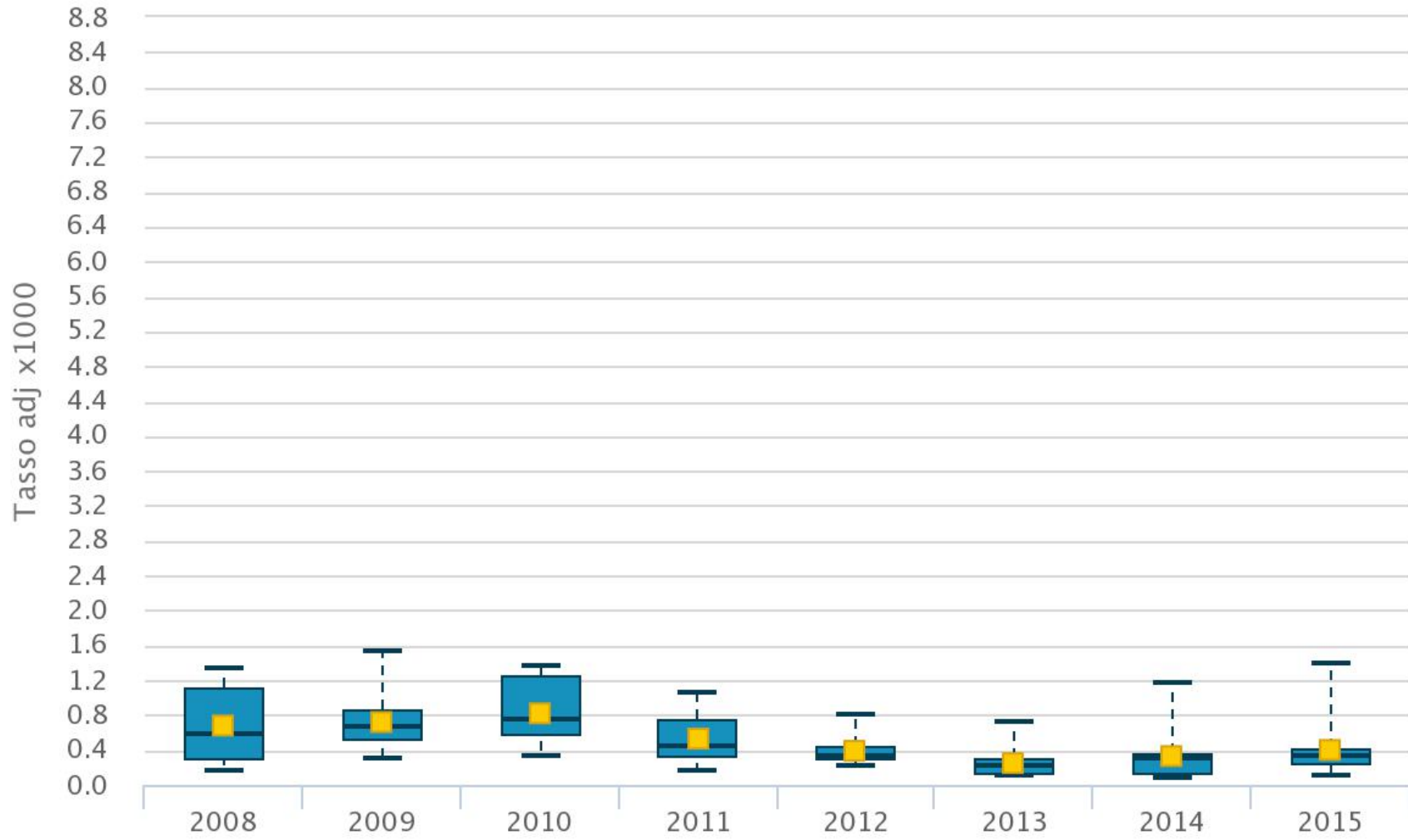


## Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica. 2015





# Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica. Toscana



ε





Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## OSPEDALIZZAZIONI PER GASTROENTERITE PEDIATRICA TOSCANA 2015

