

Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Scienze Statistiche
Corso di Laurea Triennale in
Statistica, Economia e Finanza



**Valutazione dell'efficacia dei Servizi Sanitari erogati dall'Azienda
Ospedaliera di Padova: il Progetto "Bersaglio"**

Relatore

Prof. GIOVANNA BOCCUZZO

Laureando

PIERO MONZANTE KRUMDIECK

Matricola

1028964

Anno Accademico 2015/2016

Piero Monzante Krumdieck: Valutazione dell'efficacia dei Servizi Sanitari erogati dall'Azienda Ospedaliera di Padova: il Progetto "Bersaglio", Settembre 2016.

Sommario

Con questo documento ho voluto descrivere il lavoro svolto durante il periodo di stage all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Attraverso il sistema di monitoraggio della performance sviluppata dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa abbiamo sviluppato un sistema autonomo all'Azienda per il calcolo degli indicatori. Qui inoltre analizzerò la performance dell'ospedale e l'andatura temporale degli indicatori del progetto "Bersaglio".

Indice

1 Introduzione	1
1.1 La performance in sanità	1
1.2 Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario Toscano	2
1.3 L'architettura del sistema di valutazione	3
1.4 Rappresentazione dei risultati	4
1.5 La performance nella Regione Veneto (2012)	5
1.6 La performance nell'Azienda Ospedaliera di Padova (2012)	7
2 Calcolo degli indicatori	9
2.1 Valutazione e Confronto degli indicatori	10
2.2 Valutazione Socio-sanitaria (Dimensione C)	11
Indicatore C3	11
Serie Temporale C3	12
Indicatore C14.2	13
Serie Temporale C14.2	14
Indicatore C14.2.2	15
Serie temporale C14.2.2	16
Indicatore C14.3	17
Serie temporale C14.3	18
Indicatore C14.3.2	19
Serie temporale C14.3.2	20
Indicatore C14.4	21
Serie Temporale C14.4	22
Indicatore C4.1	23
Serie Temporale C4.1	24
Indicatore C4.1.1	25
Serie Temporale C4.1.1	26
Indicatore C4.1.2	27
Serie Temporale C4.1.2	28
Indicatore C5.2	29
Serie Temporale C5.2	30
Indicatore C5.3	31
Serie Temporale C5.3	32
Indicatore C5.7	33
Serie Temporale 5.7	34
Indicatore C5.8	35
Serie Temporale C5.8	36
Indicatore C5.11	37
Serie Temporale C5.11	38
Indicatore C5.12	39
Serie Temporale C5.12	40
3 Conclusioni	41
3.1 Chiave di lettura	42
Bibliografia	43

Capitolo 1

Introduzione

La valutazione della performance, nella pubblica amministrazione, ha avuto inizio con il D. Legs. 150/90. Essa è intesa come “il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, organizzazione, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi, e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata creata”.

Il concetto di performance in sé è complesso e al tempo stesso ambiguo, poiché si presenta a molteplici utilizzi (dalle analisi di tipo meramente economico-finanziarie, a quelle riguardanti l’organizzazione o la qualità dei servizi) e rischia di risultare opinabile finché non spiega a *chi* l’organizzazione destina la sua performance. (Russo S., 2013)

La misurazione della performance deve essere improntata su tre variabili tra loro correlate:

- a) Gli scopi di conoscenza della performance, ovvero le concezioni della medesima;
- b) La struttura informativa del sistema di misurazione della performance;
- c) La struttura organizzativa del sistema di misurazione.

1.1 La performance in sanità

Nel caso delle Aziende Sanitarie Pubbliche (ASP) vi è la richiesta di strumenti conoscitivi adeguati, indicatori che permettano di valutare lo stato di salute, il grado di efficienza, di efficacia e di qualità dei servizi sanitari. Costruire e misurare un insieme di indicatori costituisce un elemento chiave della gestione del servizio sanitario.

La performance di un’azienda sanitaria consiste nel garantire prestazioni efficaci, utilizzando in maniera efficiente le risorse di cui dispone, assicurando elevati livelli di qualità al paziente, sfruttando le conoscenze in campo clinico e assistenziale e le relazioni con le altre istituzioni ed, infine, creando valore per la collettività. La misurazione della performance dell’azienda sanitaria deve essere diretta a verificare la capacità della stessa di operare nell’ottica della missione istituzionale, creando e rinnovando le condizioni di sopravvivenza e sviluppo, che si sostanziano nella capacità tanto di remunerare, adeguatamente ed in modo equilibrato, gli apporti dei diversi fattori produttivi, quanto di soddisfare le attese dei diversi interlocutori sociali.

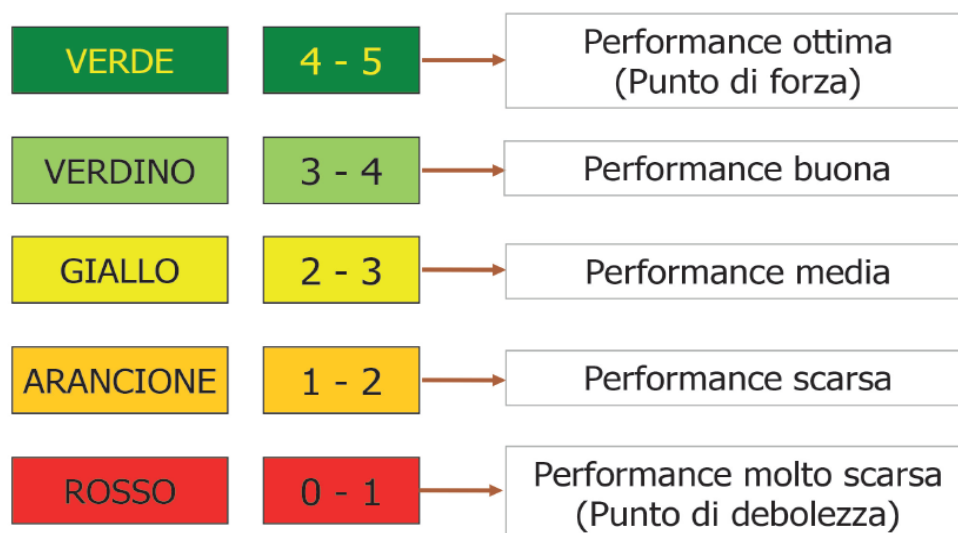
1.2 Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario Toscano

Con questi presupposti, dal 2004 nel sistema sanitario della Regione Toscana è stato introdotto il sistema di valutazione della performance, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che misura i risultati conseguiti in ottica multidimensionale in tutte le aziende sanitarie.

Esso si basa sul monitoraggio di circa 130 indicatori, raggruppati in 50 indicatori di sintesi costruiti ad "albero", classificati in sei dimensioni di valutazione, ossia:

- Lo stato di salute della popolazione
- La capacità di perseguire le strategie regionali
- La valutazione sanitaria
- La valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei cittadini
- La valutazione dei dipendenti
- La valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa

Il modello viene rappresentato attraverso la simbologia del bersaglio, con una graduazione a cinque fasce di colore, dove più vicini al centro del bersaglio sono rappresentati i risultati con più elevata performance, ovvero che hanno centrato maggiormente l'obiettivo previsto.



Il progetto "Network Regioni" è stato attivato nel 2008 con la collaborazione di quattro regioni: Toscana, Liguria, Piemonte ed Umbria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte P.A. di Trento, P.A. di Bolzano e Marche, nel 2011 la Regione Basilicata, nel 2012 la Regione Veneto e nel 2014 le Regioni

Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia. L'obiettivo del progetto è di fornire un sistema di valutazione della performance del sistema sanitario attraverso il confronto di un insieme di indicatori condivisi attraverso un processo di condivisione inter-regionale che ha portato alla definizione di 130 indicatori, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, vari aspetti o "dimensioni" della performance del sistema sanitario.

1.3 L'architettura del sistema di valutazione

Il Sistema di valutazione delle performance in un'ottica di confronto regionale risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie tra regioni differenti. In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie delle Regioni sono stati analizzati secondo sei dimensioni di analisi, per un totale di 160 indicatori, di cui 100 di valutazione e 60 di osservazione, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario. Gli indicatori di valutazione sono stati raggruppati tramite strutture ad "albero" in 40 indicatori di sintesi, al fine di facilitare la lettura dei risultati di performance, mentre i 60 indicatori di osservazione servono di aiuto per interpretare i risultati. Le dimensioni della valutazione sono:

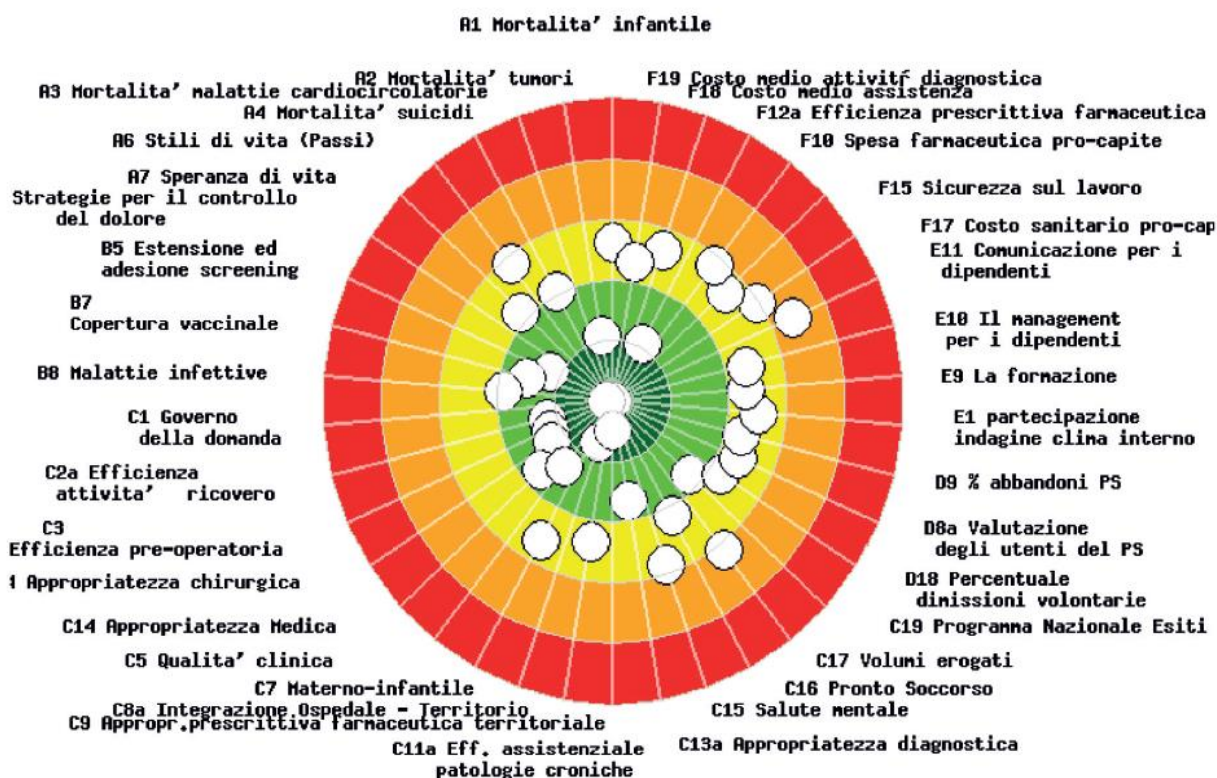
- La valutazione dello stato di salute della popolazione (dimensione A)
- La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali (B)
- La valutazione socio-sanitaria (C)
- La valutazione esterna (D)
- La valutazione interna (E)
- La valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa (F)

1.4 Rappresentazione dei risultati

Dal 2008 viene predisposto, dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, un report annuale con i risultati delle Regioni sugli indicatori indentificati, il quale, dal 2010, viene reso pubblico e fruibile da tutti i cittadini.

Il report contiene un commento sul significato di ciascun indicatore, i dati a confronto tra le regioni e tra le aziende di tutte le regioni, una tabella contenente numeratore, denominatore e valore dell'indicatore ed una scheda di costruzione dell'indicatore con i dettagli tecnici per l'elaborazione. Gli indicatori sono poi sinteticamente rappresentati tramite il cosiddetto bersaglio".

Figura 1 - Bersaglio Interregionale



1.5 La performance nella regione Veneto (2012)

La Regione Veneto nel 2012 presenta 5 indicatori in fascia verde scuro, 7 in fascia verde chiaro, 7 in fascia gialla, 1 in fascia arancione e nessuno in fascia rossa. Non sono inclusi nel conteggio gli indicatori relativi allo stato di salute della popolazione (dimensione A) in quanto non si riferiscono all'anno 2012 e sono determinati solo in parte dal sistema sanitario regionale.

Gli indicatori di salute della popolazione relativamente alla mortalità infantile (A1) e alla speranza di vita (A7) sono nella media. Rispetto agli stili di vita (A6) adottati dalla popolazione e alla sensibilizzazione ad essi da parte dei medici di base, si hanno riscontri mediamente buoni (Figura 2 - Bersaglio Veneto 2012).

Sul versante ospedaliero, la Regione ha un ottimo governo della domanda (C1), denotato da un tasso di ospedalizzazione molto basso. Tale risultato è in parte dovuto ad una buona appropriatezza medica (C14), con prestazioni erogate in regime ambulatoriale anziché in ospedale; un'elevata percentuale di ricoveri medici oltre soglia degli anziani. In ambito chirurgico la degenza media pre-operatoria (C3) è buona, mentre l'appropriatezza (C4) è nella media.

La qualità clinica (C5) mostra un'ottima performance sulle prostatectomie transuretrali, buona sulle appendicectomie effettuate in laparoscopia, ma un punto di debolezza consiste nella tempestività di intervento per fratture del femore. I volumi di interventi chirurgici (C17) erogati dai reparti ospedalieri in riferimento alle soglie previste dal decreto Balduzzi presentano i migliori risultati tra le regioni del network: adeguati i volumi per colecistectomia laparoscopica e per reparto, mentre non sono abbastanza numerosi gli interventi chirurgici per tumore alla mammella.

Gli indicatori e le varie fasce di valutazione sono riportate in tabella 1. (Sistema di valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Report 2012)

Figura 2 - Bersaglio Veneto 2012

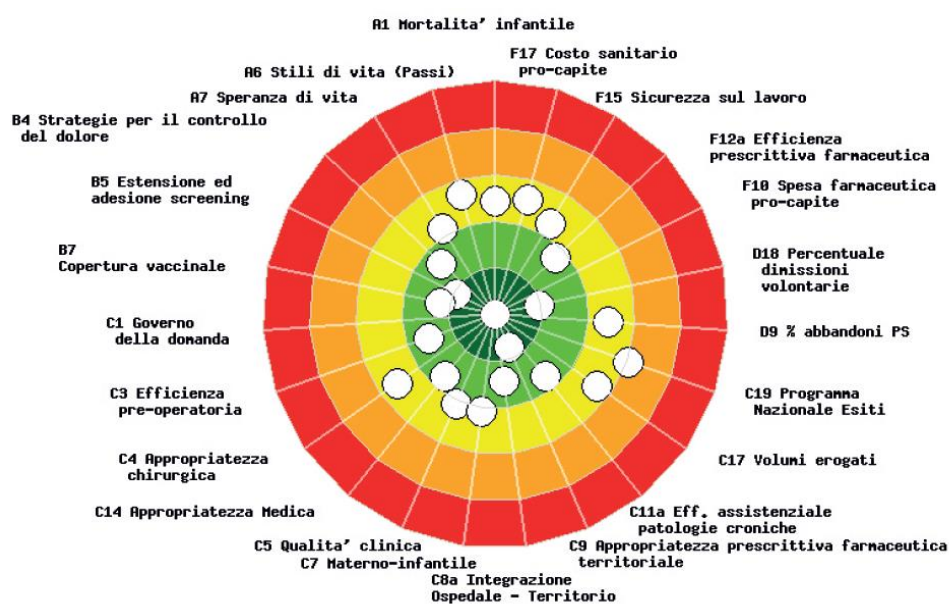


Tabella 1 - Indicatori e Fasce di valutazione Veneto 2012

Indicatore	Valore	Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
A1	2,58	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
A6	2,34	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
A7	2,84	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
B4	3,43	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
B5	4,06	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
B7	3,80	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
C1	5	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
C3	1,08	> 1,45	1,45 - 1,30]	1,30 - 1,15]	1,15 - 1]	< 1
C4	2,42	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
C14	3,30	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
C5	2,91	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
C7	2,90	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
C8a	3,55	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
C9	4,24	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
C11a	3,30	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
C17	2,34	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
C19	-0,02	< -0,17	-0,17 - -0,01]	-0,01 - 0,01]	0,01 - 0,10]	> 0,1
D9	3,04	> 5	5 - 3,75	3,75 - 2,50]	2,50 - 1,25]	< 1,25
D18	0,59	> 1,50	1,50 - 1,20	1,20 - 0,90	0,90 - 0,60	< 0,60
F10	169,42	> 200	200 - 196]	196 - 192]	192 - 188]	< 188
F12a	3,24	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
F15	2,73	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5
F17	1817,78	> 2175,79	2175,79 - 1927,03]	1927,03 - 1678,27]	1678,27 - 1429,51]	< 1429,51

1.6 La performance nell'Azienda Ospedaliera di Padova (2012)

Gli indicatori sono di numero inferiore rispetto al totale e sono stati considerati esclusivamente quelli pertinenti alle Aziende Ospedaliere (AO).

L'Azienda Ospedaliera di Padova nel 2012 presenta 1 solo indicatore nella fascia verde scuro per i volumi di interventi chirurgici erogati (C17); l'obiettivo di questo indicatore è di garantire livelli omogenei di assistenza ospedaliera, sia in termini di adeguatezza delle strutture che in termini di risorse umane impiegate.

Due indicatori sono posizionati sulla fascia verde chiaro: il programma nazionale esiti (C19), che ha l'obiettivo di introdurre la valutazione degli esiti come valutazione comparativa della qualità delle prestazioni sanitarie tra le diverse strutture pubbliche e private, e la percentuale di dimissione volontarie (D18).

La percentuale di abbandoni dal pronto soccorso (D9), l'appropriatezza chirurgica (C4), la qualità clinica (C5) e l'appropriatezza medica (C14) sono situati sulla fascia gialla indice di una valutazione nella media.

Non sufficiente l'indicatore del percorso materno-infantile (C7) e, in particolare l'efficienza pre-operatoria (C3), la quale rientra nella fascia rossa con valutazione pessima.

Di seguito sono riportati il grafico a bersaglio degli indicatori ed i relativi valori e benchmark degli indicatori sanitari (Figura 3 - Bersaglio AO di Padova 2012 e Tabella 2 - Indicatori e Fasce di valutazione Azienda Ospedaliera di Padova 2012).

Figura 3 - Bersaglio AO di Padova 2012

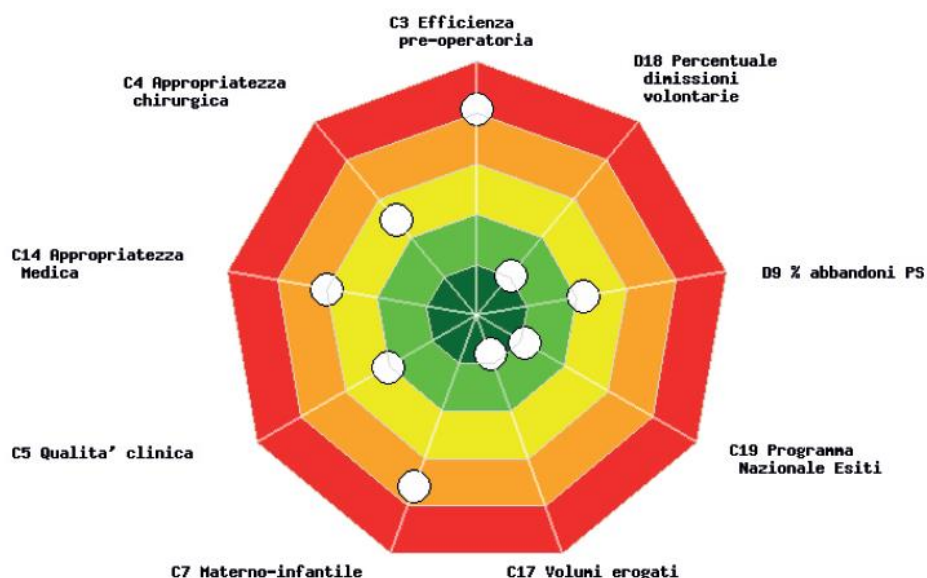


Tabella 2 - Indicatori e Fasce di valutazione Azienda Ospedaliera di Padova 2012

Indicatore	Valore	Valutazione	Valutazione	Valutazione	Valutazione	Valutazione
		pessima	scarsa	media	buona	Ottima
C3	1,50	> 1,45	1,45 – 1,30]	1,30 – 1,15]	1,15 – 1]	< 1
C4	2,54	0 – 1	1 – 2	2 – 3	3 – 4	4 – 5
C14	2	0 – 1	1 – 2	2 – 3	3 – 4	4 – 5
C5	2,97	0 – 1	1 – 2	2 – 3	3 – 4	4 – 5
C7	1,41	0 – 1	1 – 2	2 – 3	3 – 4	4 – 5
C17	4,19	0 – 1	1 – 2	2 – 3	3 – 4	4 – 5
C19	0,09	< -0,17	-0,17 – - 0,01]	-0,01 – 0,01]	0,01 – 0,10]	> 0,1
D9	2,67	> 5	5 – 3,75	3,75 – 2,50]	2,50 – 1,25]	< 1,25
D18	0,61	> 1,50	1,50 – 1,20	1,20 – 0,90	0,90 – 0,60	< 0,60

Capitolo 2

Calcolo degli indicatori

Per poter monitorare l'andatura in tempo reale degli indicatori e le variazioni negli anni si è pensato di creare un metodo automatizzato e interno all'Azienda Ospedaliera di Padova.

Questo sistema aiuta l'Azienda Ospedaliera ad entrare in un ottica di "spostamento delle risorse" anziché di "richiesta di risorse aggiuntive", in modo da capire dove si potrebbero risparmiare per allocarle dove ve ne è più bisogno. Questo perché, se non riallochiamo, non sarà possibile adattarlo ai mutamenti in atto nei bisogni dei cittadini.

Nella prima parte dello stage ci siamo occupati di calcolare gli indicatori attraverso "Qlik", un programma di selezione dei flussi SDO (scheda di dimissione ospedaliera), che ci permette, attraverso i filtri, di estrarre i dati necessari ai nostri fini. Questo programma, però, non permetteva il salvataggio dei filtri, in modo da rendere immediato il calcolo degli indicatori. Alcuni di questi, inoltre, prevedevano l'utilizzo di filtri che Qlik non consentiva. Abbiamo, quindi, elaborato un'altra soluzione.

Estraendo tutti i flussi SDO, presenti nei database dell'Azienda Ospedaliera di Padova, relativi all'anno 2012 e, basandoci sui filtri riportati nel report 2012 rilasciato dall'Istituto Superiore Sant'Anna di Pisa, ho replicato il metodo di calcolo eseguito dalla regione Veneto per la stima degli indicatori sanitari.

Il file corrispondente ai ricoveri è stato inserito in Microsoft Access, come database relativo all'anno di estrazione, in modo da sviluppare le query necessarie per la misurazione degli indicatori. Questo metodo ci ha permesso di salvare i filtri applicati per ogni singolo indicatore, avendo modo di misurare gli stessi, cambiando semplicemente la tabelle d'interrogazione, per gli anni successivi.

2.1 Valutazione e confronto degli indicatori

Di seguito propongo un confronto tra gli indicatori ricavati attraverso Access e quelli pubblicati dalla Scuola Superiore Sant'Anna.

Ciascun indicatore è corredato da una scheda con finalità di descriverne dettagliatamente le modalità di costruzione, in ottica di miglior comprensione e interpretazione dell'indicatore. Sotto ogni scheda verranno riportate le fasce di valutazione per ogni indicatore e, a seguire, la tabella di confronto. Sotto la voce "Report 2012" avremo il numeratore, il denominatore e l'indicatore relativo alla pubblicazione effettuata dal Sant'Anna mentre, sotto la voce "Valore calcolato 2012", avremo i risultati da noi calcolati.

Sono, inoltre, riportati i grafici del trend dei periodi temporali disponibili, per la maggior parte 2001-2016. I dati che vanno dal 2001 al 2010 sono stati ricavati tramite Qlik, mentre i dati successivi attraverso Access.

2.2 Valutazione socio - sanitaria (Dimensione C)

In questa dimensione sono compresi una serie di indicatori volti a descrivere i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza, di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale che per le attività del territorio.

Indicatore C3 - Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg

C3	
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012) - RO > 1 GG	
DEFINIZIONE	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico per RO > 1 giorno
NUMERATORE	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione maggiori di 1 giorno. Si considera il primo intervento in ordine cronologico. Per AOU Meyer e Fondazione Monasterio (reparti pediatrici) si considerano esclusivamente i ricoveri dei pazienti residenti nell'Area Vasta di appartenenza.</p> <p>Codifiche ICD-9 CM: Codici di procedure chirurgiche: da 00 a 86 e 87.53, 88.52, 88.53, 88.54, 88.55, 88.56, 88.57, 92.27, 92.30, 92.31, 92.32, 92.33, 92.39, 96.70, 96.71, 96.72, 98.51</p> <p>Reparto di ammissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica) Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> I trapianti (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513. Pancreas: intervento principale 528*) I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione
RIFERIMENTO	Obiettivo: < 1 giorno
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C3

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima	
> 1,45	1,45 – 1,30]	1,30 – 1,15]	1,15 – 1,00]	< 1,00	
Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	indicatore	numeratore	denominatore	indicatore
13742	9432	1,46	14953	12473	1,20

Questo indicatore viene utilizzato per valutare l'efficienza operativa e misurare la durata media della permanenza in ospedale prima di un intervento. Un paziente per cui è stato programmato un intervento chirurgico dovrebbe essere ricoverato non più di un giorno prima dell'operazione.

L'obiettivo di mantenere i giorni di degenza pre-operatoria minore di 1 non è stato raggiunto per nessuno degli indicatori calcolati.

Si osserva la disparità tra il valore del report 2012 e del valore da noi calcolato. Il numeratore presenta ben oltre 1000 pazienti dimessi e addirittura oltre 3000 pazienti al denominatore. Questo può verificarsi in caso di filtri non correttamente applicati, cosa osservata anche in alcuni dei successivi indicatori.

Serie temporale C3

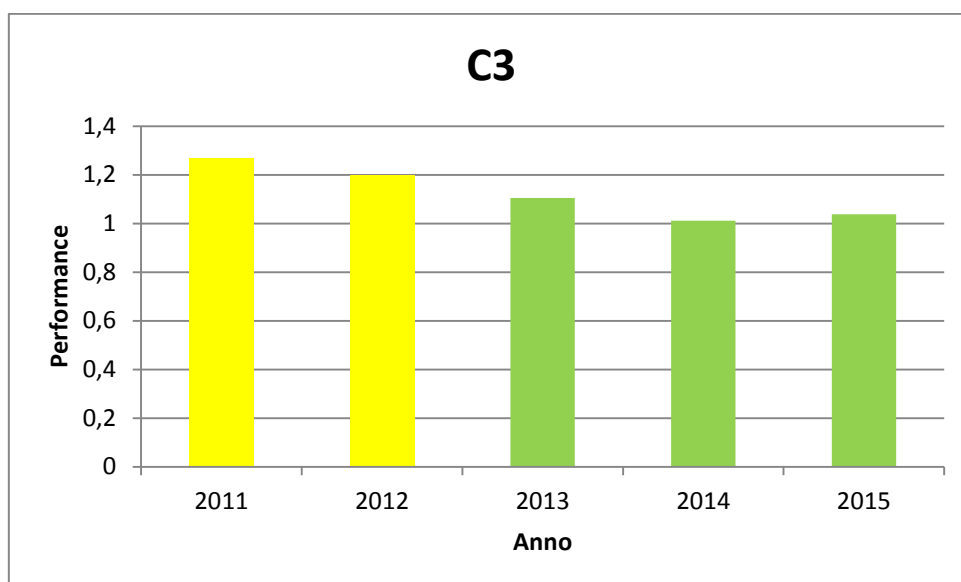


Tabella 3 - Valori annuali C3

Anno	C3
2011	1,27
2012	1,20
2013	1,11
2014	1,01
2015	1,04

Nonostante il numero di anni a nostra disposizione sia limitato, si può facilmente osservare come questo indicatore abbia avuto un miglioramento negli ultimi anni. L'indicatore presenta un trend decrescente; dal 2013 l'indicatore entra nella fascia verde di valutazione con un lieve aumento per l'anno 2015. Ciò suggerisce che l'ospedale si è messo in moto per diminuire la

durata di degenza pre-operatoria, raggiungendo, quasi, l'obiettivo massimo.

Indicatore C14.2 – Percentuale di ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica

C14.2	
% RICOVERI IN DH MEDICO CON FINALITA' DIAGNOSTICA (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
NUMERATORE	N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri in DH medico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "finalità del Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico". Si escludono : -i codici 190.5, V10.84, V16.8, V42.1, 996.83, V42.6, 996.84 da qualsiasi diagnosi -La specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro"
RIFERIMENTO	Obiettivo: <10%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C14.2

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
> 40,00	40,00 – 30,00]	30,00 – 20,00]	20,00 – 10,00]	< 10,00

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
3426	7629	44,91	3504	7742	45,26

Questo indicatore misura la percentuale di day hospital medici effettuati ai solo fini diagnostici. L'indicatore si trova nella fascia rossa, sintomo di un'organizzazione pessima da parte dell'ospedale: i letti in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno, mentre gli accertamenti diagnostici possono essere eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero.

Serie temporale C14.2

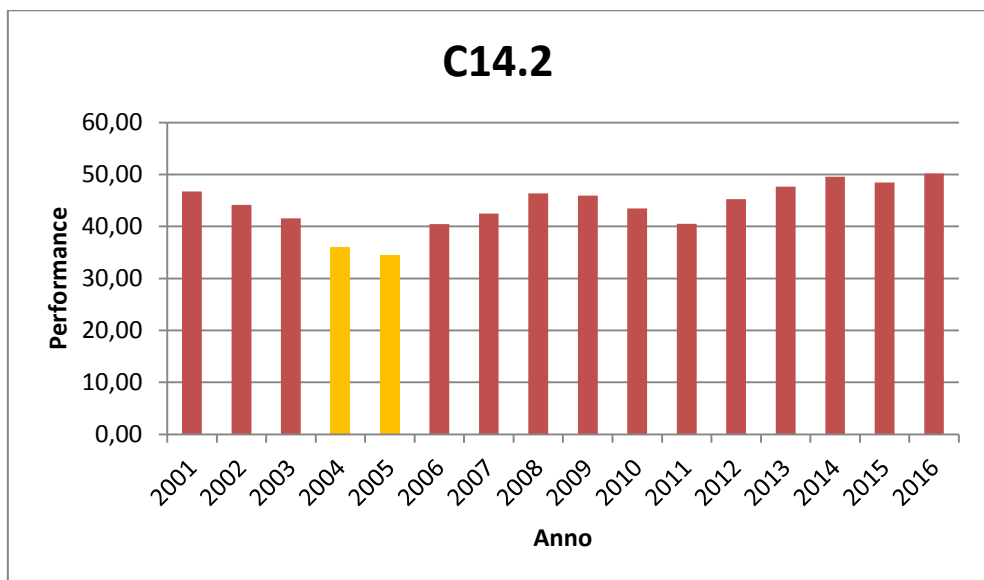


Tabella 4 - Valori annuali C14.2

Anno	C14.2
2001	46,75
2002	44,13
2003	41,59
2004	36,05
2005	34,41
2006	40,48
2007	42,46
2008	46,37
2009	45,95
2010	43,46
2011	40,49
2012	45,26
2013	47,66
2014	49,58
2015	48,47
2016	50,19

La serie temporale presenta delle lievi oscillazioni nel corso degli anni, toccando il picco minimo nel 2005 e il picco massimo nel 2014 (il 2016 non viene considerato in quanto l'anno non si è ancora concluso).

Quasi tutti i valori rientrano nella fascia rossa di valutazione, segno che l'ospedale impiega i letti per pazienti che devono solo fare accertamenti diagnostici, anziché indirizzarli verso un regime ambulatoriale.

Attualmente l'indicatore del 2016 è il più alto, è necessaria una manovra di correzione in questo ambito per avere una valutazione migliore a fine anno.

Indicatore C14.2.2 – Percentuale di ricoveri in Day Hospital con finalità diagnostica

NOTA: L'indicatore non possiede uno standard di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulta migliore o peggiore rispetto all'anno precedente.

C14.2.2	
% RICOVERI PEDIATRICI IN DH MEDICO CON FINALITA' DIAGNOSTICA (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri pediatrici in DH medico con finalità diagnostica
NUMERATORE	N. di ricoveri pediatrici in DH medico con finalità diagnostica x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri pediatrici in DH medico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i soli ricoveri pediatrici (età < 14). Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "finalità del Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico". Si escludono : - i codici 190.5, V10.84, V16.8, V42.1, 996.83, V42.6, 996.84 da qualsiasi diagnosi - La specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro"
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
651	1875	34,72	797	2246	35,48

Come l'indicatore precedente, questo misura la percentuale di day hospital medici effettuati ai solo fini diagnostici con esclusiva ai ricoveri pediatrici.

I due indicatori messi a confronto non sembrano mostrare una netta disparità ma se si osservano i numeratori e i denominatori dell'indicatore calcolato, quest'ultimi mostrano centinaia di casi in più. Il motivo non ci è chiaro, ma è plausibile ipotizzare una non corretta applicazione dei filtri.

Serie temporale C14.2.2

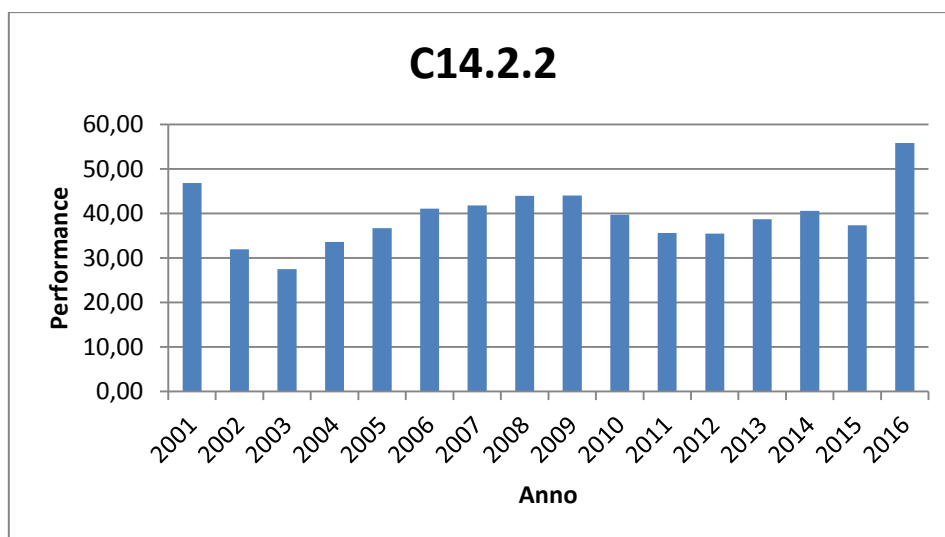


Tabella 5 - Valori annuali C14.2.2

Anno	C14.2.2
2001	46,80
2002	31,97
2003	27,50
2004	33,57
2005	36,70
2006	41,04
2007	41,78
2008	43,95
2009	44,01
2010	39,68
2011	35,58
2012	35,49
2013	38,67
2014	40,56
2015	37,33
2016	55,79

Questo indicatore non possiede un benchmark da utilizzare per il confronto della performance. Come l'indicatore precedente, questo presenta delle lievi oscillazioni. Dal 2003 al 2009 questo indicatore ha un incremento di oltre dieci punti percentuali, segno negativo in quanto questi ricoveri potrebbero essere spostati in regime ambulatoriale. L'indicatore sembra poi avere un lieve calo per poi tornare ai livelli iniziali (intorno al 40%).

Anche questo indicatore, allo stato attuale del 2016, ha bisogno di un miglioramento entro la fine dell'anno.

Indicatore C14.3 – Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi

Un ricovero medio breve (0 – 1 – 2 giorni) è spesso un ricovero evitabile, in contesti in cui l'ospedale rappresenta l'unica risposta accessibile al cittadino. Il numero di tali ricoveri deve essere ridotto attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio.

C14.3	
% RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
NUMERATORE	N. di ricoveri ordinari medici brevi x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri ordinari medici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni. Sono esclusi: - DRG 391: neonato normale -DRG 373: parto vaginale senza diagnosi complicanti -le modalità di dimissione: deceduto, dimissione volontaria, trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti. -i dimessi con arteriografia di arterie cerebrali (codice ICD9-CM 88.41 in procedura principale o secondarie) -i dimessi con terapia radio metabolica (codici ICD9-CM 9227, 9228, 9229 in procedura principale e secondarie) e diagnosi di tumore (codici ICD9-CM da 140 a 239, V58.0 in diagnosi principale e secondarie)
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C14.3

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
> 27,00	27,00 – 22,00]	22,00 – 17,00]	17,00 – 12,00]	< 12,00

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
5345	28158	18,98	4620	28346	16,30

L'indicatore calcolato è sotto di oltre due punti percentuali, il quale si avvicina notevolmente al valore di riferimento della media interregionale (15.8%) rispetto al valore del report.

Confrontando i risultati con le fasce di valutazione, il nostro indicatore rientra in una fascia verde chiaro (valutazione buona) mentre il valore del report in una fascia gialla (valutazione media).

Se dovessimo considerare, quindi, solo in "nostro" indicatori non sarebbero necessarie opportuni miglioramenti e le risorse potrebbero spese in settori che ne hanno più bisogno.

Serie temporale C14.3

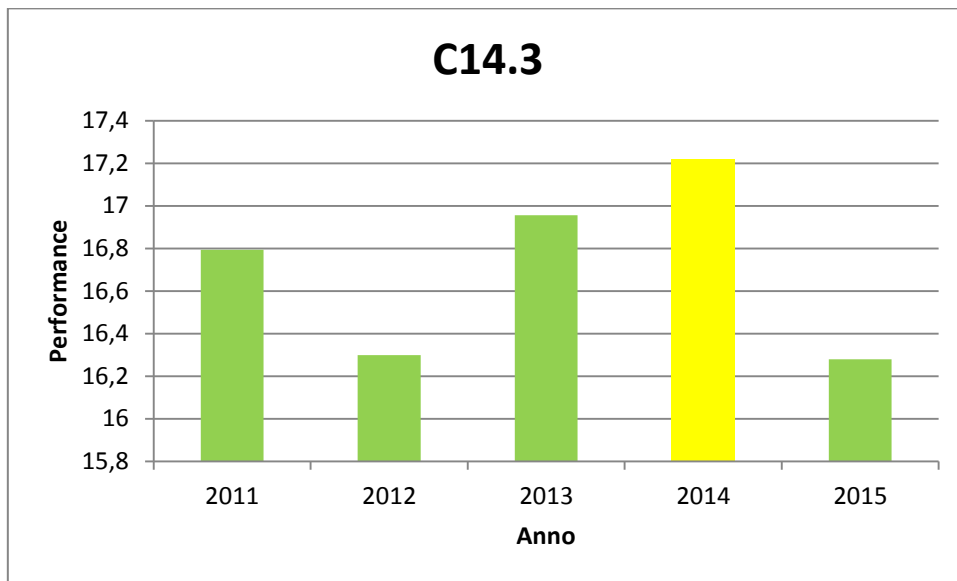


Tabella 6 - Valori annuali C14.3

Anno	C14.3
2011	16,79
2012	16,30
2013	16,96
2014	17,22
2015	16,28

L'indicatore si aggira tra il 16 e il 17 per cento, ottenendo una valutazione buona per la maggior parte degli anni a nostra disposizione. Nel 2014 l'ospedale riceve una valutazione media, entrando nella fascia gialla, ma riesce a "correggere" l'andatura l'anno successivo.

L'ospedale sembra avere una buona organizzazione per i ricoveri ordinari medici brevi, non ha, quindi, bisogno di eseguire delle manovre di aggiustamento delle risorse.

Indicatore C14.3.2 – Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici

NOTA: L'indicatore non possiede uno standard di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulta migliore o peggiore rispetto all'anno precedente.

C14.3.2	
PERCENTUALE DI RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI PEDIATRICI (PATTO PER LA SALUTE 2010)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici
NUMERATORE	N. di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri ordinari medici pediatrici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si selezionano i ricoveri ordinari pediatrici (età < 14 anni) con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni. Sono esclusi: - DRG 391: neonato normale - DRG 373: parto vaginale senza diagnosi complicanti - le modalità di dimissione: deceduto, dimissione volontaria, trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti - i dimessi con arteriografia di arterie cerebrali (codice ICD9-CM 88.41 in procedura principale o secondarie) - i dimessi con terapia radio metabolica (codici ICD9-CM 9227, 9228, 9229 in procedura principale e secondarie) e diagnosi di tumore (codici ICD9-CM da 140 a 239, V58.0 in diagnosi principale e secondarie)
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
1222	6810	17,97	1172	6994	16,76

L'indicatore si differenzia dal C14.3 per i ricoveri pediatrici. Lo si può considerare, infatti, un suo sotto indicatore.

I due indicatori presentano una differenza di oltre un punto percentuale. Una lieve differenza si presenta al numeratore, mentre il "nostro" denominatore presenta un dislivello di oltre 100 casi.

Serie temporale C14.3.2

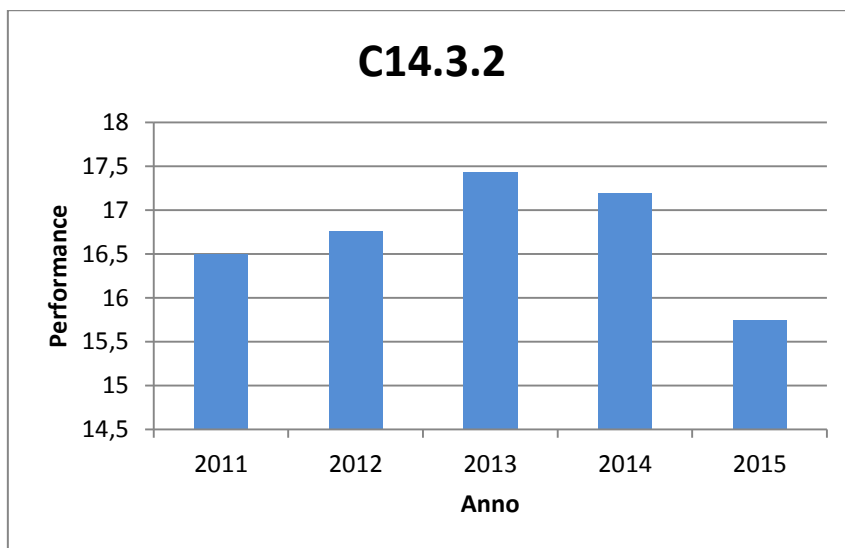


Tabella 7 - Valori annuali C14.3.2

Anno	C14.3.2	
2011	16,49	Questo è un sotto-indicatore del C14.3 e viene solo presentato il dettaglio dei ricoveri pediatrici della stessa tipologia.
2012	16,76	Non è possibile effettuare una valutazione per la mancanza di un benchmark. L'indicatore, comunque, si aggira sempre tra il 15 e il 17 per cento, senza avere particolari sbalzi.
2013	17,43	
2014	17,19	
2015	15,75	

Indicatore C14.4 – Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti maggiori uguali di 65 anni

Questo indicatore identifica i ricoveri di pazienti che rimangono in ospedale più a lungo di quanto ci si aspetterebbe per motivi clinici. Una degenza troppo lunga può essere dovuta ad inefficienza sia da parte dell'ospedale che da parte del territorio. Il valore soglia di un DRG indica la durata massima che ci si aspetta di quel ricovero.

C14.4	
% RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI >= 65 ANNI (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni
NUMERATORE	N. di ricoveri medici oltre soglia x 100
DENOMINATORE	N. di ricoveri medici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano le soglie ministeriali; per i DRG 557, 558, 559, 577, privi di soglia ministeriale, si usano i valori soglia stabiliti dal Testo Unico sulla Compensazione interregionale della mobilità sanitaria del 27 gennaio 2010. Si considerano i pazienti di età >= 65 anni. Si considerano esclusivamente i ricoveri ordinari. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 56, 60, 75).
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C14.4

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
> 6,20	6,20 – 4,90]	4,90 – 3,60]	3,60 – 2,30]	< 2,30

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
359	9621	3,73	338	11012	3,07

Il tempo massimo previsto per un ricovero è denominabile valore soglia di un DRG; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione “a giornata” per il numero di giornate eccedenti la soglia.

Come i due indicatori precedenti l'indicatore da noi calcolato è migliore rispetto a quello del report. Ancora una volta numeratore e denominatore sono discordanti.

Serie temporale C14.4

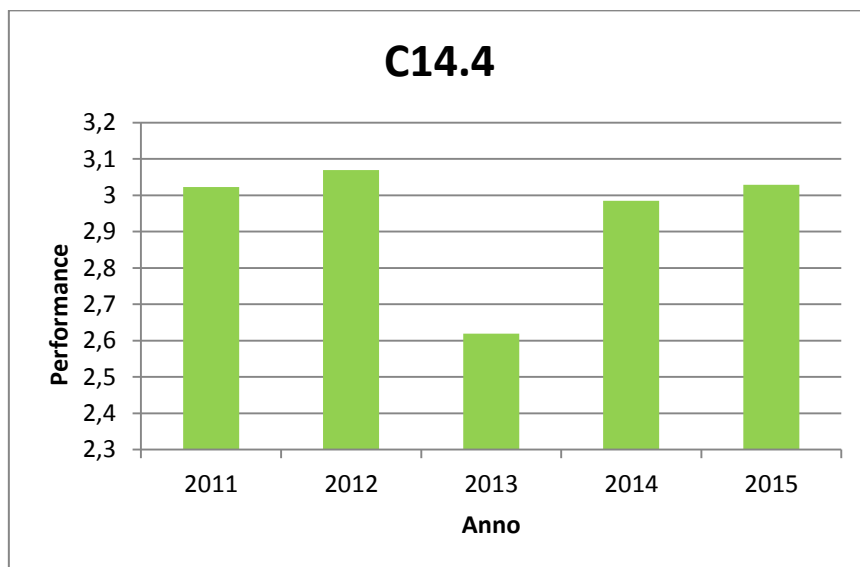


Tabella 8 - Valori annuali C14.4

Anno	C14.4
2011	3,02
2012	3,07
2013	2,62
2014	2,98
2015	3,03

Tutti gli indicatori ricevono una valutazione buona. Ciò significa che l'ospedale sta rispettando i valori soglia di degenza, stabiliti dal Patto per la Salute 2010-2012, per quella classe di pazienti. L'ospedale non ha motivo di riallocare le sue risorse.

Indicatore C4.1 – Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici

L'indicatore identifica i pazienti con DRG medici dimessi da reparti chirurgici. Per questo indicatore si prevedono due sottoindicatori, C4.1.1 e C4.1.2, rispettivamente relativi ai ricoveri ordinari ed ai ricoveri in day hospital. L'approfondimento disgiunto è dovuto al fatto che, all'interno di ogni azienda, il dato sull'inappropriatezza ha andamenti molto diversi tra i due regime di ricovero senza che sia stata rilevata alcuna evidente correlazione.

C4.1	
% DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI	
DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
NUMERATORE	II. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100
DENOMINATORE	II. di dimessi da reparti chirurgici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) • i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) • i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 (Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata e non complicata) • le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 • i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.
RIFERIMENTO	Obiettivo: <15%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C4.1

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
> 27,00	27,00 – 23,00]	23,00 – 19,00]	19,00 – 15,00]	< 15,00

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
6893	24771	27,83	7053	24593	28,7

In questo caso i due indicatori possiedono una valutazione molto scarsa, di gran lunga lontani dall'obiettivo di riferimento (< 15%). Ciò evidenzia una grave inappropriata organizzativa risultante dalla dimissione di pazienti da un reparto chirurgico, senza che gli stessi siano stati sottoposti ad alcun intervento.

Serie temporale C4.1

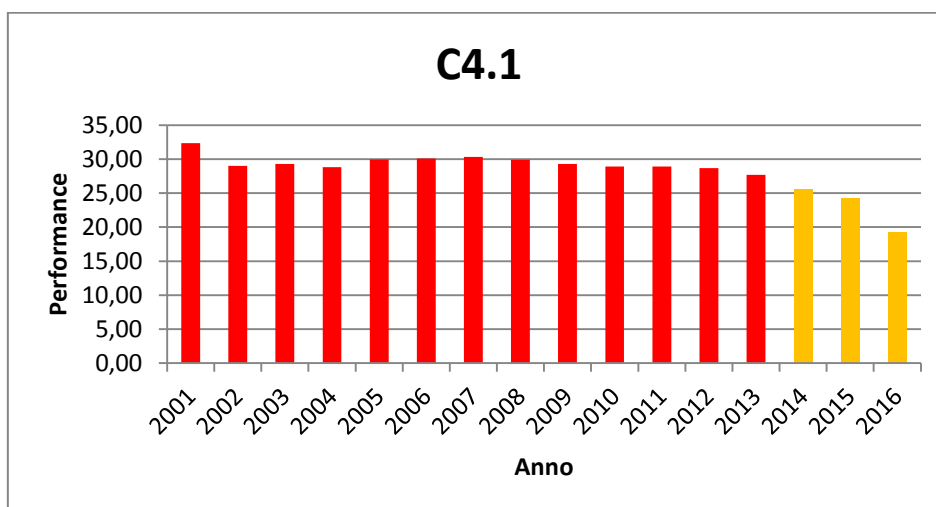


Tabella 9 - Valori annuali C4.1

Anno	C4.1
2001	32,35
2002	29,01
2003	29,31
2004	28,82
2005	29,97
2006	30,11
2007	30,31
2008	29,92
2009	29,27
2010	28,90
2011	28,93
2012	28,68
2013	27,71
2014	25,52
2015	24,22
2016	19,28

La serie presenta un trend decrescente. Fino al 2013 l'AO di Padova ha ricevuto una pessima valutazione per la percentuale di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medico. Come detto nel paragrafo precedente questo evidenzia una grave inappropriata organizzativa. Negli ultimi anni, però, questo indicatore entra nella fascia di valutazione arancione, sintomo di miglioramento all'interno dell'ospedale.

Indicatore C4.1.1 – Percentuale di DRG dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari

C4.1.1	
% DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI: RICOVERI ORDINARI	
DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
NUMERATORE	Il. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari x 100
DENOMINATORE	Il. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica.</p> <p>Si considera inclusa la One Day-Surgery. Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) • i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) • i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 • le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 • i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico.
RIFERIMENTO	Obiettivo: <20%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C4.1.1

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
> 27,00	27,00 – 23,00]	23,00 – 19,00]	19,00 – 15,00]	< 15,00

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
4032	17588	22,92	3599	17124	21,02

L'indicatore misura la quota di ricoveri ordinari effettuati nelle discipline di chirurgia cui viene attribuito un DRG medico. Nonostante i due indicatori siano lievemente discordanti tra di loro, nessuno dei due centra l'obiettivo sotto al 20%. Sia l'indicatore del report che l'indicatore calcolato, però, rientrano nella fascia di valutazione buona, con qualche punto percentuale al di sopra dell'obiettivo. Tali ricoveri, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori, avrebbero potuto essere più appropriatamente trattati in discipline non chirurgiche.

Serie temporale C4.1.1

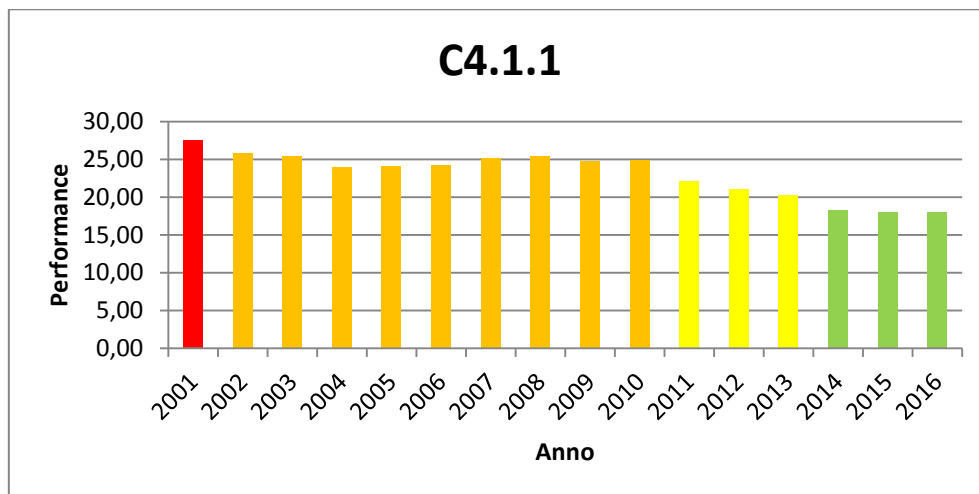


Tabella 10 - Valori annuali C4.1.1

Anno	C4.1.1	
2001	27,53	<p>La serie storica inizia con una valutazione pessima (per il 2001 si ha il 27,53%), ma il trend decrescente porta, negli anni, un notevole miglioramento delle prestazioni. La percentuale di DRG dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari diminuisce di ben dieci punti percentuali tra il 2001 e il 2015, viaggiando attraverso 4 fasce di valutazione. L'AO di Padova chiude la serie con una valutazione buona, segno di un impegno dell'ospedale in questi reparti.</p>
2002	25,87	
2003	25,35	
2004	23,97	
2005	24,06	
2006	24,22	
2007	25,12	
2008	25,47	
2009	24,73	
2010	24,89	
2011	22,06	
2012	21,02	
2013	20,26	
2014	18,27	
2015	17,98	
2016	18,04	

Indicatore C4.1.2 – Percentuale DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital

C4.1.2	
% DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI: DAY HOSPITAL	
DEFINIZIONE	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital
NUMERATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital
DENOMINATORE	N. di dimessi da reparti chirurgici per i Day Hospital
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 Day Surgery.</p> <p>Si considera esclusa la One Day-Surgery.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) • i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 • i ricoveri in One Day Surgery • le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 • i controlli successivi ad interventi per retinoblastoma: • Drg 048 e diagnosi principale 19.05, • Drg 411 e diagnosi principale V108.4 con procedura 95.03, 99.26 (in qualunque intervento) • i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico
RIFERIMENTO	Obiettivo: <10%
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C4.1.2

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
> 25,00	25,00 – 20,00]	20,00 – 15,00]	15,00 – 10,00]	< 10,00

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
3093	7720	40,06	2909	7485	38,86

Molto lontani dell'obiettivo del 10%. I due indicatori, seppur diversi, si trovano nella fascia rossa di valutazione per questo regime di ricovero. Questo è un punto di debolezza per l'AO di Padova, la quale ha bisogno di un'organizzazione maggiore per i Day Hospital.

Serie temporale C4.1.2

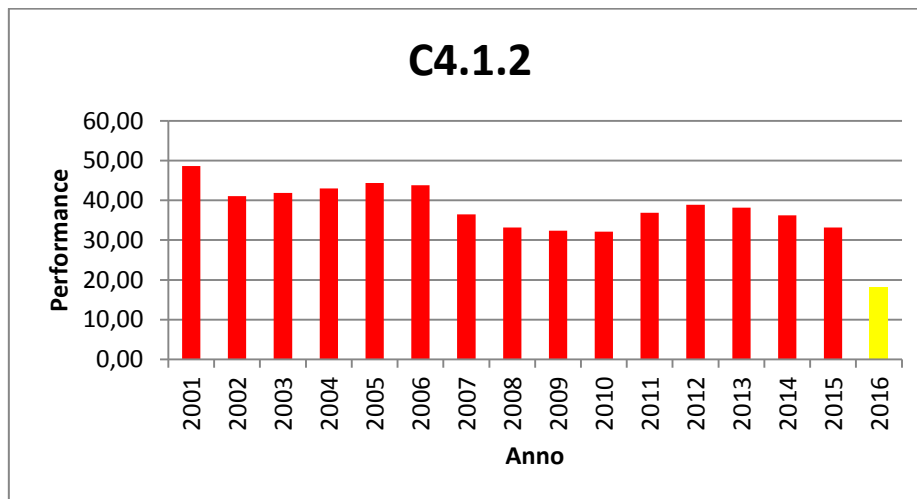


Tabella 11 - Valori annuali C4.1.2

Anno	C4.1.2
2001	48,65
2002	41,05
2003	41,86
2004	42,95
2005	44,34
2006	43,78
2007	36,43
2008	33,19
2009	32,35
2010	32,15
2011	36,90
2012	38,86
2013	38,15
2014	36,20
2015	33,18
2016	18,14

Tutti gli indicatori (a parte quello del 2016) ricevono una valutazione pessima. La serie presenta un'andatura altalenante e un trend lievemente decrescente. Questo potrebbe far pensare che l'ospedale si sia attivato per migliorare i reparti coinvolti.

Indicatore C5.2 - Percentuale fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione

Questo indicatore misura la tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura di femore. Un allungamento dei tempi di attesa è sintomo di qualità insoddisfacente della prestazione.

C5.2	
% FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI DALL'AMMISSIONE (PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)	
DEFINIZIONE	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
NUMERATORE	Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100
DENOMINATORE	Numero interventi per frattura del femore
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano solo i ricoveri ordinari. Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx e codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: <ul style="list-style-type: none"> • 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna • 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna • 81.51 Sostituzione totale dell'anca • 81.52 Sostituzione parziale dell'anca • 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura
RIFERIMENTO	Obiettivo: $\geq 80\%$
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C5.2

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
< 41,00	41,00 – 54,00]	54,00 – 67,00]	67,00 – 80,00]	> 80,00

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
214	369	57,99	223	369	60,43

Una valutazione media per entrambi gli indicatori; i quali si trovano al di sotto dell'obiettivo ($\geq 80\%$).

Gli indicatori hanno un denominatore comune ma un numeratore leggermente diverso. La causa può essere ricercata nell'errata trasmissione dei dati di elaborazione.

Serie temporale C5.2

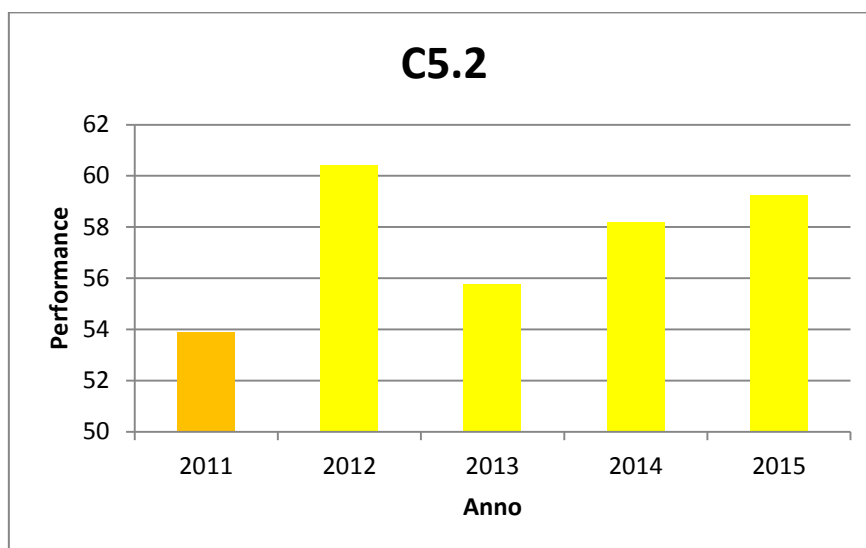


Tabella 12 - Valori annuali C5.2

Anno	C5.2
2011	53,87
2012	60,43
2013	55,75
2014	58,16
2015	59,26

La tempestività per le operazioni del femore risulta non sufficiente. Gli indicatori si aggirano intorno al 60%, questo significa che il restante 40% dei pazienti vengono operati, almeno, dopo tre giorni di attesa dalla data di ammissione.

Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare precocemente il paziente al reparto. Per la qualità dell'assistenza in ortopedia chirurgica, le fratture del femore comportano una gestione articolata e complessa degli eventi. L'ospedale dovrebbe adottare delle misure organizzative migliori, in modo da ridurre le giornate di degenza.

Indicatore C5.3 – Percentuale prostectomie transuretrali

L'indicatore valuta la tipologia di tecnica utilizzata nell'intervento di prostatectomia come misura di qualità professionale.

C5.3	
% PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	
DEFINIZIONE	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale
NUMERATORE	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100
DENOMINATORE	Numero interventi di prostatectomia
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si escludono i casi di tumore maligno della prostata in diagnosi principale (185). Codifiche: Numeratore: Codice ICD9-CM di intervento principale 60.21, 60.29 Denominatore: Codice ICD9-CM di intervento principale 60.21, 60.29, 60.3, 60.4, 60.5, 60.61, 60.62, 60.69
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C5.3

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
< 52,00	52,00 – 64,00]	64,00 – 76,00]	76,00 – 88,00]	> 88,00

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
133	139	95,68	133	139	95,68

Ottima la valutazione di questo indicatore, il quale è ben oltre la media interregionale (78,59%).

La procedura transuretrale è una tecnica poco invasiva che permette al paziente di avere un recupero post-operatorio rapido ed una degenza in ospedale più breve, che si traduce anche in un minor assorbimento di risorse.

Numeratore e denominatore coincidono perfettamente.

Serie temporale C5.3

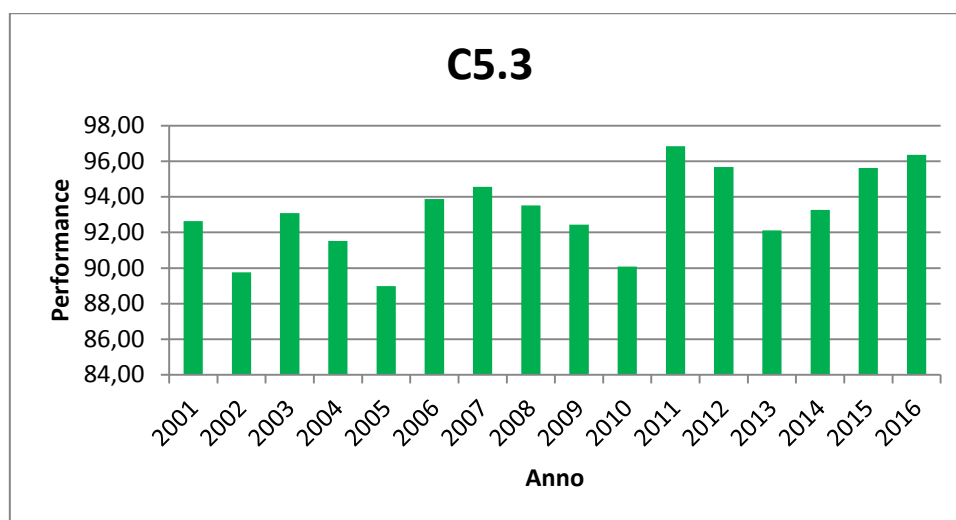


Tabella 13 - Valori annuali C5.3

Anno	C5.3
2001	92,63
2002	89,77
2003	93,09
2004	91,53
2005	88,99
2006	93,87
2007	94,57
2008	93,51
2009	92,43
2010	90,08
2011	96,85
2012	95,68
2013	92,12
2014	93,27
2015	95,61
2016	96,36

La serie temporale presenta delle lievi oscillazioni nel corso degli anni, toccando il picco massimo nel 2011. I valori rientrano nella fascia di valutazione ottima, centrando l'obiettivo per tutti gli anni a nostra disposizione.

Attualmente anche l'indicatore del 2016 si trova nella fascia verde scuro.

Questo tipo di intervento può considerarsi un punto di forza per l'Azienda Ospedaliera di Padova.

Indicatore C5.7 – Percentuale interventi di riparazione della valvola mitrale

C5.7	
% INTERVENTI DI RIPARAZIONE DELLA VALVOLA MITRALE (AOU)	
DEFINIZIONE	Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)
NUMERATORE	Numero dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale x 100
DENOMINATORE	Numero dimessi con intervento alla valvola mitrale
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri ordinari. NUM: codici intervento 35.02, 35.12 DEN: codici intervento 35.02, 35.12, 35.23, 35.24 Codice ICD9-CM di intervento principale o uno dei secondari: <ul style="list-style-type: none"> • 35.02 Valvulotomia a cuore chiuso, valvola mitrale • 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione • 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi • 35.24 Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C5.7

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
< 40,00	40,00 – 50,00]	50,00 – 60,00]	60,00 – 70,00]	> 70,00

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
36	84	42,86	36	84	42,86

Una valutazione scarsa per questo indicatore che misura la percentuale di interventi alla valvola mitrale; questo intervento garantisce l'integrità dell'apparato sospensore-sottovascolare, con effetti positivi sulla qualità della vita del paziente.

Come nel caso precedente, l'indicatore calcolato e l'indicatore report sono uguali tra loro e coincidono con la media interregionale (42,857%).

Serie temporale C5.7

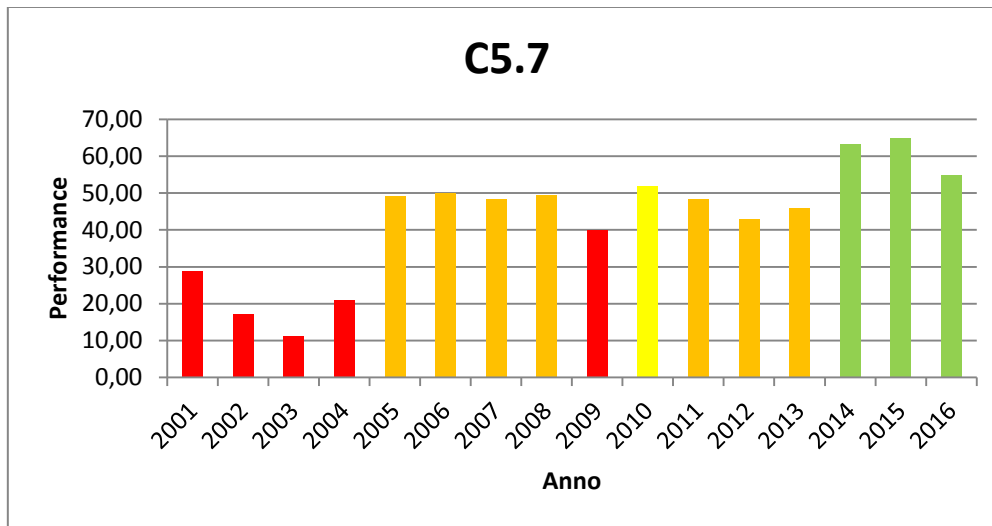


Tabella 14 - Valori annuali C5.7

Anno	C5.7
2001	28,85
2002	17,11
2003	11,27
2004	20,97
2005	49,06
2006	50,00
2007	48,42
2008	49,38
2009	40,00
2010	52,00
2011	48,28
2012	42,86
2013	45,90
2014	63,37
2015	64,86
2016	55,00

Questo indicatore oscilla tra il rosso e il verde chiaro, ottenendo negli ultimi anni, quasi, una valutazione massima. Il miglioramento è visibile e pressoché obbligatorio dato che questo tipo di intervento si effettua solo nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie e nelle IRCCS (Istituti di Ricovero e di Cura a Carattere Scientifico).

Indicatore C5.8 – Percentuale di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva

C5.8	
% DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA	
DEFINIZIONE	Percentuale di ventilazioni meccaniche non invasive (NIV) (AOU e AUSL)
NUMERATORE	Numero di ricoveri per ventilazione meccanica non invasiva (NIV) x 100
DENOMINATORE	Numero di ricoveri per ventilazione meccanica
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari.</p> <p>Si escludono i dimessi con diagnosi principale o secondaria di ipersonnia con apnea del sonno (780.53).</p> <p>Si selezionano i pazienti con le seguenti diagnosi e interventi:</p> <p>diagnosi principale o secondarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • da 490.xx a 496.xx malattie polmonari croniche ostruttive e manifestazioni associate • 518.5x insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico • 518.81, 518.82 insufficienza respiratoria acuta <p>intervento principale o secondari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) • 93.91 Respirazione a pressione positiva intermittente • 96.7* Altra ventilazione meccanica continua • 96.04 Inserzione di tubo endotracheale • 31.1 Tracheostomia temporanea. <p>Al numeratore si considerano gli interventi principale o secondari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 93.90 Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) • 93.91 Respirazione a pressione positiva intermittente.
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C5.8

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
< 11,00	11,00 – 22,00]	22,00 – 33,00]	33,00 – 44,00]	> 44,00

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
61	140	43,57	61	140	43,57

L'indicatore ha una valutazione buona. Quest'ultimo si trova ben oltre la media interregionale del 33,33%. Indicatore calcolato e indicatore report coincidono perfettamente.

La ventilazione meccanica non invasiva induce un miglioramento della funzionalità respiratoria e della qualità della vita, come pure una diminuzione degli episodi che richiedono cure ospedaliere.

Serie temporale C5.8

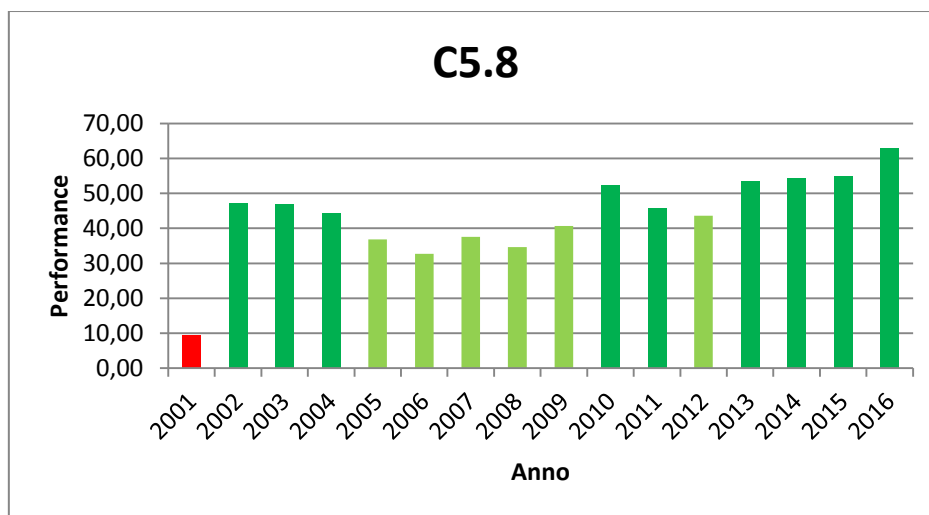


Tabella 15 - Valori annuali C5.8

Anno	C5.8
2001	9,33
2002	47,13
2003	46,95
2004	44,34
2005	36,87
2006	32,71
2007	37,59
2008	34,62
2009	40,67
2010	52,27
2011	45,74
2012	43,57
2013	53,33
2014	54,35
2015	54,88
2016	62,71

Negli ultimi anni la ventilazione meccanica non-invasiva è divenuta un supporto sempre più utilizzato nel trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica. Nonostante tutti gli indicatori rientrino nella fascia verde, negli ultimi anni, come si vede dalla serie storica, sono aumentati tanto da ottenere la valutazione massima.

Indicatore C5.11 - Percentuale appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15 - 49 anni

C5.11	
% APPENDICECTOMIE URGENTI IN LAPAROSCOPIA PER DONNE 15-49 ANNI	
DEFINIZIONE	Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni
NUMERATORE	Numero di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni x 100
DENOMINATORE	Numero di appendicectomie urgenti per donne 15-49 anni
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Si considerano i ricoveri urgenti. Le procedure chirurgiche considerate, sia in interventi principale che secondario, sono: Numeratore: 47.01 (Appendicectomia laparoscopica) Denominatore: 47.01 (Appendicectomia laparoscopica), 47.09 (Altra appendicectomia)
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Fasce di valutazione C5.11

Valutazione pessima	Valutazione scarsa	Valutazione media	Valutazione buona	Valutazione Ottima
< 50,00	50,00 – 60,00]	60,00 – 70,00]	70,00 – 80,00]	> 80,00

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
46	69	66,67	42	61	68,85

I due fattori presentano una lieve differenza, con un numeratore e un denominatore maggiore nella parte del report. Gli indicatori si trovano entrambi nella fascia gialla di valutazione (media) al di sotto della media interregionale (79,167%).

Serie temporale C5.11

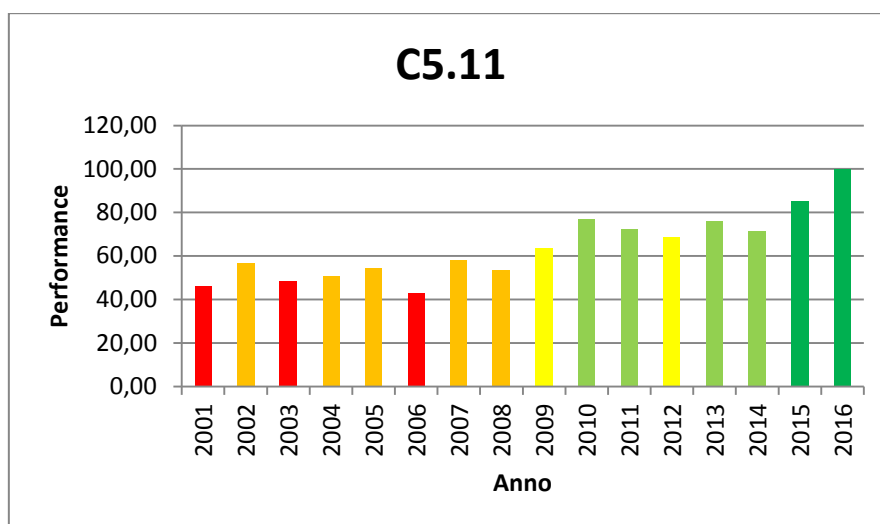


Tabella 16 - Valori annuali C5.11

Anno	C5.11
2001	46,23
2002	56,88
2003	48,57
2004	50,75
2005	54,24
2006	43,08
2007	58,06
2008	53,33
2009	63,89
2010	77,03
2011	72,34
2012	68,85
2013	76,00
2014	71,70
2015	85,53
2016	100,00

Questo tipo di intervento offre un notevole vantaggio in termini di affidabilità diagnostica rispetto al tradizionale iter diagnostico. Inoltre, essendo un intervento a chirurgia aperta è il più sicuro tra gli interventi per le appendicectomie.

Con questi presupposti, gli interventi in laparoscopia sono aumentati nel corso degli anni, come si vede anche dalla serie temporale sopra riportata.

La percentuale di interventi in laparoscopia è passata dal 46,23 (anno 2001) al 85,53 % (anno 2015) raggiungendo il livello massimo di valutazione nell'ultimo anno.

Indicatore C5.12 – Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate

NOTA: l'indicatore non possiede uno standard di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulta migliore o peggiore rispetto all'anno precedente.

C5.12	
PERCENTUALE DI FRATTURE DEL FEMORE OPERATE SU QUELLE DIAGNOSTICATE	
DEFINIZIONE	Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate
NUMERATORE	Numero di interventi per fratture del femore x 100
DENOMINATORE	Numero di diagnosi di fratture del femore
NOTE PER L'ELABORAZIONE	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore (codice 820.xx).</p> <p>NUM: codici intervento principale o secondari per frattura del femore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna • 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna • 81.51 Sostituzione totale dell'anca • 81.52 Sostituzione parziale dell'anca • 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura
RIFERIMENTO	Media interregionale
FONTE	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

Report 2012			Valore calcolato 2012		
numeratore	denominatore	Indicatore %	numeratore	denominatore	Indicatore %
369	417	88,49	375	417	89,93

Questo tipo di frattura, negli anziani, ha conseguenze molto serie sulla durata e sulla qualità della vita: la mortalità ad un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Un intervento chirurgico precoce porta ad una più rapida ripresa funzionale e un benefico effetto sulla mortalità.

Serie temporale C5.12

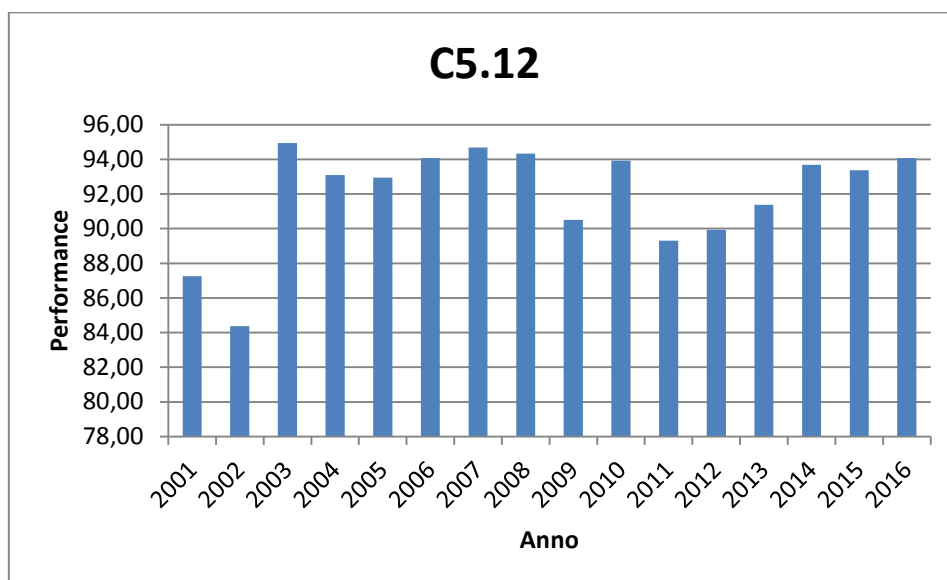


Tabella 17 - Valori annuali C5.12

Anno	C5.12
2001	87,25
2002	84,37
2003	94,94
2004	93,09
2005	92,95
2006	94,06
2007	94,69
2008	94,33
2009	90,51
2010	93,93
2011	89,31
2012	89,93
2013	91,38
2014	93,68
2015	93,37
2016	94,08

Questo indicatore non possiede un benchmark da utilizzare per il confronto della performance. La serie presenta delle lievi oscillazioni che variano tra l'84 e il 94 per cento. Non potendo eseguire una valutazione attraverso le scale di valutazione è difficile dare un giudizio, gli indicatori comunque si mantengono a livelli abbastanza alti.

Capitolo 3

Conclusioni

L'Azienda Ospedaliera di Padova presenta la migliore performance riguardo la qualità clinica (C5), presentando i più alti tassi di prostatectomie transuretrali (C5.3) rispetto alle altre Aziende, e di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva (C5.8), in crescita soprattutto negli ultimi anni; permane problematica di tempestività di fratture del femore (C5.2).

Gli interventi di riparazione alla valvola mitrale (C5.7) e le appendicectomie urgenti in laparoscopia (C5.11) sono molto buoni presentano un notevole miglioramento negli anni.

Si riscontra una buona efficienza nella degenza pre-operatoria presentandosi poco sopra della media interregionale (0,94).

Incerta, nel complesso, l'appropriatezza medica, che rileva la propensione al ricovero anziché l'utilizzo del setting ambulatoriale. Solo, infatti, la percentuale di ricoveri medici oltre soglia (C14.4) e di ricoveri ordinari medici brevi (C14.3) ottengono un valutazione buona, trovandosi sulla soglia della media interregionale. Restano critici i valori per i ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica (C14.2) ed i DRG medici dimessi da reparti chirurgici: Day Hospital (C4.1.2), posizionando l'AO di Padova tra quelle più basse.

In miglioramento la percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici (C4.1) e la percentuale di DRG dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari (C4.1.1) nonostante risultino ancora scarsi.

Lo sforzo di misurazione dei risultati diventa determinante in questa fase storica, caratterizzata da una rilevante crisi economica. La riduzione delle risorse disponibili può, infatti, spingere il sistema sanitario italiano ad adottare provvedimenti di taglio indiscriminato delle risorse stesse, senza consapevolezza di ciò che questa politica determina. La misurazione dei risultati, soprattutto relativamente all'appropriatezza, deve fornire informazioni determinanti sugli ambiti in cui interviene, per facilitare la riduzione degli sprechi e la riallocazione delle risorse verso servizi a maggior valore. (Nuti S., Vanieri M., Bonini A., 2010)

3.1 Chiave di lettura

Con questo documento si è inteso valutare e misurare la performance dell’Azienda Ospedaliera di Padova, con lo scopo di favorire il miglioramento continuo del contributo apportato da ciascuno - sia che si tratti di Centro di Responsabilità, di equipe professionale o di singolo individuo – al raggiungimento degli obiettivi dell’Azienda e alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita.

Il processo di misurazione e valutazione è da considerarsi **solo** strumento di conoscenza. Obiettivo della valutazione non è infatti “denunciare” le carenze ma rilevare le differenze esistenti, al fine di premiare i pregi e risolvere i difetti, sia a livello di struttura sia a livello di singolo individuo, promuovendo la crescita complessiva dell’intero sistema.

Bibliografia

Russo S., *Economia e management delle aziende sanitarie pubbliche*, Cedam, 2013.

Vettori A., Vannozzi D., *La valutazione delle performance individuali nelle aziende sanitarie*, FrancoAngeli, 2010.

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali*, Report 2012 e Report 2013.

S. Nuti, *La valutazione della performance in Sanità*, Il Mulino, 2008.

G. Boccuzzo, *Dispense Statistica Sociale*.

Siti Web

www.sanita.padova.it

<http://performance.sssup.it/network/lib/index.php>