

**QUALITÀ DEL SERVIZIO
DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA
MISURATA ATTRAVERSO IL MONITORAGGIO DI INDICATORI**

ANNO 2017

L'ASST della Valcamonica, certificata dal 2002, ha attivato il monitoraggio dei propri processi attraverso la misurazione di indicatori. Il monitoraggio interno è supportato dalla rilevazione di indicatori di processo e di esito che sono implementati annualmente e che si sommano agli indicatori proposti da Age.Na.S..

Gli indicatori, per l'organizzazione sanitaria, rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, consentono di orientare i processi decisionali dei diversi livelli organizzativi ed istituzionali. Il monitoraggio di indicatori della qualità rappresenta, pertanto, un impegno, da parte dell'ASST della Valcamonica, di controllo e miglioramento rispetto alla qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie erogate all'assistito. Poiché l'assistenza sanitaria è un prodotto complesso e multidimensionale, e i fenomeni da tenere sotto controllo sono molteplici, eterogenei e ricchi di interrelazioni reciproche, è evidente come nessun indicatore può, da solo, definire compiutamente la performance dell'organizzazione sanitaria.

INDICATORI Piano Nazionale Esiti

La nuova edizione del Programma Nazionale Esiti – PNE, presenta i dati al 2016 per 192 indicatori (83 di esito/processo, 68 volumi di attività e indicatori di ospedalizzazione) per specifiche procedure e/o patologie.

Le misure di esito sono costruite come tassi, espressi come rapporti in cui il numeratore è rappresentato dal numero dei trattamenti/interventi erogati o dal numero di pazienti che hanno sperimentato l'esito in studio e il denominatore dal gruppo di pazienti che riceve quel trattamento/intervento o dalla popolazione a rischio.

Nel PNE in particolare, la maggior parte dei tassi calcolati per presidio ospedaliero può essere confrontata con il tasso medio calcolato a livello nazionale e regionale, questo confronto permette di evidenziare quando e quanto il proprio risultato si discosta dal valore nazionale/regionale. Le misure di volume calcolano invece la numerosità di trattamenti/interventi erogati dalla Struttura Sanitaria oppure, per specifiche patologie, la numerosità di casi trattati.

Age.Na.S. seleziona le strutture per le quali deve essere condotta una verifica della qualità dei dati registrati nei sistemi informativi regionali e nella documentazione clinica.

In particolare, sono identificate le strutture i cui risultati per gli indicatori selezionati siano significativamente superiori o inferiori ad una soglia critica identificata. La soglia è definita sulla base dell'atteso da evidenze scientifiche, laddove possibile, o sulla base dei percentili estremi della distribuzione di frequenza.

Nel 2017 sono stati segnalati da Age.Na.S. i seguenti indicatori relativi all'anno 2016 (302 - proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post - operatoria inferiore a tre giorni; 605 - proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella) che sono stati sottoposti a verifica attraverso audit.

Gli audit sono stati condotti con l'obiettivo di verificare la qualità dei dati codificati nei Sistemi Informativi Sanitari sulla base dei quali sono stati calcolati gli indicatori del PNE e le eventuali criticità che sono oggetto di interventi specifici di miglioramento.

Regione Lombardia ha selezionato quali obiettivi di interesse regionale nelle Regole di Sistema dell'anno 2017, indicatori estratti dal PNE, calcolati secondo i razionali di riferimento. Ciò ha permesso di valutare i risultati con tempestività, operando sul sistema di flussi SDO mensile.

E' quindi possibile aggiornare le tabelle relative agli ospedali di Esine e di Edolo con i dati degli anni 2016 e 2017.

Risulta anche definibile il benchmark regionale.

Tabella dati riferiti all'anno 2016.

Ospedale sede di Esine anno 2016

ID	Descrizione indicatore	Volume ricoveri	Num.	Den.	Indicatore Valore	PESO	FASCIA
CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	1.002	19	192	9,90%	39%	3
CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	1.002	76	180	42,22%	24%	3
CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	1.002	16	120	13,33%	19%	3
CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	1.002	0	2	0,00%	19%	1
CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	263	71	100	71,00%	50%	2
CHGEN2	Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	263	125	127	98,43%	50%	2
GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	885	94	720	13,06%	80%	1
GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	885	5	641	0,78%	10%	5
GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	885	2	154	1,30%	10%	5
NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	539	2	56	3,57%	100%	1
ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	133	0	73	0,00%	37%	5
ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	133	22	49	44,90%	21%	5
ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	133	0	6	0,00%	12%	1
ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	133	1	30	3,33%	29%	3
OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	1.079	84	114	73,68%	90%	1
OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	1.079	27	7	3,86	10%	2
RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	743	16	101	15,84%	100%	4

Ospedale di Edolo anno 2016

ID	Descrizione indicatore	Volume ricoveri	Num.	Den.	Indicatore Valore	PESO	FASCIA
CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	94	2	4	50,00%	45%	5
CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	94	0	4	0,00%	30%	5
CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	94	6	60	10,00%	25%	3
NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	112	3	13	23,08%	100%	5
ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	1	0	1	0,00%	100%	1
OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	379	6	7	85,71%	90%	1
OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	379	30	7	4,29	10%	1
RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	135	2	27	7,41%	100%	3

Tabella dati riferiti all'anno 2017.
Ospedale di Esine anno 2017

ID	Descrizione indicatore	Volume ricoveri	Num.	Den.	Indicator e Valore	PESO	FASCIA	MEDIA RL 2017	MEDIANA RL 2017
CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	1.004	.	20	161	12,42%	39%	4	11,82%
CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	1.004	.	74	153	48,37%	24%	2	35,00%
CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	1.004	.	19	127	14,96%	19%	4	10,33%
CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	1.004	.	0	5	0,00%	19%	1	1,28%
CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	252	104	80	93	86,02%	50%	1	72,32%
CHGEN2	Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	252	104	105	106	99,06%	50%	2	67,84%
GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	864	812	89	717	12,41%	80%	1	18,31%
GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	864	812	2	644	0,31%	10%	3	0,66%
GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	864	812	4	157	2,55%	10%	5	1,04%
NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	509	.	8	82	9,76%	100%	2	12,59%
ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	138	58	0	50	0,00%	37%	5	22,09%
ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	138	58	8	30	26,67%	21%	5	9,89%
ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	138	.	0	13	0,00%	12%	1	4,25%
ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	138	.	1	25	4,00%	29%	3	2,94%
OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	1.021	.	75	106	70,75%	90%	1	51,47%
OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	1.021	.	10	6	1,67	10%	1	3,10
RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	842	.	9	108	8,33%	100%	3	7,37%

Ospedale di Edolo anno 2017

ID	Descrizione indicatore	Volume ricoveri	Num.	Den.	Indicator e Valore	PESO	FASCIA	MEDIA RL 2017	MEDIANA RL 2017
CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	93	.						11,82%
CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	93	.						35,00%
CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	93	.	5	51	9.80%	100%	3	10,33%
NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	88	.	4	8	50,00%	100%	5	12,59%
ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni								2,94%
OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	326	.	2	2	100,00 %	90%	1	51,47%
OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	326	.	7	4	1.75	10%	1	3,10
RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	153	.	1	21	4,76%	100%	1	7,37%

Le Unità operative (UU.OO.) certificate (secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015) dell'ASST della Valcamonica nel periodo 2016/2017 hanno attivato n. 60 piani di miglioramento per migliorare i propri processi.

Sono considerate azioni di miglioramento tutti gli interventi pianificati a seguito dell'analisi delle attività gestionali e operative, volte a evidenziare eventuali problematiche che potrebbero verificarsi nei processi o per migliorare le prassi aziendali.

Legenda codice colore:

Codice colore	Significato
	Non in linea con il valore obiettivo
	Scarsamente in linea con il valore obiettivo
	Parzialmente in linea con il valore obiettivo
	Discretamente in linea con il valore obiettivo
	In linea con il valore obiettivo
	Dato non rilevabile

Legenda colonna ID:

Media ponderata dell'area clinica (gruppo di indicatori) con le percentuali descritte nella colonna peso.

30.06.2018