Sede legale: Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Allegato 2.3 (Pag. 15 punto 17.5.2)

Responsabile I.A.S.
Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico
Dott.ssa Margherita BIANCHI
tel. 0323-541535
Sede Operativa: Via Fiume, 18 Pallanza (VB)
e-mail: margherita.bianchi@aslvco.it

Questionario Enti del SSN

Nell'ASL VCO il monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità è in raccordo con il sistema di monitoraggio della Regione Piemonte e in coerenza con il Programma Nazionale Valutazione degli Esiti (PNE).

Il PNE organizzato dal Ministero della Salute in collaborazione con AgeNaS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo. Il PNE "*sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, definibile come stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari, come descritto al punto 2 dell'allegato alla deliberazione assunta dalla Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano n. 20 del 24 gennaio 2013, con i seguenti obiettivi:*

- *Valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (efficacy) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT).*
  - *Valutare nuovi trattamenti/tecnologie per i quali non sono possibili studi sperimentali.*
- *Valutazione osservazionale dell'efficacia "operativa" (effectiveness) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia.*
  - *Valutare la differenza tra l'efficacia dei trattamenti quando stimata in condizioni sperimentali rispetto a quella osservata nel "mondo reale" dei servizi ed il relativo impatto.*
- *Valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti.*
  - *Possibili applicazioni in termini di accreditamento, remunerazione, informazione dei cittadini/utenti, con pubblicazione dei risultati di esito di tutte le strutture per l'empowerment dei cittadini e delle loro associazioni nella scelta e nella valutazione dei servizi.*
- *Valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (ad esempio, per livello socioeconomico, per residenza, etc).*
  - *Programmi di valutazione e promozione dell'equità.*
- *Individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano determinati esiti.*
  - *Stimare quali volumi minimi di attività sono associati ad esiti migliori delle cure e usare i volumi minimi come criterio di accreditamento.*
- *Auditing interno ed esterno."*

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equitá nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi[1]*."*

L'ASL VCO dall'anno 2005 attua un sistema di monitoraggio e di verifica di un set indicatori utili ad individuare eventuali aree di inappropriatezza/inefficienza/inefficacia.

Il sistema si basa sull'analisi di indicatori correlati al sistema aziendale qualità dell'ASL VCO, alle disposizioni regionali, all'analisi dei dati monitorati dal PNE. Gli indicatori (di qualità, di processo e di esito) previsti dai percorsi di cura/procedure aziendali sono pertanto oggetto di monitoraggio e valutazione annuale al fine dell'attribuzione degli obiettivi di risultato nell'ambito delle schede di Budget affidate ai Direttore di Struttura (Reparti/Servizi). Ciò consente di definire strategie

[1] http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/

condivise con i Direttori/Responsabili delle strutture Ospedaliere e Territoriali per la soddisfazione degli standard di riferimento dei singoli indicatori ed il miglioramento della qualità degli esiti grazie anche ai programmi di audit clinico-organizzativo e di ingegnerizzazioni di percorsi e procedure di cura.
I *report* del PNE prendono in considerazione misure di esito come: mortalità a breve termine, riammissioni a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni, complicanze a breve, medio e lungo termine a seguito di specifici interventi.
Di seguito gli esiti dell'ASL VCO per alcuni indicatori suddivisi per macroaree relativi alle edizioni PNE del 2016-2017-2018 (indicatori anni 2015-16-17).
Per ciascun indicatore oggetto di osservazione aziendale si indica la frequenza aggiustata per rischio espressa in percentuale (% Adj) confrontata con la frequenza media nazionale (dato % grezzo). I dati presentati si riferiscono alle edizioni del PNE 2016, 2017 e 2018 messi a confronto nelle tabelle aggregate per area clinica.

Legenda

- I dati % ADJ hanno a fianco la P (P *Value*)
- I dati senza P sono grezzi (tutti i dati % Italia/Regioni)
- P ≤ 0,05 indica dati statisticamente significativi
- I dati ASL con P ≤ 0,05 sono in grassetto
- In rosso sono evidenziati i volumi e gli esiti previsti dal DM 70/2015 e dall'Accordo Stato Regioni 2010

Per la valutazione della qualità degli esiti di alcuni indicatori selezionati AgeNaS si fa riferimento alla tabella di seguito che attribuisce un peso proporzionale alla rilevanza e alla validità dell'indicatore all'interno dell'area. A ciascuna delle classi di valutazione è attribuito da AgeNaS un punteggio discreto variabile da 1 (alta qualità) a 5 (bassa qualità).

Ministero della Salute
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

PNE

APPENDICE

Standard di qualità

				MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
Area clinica	Indicatore	Peso (%)		1	2	3	4	5
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	3.5-5	>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	%	≤0.50	0.50-1.2			>1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	80	%	≥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

AREA CLINICA: CARDIOCIRCOLATORIO

INDICATORE: INFARTO MIOCARDICO ACUTO MORTALITÀ A 30 GIORNI (PESO 30%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	84.913	8,24	87.993	8,60	88.284	8,29
Piemonte	6.424	9,32	6.995	8,49	6.584	8,43
Castelli	57	**25,08** (P 0)	49	16,33	48	22,92 (grezza)
S.Biagio	182	5,99 (P 0,187)	152	5,92 (P 0,251)	157	6,92 (P0,593)

DM 70/2015: ≥ 100 CASI/ANNO DI INFARTI MIOCARDICI IN FASE ACUTA DI PRIMO RICOVERO PER OSPEDALE

Si osserva che i dati aggregati dei 2 presidi sono in linea con la media nazionale. Gli esiti di mortalità, a 30 giorni dalle dimissioni, non si discostano dal dato medio nazionale (standard di qualità PNE alto per il San Biagio). I dati dell'Ospedale di Verbania non sono statisticamente rilevanti in quanto la casistica è inferiore al target indicato, si è comunque ritenuto opportuno effettuare degli audit per verificare la qualità del dato SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera). Al

termine degli audit sono state concordate misure di potenziamento per la prevenzione delle malattie Cardiovascolari vista la selezione della popolazione trattata a Verbania (pazienti fragili, con pluripatologie, a provenienza da RSA) con controindicazione al trattamento invasivo (PTCA).

INDICATORE: INFARTO MIOCARDICO ACUTO - PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI (PESO 15%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	88.180	43,32	87.993	44,80	88.284	46,27
Piemonte	6.998	41,74	6.686	45,7	6.584	50,12
Castelli	57	**10,93** (P 0,001)	49	28,57	48	12,50 (grezza)
S.Biagio	182	**27,53** (P 0)	152	**34,67** (P 0,033)	157	43,50 (P 0,526)

DM 70/2015: ≥ 100 CASI/ANNO DI INFARTI MIOCARDICI IN FASE ACUTA DI PRIMO RICOVERO PER OSPEDALE

Si osserva un netto incremento del trend nel triennio in esame nazionale (standard di qualità PNE medio per il San Biagio) attualmente in linea con il dato nazionale, questo miglioramento è da ascriversi alla apertura del Laboratorio di Emodinamica Interventistica presso l'ASL VCO. Al primo quadrimestre 2019 il tasso grezzo raccolto dalla Regione Piemonte è pari al 72,73%.
A partire dall'ultimo trimestre dall'anno in corso è prevista l'apertura h 24 del Laboratorio di Emodinamica dell'ospedale S. Biagio di Domodossola.

INDICATORE: INFARTO MIOCARDICO ACUTO - PROPORZIONE DI TRATTATI PTCA ENTRO 7 GIORNI

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	88.180	60,46	87.993	62,09	88.284	63,23
Piemonte	6.710	66	6.686	67,5	6.584	69,75
Castelli	57	**25,05** (P 0,001)	-	-	48	47,92 (grezza)
S.Biagio	182	**68,4** (P 0,018)	152	**73,38** (P0,000)	157	**86,22** (P 0,000)

DM 70/2015: ≥ 100 CASI/ANNO DI INFARTI MIOCARDICI IN FASE ACUTA DI PRIMO RICOVERO PER OSPEDALE

Come già osservato per il precedente indicatore anche in questo caso il trend è in ulteriore miglioramento rispetto agli anni 2015-16, infatti la proporzione dei casi trattati entro 7 giorni dall'IMA è nettamente superiore al dato medio nazionale e regionale. Questo miglioramento è da attribuire all'ampiamento dell'orario di apertura del Laboratorio di Emodinamica Interventistica dell'ASL VCO.

INDICATORE: SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO MORTALITÀ A 30 GIORNI (PESO 10%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	140.481	11,08	137.541	10,37	132.862	10,98
Piemonte	6.137	10,38	6.701	9,96	6.010	10,52
Castelli	84	11,55 (P 0,895)	88	10,38 (P 0,999)	100	8,44 (P 0,450)
S.Biagio	62	**8,30** (P 0,05)	64	7,65 (P 0,491)	55	10,52 (P 0,915)

Si osserva che gli esiti di mortalità a 30 giorni dalle dimissioni sono sovrapponibili al dato nazionale e regionale (standard di qualità PNE alto per il Castelli e medio per il San Biagio). Si auspica il prosieguo dell'accorpamento della casistica su un'unica sede di presidio.

INDICATORE: SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO RIAMISSIONI OSPEDALIERE ENTRO 30 GIORNI

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	101.769	14,7	100.498	14,72	97.927	14,68
Piemonte	4.606	12,96	5.131	14,9	4.638	13,49
Castelli	62	**4,73** (P 0,05)	68	17 (P 0,59)	77	11,62 (P 0,459)
S.Biagio	57	4,84 (P 0,08)	56	21,91 (P 0,112)	44	6,82 (grezza)

Si osserva che la riammissione in Ospedale a 30 giorni dalle dimissioni è inferiore al dato medio nazionale e regionale per entrambe le sedi ospedaliere. Sono attualmente in corso progetti per migliorare la presa in carico presso le Case della Salute dei Pazienti cronici.

AREA CLINICA: NERVOSO

INDICATORE ICTUS ISCHEMICO: MORTALITÀ A 30 GIORNI 2015 -2016 – 2017 (PESO 75%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	61.952	12,07	61.165	10,90	60.586	11,34
Piemonte	4.721	12,92	4.963	12,82	4.819	13,61
Castelli	57	-	4	50	2	50,00 (grezza)
S.Biagio	155	**4,82** (P 0,01)	174	8,2 (P 0,267)	157	11,87 (P 0,857)

Si osserva che gli esiti di mortalità a 30 giorni dalle dimissioni presso l'Ospedale San Biagio, sede della SOC Neurologia dell'ASL VCO, non si discostano nel 2017 dal dato medio regionale e nazionale (standard di qualità PNE medio per il San Biagio). Per verificare la validità del dato 2015 è stato effettuato sia un audit clinico sia un audit sulla qualità dei dati delle SDO che ha confermato l'esito positivo. È attualmente in corso la definizione di un percorso dedicato ai pazienti afferenti al DEA di Domodossola con sospetta diagnosi di TIA o Minor Stroke, il percorso prevede l'apertura di un'Astanteria Neurologica presso la SOC Neurologia e la possibilità di accedere tempestivamente a procedure diagnostiche e terapeutiche dedicate.
L'esiguità dei casi trattati presso la SOC di Medicina dell'Ospedale Castelli non consente valutazioni statistiche appropriate.

AREA CLINICA: OSPEDALIZZAZIONI

INDICATORE: OSPEDALIZZAZIONE PER AMPUTAZIONE ARTI INFERIORI NEI PAZIENTI DIABETICI

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	3.374	0,07	3.358	0,07	3.821	0,08
Piemonte	184	0,07	198	0,07	231	0,08
A.S.L.V.C.O.	19	**0,13** (P 0,000)	25	**0,18** (P 0,000)	20	**0,13** (P 0,040)

Si osserva una maggior frequenza di amputazioni rispetto alla media regionale e nazionale probabilmente condizionata dalla scarsa numerosità del campione. Il dato è comunque in flessione nell'anno 2017. Sono in corso attività assistenziali presso le Case della Salute per una migliore gestione della cronicità.

INDICATORE: OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE A BREVE E LUNGO TERMINE NEI PAZIENTI DIABETICI

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	20.188	0,43	19.502	0,42	21.177	0,42
Piemonte	1.070	0,34	1.029	0,35	1.049	0,31
A.S.L.VCO	85	**0,61** (P 0, 000)	92	**0,66** (P 0,000)	88	**0,58** (P 0,000)

Anche per questo indicatore si osserva una maggior frequenza di complicanze a breve e lungo termine rispetto alla media regionale e nazionale, il dato è comunque in flessione nell'anno 2017. Sono in corso attività assistenziali presso le Case della Salute per una migliore gestione della cronicità.

INDICATORE: BPCO RIACUTIZZATA: RIAMMISSIONI ENTRO 30 GIORNI

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	80.268	13,35	73.615	13,37	73.222	13,45
Piemonte	-	-	4.642	12,41	4.266	12,01
Castelli	70	10,30 (P 0,473)	73	10,04 (P 0,428)	73	7,06 (P 0,138)
S. Biagio	53	0,83 (P 0,627)	41	7,32 (grezza)	51	**24,39** (P 0,018)

Si osserva un'alta percentuale di rischio aggiustato di riammissione per BPCO a 30 giorni dalle dimissioni presso l'Ospedale San Biagio di Domodossola. All'Ospedale Castelli di Verbania il dato è migliore rispetto alla media nazionale e regionale. È in corso la stesura di un PDTA per la gestione della BPCO (già presente un PDTA per l'appropriatezza prescrittiva in BPCO).

AREA CLINICA: OSTEOMUSCOLARE

INDICATORE: FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI (PESO 90%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	70.827	54,64	71.040	57,80	71.646	64,74
Piemonte	5.452	60,8	5.732	63	5.740	67,13
Castelli	103	**65,62** (P 0.011)	109	**43,74** (P 0,011)	117	57,25 (P 0,127)
S.Biagio	86	51,64 (P 0,594)	87	**45,25** (P 0,039)	81	59,94 (P 0,401)

DM 70/2015: ≥ 60% CON MINIMO 75 INTERVENTI / ANNO PER STRUTTURA COMPLESSA

Entrambe le sedi ASL soddisfano il requisiti volumi

Standard Internazionale Atteso ≥ 90% (OECD Health Statistics 2018)

Si osserva che il dato % 2015 relativo all'Ospedale Castelli di Verbania è migliore del dato regionale e nazionale. I dati 2016-17 mostrano una flessione negativa da attribuire alla carenza di specialisti (anestesisti, cardiologi, ortopedici) e alla chiusura nel 2016 delle Sale Operatorie di Verbania per opere di ristrutturazione; nel 2017 l'indicatore è in netta ripresa in entrambe le sedi ospedaliere (standard di qualità PNE medio per entrambe le sedi ospedaliere). Il percorso aziendale prevede la tempestiva del paziente anziano con sospetta FF con valutazione multispecialistica a partire dall'accesso DEA.

INDICATORE: FRATTURA COLLO FEMORE MORTALITÀ A 30 GIORNI

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	71.279	5,82	71.404	5,35	72.138	5,54
Piemonte	-	5,99	5.746	4,95	5.770	5,61
Castelli	104	9,08 (P0,149)	111	3,88 (P 0,521)	117	**0,77** (P 0,049)
S. Biagio	87	5,52 (P 0,913)	88	5,43 (P 0,976)	82	3,49 (P 0,428)

SI OSSERVA UNA MORTALITA' A 30 GIORNI INFERIORE ALLA MEDIA NAZIONALE, A VB LA P CONFERMA LA VALIDITA' STATISTICA: MIGLIOR ESITO A LIVELLO NAZIONALE

Complessivamente nel triennio si osserva un calo della mortalità a 30 giorni per esiti di frattura di femore nei soggetti con età ≥ a 65 anni, in particolare per l'Ospedale Castelli di Verbania il tasso di mortalità risulta essere il più basso a livello nazionale (confermato dal P *value*). Il PDTA per FFA è oggetto di verifica e valutazione annuale secondo le schede budget a firma dei Direttori SOC Medicina e Chirurgia d'Urgenza, Anestesia Rianimazione, Orto-Traumatologia, Geriatria, Cardiologia, RRF, DSO.

INDICATORE: FRATTURA DELLA TIBIA E PERONE: TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO (PESO 10%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	10.570	4	10.855	4	11.039	4
Piemonte	-	3	-	3	-	2,5
Castelli	15	4 (grezza)	16	4 (grezza)	15	3 (grezza)
S. Biagio	17	3 (grezza)	20	3 (grezza)	27	3 (grezza)

L'indicatore per la frattura di tibia e di perone è calcolato valutando il tempo di attesa per l'intervento chirurgico dal momento del ricovero. Tempi medi di attesa di circa 3 giorni sono da considerarsi standard di qualità alti secondo la griglia PNE.
La Regione Piemonte individua il valore dell'obiettivo per tale indicatore in un *range* di tempi di attesa compreso tra < 2 giorni e uguale a 4 giorni. I dati del primo semestre 2019 confermano la media dei tre giorni d'attesa.

INDICATORE: VOLUME DI RICOVERI PROTESI DI GINOCCHIO

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	72.286	-	77.770	-	80.254	-
Piemonte	4.979	-	5.222	-	5.928	-
S. Biagio	34	-	42	-	48	-
COQ	370	-	421	-	423	-

Si osserva che il 10% circa dell'attività protesica in oggetto per l'ASL VCO è effettuata presso l'Ospedale pubblico San Biagio di Domodossola. Il COQ copre circa il 7% della produzione regionale.

INDICATORE: RIOSPEDALIZZAZIONI PROTESI DI GINOCCHIO

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	49.552	1,48	53.340	1,36	55.501	1,32
ASL VCO	175	**4,82** (P 0,001)	218	2,30 (P 0,237)	220	2,36 (P 0,191)
S. Biagio	24	16,67 (grezza)	29	0,00 (grezza)	28	0,00 (grezza)
COQ	251	2,51 (P 0,191)	285	1,86 (P 0,476)	302	**3,16** (P 0,008)

Il tasso grezzo (esiguità del campione) di riospedalizzazione dell'Ospedale pubblico San Biagio di Domodossola è zero. Il tasso di riospedalizzazione per protesi di ginocchio del COQ è ampiamente superiore alla media nazionale e regionale è meritevole di un Audit clinico-organizzativo-gestionale.

AREA CLINICA: CHIRURGICA GENERALE

INDICATORE: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA PROPORZIONE DI RICOVERI CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI (PESO 50%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	67.662	69,18	66.519	72,71	64.843	75,61
Piemonte	5.114	75,95	5.495	76,74	5.061	79,26
Castelli	97	**78,32** (P 0,013)	82	63,54 (P 0,103)	46	50,00 (grezza)
S.Biagio	90	**27,80** (P 0,000)	82	**19,99** (P 0,000)	79	**15,06** (P 0,000)
Castelli + S.Biagio	187		164		125	

DM 70/2015: ≥ 70% CON 100 INTERVENTI / ANNO PER STRUTTURA COMPLESSA

In entrambe le sedi ospedaliere non si raggiungono i 90 interventi/anno (peso 50%) previsti dal PNE, la degenza media è più alta rispetto alla media nazionale e regionale nazionale (standard di qualità molto basso, in particolare per il San Biagio). In azzurro la sommatoria della casistica chirurgica svolta nelle due sedi ASL. Complessivamente si riscontra una riduzione nel triennio di circa il 30% degli interventi. In seguito ad un processo riorganizzativo il primo quadrimestre 2019 evidenzia un miglioramento del dato pari al 50,00% (grezzo) sulla base dei dati trasmessi dalla Regione Piemonte.

INDICATORE: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: PROPORZIONE DI RICOVERI IN *DAY SURGERY*

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	67.757	17,78	66.657	19,51	64.971	21,61
Piemonte	5.127	29,39	5.215	32,6	5.074	36,03
Castelli	97	16,09 (P0,681)	83	11,64 (P 0,105)	46	2,71 (grezza)
S.Biagio	91	**0,89** (P 0,003)	82	0,00 (grezza)	79	0,00 (grezza)

DM 70/2015: ≥ 100 INTERVENTI/ ANNO PER STRUTTURA COMPLESSA

Si osserva che in entrambi gli Ospedali la proporzione di ricoveri in DH è molto bassa. È in corso un processo organizzativo per l'apertura del DS multidisciplinare anche presso la sede ospedaliera di Verbania che dovrebbe apportare un miglioramento della casistica. La sommatoria della casistica chirurgica svolta nelle due sedi ASL soddisfarebbe sia il requisito dei 90 interventi/anno previsto dal PNE, sia il requisito dei 100 interventi/anno come richiesto dal DM 70/2015.

AREA CLINICA: CHIRURGICA ONCOLOGICA

INDICATORE: INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON MORTALITÀ A 30 GIORNI (PESO 25%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	40.049	4,13	47.770	4,12	47.819	4,05
Piemonte	4.202	4,67	3.770	3,55	4.240	3,94
Castelli	-	-	49	4,08	61	6,19 (P 0,415)
S. Biagio	71	3,17 (P 0.642)	42	4,76	48	2,08 (grezza)
A.S.L. VCO.	127	2,54 (P 0.377)	139	2,74 (P 0,451)	150	4,73 (P 0,697)

Si osserva che gli esiti di mortalità a 30 giorni dalle dimissioni non si discostano significativamente dal dato medio regionale e nazionale (standard di qualità medio). L'ASL VCO ha messo a disposizione un PDTA e prevede per la raccolta il monitoraggio di indicatori specifici (100% casi TCR con attivazione consulenza per stoma terapista entro 48 h lavorative / Tot. Casi TCR con stomia; 95% di casi operati con 18 linfonodi asportati; 95% di casi operati con margini chirurgici

indenni da malattia) oggetto degli obiettivi dei Direttori delle SOC Anatomia Patologia, Chirurgia Generale i DiPSa.

INDICATORE: CHIRURGIA TUMORI DELLA MAMMELLA: % INTERVENTI EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ > 135 CASI (PESO 33%):

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	60.630	61,66	62.172	66	61.797	69,62
Piemonte	4.584	71	8.580	-	4.292	96,6
Castelli SS Trinità **B.U.**	121 63 **184**	- -	134 79 **213**	-	108 89 **197**	- -
ASL VCO ASL NO	181 417	- -	146 385	- -	152 406	- -

DM 70/2015: 150 PRIMI INTERVENTI / ANNO SU CASI TUMORE INCIDENTI PER STRUTTURA COMPLESSA

Si segnala che la Rete Oncologica della Regione Piemonte considera l'Ospedale Castelli di Verbania (standard di qualità alto) e l'Ospedale SS Trinità di Borgomanero (standard di qualità medio) una unica *Breast Unit* in quanto operativo un PDTA GIC condiviso per il Tumore della Mammella ed un'unica equipe multidisciplinare e multiprofessionale. In azzurro la sommatoria dei casi dell'Ospedale di Verbania e dell'Ospedale di Borgomanero con massa critica di 150 casi /anno. Annualmente i componenti del PDTA GIC Interaziendale effettuano un Audit Clinico Organizzativo per la verifica e la valutazione dei dati di processo e l'analisi delle criticità clinico-organizzative-gestionali della BU. L'Audit è coordinato dalla Responsabile della SOS Senologia di Verbania con la collaborazione della Responsabile del Governo Clinico dell'ASL VCO. La scheda di Budget SOC Chirurgia e della SOC Anatomia Patologica prevede, oltre alla gestione degli indicatori regionali, il monitoraggio degli indicatori (di qualità di processo e di esito) previsti dal percorsi/procedure aziendali al fine dell'attribuzione degli obiettivi di risultato (90% Consulenze senologiche entro 10 gg in casi sospetti; 80% Esecuzione interventi entro 30 gg dalla prescrizione chirurgica; 95% di più di 10 linfonodi ascellari asportati; 99% Pezzo operatorio orientato).

INDICATORE: CHIRURGIA TUMORI DELLA MAMMELLA: % NUOVI INTERVENTI DI RESEZIONE ENTRO 120 GIORNI DA CHIRURGIA CONSERVATIVA (PESO 17%)

	N. CASI 2015	% ADJ 2015	N. CASI 2016	% ADJ 2016	N. CASI 2017	% ADJ 2017
Italia	35.766	9,14	36.827	8,26	37.224	7,53
Piemonte	4.202	7,96	3.081	6,59	3.033	-
Castelli SS Trinità	50	2,05 (P 0,132)	89 53	7,25 (P 0,742) 8,77 (P 0,902)	73 60	4,36 (P 0,336) 5,87 (P 0,658)
ASL VCO ASL NO	104	6	121 252	3,43 (P 0,075)	97	4,34 (P 0,262)

Si osserva che i dati sono sovrapponibili alla media regionale e nazionale (standard di qualità molto alto per Verbania: ≤5% ADJ). In azzurro la sommatoria dei casi della B.U.

INDICATORE: PROPORZIONE DI INTERVENTI DI RICOSTRUZIONE O INSERZIONE DI ESPANSORE NEL RICOVERO INDICE PER INTERVENTO CHIRURGICO DEMOLITIVO PER TUMORE INVASIVO DELLA MAMMELLA

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	13.311	45,92	13.594	48,28	13.518	49,82
Piemonte	706	56,4	1.070	-	1.060	-
Castelli SS Trinità	31 6	59,68 (P 0,316) 16,67	35 11	62,37 (P 0,198) 18,18	25 16	63,27 (P 0,217) 37,50 (grezza)
ASL VCO ASL NO	181	64	146 69	- 29,16 (P 0,6)	35 73	61,97 (P 0,203) 55,58 (P 0,481)

Si osserva che i dati dell'Ospedale di Verbania risultano migliori (63,27 % ADJ) rispetto alla media nazionale (49,82 % ADJ).

INDICATORE: INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RENE E ALTE VIE

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	10.935	31,69	11.002	32,22	11.129	34,74
Piemonte	836	27	812	26,24	807	28,54
Castelli	-	-	-	-	1	-
S. Biagio	10	-	11	-	9	-
ASL VCO	32	-	35	-	34	-
	DGR 42-7344 DEL 31.03.2014 – N. CASI ≥ 15 / ANNO					

Si prevede un incremento dell'attività chirurgica in oggetto, come indicato dalle disposizioni della Regione Piemonte, in seguito ad acquisizione di nuove tecnologie ed expertise.

INDICATORE: INTERVENTO CHIRURGICO PER TM VESCICA

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	5.294	18,02	5.302	18,87	5.337	18,13
Piemonte	476	17,18	465	16,79	457	17,31
S. Biagio	9	-	6	-	9	-
ASL VCO	25	-	19	-	15	-

DGR 42-7344 DEL 31.03.2014 – N. CASI ≥ 10 / ANNO

Come per il precedente indicatore si prevede un incremento dell'attività chirurgica in oggetto, in ottemperanza dalle disposizioni della Regione Piemonte, in seguito ad acquisizione di nuove tecnologie ed expertise.

INDICATORE: INTERVENTO CHIRURGICO PER TM PROSTATA

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	18.952	46	18.972	47,72	18.673	48,31
Piemonte	1.745	50,74	1.783	49,97	1.759	53,85
S. Biagio	15	-	13	-	13	-
ASL VCO	77	-	64	-	67	-

DGR 42-7344 DEL 31.03.2014 – N. CASI ≥ 25 / TRIENNIO

Per la chirurgia della prostata le disposizioni regionali prevedono una casistica di 25 casi nel triennio che attualmente risulta adeguata (41 casi trattati chirurgicamente nel triennio in oggetto).

AREA CLINICA: GRAVIDANZA E PARTO

INDICATORE: PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO (PESO 80%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	361.159	25,11	301.705	24,5	339.674	23,36
Piemonte	24.881	18	24.758	18,68	23.994	17
Castelli	389	23 (P 0,5)	280	**27,4** (P 0,011)	321	19,50 (P 0,185)
S.Biagio	239	26 (P 0,868)	193	23 (P 0,705)	119	14,29 (grezza)

DM 70/2015: ≤ 15%

Si osservano dati sovrapponibili alla media nazionale. I dati aziendali del 2017 sono in fase di descrescita con una proporzione di parti cesarei primari di circa 20% (Standard di qualità alto secondo PNE), Standard di qualità non soddisfatto sulla base del DM/70.

INDICATORE: PARTO CESAREO COMPLICANZE DURANTE IL PARTO ED IL PUERPERIO (PESO 10%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	314.142	0,80	301.705	0,78	285.881	0,77
Piemonte	16.021	0,66	16.287	0,79	2,15 (P 0,145)	1,2
Castelli	102	0,99 (P 0, 828)	215	0,98 (P 0,749)	253	1,22 (P 0,419)
S.Biagio	296	1,09 (P 0,594)	170	0,61 (P 0,803)	103	2,15 (P 0,145)

Si osserva un dato relativo alle complicanze paragonabile alla media regionale (Standard di qualità molto basso).

INDICATORE: PARTO NATURALE PROPORZIONI DI COMPLICANZE DURANTE IL PARTO ED IL PUERPERIO (PESO 10%)

	N. CASI 2015	% 2015	N. CASI 2016	% 2016	N. CASI 2017	% 2017
Italia	554.685	0,48	544.567	0,52	535.129	0,56
Piemonte	40.770	0,8	40.891	0,94	40.023	1,12
Castelli	219	**3,66** (P0,005)	465	**3,02** (P 0,000)	454	**2,18** (P 0,000)
S.Biagio	588	**1,11** (P0,005)	280	**1,65** (P 0,020)	244	**1,38** (P 0,115)

DM 70/2015: SI APPLICANO LE SOGLIE DELL'ACCORDO STATO - REGIONI 16.12.2010

Si osserva un dato relativo alle complicanze superiore alla media regionale e nazionale (Standard di qualità molto basso) attualmente in fase di riduzione.