



# RAPPORTO SULLA QUALITÀ DEGLI OUTCOME CLINICI NEGLI OSPEDALI ITALIANI

Su dati Programma Nazionale Esiti

# 2022





**RAPPORTO SULLA QUALITÀ  
DEGLI OUTCOME CLINICI  
NEGLI OSPEDALI ITALIANI**

Su dati Programma  
Nazionale Esiti **2022**

## **Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali Italiani**

a cura di Alice Basiglioni

### **Gruppo di lavoro**

Giovanni Baglio, Alice Basiglioni, Angelo Cassoni, Stefano Domenico Cicala, Marcello Cuomo, Marina Davoli, Giorgia Duranti

### **Progetto grafico e impaginazione**

Doppiosegno Snc, Roma

### **Copertina**

Andrea Albanese

Stampato nel mese di settembre 2023  
da Ti Printing Srl – Roma



CC BY-NC-SA

Attribuzione – Non Commerciale – Condividi allo Stesso Modo





# INDICE

<b>PRESENTAZIONE</b>	5
<i>Domenico Mantoan</i>	
<b>PREMESSA</b>	7
<i>Barbara Cittadini</i>	
<b>INTRODUZIONE</b>	9
<i>Alice Basiglioni, Giovanni Baglio, Marina Davoli</i>	
<b>METODI</b>	11
<b>ANALISI NAZIONALE</b>	17
<a href="#">Analisi per area clinica</a>	17
<a href="#">Analisi per indicatore</a>	34
<b>ANALISI REGIONALE</b>	43
<a href="#">Analisi per area clinica</a>	43
<a href="#">Analisi per indicatore</a>	50
■ Area sistema cardiovascolare	50
■ Area sistema nervoso	79
■ Area sistema respiratorio	85
■ Area chirurgia generale	88
■ Area chirurgia oncologica	92
■ Area gravidanza e parto	120
■ Area osteomuscolare	133
■ Area urogenitale	151





# PRESENTAZIONE

**Domenico Mantoan**  
Direttore Generale – AGENAS

La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha previsto la presenza del privato a fianco del pubblico, intendendo come necessaria una collaborazione guidata e programmata in cui entrambi i settori co-partecipano, al meglio delle rispettive possibilità, per garantire il buon funzionamento del SSN e la tutela della salute della popolazione. È necessario quindi operare in modo che le buone pratiche e le eccellenze di entrambi i settori guidino verso nuove modalità organizzative sempre più efficaci ed efficienti. Affinché sia possibile rendere operativo tale principio, è necessario però dotarsi di un quadro di regole chiare e condivise, che definiscano come la collaborazione e la competizione possano fattivamente permettere di esprimere i virtuosismi di entrambi i settori, eliminando le storture e tendendo alla garanzia della salute collettiva. L'integrazione del privato nel sistema sanitario permette infatti di alleggerire la pressione sul settore pubblico, distribuire il carico di lavoro e ridurre i tempi di attesa per i pazienti; inoltre, un sistema concorrenziale tra più "fornitori" privati può permettere in linea teorica la promozione dell'innovazione e il miglioramento della qualità complessiva dell'assistenza sanitaria. È necessario dunque trovare un equilibrio tra le due componenti, per evitare disuguaglianze nell'accesso alle cure e per garantire universalmente prestazioni di qualità.

Di conseguenza, risulta fondamentale mettere a disposizione dei *decision-makers* dati e analisi che forniscano un quadro dettagliato del funzionamento complessivo del sistema e di come lo stesso abbia retto e ripreso le attività a seguito della pandemia Covid-19, per permettere di

prendere decisioni consapevoli e guidate dalle evidenze e dalle attività di monitoraggio.

Tali approfondimenti trovano una prima risposta attraverso il presente rapporto, frutto dell'Accordo di collaborazione stipulato tra Agenas e Aiop, che ha voluto mettere in evidenza l'apporto che la componente pubblica e quella privata hanno fornito al corretto funzionamento del SSN in generale e alla risposta rispetto all'emergenza pandemica. Il punto di partenza è costituito dai risultati prodotti dall'edizione 2022 del Programma Nazionale Esiti (PNE) sui dati di attività dell'anno 2021, rielaborati per verificare a un livello di dettaglio maggiore, la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e da quelle private accreditate.

Come evidenziato anche nell'annualità precedente, un esempio esplicativo di fattiva collaborazione tra il settore pubblico e quello privato è rappresentato dalla chirurgia protesica. Nel corso del 2020 si è assistito ad un calo molto accentuato degli interventi non-urgenti: gli interventi di protesi d'anca, per la maggior parte effettuati in elezione, si sono ridotti infatti del 18% rispetto all'atteso. Nel corso del 2021 il gap rispetto all'atteso si è complessivamente attestato attorno al -5% ma con una sostanziale differenza tra le strutture pubbliche impegnate sul campo ad affrontare le emergenze legate al Covid (-12,2% rispetto al 2019) e quelle private, che di fatto hanno raggiunto volumi di molto superiori rispetto al 2019 (+13%). I pattern di risposta sono stati sostanzialmente differenti tra i due settori, con i privati che hanno cominciato prima e in maniera più consistente il recupero delle prestazioni differite. Tale aspetto

evidenzia un esempio di sinergia virtuosa tra pubblico e privato che, nell'ottica di tutela della salute pubblica, hanno collaborato in maniera congiunta per rispondere alle domande di salute della popolazione anche attraverso forme di delocalizzazione dei pazienti e delle équipes.

La capillarità e sistematicità che contraddistinguono le analisi del PNE permetteranno nel prossimo futuro di monitorare - con un livello di dettaglio sempre maggiore - le dinamiche e la

qualità dell'offerta delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato: questo è il presupposto di una "sanità *data-driven*" che, nell'ambito della riorganizzazione del SSN anche alla luce dei fondi del PNRR, deve essere messa nelle condizioni di effettuare scelte consapevoli, mirate e basate su dati affidabili, e che sia orientata verso il miglioramento della qualità complessiva del sistema (in termini di efficacia, appropriatezza, sicurezza, equità ed efficienza) per garantire la tutela della salute della popolazione.





# PREMESSA

## Barbara Cittadini

Presidente Nazionale AIOP

Sono passati tredici anni dalla prima edizione del Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas.

Da parte di Aiop, l'Associazione che rappresento, ci sono stati, immediatamente, curiosità e interesse per la fase sperimentale di quello che era il primo progetto italiano di valutazione della qualità in sanità.

Quel progetto - ad accesso riservato e con pochi indicatori di esito - nel tempo è cresciuto e, oggi, è diventato un osservatorio sistematico della qualità dell'assistenza ospedaliera, un punto di riferimento di tutti i professionisti coinvolti, ai vari livelli, nella programmazione e nell'erogazione dei servizi alla salute.

Il lavoro sinergico tra Agenas e Aiop si è sviluppato sulla base di questa consapevolezza e con l'intento comune di diffondere tra i clinici e gli amministratori delle strutture associate i contenuti e le metodologie del PNE.

L'obiettivo è chiaro.

Non solo lavoriamo per mettere a disposizione delle strutture Aiop tutti gli strumenti utili per rendere più efficiente e più efficace il contributo della componente di diritto privato del SSN alla salute pubblica; ma è, altresì, nostro scopo quello di costruire un dialogo costante con coloro che hanno l'onere e l'onore di dover fare la programmazione sanitaria sulla base delle evidenze, unico baluardo per orientare la gestione e la riforma del sistema sulla base di criteri oggettivi.

Ma non basta.

La partnership che abbiamo sviluppato e il lavoro condiviso dimostrano, soprattutto, che le strutture di diritto privato del SSN non temono la valutazione e non sfuggono alla comparazione ma che, al contrario, richiedono la disponibilità di dati scientificamente validati per conoscere il livello di qualità che garantiscono ai propri pazienti.

Non posso, tuttavia, non rilevare la nuova veste che ha assunto il PNE: da strumento di audit clinico-organizzativo, utile a identificare i punti di forza da potenziare e le criticità da superare, in un'ottica di miglioramento continuo, si sta trasformando in un sistema dal quale attingere informazioni parziali per selezionare le strutture erogatrici.

Questa trasformazione soffre di incongruenze sia interne sia esterne.

Per quanto riguarda i limiti interni, il PNE, analogamente a tutte le misurazioni statistiche, è soggetto a errori sistematici e campionari, al punto che - come Agenas ci insegna - un risultato anomalo può dipendere dalla scarsa validità dei dati utilizzati per le elaborazioni che portano alla sua determinazione.

Desidero sottolineare questo particolare cruciale.

Trasformare la valutazione di esito in sistema che attribuisce giudizi significa accettare, consapevolmente, il rischio di promuovere "chi va male" e bocciare "chi va bene" sulla base di stime soggette a errore.

Per quanto attiene i limiti esterni, invece, questa metamorfosi del PNE si inquadra in una più am-

pia riforma del SSN che - in un sistema universalistico di sanità - pone al centro l'introduzione di un criterio di concorrenza selettiva.

Il panorama che si sta configurando, infatti, è quello di un sistema di accreditamento e contrattualizzazione basato su requisiti e standard validi, esclusivamente, per la componente di diritto privato e declinati in un documento di programmazione in corso di integrazione e revisio-

ne - il DM 70 - che, a sua volta, per gli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera, fa riferimento al PNE.

Detto in altri termini, siamo di fronte ad un vero e proprio stravolgimento della natura originaria di questo prezioso strumento del quale, invece, dovremmo tutelare la funzione tecnico-scientifica, evitando ogni deriva che nasconda una razionalizzazione acritica della realtà ospedaliera.





# INTRODUZIONE

**Alice Basiglioni** – Responsabile Area Epidemiologia valutativa, Ufficio Studi Aiop

**Giovanni Baglio** – Coordinatore PNE, Agenas

**Marina Davoli** – Responsabile tecnico PNE, Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio

**Per migliorare bisogna conoscere, per conoscere bisogna misurare.**

La cultura del dato è sempre più spesso considerata parte integrante della pratica clinica e della gestione manageriale delle strutture ospedaliere. L'abitudine a confrontarsi con le evidenze scientifiche, con i risultati delle proprie attività e con i *benchmark* nazionali e internazionali, rappresenta un elemento imprescindibile per valorizzare l'impegno dei professionisti e garantire ai pazienti trattamenti e interventi sanitari di provata efficacia clinica e rispondenti agli standard qualitativi e quantitativi di appropriatezza e sicurezza.

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) nasce e si sviluppa come strumento utile a misurare la variabilità evitabile negli esiti delle cure, non attribuibile a diverse caratteristiche cliniche dei pazienti, ma a differenti assetti organizzativi, modalità di erogazione e *performance* assistenziali. Vuole quindi rappresentare una leva di miglioramento continuo della qualità, messa a disposizione dei vari livelli coinvolti nella programmazione, gestione ed erogazione degli interventi e dei trattamenti sanitari. Il fine è quello di favorire, in seno alle strutture che riportano valori anomali, processi orientati al superamento di eventuali criticità, attraverso programmi di verifica sulla qualità delle informazioni utilizzate per le elaborazioni statistiche e di audit clinico-organizzativo.

In una stagione di importanti riforme del nostro schema universalistico di sanità, in cui il tema degli standard di qualità ospedaliera sembra trovare nuovo slancio, è fondamentale non trascurare i limiti teorici e applicativi della valutazione in generale e del PNE in particolare.

PNE, per ciascuno dei trattamenti/interventi valutati, documenta, sulla base della revisione sistematica della letteratura scientifica, le prove di efficacia disponibili.

Le stime prodotte da PNE possono, come tutte le misure scientifiche, essere affette da errori sistematici e campionari.

Anche se il PNE utilizza metodologie di disegno di studio e di analisi statistica basate sulle migliori e più aggiornate conoscenze metodologiche disponibili, rendendo esplicite le possibilità di errore e, dove possibile, mirando a controllarne gli effetti, i risultati restano soggetti a *bias*.

Le stime, infatti, sono elaborate a partire dal flusso SDO nazionale, dunque dalle informazioni cliniche codificate dalle strutture ospedaliere e trasmesse sistematicamente alle regioni e al Ministero della Salute. La validità dei risultati dipende, quindi, dalla qualità dei dati così come riportati nei sistemi informativi.

Pensiamo ai *bias* di selezione nell'identificazione dei casi e nella classificazione degli eventi dovuti a miscodifica della diagnosi e di altre variabili utilizzate nel calcolo dell'indicatore, che spiegano perché i risultati di PNE possano essere utilizzati in modo appropriato esclusivamente in contesti di valutazione critica.

PNE lancia un "alert": compito e responsabilità delle strutture e della Programmazione sono quelli di indagare le motivazioni alla base di un valore anomalo e di attivare meccanismi virtuosi. Laddove le criticità evidenziate non fossero attribuibili a problemi di qualità del dato, l'implementazione di audit clinici e organizzativi e di appropriate procedure di audit e *feedback*, rappresentano il successivo potente strumento di miglioramento della qualità delle cure. L'o-

biettivo di PNE non è quindi quello di assegnare punteggi o fare classifiche, ma promuovere una competizione virtuosa tra aziende e professionisti, dove anche la completa e corretta codifica dei dati dei sistemi informativi sanitari gioca un ruolo determinante.

L'enfasi sulla valutazione deve essere, quindi, accompagnata da un rinnovato sforzo nel potenziare e integrare i flussi informativi correnti e non risolta in approcci ingegneristici.

L'elaborazione del presente Rapporto è stata prevista nell'ambito della Convenzione stipulata tra Agenas e Aiop, dedicata alla diffusione - tra i professionisti e gli amministratori dell'ospitalità privata - dei contenuti e delle metodologie del PNE.

Il PNE, elaborato da Agenas in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia del SSR Regione Lazio e l'Istituto Superiore di Sanità, nell'edizione 2021, misura complessivamente 194 indicatori di cui: 171 relativi all'assistenza ospedaliera (73 di esito/processo, 83 di volume di attività e 15 di ospedalizzazione) e 23 relativi all'assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indi-

catori), esiti a lungo termine (5) e accessi impropri in pronto soccorso (4).

Questo rapporto - che non vuole sostituire in nessun modo i dati puntuali pubblicati dal PNE - utilizza, per le analisi, 50 indicatori di esito e di volume.

Il lavoro rappresenta soprattutto lo sforzo di superare la dialettica pubblico-privato nell'ambito del SSN, nel tentativo di riportare al centro del dibattito l'equità di accesso a servizi di provata efficacia e appropriatezza clinica, a prescindere dal luogo di residenza dei pazienti e dalla struttura alla quale si rivolgono.

In un SSN caratterizzato da forte variabilità inter-regionale e intra-regionale, nonché da crescenti flussi di mobilità sanitaria, la natura giuridica della proprietà non sembra rappresentare un determinante dell'esito; piuttosto, la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN costituiscono ulteriori contenitori di eterogeneità interna, tanto dimensionale-organizzativa quanto qualitativa, quest'ultima da controllare e ridurre sulla base delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche.





# METODI

Nel Rapporto, la natura giuridica delle strutture ospedaliere è assunta come **variabile di esposizione**, rispetto alla quale si indaga l'aderenza a standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza.

La **misura di effetto** utilizzata è la proporzione di strutture che riportano livelli alti di aderenza agli standard tra quelle, rispettivamente, di diritto pubblico e di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale.

Per i volumi di attività viene misurata – sempre per ciascun comparto – anche la proporzione di ricoveri/interventi effettuati nelle strutture che riportano un alto livello di conformità al riferimento.

Lo studio si articola in un livello nazionale e in un livello regionale, ciascuno dei quali è a sua volta articolato in un'analisi per area clinica e in un'analisi per indicatore.

## Analisi nazionale

### Analisi per area clinica

L'analisi nazionale propone, **nella prima parte**, una comparazione tra strutture ospedaliere in funzione della natura giuridica delle stesse, secondo la metodologia *Treemap* del PNE, nella quale viene proposta una valutazione della qualità dell'assistenza ospedaliera articolata a livello di sette aree cliniche: sistema cardiocircolatorio, sistema nervoso, sistema respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto e osteomuscolare.

Tale confronto ricomprende:

- un'analisi *overall* che valuta le strutture di diritto pubblico e di diritto privato con livello di aderenza agli standard di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa in tutte le aree cliniche valutate;

### Analisi Treemap del PNE – Standard di qualità

Area clinica	Indicatore	Peso (%)		MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
				1	2	3	4	5
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	30	%	≤ 6	6–8	8–12	12–14	> 14
	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 90 minuti	15	%	≥ 60	50–60	40–50	20–40	< 20
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10	%	≤ 6	6–9	9–14	14–18	> 18
	Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni (NV)	20	%	≤ 1.5		1.5–4		> 4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	15	%	≤ 1.5		1.5–4		> 4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	10	%	≤ 1		1–3		> 3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	75	%	≤ 8	8–10	10–14	14–16	> 16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25	%	≤ 1.5		1.5–3.5	3.5–5	> 5

Segue



## Analisi Treemap – Standard di qualità (Segue)

				MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
Area clinica	Indicatore	Peso (%)		1	2	3	4	5
<b>RESPIRATORIO</b>	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	100	%	≤ 5	5–7	7–12	12–16	> 16
<b>CHIRURGIA GENERALE</b>	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 attività > 90 casi	50	%	=100	80–100	50–80	30–50	< 30
<b>CHIRURGIA ONCOLOGICA</b>	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi (UO coerenti)	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: mortalità a 30 giorni	17	%	≤ 0.5		0.5–3		> 3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	8	%	≤ 2	2–4	4–7	7–10	> 10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	25	%	≤ 1	1–3	3–6	6–8	> 8
<b>GRAVIDANZA E PARTO</b>	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80	%	≤ 15	15–25	25–30	30–35	> 35
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	20	%	≥ 40	25–40	13–25	5–13	≤ 5
<b>OSTEOMUSCOLARE</b>	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	90	%	≥ 70	60–70	40–60	30–40	< 30
	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10	gg	< 2	2–4	4–6	6–8	≥ 8

– un’analisi distinta per area clinica che valuta le strutture di diritto pubblico e di diritto privato con livello di aderenza agli standard di qualità alto/molto alto e basso/molto basso.

Ai fini di valutare anche determinanti territoriali e dimensionali, si propone:

- una **stratificazione** per area geografica (secondo la ripartizione ISTAT: nord - centro - sud e isole);
- una **stratificazione** per volumi di attività misurati come numero dei ricoveri in regime ordinario con degenza maggiore di 1 giorno relativi all’area clinica in esame, per una selezione di DRG.

Le strutture sono state classificate in strutture con “alti volumi” (volumi ≥ mediana) e strutture con “bassi volumi” (volumi < mediana).

Non è stato possibile effettuare una stratificazione per tipologia organizzativa, in considerazione della misclassificazione dell’elenco del Ministero della Salute relativo agli *Open Data*<sup>1</sup> nonché dell’importante eterogeneità interna soprattutto alle strutture identificate come Case di Cura Private Accreditate, rispetto a vocazione, ruolo nella rete, grado di multidisciplinarietà, dimensione in termini di posti letto, ecc.

<sup>1</sup> L’esempio più eclatante è quello della Regione Lombardia dove le strutture di diritto pubblico sono classificate come ospedali a gestione diretta, nonostante si comportino rispetto a tutte le caratteristiche qualificanti come aziende ospedaliere, a partire dal grado di autonomia gestionale ed economico-finanziaria.





## Analisi per indicatore

**Nella seconda parte**, si propone la valutazione delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato rispetto alla conformità, nell'ambito di ciascun comparto, al riferimento quantitativo o qualitativo previsto per ciascun indicatore<sup>2</sup>, sia per l'anno 2021 sia nel confronto con gli anni precedenti (*trend*).

Gli indicatori rappresentati all'interno del Rapporto sono un sottoinsieme di quelli calcolati dal Programma Nazionale Esiti (PNE) e includono tutti gli indicatori compresi nell'analisi *Treemap* del PNE, quelli presenti nel Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 (DM 70) e non già ricompresi nell'analisi *Treemap* e quelli caratterizzati, secondo il gruppo di lavoro, da robustezza e validità.

La scelta del riferimento ha seguito un criterio gerarchico:

1. nei casi in cui lo standard è disciplinato dal DM 70, la soglia minima o massima è quella prevista nel Decreto stesso;

- nei casi in cui non ci sono requisiti normativi, è stato scelto come riferimento il valore inferiore della classe di valutazione indicativa di livello "alto" di aderenza allo standard nell'ambito della valutazione *Treemap*, corrispondente al colore verde chiaro;
- in assenza di criteri di cui al punto 1 e 2, viene assunto a riferimento il valore indicato nelle evidenze scientifiche e, in particolare, nella pubblicazione di *Epidemiologia&Prevenzione* che documenta l'associazione tra volumi di attività ed esiti delle cure;<sup>3</sup>
- per i casi residuali viene considerata la distribuzione nazionale dei risultati dell'ultima edizione del PNE (valore medio o valore mediano).

Per tutti gli indicatori di volume è stata applicata una soglia di tolleranza del 10% alle soglie minime o massime di riferimento.

## Indicatori inclusi nell'analisi e standard di riferimento

Indicatore	Standard		Riferimento
		Soglia di tolleranza	
Infarto miocardico acuto: volumi	≥100	≥90	DM70
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	≤8%		PNE
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	≤8%		PNE
Proporzioni di PTCA entro 90 minuti in IMA-STEMI	≥60%		DM70
STEMI: trattati con PTCA entro 90 minuti sul totale degli STEMI trattati con PTCA entro 12h dall'accesso nella struttura di ricovero/service	≥71%		PNE
Volumi di angioplastiche di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI	≥250		DM70
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	≤9%		PNE
Bypass aorto-coronarico isolato: volumi	≥200	≥180	DM70
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni	≤4%		DM70
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	≤4%		DM70
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	≤4%		DM70
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale: volumi	≥60	≥54	DM70

Segue

<sup>2</sup> A differenza della precedente edizione del Rapporto, la soglia di tolleranza del 10% è stata eliminata per gli esiti e conservata per i volumi.

<sup>3</sup> Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia, *E&P* 2017, 41 (5-6) settembre-dicembre Suppl. 2.

## Indicatori inclusi nell'analisi e standard di riferimento (Segue)

Indicatore	Standard		Riferimento
		Soglia di tolleranza	
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	≤1%		PNE
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	≤10%		PNE
Intervento chirurgico per TM cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	≤1,5%		PNE
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	≤7%		PNE
Colecistectomia laparoscopica: volumi	≥100	≥90	DM70
Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria < 3 giorni	≥70%		DM70
Intervento chirurgico per TM della mammella: volumi	≥150	≥135	DM70
Intervento di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella	≥53%		PNE
Intervento di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella (nuove variabili)			
Intervento di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per TM mammella	≤8%		PNE
Intervento di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per TM mammella (nuove variabili)			
Intervento chirurgico per TM del polmone: volumi	≥80	≥72	DM70
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	≤0,5%		PNE
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	≤4%		PNE
Intervento chirurgico per TM colon: volumi	≥50	≥45	EP&PREV
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	≤3%		PNE
Intervento chirurgico per TM fegato: volumi	≥70	≥63	EP&PREV
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	≤2,2%		PNE
Intervento chirurgico per TM del pancreas: volumi	≥50	≥45	EP&PREV
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	≤5,6%		PNE
Intervento chirurgico per TM prostata: volumi	≥50	≥45	EP&PREV
Intervento chirurgico per TM rene: volumi	≥50	≥45	EP&PREV
Parti: volumi	>500	>450	DM70
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità I livello	≤15%		DM70
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità II livello	≤25%		DM70
Proporzione di parti vaginali dopo cesareo	≥10%		PNE
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	≤12%		PNE
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni	≤10%		PNE
Frattura del collo del femore: volumi	≥75	≥67,5	DM70
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 48 ore	≥60%		DM70
Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni	≤10%		PNE
Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni	≤8,6%		PNE
Protesi anca: volumi	≥100	≥90	EP&PREV
Protesi anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	≤1,8%		PNE
Protesi anca: riammissioni a 30 giorni	≤3,6%		PNE
Protesi ginocchio: volumi	≥100	≥90	DM70
Protesi ginocchio : revisione entro 2 anni	≤2,3%		PNE
Protesi ginocchio: riammissioni a 30 giorni	≤1%		PNE





## Analisi regionale

Anche l'analisi regionale si articola in una valutazione per area clinica e in una valutazione per indicatore. Per ragioni di numerosità degli eventuali sottogruppi, l'analisi per area non prevede livelli di stratificazione.

La valutazione indicatore-specifica ricorre alle stesse misure di volume, di esito e di processo nonché ai medesimi standard di riferimento utilizzati nella seconda parte dell'analisi nazionale.

L'aderenza agli standard di volume è misurata come proporzione di ricoveri/interventi erogati in strutture in linea con la soglia minima di riferimento.

Nella valutazione degli esiti si propone – oltre all'articolazione regionale della conformità allo standard – anche l'analisi della variabilità intra-regionale e interregionale.

### Selezione delle strutture

Nell'analisi dei volumi sono state incluse tutte le strutture con una numerosità di diagnosi/interventi  $\geq 3$  o  $\geq 5$  per escludere le eventuali attribuzioni casuali dei ricoveri.

L'analisi degli esiti considera i tassi/proporzioni

aggiustati, ovvero calcolati tenendo conto della eterogenea distribuzione tra strutture dei fattori confondenti (fattori di rischio e fattori protettivi dell'esito). Pertanto sono escluse da questa analisi tutte le strutture con una coorte (denominatore della proporzione) inferiore alla soglia identificata dal PNE per il calcolo dei valori standardizzati.

### Attribuzione della natura giuridica

L'attribuzione della natura giuridica avviene secondo l'anagrafica NSIS e la classificazione degli ospedali pubblici e privati segue i seguenti criteri:

- gli ospedali della componente di diritto pubblico del SSN comprendono: Aziende ospedaliere, Ospedali a gestione diretta, A.O. integrate con il SSN, A.O. integrate con l'Università, IRCSS pubblici, Fondazioni pubbliche, Enti di ricerca pubblici, Istituti qualificati presidio di USL pubblici;
- gli ospedali della componente di diritto privato del SSN comprendono: Case di Cura accreditate, Policlinici Universitari privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidio di USL privati, IRCSS privati, Fondazioni private, Enti religiosi.





# ANALISI NAZIONALE

## Analisi per area clinica

**Tab.1 – Volumi di attività per natura giuridica delle strutture, Italia 2019-2021**

RICOVERI PER:	2019			2020			2021		
	TOTALE	PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE	PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE	PUBBLICO	PRIVATO
Infarto miocardico acuto	123336	104933	18384	105742	90077	15654	106673	90320	16347
Bypass aorto-coronarico isolato	14185	8198	5965	10681	6177	4487	11953	6887	5048
Valvuloplastiche o sostituzione di valvole	35609	19421	16162	29238	16184	13013	33919	18747	15125
Angioplastica in IMA-STEMI	36848	31647	5199	33342	28702	4638	34361	29603	4757
Rivascolarizzazione degli arti inferiori	36065	24426	11591	29100	19935	9088	32391	22172	10128
Interventi cardiocirurgici in età pediatrica	2992	1962	1030	2349	1526	821	2418	1529	888
Scompenso cardiaco congestizio	156487	119907	36218	116807	89254	27220	120111	90255	29594
Embolia polmonare	35286	30328	4885	38393	32643	5682	45949	39335	6550
Ictus ischemico	83834	72835	10954	73494	64010	9455	73276	63738	9525
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale	9060	6793	2232	7096	5354	1713	8075	6134	1901
Emorragia subaracnoidea	8063	6811	1244	7471	6335	1123	7732	6630	1098
BPCO	102474	80635	21565	60640	47575	12931	56317	44079	12108
Colecistectomia laparoscopica	98779	70142	27993	69890	46053	23216	83268	53893	28733
Intervento chirurgico per TM della mammella	62343	44449	17393	56057	39840	15700	62764	45020	17239
Intervento chirurgico per TM del pancreas	2710	1891	816	2778	1942	831	2766	1953	806
Intervento chirurgico per TM stomaco	5824	4437	1370	5088	3843	1215	5075	3831	1229
Intervento chirurgico per TM colon	26233	20458	5656	23078	17821	5111	24796	19050	5627
Intervento chirurgico per TM fegato	6610	4898	1695	6195	4625	1547	5961	4402	1538
Intervento chirurgico per TM del polmone	12116	8822	3230	11078	8077	2925	11532	8292	3204
Intervento chirurgico per TM esofago	856	534	318	827	539	286	869	530	339
Intervento chirurgico per TM ovaio	4058	2719	1324	3953	2624	1312	3909	2638	1265
Intervento chirurgico per TM prostata	20688	13549	6895	17115	10754	6047	18645	11723	6649
Intervento chirurgico per TM retto	6051	4382	1637	5627	3972	1611	5615	3923	1664
Intervento chirurgico per TM rene	11907	8859	2960	10665	7889	2681	11676	8651	2929
Intervento chirurgico per TM vescica	5211	3822	1366	5241	3869	1339	5101	3795	1280
Intervento chirurgico per tumore cerebrale	13237	9736	3452	12447	9155	3220	13136	9641	3444
Parto	417144	332257	83962	404145	318592	85191	398506	312422	85780
Protesi ginocchio	87922	25135	62221	66691	14580	51584	80465	16766	63137
Protesi anca	115989	63695	51348	96822	50501	45552	115097	55925	58375
Protesi spalla	11219	4759	6348	9405	3744	5542	11620	4354	7183
Frattura tibia e perone	15818	13633	2093	14276	12222	1952	15408	12924	2406
Frattura del collo del femore	102839	90102	12522	95456	82250	12954	97329	82164	14890

**Tab.2 – Variazione percentuale dei volumi di attività per natura giuridica, Italia 2019-2021**

RICOVERI PER:	2020 vs 2019			2021 vs 2020			2021 vs 2019		
	TOTALE	PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE	PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE	PUBBLICO	PRIVATO
Infarto miocardico acuto	-14,27	-14,16	-14,85	0,88	0,27	4,43	-13,51	-13,93	-11,08
Bypass aorto-coronarico isolato	-24,70	-24,65	-24,78	11,91	11,49	12,50	-15,73	-15,99	-15,37
Valvuloplastiche o sostituzione di valvole	-17,89	-16,67	-19,48	16,01	15,84	16,23	-4,75	-3,47	-6,42
Angioplastica in IMA-STEMI	-9,51	-9,31	-10,79	3,06	3,14	2,57	-6,75	-6,46	-8,50
Rivascolarizzazione degli arti inferiori	-19,31	-18,39	-21,59	11,31	11,22	11,44	-10,19	-9,23	-12,62
Interventi cardiocirurgici in età pediatrica	-21,49	-22,22	-20,29	2,94	0,20	8,16	-19,18	-22,07	-13,79
Scompenso cardiaco congestizio	-25,36	-25,56	-24,84	2,83	1,12	8,72	-23,25	-24,73	-18,29
Embolia polmonare	8,81	7,63	16,32	19,68	20,50	15,28	30,22	29,70	34,08
Ictus ischemico	-12,33	-12,12	-13,68	-0,30	-0,42	0,74	-12,59	-12,49	-13,05
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale	-21,68	-21,18	-23,25	13,80	14,57	10,97	-10,87	-9,70	-14,83
Emorragia subaracnoidea	-7,34	-6,99	-9,73	3,49	4,66	-2,23	-4,11	-2,66	-11,74
BPCO	-40,82	-41,00	-40,04	-7,13	-7,35	-6,36	-45,04	-45,34	-43,85
Colecistectomia laparoscopica	-29,25	-34,34	-17,06	19,14	17,02	23,76	-15,70	-23,17	2,64
Intervento chirurgico per TM della mammella	-10,08	-10,37	-9,73	11,96	13,00	9,80	0,68	1,28	-0,89
Intervento chirurgico per TM del pancreas	2,51	2,70	1,84	-0,43	0,57	-3,01	2,07	3,28	-1,23
Intervento chirurgico per TM stomaco	-12,64	-13,39	-11,31	-0,26	-0,31	1,15	-12,86	-13,66	-10,29
Intervento chirurgico per TM colon	-12,03	-12,89	-9,64	7,44	6,90	10,10	-5,48	-6,88	-0,51
Intervento chirurgico per TM fegato	-6,28	-5,57	-8,73	-3,78	-4,82	-0,58	-9,82	-10,13	-9,26
Intervento chirurgico per TM del polmone	-8,57	-8,44	-9,44	4,10	2,66	9,54	-4,82	-6,01	-0,80
Intervento chirurgico per TM esofago	-3,39	0,94	-10,06	5,08	-1,67	18,53	1,52	-0,75	6,60
Intervento chirurgico per TM ovaio	-2,59	-3,49	-0,91	-1,11	0,53	-3,58	-3,67	-2,98	-4,46
Intervento chirurgico per TM prostata	-17,27	-20,63	-12,30	8,94	9,01	9,96	-9,88	-13,48	-3,57
Intervento chirurgico per TM retto	-7,01	-9,36	-1,59	-0,21	-1,23	3,29	-7,21	-10,47	1,65
Intervento chirurgico per TM rene	-10,43	-10,95	-9,43	9,48	9,66	9,25	-1,94	-2,35	-1,05
Intervento chirurgico per TM vescica	0,58	1,23	-1,98	-2,67	-1,91	-4,41	-2,11	-0,71	-6,30
Intervento chirurgico per tumore cerebrale	-5,97	-5,97	-6,72	5,54	5,31	6,96	-0,76	-0,98	-0,23
Parto	-3,12	-4,11	1,46	-1,40	-1,94	0,69	-4,47	-5,97	2,17
Protesi ginocchio	-24,15	-41,99	-17,10	20,65	14,99	22,40	-8,48	-33,30	1,47
Protesi anca	-16,52	-20,71	-11,29	18,87	10,74	28,15	-0,77	-12,20	13,69
Protesi spalla	-16,17	-21,33	-12,70	23,55	16,29	29,61	3,57	-8,51	13,15
Frattura tibia e perone	-9,75	-10,35	-6,74	7,93	5,74	23,26	-2,59	-5,20	14,95
Frattura del collo del femore	-7,18	-8,71	3,45	1,96	-0,10	14,95	-5,36	-8,81	18,91

A livello nazionale, nel 2021 non solo non si riscontra il recupero atteso delle prestazioni mancate durante la fase pandemica, ma – nonostante una ripresa rispetto al 2020 – i volumi di attività non sono tornati ai livelli pre-Covid né per le prestazioni programmate né per quelle urgenti.

Sono circa 900 mila le ospedalizzazioni urgenti “perse” nel biennio post-pandemico e 740 mila

e 470 mila i ricoveri programmati non effettuati, rispettivamente, nel 2020 e nel 2021.

Le variazioni, tuttavia, sono diverse non solo tra aree cliniche ma nell'ambito degli interventi/trattamenti. Anche le due componenti del SSN riportano maggiori o minori capacità di recupero in funzione della condizione clinica o della procedura oggetto del ricovero.





Il numero di ricoveri per infarto miocardico acuto e per scompenso cardiaco congestizio è molto lontano dai valori attesi sulla base dei trend pre-pandemici, con un incremento delle prestazioni nell'ultimo anno sperimentato essenzialmente dalla componente di diritto privato del SSN.

Per quanto riguarda l'ortopedia, c'è un maggior allineamento dei volumi del 2021 rispetto a quelli del 2019, grazie soprattutto al contributo delle strutture di diritto privato, che registrano una variazione positiva non solo nella protesica elettiva ma anche nella traumatologia.

Per quanto riguarda la chirurgia oncologica, se per alcune condizioni le numerosità sono simi-

li a quelle pre-pandemiche, per altre, come ad esempio per il tumore maligno dello stomaco, persistono scarti anche importanti.

Il dato puntuale di ciascun anno (Tab.1) indica il contributo fornito dalla componente di diritto privato all'assistenza ospedaliera. Il volume di ricoveri programmati avvenuti in strutture accreditate è quantitativamente significativo non solo in cardiocirurgia e in ortopedia ma anche nella chirurgia oncologica.

La tabella 3 mostra l'articolazione dei volumi di attività per la componente di diritto pubblico e per quella di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale, per specifiche prestazioni/condizioni.

**Tab.3 – Percentuale di attività per natura giuridica delle strutture, Italia 2019-2021**

RICOVERI PER:	2019		2020		2021	
	PUBBLICO	PRIVATO	PUBBLICO	PRIVATO	PUBBLICO	PRIVATO
Infarto miocardico acuto	85,1	14,9	85,2	14,8	84,7	15,3
Bypass aorto-coronarico isolato	57,8	42,1	57,8	42,0	57,6	42,2
Valvuloplastiche o sostituzione di valvole	54,5	45,4	55,4	44,5	55,3	44,6
Angioplastica in IMA-STEMI	85,9	14,1	86,1	13,9	86,2	13,8
Rivascolarizzazione degli arti inferiori	67,7	32,1	68,5	31,2	68,5	31,3
Interventi cardiocirurgici in età pediatrica	65,6	34,4	65,0	35,0	63,2	36,7
Scompenso cardiaco congestizio	76,6	23,1	76,4	23,3	75,1	24,6
Embolia polmonare	85,9	13,8	85,0	14,8	85,6	14,3
Ictus ischemico	86,9	13,1	87,1	12,9	87,0	13,0
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale	75,0	24,6	75,5	24,1	76,0	23,5
Emorragia subaracnoidea	84,5	15,4	84,8	15,0	85,7	14,2
BPCO	78,7	21,0	78,5	21,3	78,3	21,5
Colecistectomia laparoscopica	71,0	28,3	65,9	33,2	64,7	34,5
Intervento chirurgico per TM della mammella	71,3	27,9	71,1	28,0	71,7	27,5
Intervento chirurgico per TM del pancreas	69,8	30,1	69,9	29,9	70,6	29,1
Intervento chirurgico per TM stomaco	76,2	23,5	75,5	23,9	75,5	24,2
Intervento chirurgico per TM colon	78,0	21,6	77,2	22,1	76,8	22,7
Intervento chirurgico per TM fegato	74,1	25,6	74,7	25,0	73,8	25,8
Intervento chirurgico per TM del polmone	72,8	26,7	72,9	26,4	71,9	27,8
Intervento chirurgico per TM esofago	62,4	37,1	65,2	34,6	61,0	39,0
Intervento chirurgico per TM ovaio	67,0	32,6	66,4	33,2	67,5	32,4
Intervento chirurgico per TM prostata	65,5	33,3	62,8	35,3	62,9	35,7
Intervento chirurgico per TM retto	72,4	27,1	70,6	28,6	69,9	29,6
Intervento chirurgico per TM rene	74,4	24,9	74,0	25,1	74,1	25,1

Segue

**Tab.3 – Percentuale di attività per natura giuridica delle strutture, Italia 2019-2021 (Segue)**

RICOVERI PER:	2019		2020		2021	
	PUBBLICO	PRIVATO	PUBBLICO	PRIVATO	PUBBLICO	PRIVATO
Intervento chirurgico per TM vescica	73,3	26,2	73,8	25,5	74,4	25,1
Intervento chirurgico per tumore cerebrale	73,6	26,1	73,6	25,9	73,4	26,2
Parto	79,7	20,1	78,8	21,1	78,4	21,5
Protesi ginocchio	28,6	70,8	21,9	77,3	20,8	78,5
Protesi anca	54,9	44,3	52,2	47,0	48,6	50,7
Protesi spalla	42,4	56,6	39,8	58,9	37,5	61,8
Frattura tibia e perone	86,2	13,2	85,6	13,7	83,9	15,6
Frattura del collo del femore	87,6	12,2	86,2	13,6	84,4	15,3

Nell'analisi *Treemap* del PNE viene proposta un'analisi sintetica della qualità dell'assistenza ospedaliera articolata a livello di sette aree cliniche: cardiocircolatoria, nervosa, respiratoria, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidenza e parto e osteomuscolare.

A livello nazionale, delle 511 strutture di diritto pubblico valutate nell'analisi del *Treemap*, 45 (pari al 9%) riportano tutte le aree cliniche validate di qualità alta o molto alta; delle 297 strutture di diritto privato quelle con standard elevati sono, invece, 80 (pari al 27%).

Per quanto riguarda le strutture di qualità bassa o molto bassa, queste rappresentano il 19% delle strutture valutate di diritto pubblico (54 su 511) e il 32% delle strutture di diritto privato (75 su 297).

La concentrazione delle strutture – soprattutto di quelle di diritto privato – verso i livelli di qualità estremi deve tener conto della natura monospecialistica o del basso numero di aree cliniche valutabili: la maggior parte delle strutture (l'87% tra le pubbliche e il 92% tra le private) di quelle di qualità alta/molto alta e, rispettivamente, l'87% e il 97% tra quelle con un livello di

**Tab.4 – Strutture con tutte le aree cliniche di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2021**

	Totale strutture valutate	Struttura con tutte aree di qualità alta/molto alta		Struttura con tutte aree di qualità bassa/molto bassa	
PUBBLICO	511	45	9%	54	19%
PRIVATO	297	80	27%	75	32%
PRIVATO PURO	17	1	6%	15	88%





**Tab.5 – Strutture con tutte le aree cliniche di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per numero di aree valutate e natura giuridica, Italia 2021**

N. aree valutate	Totale strutture valutate	PUBBLICO				PRIVATO				
		Struttura con tutte aree di qualità alta/molto alta		Struttura con tutte aree di qualità bassa/molto bassa		Struttura con tutte aree di qualità alta/molto alta		Struttura con tutte aree di qualità bassa/molto bassa		
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
1	77	34	44	32	42	129	54	42	61	47
2	55	5	9	15	27	79	20	25	12	15
3	55	1	2	4	7	34	3	9	1	3
4	42	1	2	0	0	17	1	6	1	6
5	76	1	1	2	3	17	1	6	0	0
6	80	3	4	1	1	8	1	13	0	0
7	126	0	0	0	0	13	0	0	0	0

qualità inferiore all'atteso sono, infatti, a indirizzo specifico o con sole due aree valutabili.

Ciò che, quindi, rileva è innanzitutto la natura monospecialistica di molte strutture di diritto privato: 43% contro il 15% di quelle di diritto pubblico.

In secondo luogo, come confermato dalla Tab.5, la quasi totalità delle strutture valutate non è caratterizzata da un livello di qualità omogeneamente critico o omogeneamente positivo (ovvero tutte le aree di qualità bassa/molto bassa o, viceversa, tutte le aree di qualità alta/molto

alta); piuttosto, l'aderenza a standard *evidence-based* riguarda una specifica e determinata area clinica o, più precisamente, un determinato percorso clinico organizzativo del paziente affetto da una specifica patologia.

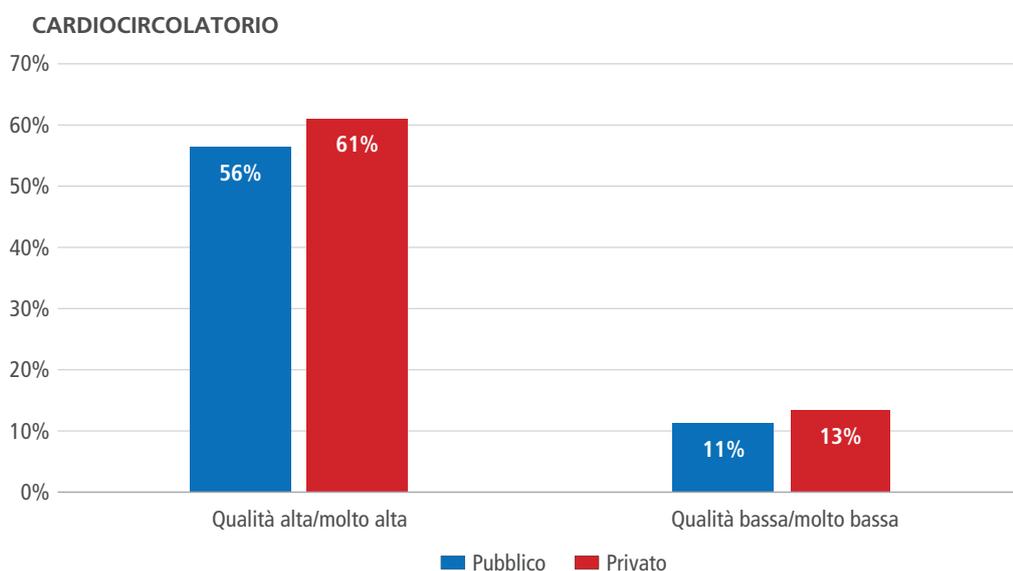
L'analisi per area ci consente di identificare caratteristiche generali di maggior contenuto informativo e di cogliere più accuratamente l'eterogeneità tra strutture.

Considerando l'area sistema cardiocircolatorio (Fig.1), si rileva un'elevata concentrazione su

**Tab.6 – Strutture con almeno 3 aree cliniche valutate, tutte con livelli di qualità alta/molto alta o bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2021**

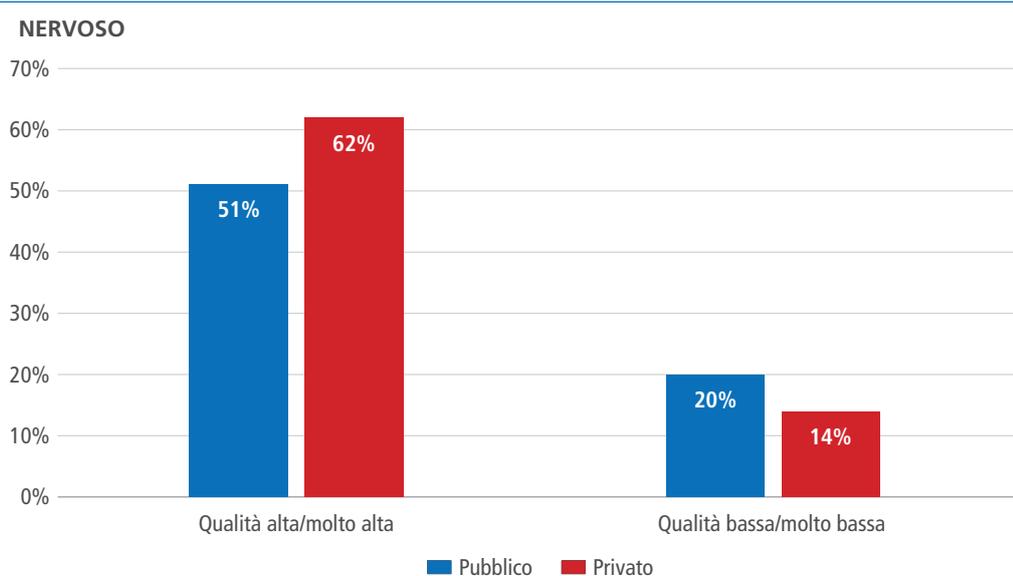
	Totale strutture valutate	Struttura con tutte aree di qualità alta/molto alta		Struttura con tutte aree di qualità bassa/molto bassa	
<b>PUBBLICO</b>	<b>380</b>	<b>6</b>	<b>2%</b>	<b>7</b>	<b>4%</b>
<b>PRIVATO</b>	<b>90</b>	<b>6</b>	<b>7%</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>
PRIVATO PURO	1	0	0%	1	100%

**Fig.1 – Area sistema cardiocircolatorio – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2021<sup>4</sup>**



livelli alti /molto alti di aderenza agli standard: il 56% di quelle di diritto pubblico e il 61% di quelle di diritto privato sono valutate, infatti, con un grado di aderenza agli standard di qualità superiore all'atteso.

**Fig.2 – Area sistema nervoso – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2021**



<sup>4</sup> Qui, come negli istogrammi successivi, le strutture non rappresentate sono quelle che riportano un livello di qualità in linea con il riferimento.





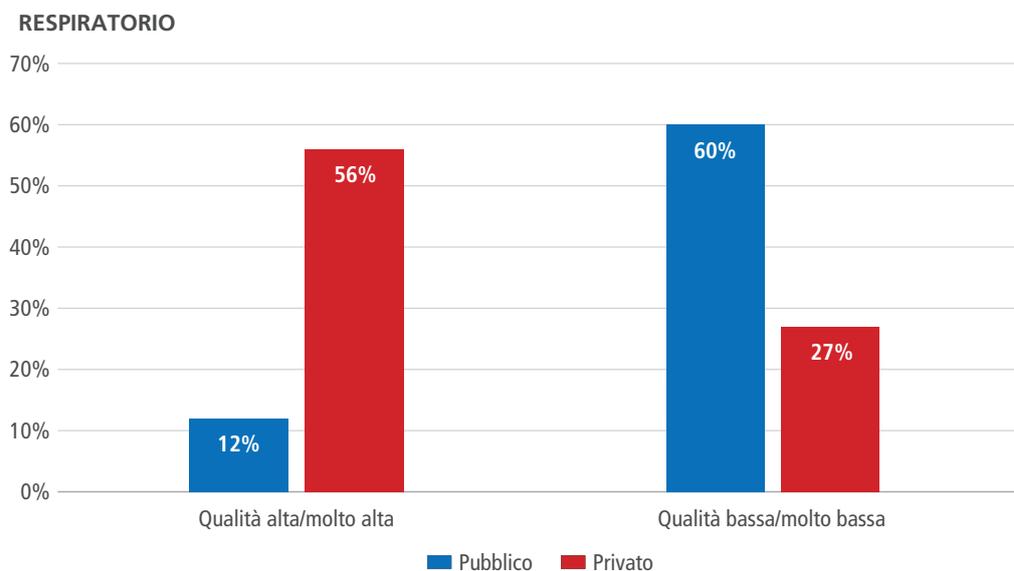
L'area del sistema nervoso (Fig.2) mostra comportamenti sostanzialmente analoghi a quelli del sistema cardiocircolatorio (Fig.1), con una proporzione minore di strutture di natura giuridica pubblica con livelli di qualità alta o molto alta e maggiore per i livelli di qualità bassa o molto bassa.

Molto diverso il quadro per l'area del sistema respiratorio (Fig.3), dove il 56% delle strutture accreditate raggiunge standard di qualità alta/molto alta, contro il 12% delle strutture di diritto pubblico. Anche rispetto all'aderenza sub-stan-

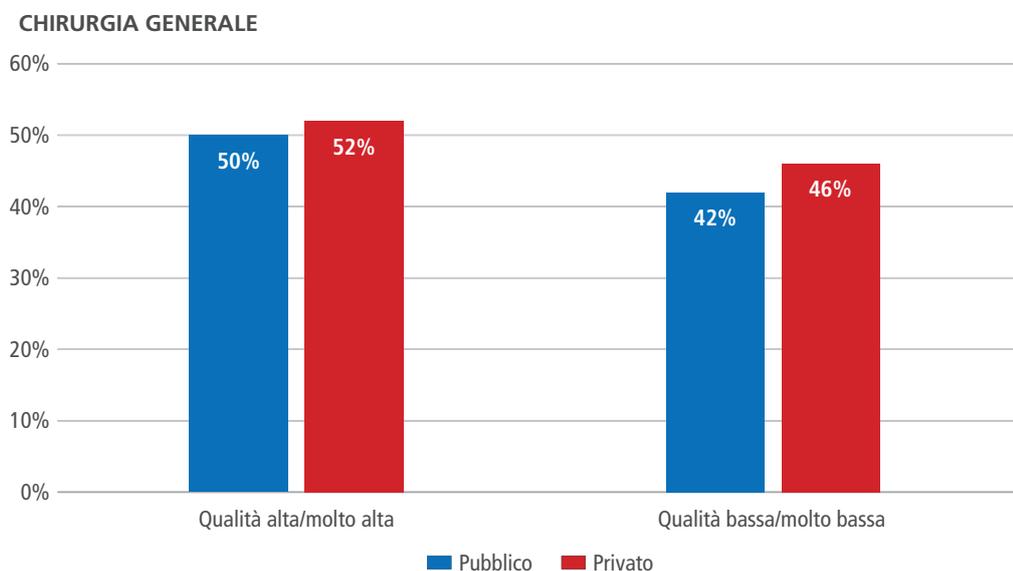
dard, le strutture di diritto privato e di diritto pubblico si comportano in maniera differente: con il 27% di erogatori privati con livelli di qualità bassa/molto bassa, rispetto al 60% delle strutture pubbliche.

Risultati, invece, maggiormente sovrapponibili tra strutture di diritto pubblico e di diritto privato nell'area della chirurgia generale (Fig.4), dove la proporzione di strutture con livelli di qualità bassa o molto bassa è oltre il 40% di quelle valutate in ciascuna componente.

**Fig.3 – Area sistema respiratorio – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2021**



**Fig.4 – Area chirurgia generale – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2021**

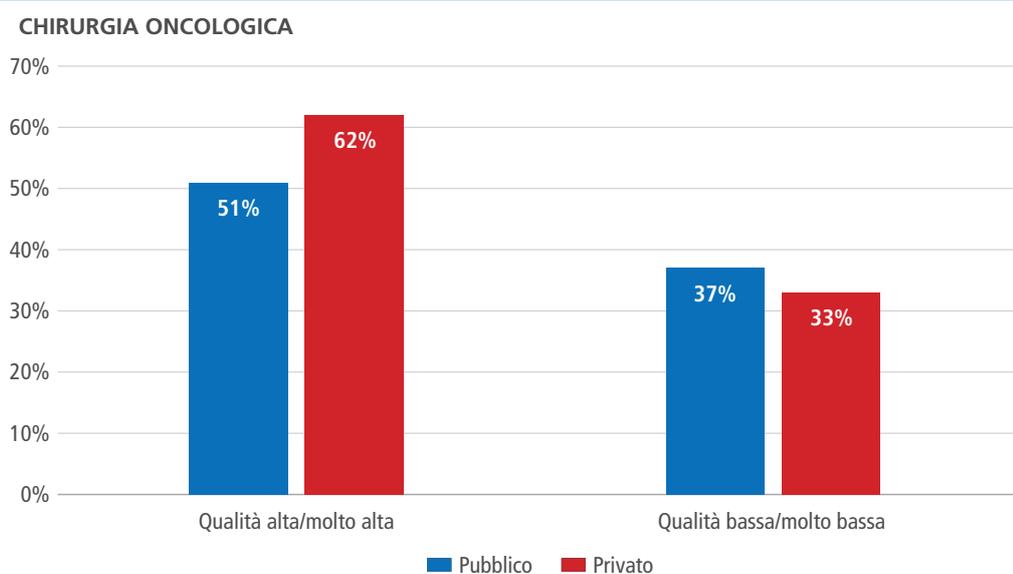


Anche per quanto riguarda la chirurgia oncologica (Fig.5), non si rilevano differenze macroscopiche tra la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato, tanto nella percentuale di strutture con livelli di qualità bas-

sa o molto bassa, quanto di quelle con livelli di qualità alta o molto alta.

Per entrambe le aree chirurgiche il dato più rilevante è quello di una forte polarizzazione delle strutture, indipendentemente dalla natura giuri-

**Fig.5 – Area chirurgia oncologica – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2021**





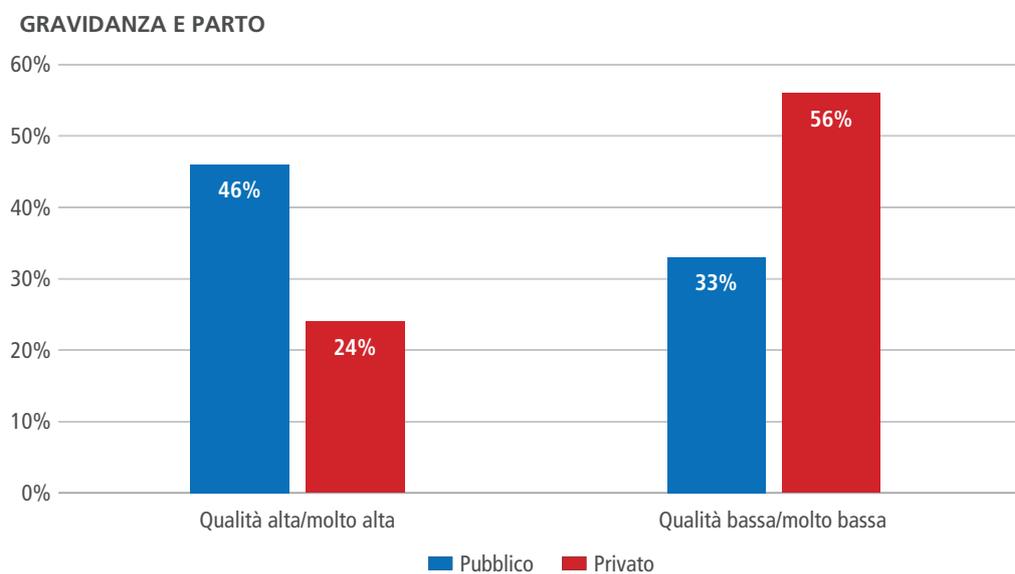
dica delle stesse, tra livelli di *performance* speculari, con una proporzione minima di strutture che riportano livelli medi di qualità.

Diversamente dalle altre aree cliniche dove le strutture di diritto privato risultano avere, in proporzione, livelli di qualità equivalenti o superiori (anche in termini di minor percentuale di strutture con bassa qualità) a quelli delle strutture pub-

bliche, nell'area gravidanza e parto (Fig.6) sono quest'ultime a riportare valutazioni migliori.

Le strutture con livelli di qualità alta o molto alta sono, infatti, il 46% di quelle di diritto pubblico, contro il 24% di quelle private; gli erogatori con livelli di qualità sub-standard sono il 33% di quelle di diritto pubblico, contro il 56% delle strutture di diritto privato.

**Fig.6 – Area gravidanza e parto – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2021**



Nell'area osteomuscolare (Fig.7) – che considera esclusivamente la traumatologia non valutando la protesica – le strutture pubbliche sono per il 29% di qualità alta o molto alta e per il 37% di qualità bassa o molto bassa; le strutture private di qualità alta e molto alta sono, invece, proporzionalmente di più (pari al 43%), mentre quelle di qualità bassa e molto bassa sono proporzionalmente di meno (pari al 21%).

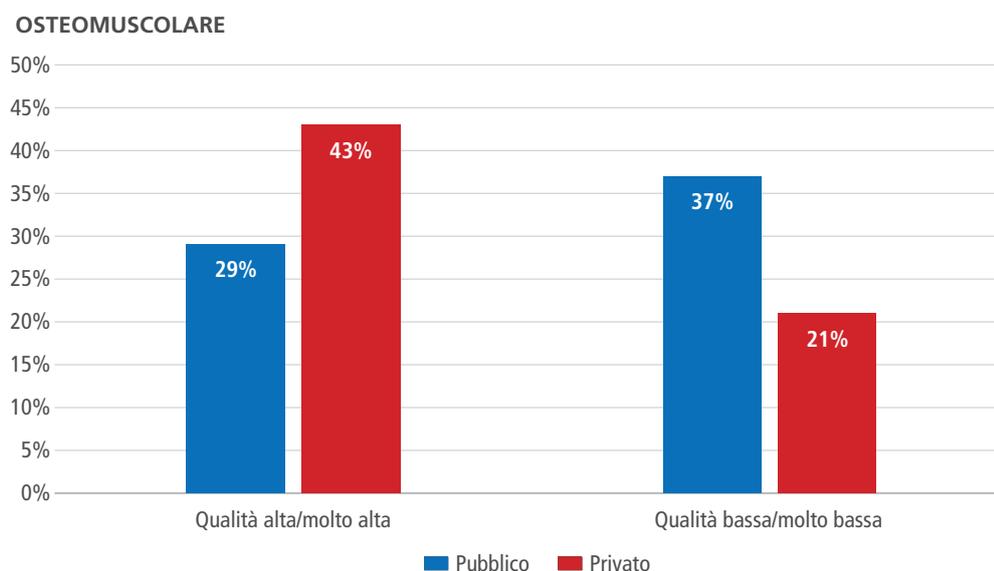
Complessivamente, ciò che si rileva con maggiore evidenza è da un lato l'alta percentuale di strutture con valori lontani dai requisiti qualitativi e quantitativi, in riferimento non solo ad alcune aree cliniche (quelle chirurgiche) ma anche alla natura della proprietà (privata per l'area gravidanza e parto e pubblica per l'area respiratoria), dall'altro una complessiva marcata eterogeneità, non solo e non tanto in funzione della natura giuridica, ma a livello di SSN nel suo complesso, con ciò che ne consegue in termini di equità di accesso ai servizi.

Nella valutazione di variabili associate all'esposizione (natura giuridica) e all'*outcome* (qualità) sono stati considerati come possibili confondenti/modificatori d'effetto l'area geografica e la dimensione ospedaliera, considerata come volume di ricoveri erogati dalla struttura nelle discipline considerate.<sup>5</sup>

L'area geografica è una possibile determinante della qualità dell'assistenza ospedaliera, considerata la natura regionale della Programmazione sanitaria e la storica divaricazione nord-sud nell'efficacia dei servizi/prestazioni. Una maggiore concentrazione di strutture di diritto pubblico o di diritto privato in una determinata area geografica potrebbe confondere l'effetto della natura giuridica sugli esiti.

Anche la dimensione è una variabile potenzialmente correlata alla natura giuridica, a partire dal fatto che le Case di Cura sono potenzialmente strutture con volumi complessivi relativamente più contenuti di ospedali veri e propri.

**Fig.7 – Area osteomuscolare – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica, Italia 2021**

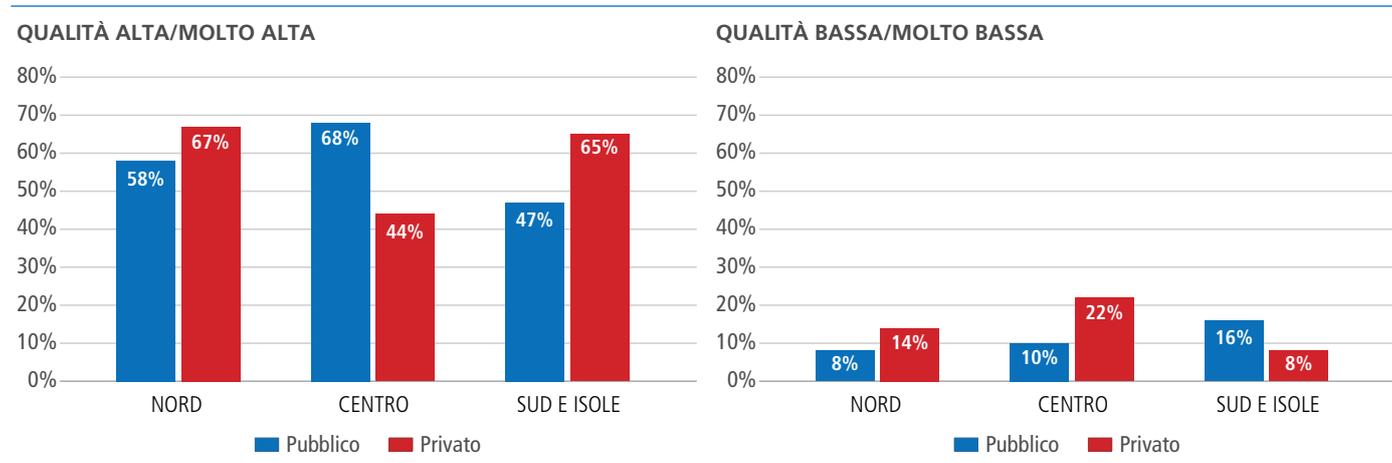


<sup>5</sup> Vedi in Metodi, Analisi nazionale – analisi per area clinica.





**Fig.8 – Area sistema cardiocircolatorio – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e area geografica, Italia 2021**



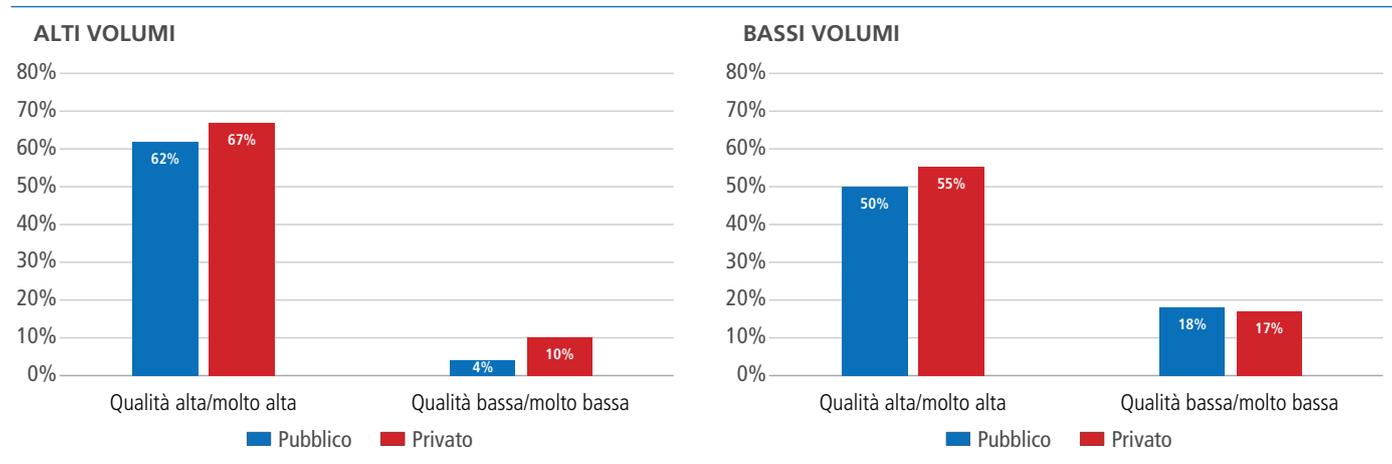
L'analisi stratificata conferma la concentrazione su livelli alti/molto alti di aderenza agli standard emersa nell'analisi *overall* (Fig.1), ma mentre nel nord e, ancora di più, nel sud e isole la proporzione di strutture di diritto privato over-standard è superiore rispetto a quella delle strutture di diritto pubblico, nel centro la situazione è ribaltata.

Al centro, inoltre, le strutture di qualità bassa/molto bassa sono proporzionalmente di più tra

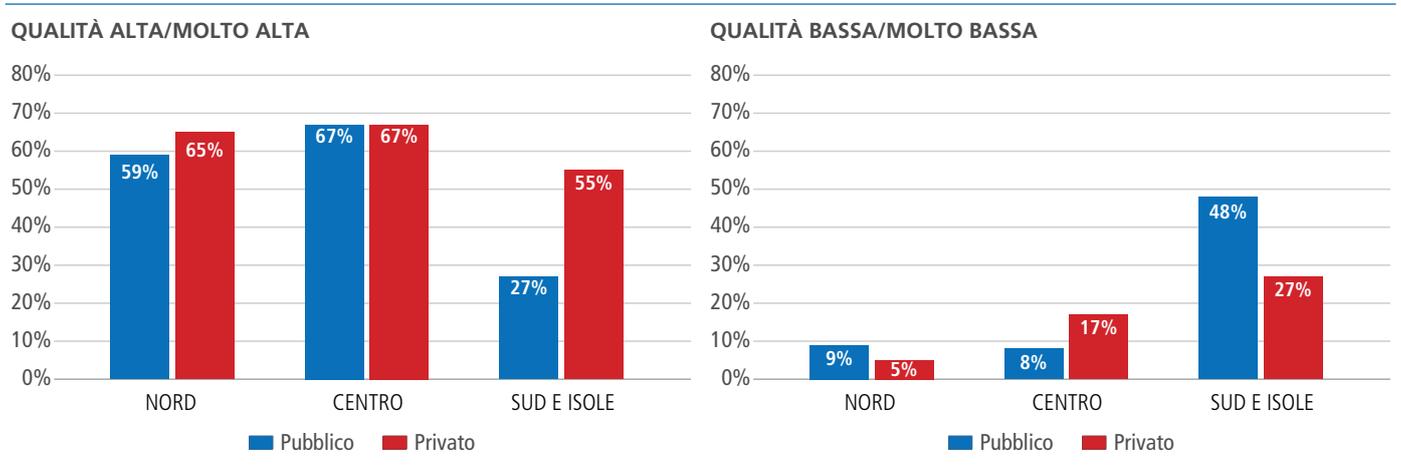
le strutture accreditate che tra quelle di diritto pubblico.

La numerosità della casistica non sembra modificare il confronto pubblico-privato nelle proporzioni documentate nell'analisi *overall* (Fig.1). Tuttavia si può notare come tra le strutture con bassi volumi siano minori quelle di qualità alta/molto alta e maggiori quelle di qualità bassa/molto bassa, a prescindere dalla natura giuridica della proprietà.

**Fig.9 – Area sistema cardiocircolatorio – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e volumi di attività, Italia 2021**



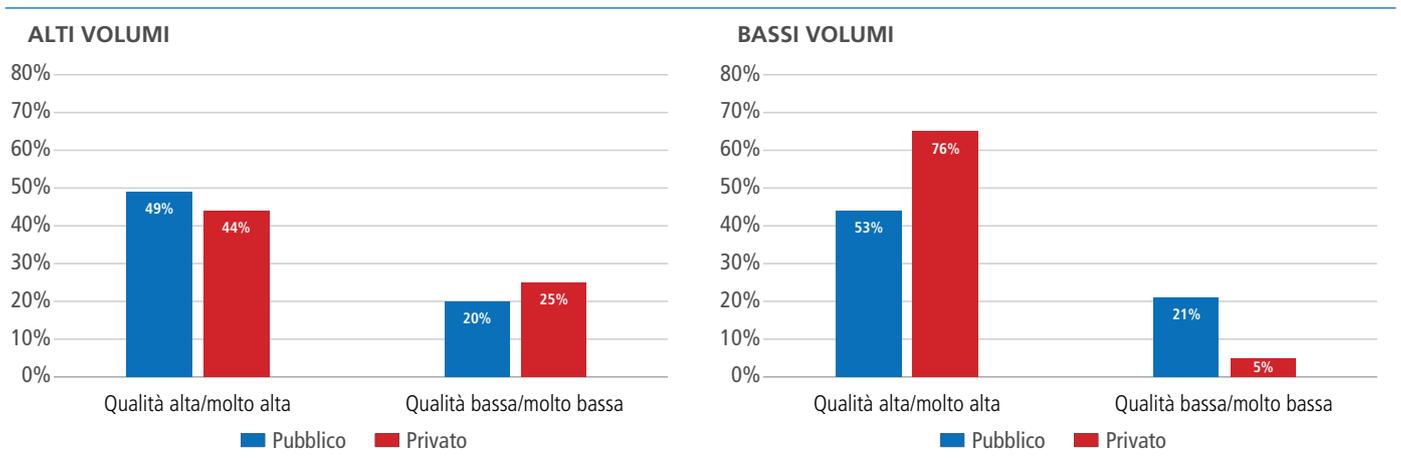
**Fig.10 – Area sistema nervoso – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e area geografica, Italia 2021**



Nell'area sistema nervoso la divaricazione tra le due componenti è sostanziale soprattutto al sud e isole: qui le strutture che riportano livelli di qualità alta/molto alta sono proporzionalmente di più tra le accreditate, mentre quelle che riportano una qualità substandard sono proporzionalmente di più tra quelle di diritto pubblico. Analogamente a quanto riportato per l'area cardiocircolatoria e a differenza dell'analisi *overall*, al centro le strutture di qualità bassa/molto bas-

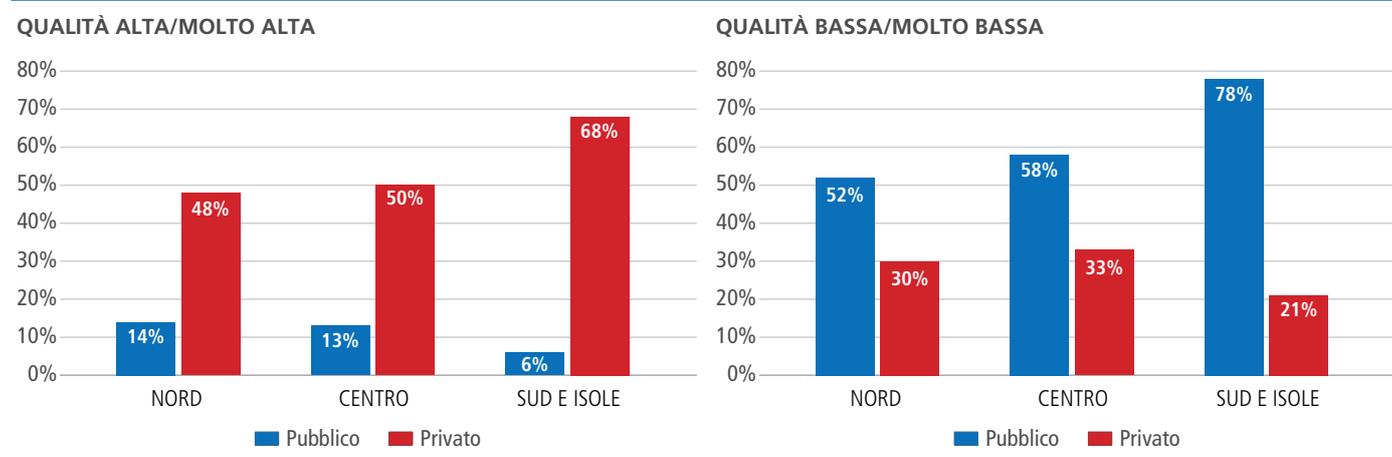
sa sono proporzionalmente di più tra le strutture accreditate che tra quelle di diritto pubblico. Stratificando per volumi di ricoveri, tra le strutture di minori dimensioni (in termini di numerosità di ricoveri annuali), il 76% delle strutture di diritto privato è valutata di qualità alta/molto alta e solo il 5% riporta invece livelli di qualità substandard: un risultato comparativamente migliore delle strutture accreditate con volumi più alti.

**Fig.11 – Area sistema nervoso – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e volumi di attività, Italia 2021**





**Fig.12 – Area sistema respiratorio – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e area geografica, Italia 2021**

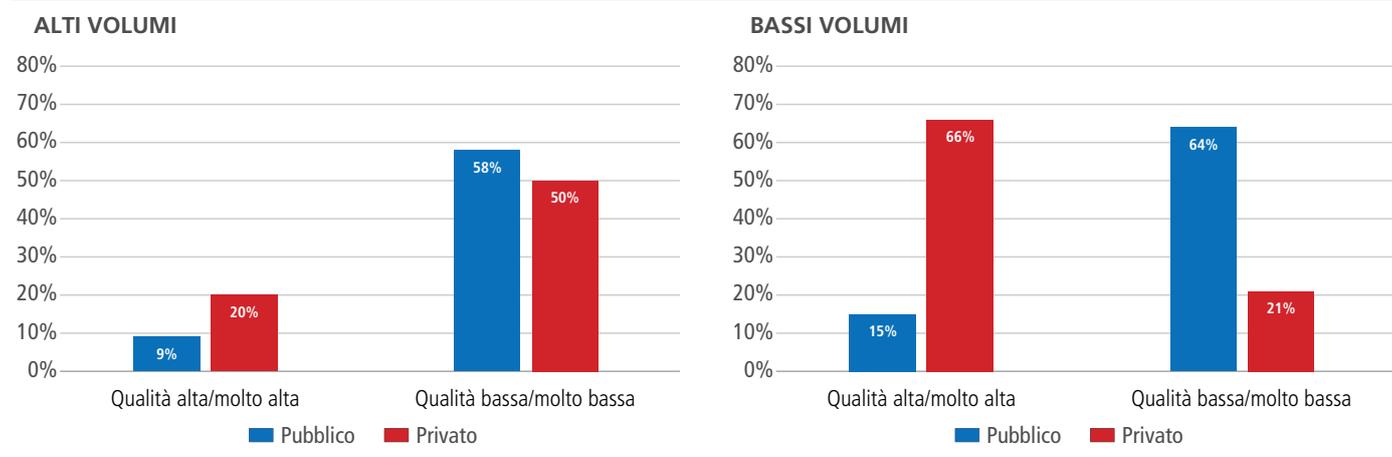


Nell'area sistema respiratorio, per quanto riguarda il confronto pubblico-privato, si conferma in tutte le aree geografiche la differenza documentata nell'analisi *overall* (Fig.3), con scarti maggiori nel sud e isole.

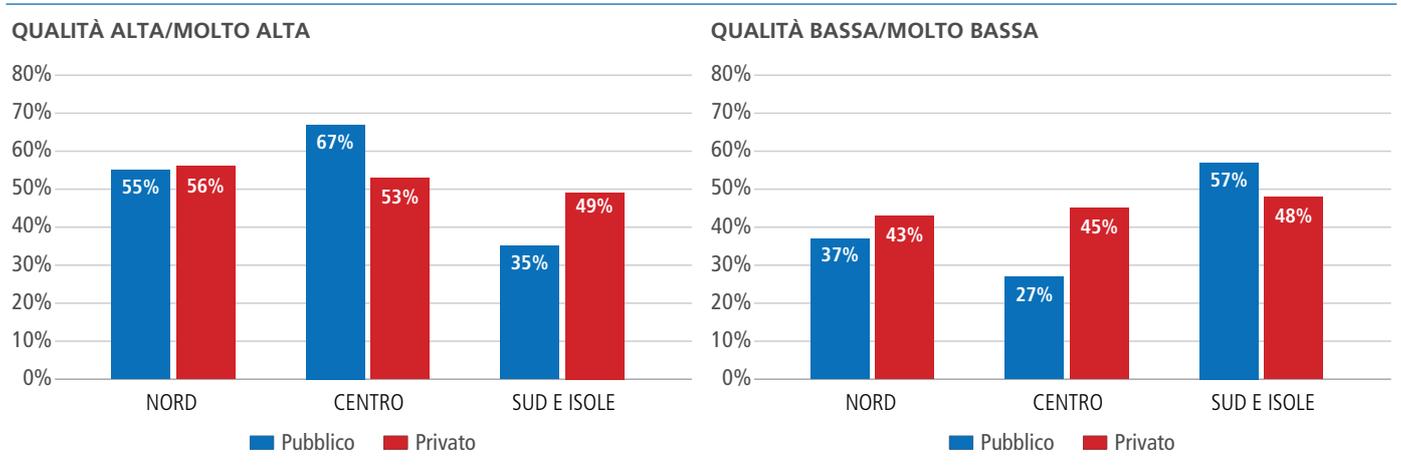
Nell'analisi per sottogruppi dimensionali si evidenzia, invece, una importante divaricazione nella *performance* delle strutture. Se tra le strutture con alti volumi di ricoveri, quelle con qualità alta/molto alta sono una su 10 tra le pubbliche e

una su 5 tra le accreditate e quelle con qualità bassa/molto bassa sono il 58% di quelle di diritto pubblico e il 50% di quelle di diritto privato, tra le strutture di piccole dimensioni le differenze in funzione della natura giuridica sono molto più marcate. Tra le strutture con bassi volumi di ricoveri due strutture accreditate su tre riportano livelli di conformità allo standard alti o molto alti, rapporto analogo a quelle di diritto pubblico con qualità inferiore al riferimento.

**Fig.13 – Area sistema respiratorio – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e volumi di attività, Italia 2021**



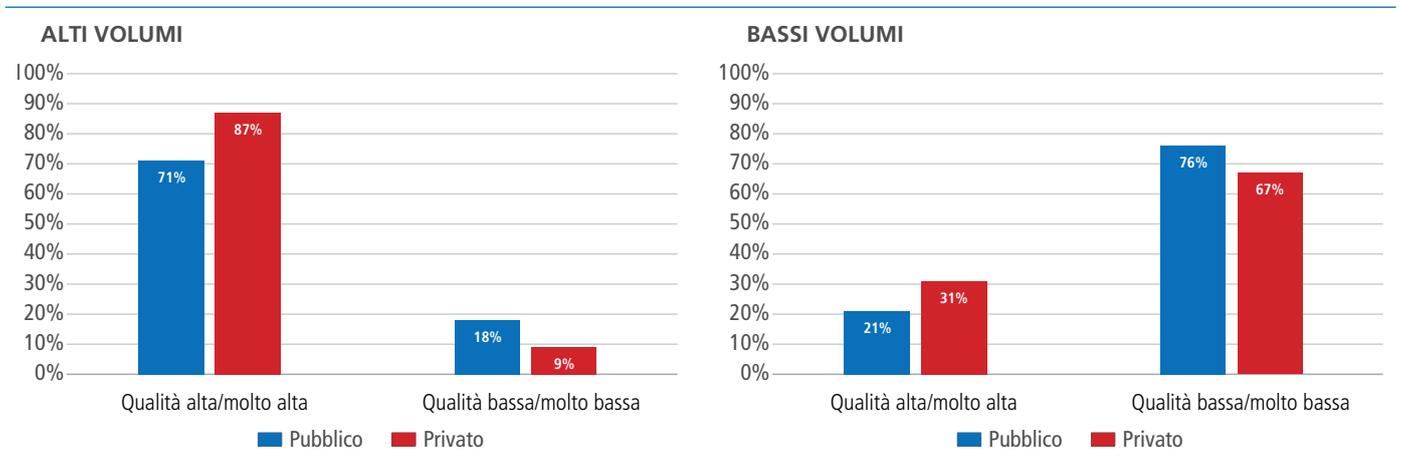
**Fig.14 – Area della chirurgia generale – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e area geografica, Italia 2021**



Rispetto alle strutture con livelli alti/molto alti di conformità agli standard, se al nord non ci sono sostanziali differenze tra le due componenti, nel centro e nel sud, pubblico e privato accreditato si comportano diversamente. Al centro le strutture di diritto pubblico con qualità alta/molto alta sono il 67%, contro il 53% tra quelle di diritto privato, mentre al sud e isole le rispettive proporzioni sono di 35% e 49%. Specularmente le strutture substandard sono proporzionalmente di più al centro tra quelle di diritto privato e al sud tra quelle di diritto pubblico.

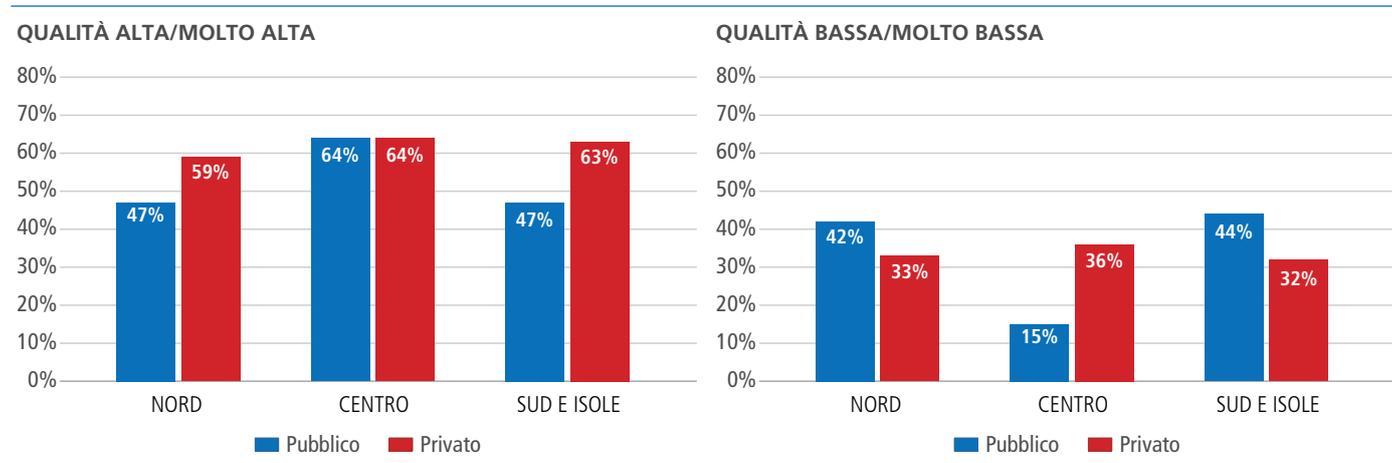
Particolarmente interessante è il dato stratificato per numerosità di ricoveri annuali complessivi della struttura. Tra le strutture che effettuano più ricoveri, c'è una alta percentuale di erogatori con livelli di qualità alti/molto alti sia tra gli enti pubblici (71%) sia tra i privati accreditati (87%); al contrario tra le strutture con bassi ricoveri, si documenta una importante concentrazione nei livelli di qualità sub-standard, con il 76% delle strutture di diritto pubblico e il 67% delle strutture di diritto privato che riportano una qualità inferiore all'atteso.

**Fig.15 – Area della chirurgia generale – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e volumi di attività, Italia 2021**





**Fig.16 – Area della chirurgia oncologica – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e area geografica, Italia 2021**



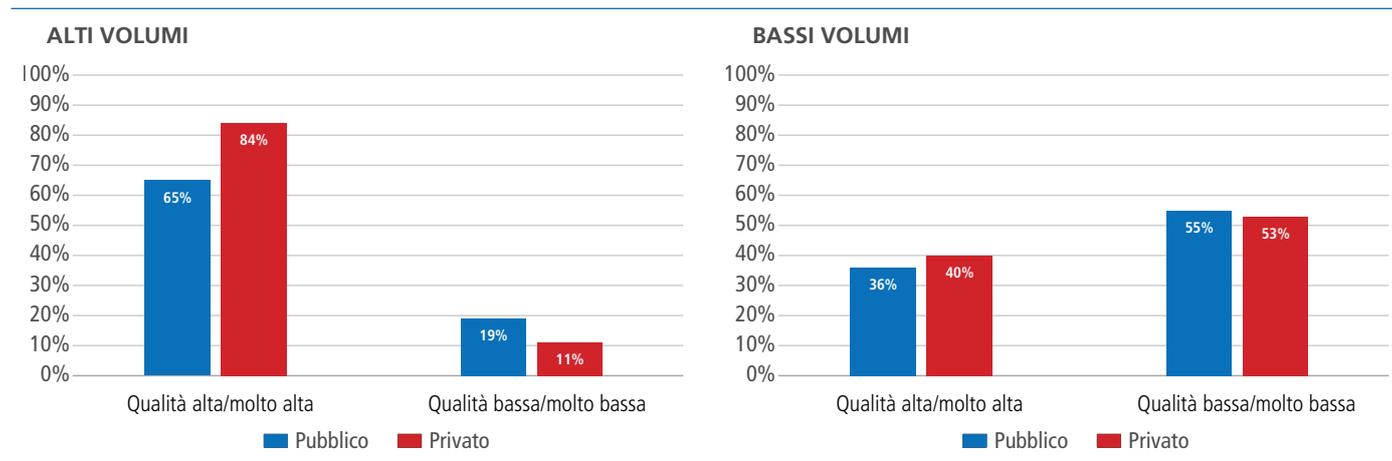
Nell'area della chirurgia oncologica, è il nord ad avere risultati simili al sud, con le strutture di diritto privato che, nel confronto con quelle di diritto pubblico, sono proporzionalmente di più tra quelle di qualità alta/molto alta e di meno tra quelle di qualità bassa/molto bassa.

Al centro, se le strutture sovra-standard hanno la stessa percentuale tra le pubbliche e le accreditate, le strutture con qualità bassa/molto

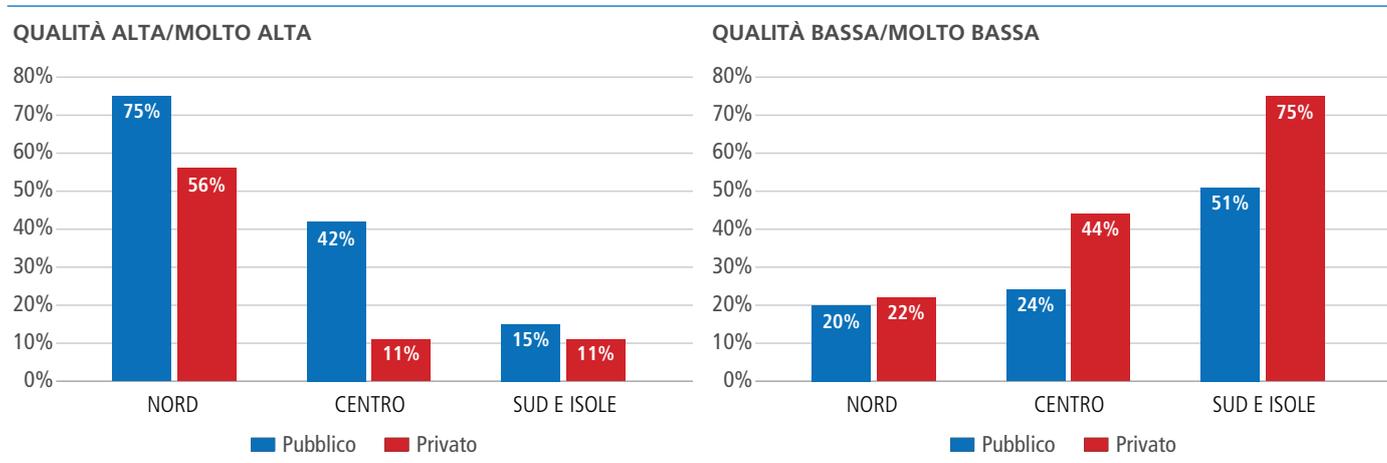
bassa sono proporzionalmente di più tra quelle di diritto privato.

Anche nella chirurgia oncologica si documenta una differenza in funzione della dimensione ospedaliera, laddove – in entrambe le componenti del SSN – più della metà delle strutture con basso numero di ricoveri presenta livelli di qualità bassa o molto bassa.

**Fig.17 – Area della chirurgia oncologica – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e volumi di attività, Italia 2021**



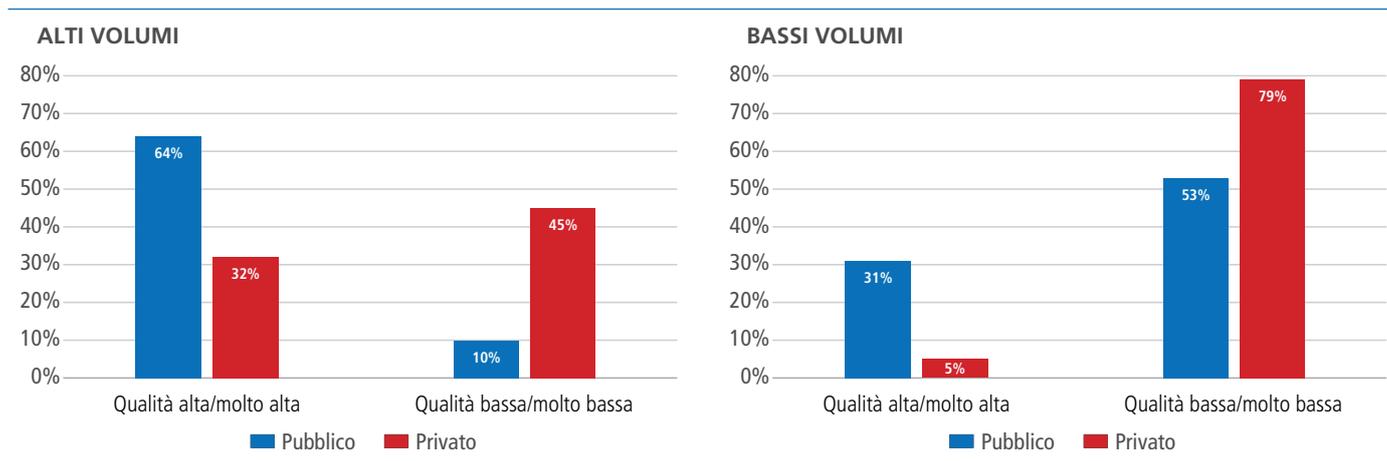
**Fig.18 – Area gravidanza e parto – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e area geografica, Italia 2021**



Per quanto nell’analisi stratificata si conferma una importante divaricazione tra le due componenti così come riportata nell’analisi *overall* (Fig. 6), rileva come al nord il 56% delle strutture di diritto privato abbia livelli di qualità alta/molto alta di contro al 15% nel sud, mentre le strutture

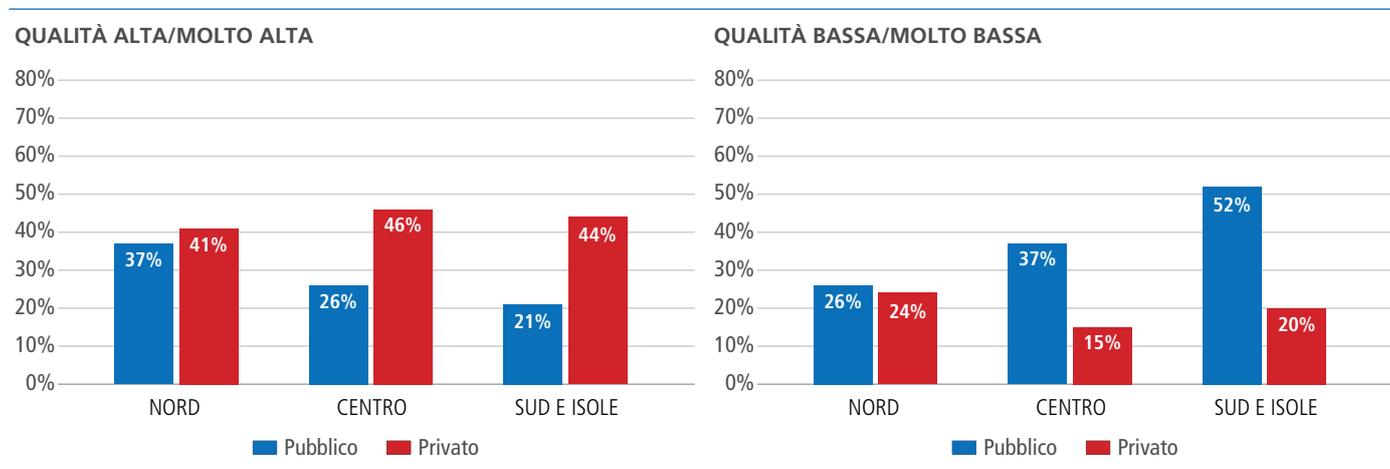
accreditate di qualità bassa/molto bassa sono il 22% al nord e il 75% nel sud e isole. Anche se si analizza il dato per ricoveri complessivi effettuati da ciascuna struttura, rileva che le strutture con bassi volumi di attività hanno una maggiore probabilità di valutazioni substandard.

**Fig.19 – Area gravidanza e parto – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e volumi di attività, Italia 2021**





**Fig.20 – Area osteomuscolare – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e area geografica, Italia 2021**

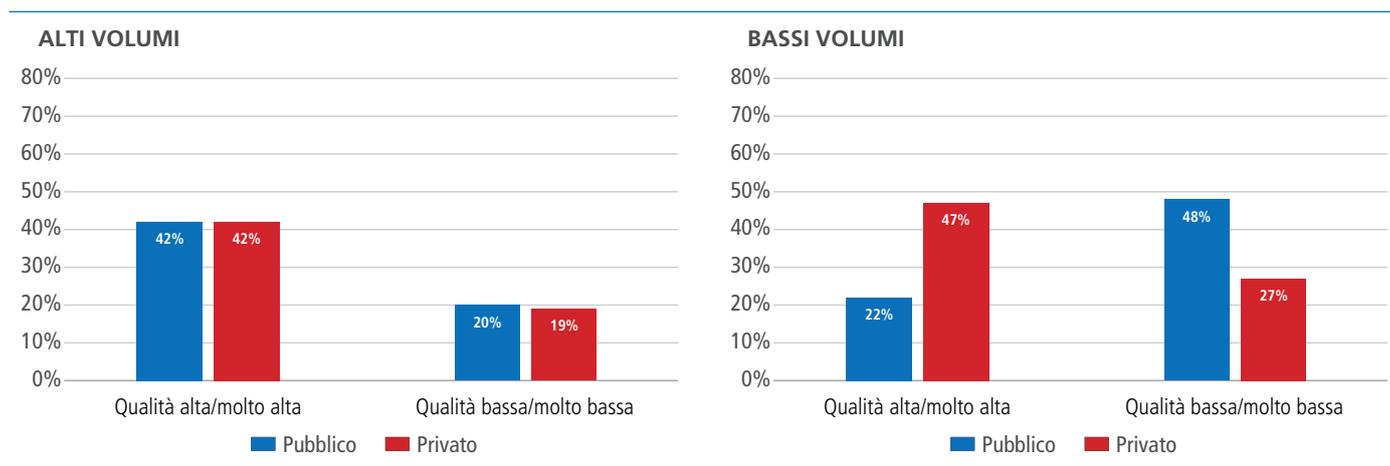


Nell’area osteomuscolare le differenze tra le due componenti sono soprattutto al centro e al sud, dove, rispettivamente il 37% e il 52% delle strutture pubbliche riportano livelli di qualità bassa/molto bassa.

Distinguendo la valutazione a seconda del volume di ricoveri complessivamente effettuati, rispetto alle strutture con alti volumi non si do-

cumenta nessuna sostanziale differenza in funzione della natura giuridica delle stesse. Al contrario, tra le strutture con bassi volumi, il 22% delle pubbliche presenta un livello di qualità alto/molto alto, di contro al 47% delle accreditate; mentre riporta un livello di qualità inferiore al riferimento, rispettivamente, il 48% delle prime e il 27% delle seconde.

**Fig.21 – Area osteomuscolare – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e volumi di attività, Italia 2021**



La valutazione di ciascuna area clinica è il risultato di una sintesi degli *score* ottenuti dagli indicatori del PNE considerati maggiormente rappresentativi.

Essi sono riportati, assieme ad altre misure<sup>6</sup>, in Tab.7, con il dettaglio per natura giuridica delle strutture con risultati in linea con gli standard qualitativi e quantitativi.

## Analisi per indicatore

Nell'analisi che segue sono considerati anche indicatori non inclusi nella valutazione *Treemap* per area clinica.

**L'area cardiovascolare** è una delle dimensioni per le quali sono disponibili un maggior numero di indicatori caratterizzati da solidità e validità.

Complessivamente rileva che rispetto agli indicatori di esito le strutture di diritto privato che presentano un livello di qualità alto sono proporzionalmente di più di quelle di diritto pubblico; per quanto invece riguarda i volumi di attività la componente accreditata soffre maggiormente della pubblica di numerosità sub-standard.

Per quanto riguarda gli esiti, la differenza più importante tra pubblico e privato si ha per l'indicatore di mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio, rispetto al quale le strutture che riportano risultati di qualità alta o molto alta sono, rispettivamente, il 32% e il 47%.

Circa una struttura pubblica su tre (31%) presenta livelli over-standard nella stima della mortalità a 30 giorni dal ricovero per riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale, mentre per le strutture private il rapporto è di due su cinque (41%).

Per alcuni indicatori dell'area cardiovascolare la misurazione è stata perfezionata nel tempo grazie all'utilizzo delle nuove variabili introdotte nel tracciato SDO: facciamo riferimento all'ora

di ricovero e all'ora di esecuzione delle procedure chirurgiche per quanto riguarda gli indicatori tempo-dipendenti e ai dati sui parametri clinici quali fattori predittivi dell'esito per quanto riguarda alcuni modelli di aggiustamento.

In pazienti con infarto del miocardio e sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI), la PTCA è considerata il trattamento di scelta quando può essere eseguita da personale esperto, in un laboratorio di emodinamica appropriato ed entro 90 minuti dal primo contatto con il Servizio Sanitario.

Rispetto all'intervallo di due giorni – che precedentemente costituiva l'intervallo minimo discriminabile in assenza del campo “ora” – la possibilità di calcolare la tempestività di intervento con la tempistica di 90 minuti ha consentito di rilevare una forte distanza delle strutture ospedaliere dagli standard prefissati.

Le strutture che effettuano tempestivamente almeno il 60% delle PTCA rappresentano il 39% delle strutture di diritto pubblico e il 52% di quelle di diritto privato, a fronte di percentuali del 100% che raggiungevano l'intero quando l'intervallo era misurato in giornate di degenza.

In proposito è sicuramente meritevole di riflessione l'impatto che l'identificazione normativa di requisiti quantitativi e qualitativi produce sul comportamento dei professionisti e del *management* sanitario quando non accompagnata da un processo culturale che orienti il cambiamento e contribuisca alla diffusione e alla assimilazione delle evidenze scientifiche che sono alla base della determinazione dello standard.

L'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo ricovero per intervento di bypass aorto-coronarico isolato è stato calcolato anche tenendo conto delle variabili laboratoristiche “frazione di eiezione preoperatoria” e “creatinina sierica preoperatoria”. Considerando questi specifici parametri clinici, le differenze di performance tra le strutture di diritto pubblico e quelle di diritto privato risultano meno marcate.

<sup>6</sup> Vedi in Metodi, l'Analisi per indicatore per la selezione degli indicatori inclusi nello studio.





**Tab.7 – Totale strutture valutate (N) e strutture in linea con gli standard quantitativi e qualitativi in valore assoluto (n.) e in percentuale rispetto al totale (%), per natura giuridica, Italia 2021**

INDICATORE	Totale	Comparto pubblico			Comparto privato		
	N.	N.	n.	%	N.	n.	%
Infarto miocardico acuto: volumi	615	453	279	<b>62</b>	162	63	<b>39</b>
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	357	302	183	<b>61</b>	55	35	<b>64</b>
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	357	302	183	<b>61</b>	55	34	<b>62</b>
Proporzioni di ptca entro '90 minuti in IMA-STEMI	214	181	71	<b>39</b>	33	17	<b>52</b>
STEMI: trattati con PTCA entro 90 minuti sul totale degli STEMI trattati con PTCA entro 12 re dall'accesso nella struttura di ricovero/service	188	160	97	<b>61</b>	28	19	<b>68</b>
Volumi di angioplastiche di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI	220	168	99	<b>59</b>	49	7	<b>14</b>
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	511	385	124	<b>32</b>	126	59	<b>47</b>
Bypass aorto-coronarico isolato: volumi	93	53	13	<b>25</b>	39	6	<b>15</b>
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni	89	52	44	<b>85</b>	37	35	<b>95</b>
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	89	52	45	<b>87</b>	37	34	<b>92</b>
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	93	54	42	<b>78</b>	39	32	<b>82</b>
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale: volumi	211	141	39	<b>28</b>	65	9	<b>14</b>
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	99	75	23	<b>31</b>	24	10	<b>42</b>
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	260	229	117	<b>51</b>	31	22	<b>71</b>
Intervento chirurgico per TM cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	107	88	13	<b>15</b>	19	4	<b>21</b>
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	270	222	26	<b>12</b>	48	27	<b>56</b>
Colecistectomia laparoscopica: volumi	737	462	255	<b>55</b>	253	129	<b>51</b>
Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria < 3 giorni	430	274	222	<b>81</b>	154	142	<b>92</b>
Intervento chirurgico per TM della mammella: volumi	373	258	128	<b>50</b>	101	38	<b>38</b>
Intervento di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella	169	131	67	<b>51</b>	37	22	<b>59</b>
Intervento di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella (nuove variabili)	169	131	65	<b>50</b>	37	20	<b>54</b>
Intervento di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per TM mammella	264	200	141	<b>71</b>	60	44	<b>73</b>
Intervento di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per TM mammella (nuove variabili)	264	200	138	<b>69</b>	60	44	<b>73</b>
Intervento chirurgico per TM del polmone: volumi	129	98	38	<b>39</b>	29	15	<b>52</b>
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	98	77	29	<b>38</b>	21	4	<b>19</b>
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	80	66	25	<b>38</b>	14	10	<b>71</b>
Intervento chirurgico per TM colon: volumi	555	394	161	<b>41</b>	153	38	<b>25</b>
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	295	236	72	<b>31</b>	59	21	<b>36</b>
Intervento chirurgico per TM fegato: volumi	213	161	18	<b>11</b>	48	6	<b>13</b>
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	61	46	19	<b>41</b>	15	11	<b>73</b>
Intervento chirurgico per TM del pancreas: volumi	136	103	6	<b>6</b>	33	4	<b>12</b>
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	37	27	19	<b>70</b>	10	9	<b>90</b>
Intervento chirurgico per TM prostata: volumi	350	216	80	<b>37</b>	122	36	<b>30</b>
Intervento chirurgico per TM rene: volumi	367	244	59	<b>24</b>	114	17	<b>15</b>
Parti: volumi	395	327	270	<b>83</b>	63	57	<b>90</b>
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità I livello	225	198	27	<b>14</b>	27	1	<b>4</b>
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità II livello	142	107	88	<b>82</b>	35	11	<b>31</b>

Segue

**Tab.7 – Totale strutture valutate (N) e strutture in linea con gli standard quantitativi e qualitativi in valore assoluto (n.) e in percentuale rispetto al totale (%), per natura giuridica, Italia 2021 (Segue)**

INDICATORE	Totale	Comparto pubblico			Comparto privato		
	N.	N.	n.	%	N.	n.	%
Proporzione di parti vaginali dopo cesareo	285	228	105	<b>46</b>	57	15	<b>26</b>
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	382	319	193	<b>61</b>	63	23	<b>37</b>
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni	470	363	74	<b>20</b>	107	55	<b>51</b>
Frattura del collo del femore: volumi	585	419	356	<b>85</b>	154	69	<b>45</b>
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 48 ore	427	360	106	<b>29</b>	67	29	<b>43</b>
Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni	137	127	74	<b>58</b>	10	7	<b>70</b>
Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni	125	115	66	<b>57</b>	10	6	<b>60</b>
Protesi anca: volumi	698	410	245	<b>60</b>	267	204	<b>76</b>
Protesi anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	534	333	206	<b>62</b>	197	101	<b>51</b>
Protesi anca: riammissioni a 30 giorni	518	292	131	<b>45</b>	222	142	<b>64</b>
Protesi ginocchio: volumi	651	358	44	<b>12</b>	268	200	<b>75</b>
Protesi ginocchio : revisione entro 2 anni	500	255	146	<b>57</b>	241	123	<b>51</b>
Protesi ginocchio: riammissioni a 30 giorni	398	148	88	<b>59</b>	244	109	<b>45</b>

Se rispetto alle riammissioni a 30 giorni dopo ricovero per embolia polmonare, le proporzioni di strutture di diritto privato e di diritto pubblico con valori in linea con lo standard sono sostanzialmente equivalenti, considerando l'indicatore di mortalità, le strutture accreditate con esiti compatibili con il riferimento sono il 70%, di contro al 58% di quelle di diritto pubblico.

Le strutture con una mortalità in linea con il riferimento (< 4%) passano, a seconda dell'indicatore considerato, da 85% a 97% tra quelle di diritto pubblico e da 95% al 92% tra quelle di diritto privato.

Per quanto riguarda i volumi di attività relativi all'area cardiovascolare, è evidente il dato di frammentazione, con la perdurante presenza di molte strutture che trattano una numerosità di casi inferiori alla soglia minima prevista: si tratta in particolare di strutture di diritto privato.<sup>7</sup>

Il 62% delle strutture di diritto pubblico e il 39% delle strutture accreditate effettua un numero di

ricoveri di infarto del miocardio compatibile con lo standard.

Solo il 25% delle strutture pubbliche e il 15% delle strutture di diritto privato effettua un numero di ricoveri per bypass aorto-coronarico in linea con il riferimento.

Tuttavia, i volumi per intervento di bypass aorto-coronarico isolato (ossia non associato a interventi su valvole o endoarteriectomie) hanno mostrato negli anni un trend in diminuzione, da 16.060 interventi nel 2012 a 14.185 nel 2019 (-11,7%).<sup>8</sup> Il decremento è in parte ascrivibile al maggior controllo dei fattori di rischio (miglioramento dello stile di vita dei pazienti), all'aumento degli interventi di bypass non isolati e in parte al crescente ricorso alle procedure (meno invasive) di angioplastica per il trattamento delle ostruzioni coronariche. Pertanto la soglia attualmente considerata (200 casi/anno) potrebbe essere rivista (in termini di abbassamento), considerando che sulla base delle evidenze a

<sup>7</sup> In proposito si consideri che le proporzioni di strutture con volumi idonei potrebbero essere sottostimate a causa di una sovrastima degli erogatori considerati nell'analisi: anche se sono state escluse tutte le strutture con volumi inferiori a cinque casi/anno, è plausibile che ad altre strutture con numerosità molto bassa siano attribuiti erroneamente ricoveri per infarto a causa di problemi di miscodifica, ad esempio, della diagnosi o dei trasferimenti.

<sup>8</sup> Il dato 2020 (10.681 interventi) è chiaramente anomalo e risente della crisi pandemica; analogamente il dato 2021 risulta – anche se in aumento rispetto all'anno precedente – distante dai valori attesi sulla base dei trend pre-Covid.





oggi disponibili, il punto di svolta nei volumi associato a esiti migliori si attesta intorno ai 100 interventi/anno.

L'indicatore relativo alle angioplastiche è una proporzione che misura la percentuale di PTCA eseguite su pazienti con IMA-STEMI rispetto al totale delle PTCA effettuate, utilizzato come *proxy* dell'appropriatezza dell'intervento; i benefici dell'angioplastica primaria negli STEMI sono molto ben documentate, mentre molto più deboli sono le prove di efficacia dell'angioplastica effettuata in elezione.

Volumi più alti sono associati con migliori *outcome* clinici, soprattutto quando la PTCA è eseguita nella fase precoce di IMA, dove è richiesta maggiore abilità ed esperienza rispetto a un intervento di routine in un paziente stabile (PTCA in elezione). Sempre in letteratura è stata indicata come soglia di volume per la PTCA 200-400 casi/anno, al di sotto della quale l'efficacia dell'assistenza erogata potrebbe essere compromessa.

Lo standard fissato dal DM 70/2015 è di 250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST. Le strutture che rispettano questo standard sono il 59% tra quelle di diritto pubblico e il 14% tra quelle di diritto privato, differenza imputabile anche al fatto che quest'ultime svolgono attività essenzialmente elettiva.

Nella valutazione dei volumi di attività delle strutture accreditate e della loro rispondenza agli standard minimi, occorre considerare che la casistica trattata non rispecchia i volumi potenzialmente erogabili, ma quelli effettivamente erogati nell'ambito dei limiti identificati dalla Programmazione regionale.<sup>9</sup>

Entrambi gli indicatori che compongono l'**area del sistema nervoso** vedono una percen-

tuale maggiore di strutture over-standard tra le strutture di diritto privato: la proporzione di quest'ultime con valori di mortalità a 30 giorni da un ricovero per ictus ischemico superiori allo standard di riferimento è, infatti, del 71% di contro al 51% circa di quelle di diritto pubblico; similmente per la mortalità a 30 giorni da un intervento di craniotomia per tumore cerebrale, dove le strutture pubbliche e le strutture private over-standard sono il 15% e il 21% circa.

Nell'**area del sistema respiratorio**, viene misurata la mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata, una delle cause più importanti di mortalità e morbosità nei paesi industrializzati.

Rispetto a questo indicatore le strutture pubbliche con qualità alta e molto alta sono il 12%, mentre quelle private sono il 56%.

Da una parte il risultato delle strutture di diritto pubblico con livelli di qualità sub-standard è sicuramente meritevole di attenzione (Fig.3), dall'altra occorre tenere conto che la BPCO è una condizione clinica soggetta a forte misclassification, soprattutto in quelle strutture di diritto privato dove la casistica trattata non riguarda la fase acuta, ma attiene a ricoveri di riabilitazione respiratoria caratterizzati da ridotta mortalità.

Questo ha un potenziale impatto ancora maggiore dopo la pandemica di Covid-19, non esistendo uno specifico codice di classificazione della condizione della quale tenere conto nei criteri di selezione e di aggiustamento.

Per quanto riguarda l'**area della chirurgia generale**, questa è valutata rispetto al trattamento della colelitiasi, una condizione diffusa che rappresenta un'importante causa di ricorso alla chirurgia addominale e caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari.

<sup>9</sup> Rispetto a questo tema e, più in generale, alla previsione normativa di volumi minimi di attività per prestazione o condizione clinica (implicita nella stessa disciplina concorrenziale di recente adozione) si avverte la necessità di ripensare il sistema dell'accreditamento e il meccanismo di assegnazione di budget alle strutture della componente di diritto privato, il quale automaticamente pone tetti massimi alle prestazioni erogabili nell'ambito del SSN (ex art. 15, comma 14 del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135), indipendentemente dalla effettiva potenzialità.

L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Anche se non si ha evidenza di alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica, la prima è associata a una degenza ospedaliera e a una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto: in letteratura la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è, in generale, compresa tra 3 e 5 giorni.

L'81% delle strutture pubbliche e il 92% delle strutture private presentano una proporzione superiore alla soglia minima prevista dal DM 70 per quel che attiene all'indicatore colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni.

Per quanto riguarda i volumi di attività, non ci sono differenze sostanziali tra pubblico e privato accreditato.

L'**area della chirurgia oncologica** è valutata attraverso indicatori di esito e di volume che valutano il singolo momento operatorio, l'abilità del chirurgo, dell'equipe e dell'assistenza peri-operatoria, e non già il percorso clinico-organizzativo del paziente oncologico, che spesso si articola in numerose e diverse prestazioni, erogate da più centri di cura.

La proporzione di interventi di resezioni entro 120 giorni da un intervento conservativo per TM della mammella valuta la necessità di re-intervenire chirurgicamente dopo una prima procedura conservativa. Le strutture che riportano una proporzione di nuovi interventi in linea con l'atteso sono sostanzialmente equivalenti tra le due componenti.

Le evidenze scientifiche documentano che la ricostruzione immediata della mammella dopo mastectomia non influisce sul decorso della malattia né impedisce di individuare eventuali recidive locali, non riduce l'efficacia della chemioterapia adiuvante né della radioterapia postoperatoria e quindi non richiede un differimento dei due trattamenti. La ricostruzione immediata permette quindi di semplificare il processo ricostruttivo della mammella e di ridurre l'impatto psicologico dell'intervento demolitivo, senza modificare il percorso terapeutico della paziente. E, tuttavia, da considerare che la scelta di effettuare l'intervento di ricostruzione contestuale deve essere sempre condivisa con la paziente.

La proporzione di ricostruzione contestuale all'intervento demolitivo è maggiore nelle strutture di diritto privato rispetto a quelle di diritto pubblico, anche se – considerando variabili aggiuntive come, in questo caso, la stadiazione condensata – la differenza di *performance* si riduce, così come accade per altri indicatori di esito.

In relazione a quest'ultimo punto sarebbe utile indagare il diverso comportamento di codifica tra i due comparti.<sup>10</sup>

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano la mortalità a 30 giorni dopo un intervento di chirurgia oncologica, per il tumore maligno del polmone sono le strutture di diritto pubblico che in percentuale mostrano una *performance* migliore; diversamente, per il tumore maligno dello stomaco, del colon, del fegato e del pancreas le strutture private di qualità alta /molto alta risultano in proporzione significativamente di più di quelle pubbliche.

Rispetto ai volumi di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella – per cui la percentuale di strutture pubbliche sopra-soglia è

10 Il diverso comportamento di codifica tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato potrebbe essere condizionato sia da una probabile maggiore attenzione delle strutture di privato alla completezza di tutti i campi (in quanto le sole remunerate sulla base delle tariffe secondo il sistema DRG) sia, di contro, dalla prassi di molte regioni di chiedere alla componente accreditata di limitare le informazioni inserite nella scheda di dimissione ospedaliera.





maggiore di quella delle strutture private (50% vs 38%) – il fenomeno di frammentazione della casistica è tanto più degno di nota se si considera che si tratta di un indicatore al quale a lungo sono stati dati spazio ed enfasi a livello scientifico e normativo.

Ancora più ridotta la concentrazione degli interventi chirurgici per TM del pancreas e per TM del fegato: rispettivamente, solo il 6% e l'11% delle strutture pubbliche e il 14% e il 13% delle private riportano volumi in linea con la soglia minima.

Nell'**area della gravidanza e del parto**, viene valutata soprattutto la capacità della rete ospedaliera di contenere il ricorso al parto chirurgico per motivi non medici, sia ridimensionando il ricorso al taglio cesareo in donne senza pregresso parto chirurgico sia promuovendo il parto naturale in donne con precedente cesareo, tutte le volte che non sussistono indicazioni cliniche differenti per il trattamento di specifiche condizioni di salute della donna e/o del neonato.

Il DM 70 identifica una percentuale massima di tagli cesarei primari distinta per le strutture di I livello e di II livello, ovvero per le maternità, rispettivamente, sotto e sopra 1000 parti/anno.

Riguardo i punti nascita con meno di 1000 parti/anno se le maternità con percentuali di tagli cesarei primari minori o uguali al 15% sono molto poche tra le strutture pubbliche (14%), tra le strutture private solo il 4% rispetta lo standard.

Nelle strutture con almeno 1000 parti/anno – che dovrebbero assistere una casistica verosimilmente più complessa – la soglia massima del 25% è rispettata dal 82% delle strutture di diritto pubblico, ma solo dal 31% di quelle di diritto privato.<sup>11</sup>

Per l'indicatore che misura la proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo (VBAC), la performance delle strutture pubbliche è nel complesso migliore di quelle

di diritto privato con, rispettivamente, il 46% e il 26% dei punti nascita che, con un percentuale (se pur ridotta) di ricorso al VBAC, garantiscono questa prestazione alle partorienti con precedente parto chirurgico.

Il ricorso all'episiotomia nel parto vaginale si è notevolmente ridotto nel tempo, passando dal 25% del 2015 al 12% del 2021, con il 61% delle strutture di diritto pubblico e il 37% di quelle di diritto privato con proporzioni in linea col riferimento.

Nonostante già dal 2010, l'accordo Stato-Regioni sul riordino dei punti nascita prevedeva la chiusura definitiva dei reparti di maternità con < 500 parti/anno, ancora oggi sono diverse le strutture che si collocano al di sotto di questa soglia anche in assenza di condizioni orografiche particolari e/o difficili.

L'indicatore *core* dell'**area osteomuscolare** è quello che misura la capacità di intervenire tempestivamente su pazienti over 65 con frattura del collo del femore.

Il DM 70 fissa al 60% la percentuale minima di fratture del collo femore da operare entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero.

Così come per l'indicatore relativo alle PTCA in IMA-STEMI entro 90 minuti, il passaggio dall'intervallo misurato in giorni a quello misurato in ore ha determinato un'importante riduzione delle strutture in linea con lo standard – il 29% di quelle di diritto pubblico e il 43% di quelle di diritto privato - a rimarcare il maggiore impatto sulla pratica clinico-organizzativa (con effetti potenzialmente distorsivi) di un adempimento normativo rispetto alla persuasione culturale di una pratica *evidence-based*.

Mentre per le riammissioni a 30 giorni dopo intervento sull'anca sono le strutture accreditate a riportare proporzionalmente esiti migliori (64% vs 45%), per gli indicatori di revisione a due anni dopo protesi di anca e ginocchio (51%

<sup>11</sup> Nella valutazione Treemap che propone il PNE si prevede, invece, la sola soglia del 25% indipendentemente dal numero di parti effettuati dalle strutture.

vs 62% e 51% vs 57%) e di riammissione dopo artroprotesi del ginocchio (45% vs 59%) sono le strutture pubbliche ad avere una maggiore aderenza allo standard di qualità.

Come diretta conseguenza della caratterizzazione della rete di emergenza-urgenza di molte regioni, l'analisi dei volumi di attività associati a esiti migliori rileva, per quanto riguarda gli interventi di traumatologia, una maggiore concentrazione della casistica tra le strutture di diritto pubblico, mentre, per quanto riguarda la protesica, una maggiore concentrazione della casistica tra le strutture di diritto privato.

Nell'**area urogenitale** – non valutata nel *Tree-map* – viene misurato l'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo ricovero per insufficienza renale cronica: le strutture che riportano esiti di qualità alta sono il 20% tra quelle di diritto pubblico e il 51% tra quelle di diritto privato.

In Tab.8 si riporta la percentuale di interventi che viene effettuata nelle strutture che rispettano gli standard quantitativi minimi.

L'analisi consente di determinare, per differenza,

la quota di prestazioni/trattamenti che vengono erogati da strutture con volumi di attività non conformi al riferimento. Se, ad esempio, le strutture che effettuano un volume di interventi chirurgici per TM della mammella non inferiore a 135 interventi/anno sono il 50% tra le strutture di diritto pubblico e il 38% tra le strutture di diritto privato, la percentuale di interventi che viene effettuata in queste strutture in linea con l'atteso corrisponde, rispettivamente, al 84% e al 87% del totale di procedure effettuate in ciascun comparto.

Il 2020, caratterizzato dalla pandemia, ha rappresentato chiaramente un anno anomalo con effetti macroscopici sia nei volumi di attività sia negli esiti delle prestazioni erogate nell'ambito del SSN, questi ultimi a loro volta condizionati sia da un effettivo peggioramento della qualità dell'assistenza per le prestazioni no-Covid sia da una minore attenzione alla codifica.

Nel 2020, infatti, per molti indicatori si documenta una significativa riduzione dei ricoveri (Tab.1-3), nonché un arresto nel trend di progressivo miglioramento degli *outcome* ospedalieri che si è registrato nel corso del tempo.

**Tab.8 – Totale interventi (N) e numero interventi effettuati in strutture in linea con gli standard quantitativi in valore assoluto (n.) e in percentuale rispetto al totale (%), per natura giuridica, Italia 2021**

INDICATORE	Totale	Comparto pubblico			Comparto privato		
	N.	N.	n.	%	N.	n.	%
Colecistectomia laparoscopica: volumi	83194	53857	43108	<b>80</b>	28710	22825	<b>80</b>
Intervento chirurgico per TM della mammella: volumi	62430	44862	37640	<b>84</b>	17092	14939	<b>87</b>
Parti: volumi	398438	312373	297723	<b>95</b>	85762	83860	<b>98</b>
Protesi anca: volumi	115016	55862	46806	<b>84</b>	58368	54990	<b>94</b>
Intervento chirurgico per TM del pancreas: volumi	2645	1874	727	<b>39</b>	771	461	<b>60</b>
Intervento chirurgico per TM colon: volumi	24537	18938	13789	<b>73</b>	5513	3604	<b>65</b>
Intervento chirurgico per TM fegato: volumi	5796	4300	2235	<b>52</b>	1479	915	<b>62</b>
Intervento chirurgico per TM prostata: volumi	18416	11607	8770	<b>76</b>	6541	5003	<b>76</b>
Intervento chirurgico per TM rene: volumi	11554	8587	5389	<b>63</b>	2880	1697	<b>59</b>
Infarto miocardico acuto: volumi	106170	90061	84442	<b>94</b>	16109	13891	<b>86</b>
Bypass aorto-coronarico isolato: volumi	11940	6876	2897	<b>42</b>	5048	1758	<b>35</b>
Frattura del collo del femore: volumi	96966	82025	80358	<b>98</b>	14683	13058	<b>89</b>
Intervento chirurgico per TM del polmone: volumi	11457	8255	6228	<b>75</b>	3186	2710	<b>85</b>
Protesi ginocchio: volumi	80338	16660	7118	<b>43</b>	63131	59791	<b>95</b>
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale: volumi	8051	6123	3587	<b>59</b>	1891	742	<b>39</b>





**Tab.9 – Strutture in linea con gli standard qualitativi, per natura giuridica, Trend Italia 2019-2021**

INDICATORE	Anno 2019				Anno 2020				Anno 2021			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	324	<b>55</b>	55	<b>56</b>	314	<b>54</b>	55	<b>55</b>	302	<b>61</b>	55	<b>64</b>
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	314	<b>51</b>	55	<b>49</b>	302	<b>61</b>	55	<b>62</b>
Proporzioni di PTCA entro 90 minuti in IMA-STEMI	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	184	<b>40</b>	34	<b>53</b>	181	<b>39</b>	33	<b>52</b>
STEMI: trattati con PTCA entro 90 minuti sul totale degli STEMI trattati con PTCA entro 12ore dall'accesso nella struttura di ricovero/service	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	163	<b>63</b>	28	<b>54</b>	160	<b>61</b>	28	<b>68</b>
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	452	<b>37</b>	148	<b>59</b>	409	<b>28</b>	118	<b>43</b>	385	<b>32</b>	126	<b>47</b>
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 gg	53	<b>92</b>	39	<b>100</b>	52	<b>88</b>	38	<b>97</b>	52	<b>85</b>	37	<b>95</b>
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	52	<b>90</b>	38	<b>97</b>	52	<b>87</b>	37	<b>92</b>
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	53	<b>81</b>	39	<b>87</b>	54	<b>72</b>	40	<b>85</b>	54	<b>78</b>	39	<b>82</b>
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	90	<b>34</b>	28	<b>32</b>	85	<b>34</b>	26	<b>50</b>	75	<b>31</b>	24	<b>42</b>
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	261	<b>58</b>	39	<b>74</b>	232	<b>46</b>	32	<b>63</b>	229	<b>51</b>	31	<b>71</b>
Intervento chirurgico per TM cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	83	<b>14</b>	15	<b>20</b>	86	<b>13</b>	18	<b>22</b>	88	<b>15</b>	19	<b>21</b>
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	390	<b>27</b>	84	<b>64</b>	275	<b>15</b>	49	<b>55</b>	222	<b>12</b>	48	<b>56</b>
Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria < 3 giorni	344	<b>77</b>	148	<b>87</b>	245	<b>72</b>	133	<b>89</b>	274	<b>81</b>	154	<b>92</b>
Intervento di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella	134	<b>49</b>	36	<b>50</b>	124	<b>46</b>	35	<b>49</b>	131	<b>51</b>	37	<b>59</b>
Intervento di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella (nuove variabili)	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	124	<b>48</b>	35	<b>51</b>	131	<b>50</b>	37	<b>54</b>
Intervento di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per TM mammella	211	<b>66</b>	63	<b>71</b>	204	<b>64</b>	60	<b>67</b>	200	<b>71</b>	60	<b>73</b>
Intervento di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per TM mammella (nuove variabili)	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	204	<b>65</b>	60	<b>65</b>	200	<b>69</b>	60	<b>73</b>
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	86	<b>34</b>	22	<b>41</b>	80	<b>43</b>	21	<b>19</b>	77	<b>38</b>	21	<b>19</b>
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	75	<b>49</b>	17	<b>47</b>	67	<b>33</b>	16	<b>50</b>	66	<b>38</b>	14	<b>71</b>
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	263	<b>38</b>	60	<b>53</b>	251	<b>34</b>	59	<b>36</b>	236	<b>31</b>	59	<b>36</b>
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	46	<b>61</b>	15	<b>80</b>	47	<b>55</b>	15	<b>67</b>	46	<b>41</b>	15	<b>73</b>
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	23	<b>74</b>	9	<b>67</b>	26	<b>69</b>	10	<b>80</b>	27	<b>70</b>	10	<b>90</b>
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità I livello	223	<b>15</b>	27	<b>4</b>	207	<b>10</b>	27	<b>4</b>	198	<b>14</b>	27	<b>4</b>
Proporzione di parti con taglio cesareo primario - maternità II livello	113	<b>75</b>	38	<b>32</b>	111	<b>73</b>	36	<b>33</b>	107	<b>82</b>	35	<b>31</b>
Proporzione di parti vaginali dopo cesareo	243	<b>43</b>	57	<b>19</b>	232	<b>42</b>	56	<b>20</b>	228	<b>46</b>	57	<b>26</b>
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	329	<b>57</b>	63	<b>32</b>	319	<b>61</b>	63	<b>37</b>
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni	428	<b>30</b>	117	<b>66</b>	387	<b>16</b>	99	<b>42</b>	363	<b>20</b>	107	<b>51</b>
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 2 giorni	378	<b>67</b>	58	<b>72</b>	367	<b>62</b>	61	<b>74</b>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 48 ore	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	<i>N.D.</i>	367	<b>32</b>	62	<b>44</b>	360	<b>29</b>	67	<b>43</b>
Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni	109	<b>71</b>	14	<b>36</b>	103	<b>50</b>	10	<b>50</b>	127	<b>58</b>	10	<b>70</b>
Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni	97	<b>46</b>	11	<b>45</b>	90	<b>52</b>	7	<b>43</b>	115	<b>57</b>	10	<b>60</b>
Protesi anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	328	<b>59</b>	180	<b>53</b>	332	<b>58</b>	196	<b>47</b>	333	<b>62</b>	197	<b>51</b>
Protesi anca: riammissioni a 30 giorni	314	<b>40</b>	188	<b>73</b>	283	<b>38</b>	194	<b>62</b>	292	<b>45</b>	222	<b>64</b>
Protesi ginocchio: revisione entro 2 anni	238	<b>48</b>	228	<b>45</b>	260	<b>55</b>	232	<b>50</b>	255	<b>57</b>	241	<b>51</b>
Protesi ginocchio: riammissioni a 30 giorni	241	<b>51</b>	235	<b>51</b>	141	<b>48</b>	243	<b>37</b>	148	<b>59</b>	244	<b>45</b>
Volumi di angioplastiche di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI	175	<b>58</b>	55	<b>16</b>	160	<b>68</b>	51	<b>14</b>	168	<b>59</b>	51	<b>14</b>

L'analisi del trend degli esiti 2019-2021 consente innanzitutto di valutare la capacità di recupero del SSN nel primo anno post-pandemico, misurata in termini di ritorno ai livelli del 2019.

Alcuni elementi di valutazione sono riportati qui di seguito:

- **mortalità a 30 giorni dopo ricovero per IMA** – nel confronto 2020-2021, le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza allo standard qualitativo passano dal 54% al 61% tra quelle di diritto pubblico e dal 55% al 64% tra quelle di diritto privato, con un miglioramento anche rispetto al periodo pre-pandemico;
- **mortalità a 30 giorni dopo ricovero per scompenso cardiaco congestizio** – nel 2021 le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza al riferimento passano dal 28% al 32% tra quelle di diritto pubblico e dal 43% al 47% tra quelle di diritto privato, ma soprattutto in relazione a quest'ultime si è ancora lontani dalle percentuali pre-Covid (59%);
- **mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus ischemico** – analogamente, rispetto al 2020, nel 2021 le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza allo standard passano dal 46% al 51% tra quelle di diritto pubblico e dal 51% al 71% tra quelle di diritto privato. Nel 2019 erano, rispettivamente, il 58% e il 74%;
- **mortalità a 30 giorni dopo ricovero per BPCO** – comparando gli anni 2019 e 2020, si registra una flessione nella percentuale di strutture con un livello alto o molto alto di aderenza allo standard qualitativo: si passa dal 27% al 15% per le strutture di diritto pubblico e dal 64% al 55% per le private accreditate. Per queste ultime non ci sono sostanziali variazioni nel 2021; mentre le strutture pubbliche di qualità over-standard si riducono di un ulteriore al 12%;
- **mortalità a 30 giorni dopo ricovero per BPCO** – nel confronto tra il 2019 e il 2020, le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza allo standard qualitativo passano dal 27% al 15% tra quelle di diritto pubblico e dal 64% al 55% tra quelle di diritto privato. Nel 2021 le strutture pubbliche con risultati superiori all'atteso si riducono ulteriormente (12%), mentre quelle accreditate restano sostanzialmente uguali;
- **colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni** – nel confronto 2020-2021, le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza allo standard qualitativo passano dal 72% al 81% tra quelle di diritto pubblico e dal 89% al 92% tra quelle di diritto privato, con un miglioramento anche rispetto al periodo pre-pandemico;
- **tagli cesarei senza progresso parto cesareo e VBAC** – il quadro 2020 è abbastanza sovrapponibile a quello 2019. Nel 2021 aumenta la proporzione di strutture di diritto pubblico di qualità alta/molto alta;
- **tempestività di intervento chirurgico sulla frattura del collo del femore** – nel 2021 le strutture con livelli di qualità over-standard sono inferiori rispetto al 2020 tanto tra le strutture di diritto pubblico quanto tra le strutture di diritto privato;
- **insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni** – nel 2021 le strutture che riportano un livello alto o molto alto di aderenza al riferimento passano dal 16% al 20% tra quelle di diritto pubblico e dal 42% al 51% tra quelle di diritto privato, ma si è ancora lontani dalle percentuali pre-Covid;
- **embolia polmonare: mortalità a 30 giorni** – se nel 2021 la percentuale di strutture di diritto pubblico con qualità alta/molto alta è ancora di molto inferiore al periodo pre-Covid, le strutture di diritto privato passano dal 36% del 2019 al 50% e 70% rispettivamente del 2020 e del 2021;
- **protesi anca: revisione a 2 anni dall'intervento** – non si documentano importanti variazioni nell'intervallo considerato.



# ANALISI REGIONALE

I commenti riportati nell'analisi regionale sono inseriti esclusivamente a titolo esemplificativo. La scelta di commentare i risultati di una o più regioni non dipende da una maggiore rilevanza degli stessi.

## Analisi per area clinica

**Tab.10 – Area sistema cardiocircolatorio – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per regione e natura giuridica, 2021**

Regioni	PUBBLICO					PRIVATO				
	N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa		N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa	
		n.	%	n.	%		n.	%	n.	%
Piemonte	30	20	<b>67</b>	2	<b>7</b>	4	3	<b>75</b>	0	
Valle d'Aosta	1	1		0		0	0		0	
Lombardia	60	27	<b>45</b>	5	<b>8</b>	34	25	<b>74</b>	4	<b>12</b>
Prov. Auton. Bolzano	6	3	<b>50</b>	0		0	0		0	
Prov. Auton. Trento	6	5	<b>83</b>	0		0	0		0	
Veneto	31	18	<b>58</b>	3	<b>10</b>	8	4	<b>50</b>	1	<b>13</b>
Friuli Venezia Giulia	10	7	<b>70</b>	0		1	0		1	
Liguria	12	5	<b>42</b>	4	<b>33</b>	2	1		0	
Emilia-Romagna	38	27	<b>71</b>	2	<b>5</b>	9	6	<b>67</b>	2	<b>22</b>
Toscana	29	20	<b>69</b>	3	<b>10</b>	2	2		0	
Umbria	6	4	<b>67</b>	1	<b>17</b>	0	0		0	
Marche	13	11	<b>85</b>	1	<b>8</b>	1	0		0	
Lazio	31	19	<b>61</b>	3	<b>10</b>	29	12	<b>41</b>	7	<b>24</b>
Abruzzo	11	5	<b>45</b>	1	<b>9</b>	4	2	<b>50</b>	0	
Molise	3	2	<b>67</b>	1	<b>33</b>	2	1		0	
Campania	31	13	<b>42</b>	6	<b>19</b>	17	11	<b>65</b>	1	<b>6</b>
Puglia	23	12	<b>52</b>	3	<b>13</b>	10	6	<b>60</b>	1	<b>10</b>
Basilicata	6	1	<b>17</b>	4	<b>67</b>	0	0		0	
Calabria	15	8	<b>53</b>	2	<b>13</b>	2	2		0	
Sicilia	38	15	<b>39</b>	5	<b>13</b>	16	11	<b>69</b>	2	<b>13</b>
Sardegna	10	8	<b>80</b>	0		0	0		0	

Rispetto all'area del sistema cardiocircolatorio, in Sicilia la proporzione di strutture di qualità bassa/molto bassa è analoga tra pubblico e privato ac-

creditato, mentre sono, rispettivamente, il 39% e il 69% quelle che presentano un livello di conformità alto o molto alto rispetto allo standard.

**Tab.11 – Area sistema nervoso – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per regione e natura giuridica, 2021**

Regioni	PUBBLICO					PRIVATO				
	Cluster>0	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa		Cluster>0	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa	
		n.	%	n.	%		n.	%	n.	%
Piemonte	23	11	<b>48</b>	3	<b>13</b>	1	0		0	
Valle d'Aosta	1	0		1		0	0		0	
Lombardia	32	19	<b>59</b>	3	<b>9</b>	15	10	<b>67</b>	1	<b>7</b>
Prov. Auton. Bolzano	2	1		0		0	0		0	
Prov. Auton. Trento	2	1		0		0	0		0	
Veneto	22	15	<b>68</b>	0		2	2	<b>100</b>	0	
Friuli Venezia Giulia	6	4	<b>67</b>	1	<b>17</b>	0	0		0	
Liguria	7	4	<b>57</b>	0		1	0		0	
Emilia-Romagna	20	13	<b>65</b>	2	<b>10</b>	1	1		0	
Toscana	21	18	<b>86</b>	1	<b>5</b>	1	1		0	
Umbria	6	5	<b>83</b>	0		0	0		0	
Marche	10	8	<b>80</b>	1	<b>10</b>	0	0		0	
Lazio	12	2	<b>17</b>	2	<b>17</b>	5	3	<b>60</b>	1	<b>20</b>
Abruzzo	7	4	<b>57</b>	2	<b>29</b>	1	1		0	
Molise	2	0	<b>0</b>	1	<b>50</b>	1	0		1	
Campania	16	1	<b>6</b>	12	<b>75</b>	1	1		0	
Puglia	11	5	<b>45</b>	3	<b>27</b>	3	0	<b>0</b>	2	<b>67</b>
Basilicata	2	0		0		0	0		0	
Calabria	6	1	<b>17</b>	3	<b>50</b>	0	0		0	
Sicilia	20	3	<b>15</b>	12	<b>60</b>	5	4	<b>80</b>	0	
Sardegna	7	5	<b>71</b>	1	<b>14</b>	0	0		0	

Diversamente, in Emilia-Romagna, il 71% delle strutture pubbliche è valutato di qualità over-standard, contro il 67% delle strutture di diritto privato; le strutture di qualità bassa o molto bassa sono il 5% e il 22%.

Nell'area del sistema nervoso, sono molto poche le regioni nelle quali è possibile stabilire un

confronto tra le due componenti del SSN. Ad esempio la Lombardia, dove le strutture di qualità alta /molto alta sono il 59% tra quelle di diritto pubblico e il 67% tra quelle di diritto privato. Le strutture di qualità substandard sono invece il 9% e il 7%.





**Tab.12 – Area sistema respiratorio – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per regione e natura giuridica, 2021**

Regioni	PUBBLICO					PRIVATO				
	Cluster>0 N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa		Cluster>0 N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa	
		n.	%	n.	%		n.	%	n.	%
Piemonte	23	0	<b>0</b>	19	<b>83</b>	1	0		0	
Valle d'Aosta	1	1		0		0	0		0	
Lombardia	26	5	<b>19</b>	11	<b>42</b>	17	10	<b>59</b>	5	<b>29</b>
Prov. Auton. Bolzano	3	2	<b>67</b>	1	<b>33</b>	0	0		0	
Prov. Auton. Trento	2	1	<b>50</b>	0		0	0		0	
Veneto	18	2	<b>11</b>	8	<b>44</b>	2	0		1	
Friuli Venezia Giulia	4	0	<b>0</b>	3	<b>75</b>	0	0		0	
Liguria	9	1	<b>11</b>	6	<b>67</b>	1	0		0	
Emilia-Romagna	32	5	<b>16</b>	13	<b>41</b>	2	1		1	
Toscana	21	2	<b>10</b>	9	<b>43</b>	0	0		0	
Umbria	4	0	<b>0</b>	4	<b>100</b>	0	0		0	
Marche	6	2	<b>33</b>	3	<b>50</b>	0	0		0	
Lazio	9	1	<b>11</b>	7	<b>78</b>	6	3	<b>50</b>	2	<b>33</b>
Abruzzo	6	0	<b>0</b>	4	<b>67</b>	1	1		0	
Molise	0	0		0		0	0		0	
Campania	17	1	<b>6</b>	13	<b>76</b>	3	2	<b>67</b>	1	<b>33</b>
Puglia	16	1	<b>6</b>	13	<b>81</b>	10	6	<b>60</b>	2	<b>20</b>
Basilicata	5	1	<b>20</b>	4	<b>80</b>	0	0		0	
Calabria	6	0	<b>0</b>	4	<b>67</b>	2	2	<b>100</b>	0	
Sicilia	8	0	<b>0</b>	8	<b>100</b>	3	2	<b>67</b>	1	<b>33</b>
Sardegna	6	1	<b>17</b>	4	<b>67</b>	0	0		0	

Nell'analisi regionale per area clinica è possibile rilevare come l'offerta sanitaria sia di fatto articolata in 21 servizi sanitari fortemente disomogenei per livello di qualità, nonché per differenti combinazioni pubblico-privato nell'erogazione delle prestazioni.

In Puglia, ad esempio, i ricoveri relativi all'area respiratoria sono effettuati da 16 strutture di diritto pubblico e 10 strutture di diritto privato. Delle prime, solo una riporta livelli di qualità

alti/molto alti, mentre 13 (pari all'81%) presenta una qualità al di sotto del riferimento. Nel privato accreditato, più della metà delle strutture è valutata come over-standard, mentre 2 strutture presentano livelli di qualità bassa/molto bassa. In Piemonte, invece, l'offerta è sostanzialmente di diritto pubblico, con 19 strutture su 23 (83%) con un livello basso/molto basso di conformità agli standard e solo una struttura di diritto privato con valori non diversi dal riferimento.

**Tab.13 – Area chirurgia generale – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per regione e natura giuridica, 2021**

Regioni	PUBBLICO					PRIVATO				
	Cluster>0 N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa		Cluster>0 N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa	
		n.	%	n.	%		n.	%	n.	%
Piemonte	31	20	<b>65</b>	8	<b>26</b>	12	6	<b>50</b>	6	<b>50</b>
Valle d'Aosta	1	0		0		0	0		0	
Lombardia	59	34	<b>58</b>	22	<b>37</b>	40	26	<b>65</b>	13	<b>33</b>
Prov. Auton. Bolzano	6	3	<b>50</b>	3	<b>50</b>	0	0		0	
Prov. Auton. Trento	7	3	<b>43</b>	4	<b>57</b>	1	1		0	
Veneto	34	18	<b>53</b>	15	<b>44</b>	10	8	<b>80</b>	2	<b>20</b>
Friuli Venezia Giulia	10	3	<b>30</b>	5	<b>50</b>	4	0	<b>0</b>	4	<b>100</b>
Liguria	10	4	<b>40</b>	4	<b>40</b>	4	2	<b>50</b>	2	<b>50</b>
Emilia-Romagna	32	19	<b>59</b>	10	<b>31</b>	9	2	<b>22</b>	7	<b>78</b>
Toscana	32	24	<b>75</b>	7	<b>22</b>	5	0	<b>0</b>	5	<b>100</b>
Umbria	9	6	<b>67</b>	3	<b>33</b>	2	0	<b>0</b>	2	<b>100</b>
Marche	14	11	<b>79</b>	3	<b>21</b>	4	2	<b>50</b>	2	<b>50</b>
Lazio	29	15	<b>52</b>	10	<b>34</b>	27	18	<b>67</b>	8	<b>30</b>
Abruzzo	13	6	<b>46</b>	6	<b>46</b>	5	4	<b>80</b>	1	<b>20</b>
Molise	3	0	<b>0</b>	3	<b>100</b>	2	2		0	
Campania	38	10	<b>26</b>	22	<b>58</b>	45	20	<b>44</b>	24	<b>53</b>
Puglia	28	11	<b>39</b>	15	<b>54</b>	15	8	<b>53</b>	7	<b>47</b>
Basilicata	6	3	<b>50</b>	2	<b>33</b>	0	0		0	
Calabria	13	3	<b>23</b>	9	<b>69</b>	11	4	<b>36</b>	5	<b>45</b>
Sicilia	38	16	<b>42</b>	21	<b>55</b>	32	14	<b>44</b>	18	<b>56</b>
Sardegna	13	4	<b>31</b>	8	<b>62</b>	6	5	<b>83</b>	1	<b>17</b>

Rispetto all'area della chirurgia generale, la Campania è la sola regione dove le strutture di diritto privato sono di più di quelle di diritto pubblico. Tra le pubbliche, il 26% presenta un livello alto/molto alto di conformità agli standard, contro il 44% delle private accreditate; le proporzioni di strutture valutate di qualità bassa/molto

bassa sono invece, rispettivamente, il 58% e il 53%.

Anche in questo caso è apprezzabile l'eterogeneità interregionale sia nell'articolazione pubblico-privato dell'offerta sia nella rispondenza agli standard di qualità.





**Tab.14 – Area chirurgia oncologica – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per regione e natura giuridica, 2021**

Regioni	PUBBLICO					PRIVATO				
	Cluster>0 N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa		Cluster>0 N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa	
		n.	%	n.	%		n.	%	n.	%
Piemonte	30	13	<b>43</b>	14	<b>47</b>	4	3	<b>75</b>	1	<b>25</b>
Valle d'Aosta	1	0		1		0			0	
Lombardia	45	17	<b>38</b>	25	<b>56</b>	25	16	<b>64</b>	6	<b>24</b>
Prov. Auton. Bolzano	4	1	<b>25</b>	2	<b>50</b>	0	0		0	
Prov. Auton. Trento	2	2	<b>100</b>	0		0			0	
Veneto	31	14	<b>45</b>	13	<b>42</b>	6	3	<b>50</b>	3	<b>50</b>
Friuli Venezia Giulia	9	5	<b>56</b>	4	<b>44</b>	1	0		1	
Liguria	8	5	<b>63</b>	3	<b>38</b>	2	1		1	
Emilia-Romagna	22	15	<b>68</b>	2	<b>9</b>	1	0		1	
Toscana	22	15	<b>68</b>	3	<b>14</b>	0	0		0	
Umbria	6	5	<b>83</b>	1	<b>17</b>	0	0		0	
Marche	12	9	<b>75</b>	1	<b>8</b>	0	0		0	
Lazio	19	9	<b>47</b>	4	<b>21</b>	14	9	<b>64</b>	5	<b>36</b>
Abruzzo	6	6	<b>100</b>	0	<b>0</b>	2	1		0	
Molise	1	0		1		1	0		1	
Campania	19	8	<b>42</b>	8	<b>42</b>	14	10	<b>71</b>	4	<b>29</b>
Puglia	13	8	<b>62</b>	4	<b>31</b>	8	5	<b>63</b>	3	<b>38</b>
Basilicata	3	0	<b>0</b>	2	<b>67</b>	0	0		0	
Calabria	4	2	<b>50</b>	2	<b>50</b>	2	0		2	
Sicilia	19	8	<b>42</b>	10	<b>53</b>	9	7	<b>78</b>	1	<b>11</b>
Sardegna	8	2	<b>25</b>	5	<b>63</b>	2	1	<b>50</b>	1	<b>50</b>

Nell'area della chirurgia oncologica, ad esempio in Lombardia, ci sono 45 strutture di diritto pubblico e 25 strutture di diritto privato. Le strutture di qualità alta/molto alta rappresenta-

no il 38% delle pubbliche e il 64% delle private accreditate; quelle di livello sub-standard sono invece, rispettivamente, il 56% e il 24%.

**Tab.15 – Area gravidanza e parto – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per regione e natura giuridica, 2021**

Regioni	PUBBLICO					PRIVATO				
	Cluster>0 N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa		Cluster>0 N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa	
		n.	%	n.	%		n.	%	n.	%
Piemonte	25	19	<b>76</b>	5	<b>20</b>	0	0		0	
Valle d'Aosta	1	0		1		0	0		0	
Lombardia	43	33	<b>77</b>	8	<b>19</b>	12	5	<b>42</b>	3	<b>25</b>
Prov. Auton. Bolzano	5	4	<b>80</b>	1	<b>20</b>	0	0		0	
Prov. Auton. Trento	4	2	<b>50</b>	2	<b>50</b>	0	0		0	
Veneto	29	20	<b>69</b>	6	<b>21</b>	3	3	<b>100</b>	0	<b>0</b>
Friuli Venezia Giulia	8	6	<b>75</b>	2	<b>25</b>	1	1		0	
Liguria	7	5	<b>71</b>	1	<b>14</b>	2	1		1	
Emilia-Romagna	20	17	<b>85</b>	3	<b>15</b>	0	0		0	
Toscana	23	16	<b>70</b>	4	<b>17</b>	0	0		0	
Umbria	6	5	<b>83</b>	1	<b>17</b>	0	0		0	
Marche	11	4	<b>36</b>	1	<b>9</b>	0	0		0	
Lazio	19	0	<b>0</b>	8	<b>42</b>	9	1	<b>11</b>	4	<b>44</b>
Abruzzo	9	1	<b>11</b>	4	<b>44</b>	0	0		0	
Molise	3	0	<b>0</b>	3	<b>100</b>	0	0		0	
Campania	28	4	<b>14</b>	17	<b>61</b>	23	2	<b>9</b>	19	<b>83</b>
Puglia	20	3	<b>15</b>	7	<b>35</b>	5	2	<b>40</b>	1	<b>20</b>
Basilicata	5	1	<b>20</b>	2	<b>40</b>	0	0		0	
Calabria	10	0	<b>0</b>	5	<b>50</b>	1	0		1	
Sicilia	37	7	<b>19</b>	19	<b>51</b>	7	0	<b>0</b>	6	<b>86</b>
Sardegna	11	2	<b>18</b>	6	<b>55</b>	0	0		0	

Nell'area gravidanza e parto se, ad esempio in Sicilia, dei 37 punti nascita di diritto pubblico, il 19% presenta qualità alta/molto alta e il 51% qualità bassa/molto bassa, mentre delle 7 maternità di diritto privato nessuna è valutata come

over-standard e 6 sono di livello sub-standard, in Puglia, il 15% e il 35% delle pubbliche sono, rispettivamente, di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, contro 2 strutture e una struttura delle 5 totali di diritto privato.





**Tab.16 – Area osteomuscolare – Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per regione e natura giuridica, 2021**

Regioni	PUBBLICO					PRIVATO				
	Cluster>0 N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa		Cluster>0 N.	Qualità alta/ molto alta		Qualità bassa/ molto bassa	
		n.	%	n.	%		n.	%	n.	%
Piemonte	30	6	<b>20</b>	7	<b>23</b>	1	1		0	
Valle d'Aosta	1	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	0		0	
Lombardia	53	18	<b>34</b>	14	<b>26</b>	22	10	<b>45</b>	4	<b>18</b>
Prov. Auton. Bolzano	4	4	<b>100</b>	0	<b>0</b>	0	0		0	
Prov. Auton. Trento	4	2	<b>50</b>	0	<b>0</b>	0	0		0	
Veneto	28	12	<b>43</b>	5	<b>18</b>	4	1	<b>25</b>	1	<b>25</b>
Friuli Venezia Giulia	9	3	<b>33</b>	5	<b>56</b>	0	0		0	
Liguria	7	0	<b>0</b>	6	<b>86</b>	2	0	<b>0</b>	2	<b>100</b>
Emilia-Romagna	28	16	<b>57</b>	6	<b>21</b>	0	0		0	
Toscana	26	6	<b>23</b>	7	<b>27</b>	0	0		0	
Umbria	6	1	<b>17</b>	4	<b>67</b>	0	0		0	
Marche	11	3	<b>27</b>	2	<b>18</b>	0	0		0	
Lazio	27	8	<b>30</b>	13	<b>48</b>	13	6	<b>46</b>	2	<b>15</b>
Abruzzo	13	2	<b>15</b>	7	<b>54</b>	0	0		0	
Molise	3	0	<b>0</b>	3	<b>100</b>	0	0		0	
Campania	30	3	<b>10</b>	15	<b>50</b>	5	0	<b>0</b>	2	<b>40</b>
Puglia	19	6	<b>32</b>	5	<b>26</b>	4	1	<b>25</b>	1	<b>25</b>
Basilicata	6	1	<b>17</b>	4	<b>67</b>	0	0		0	
Calabria	11	1	<b>9</b>	9	<b>82</b>	2	2		0	
Sicilia	33	12	<b>36</b>	14	<b>42</b>	14	8	<b>57</b>	2	<b>14</b>
Sardegna	12	2	<b>17</b>	9	<b>75</b>	0	0		0	

Nell'area osteomuscolare, a titolo esemplificativo, nel Lazio ci sono 27 strutture di diritto pubblico e 13 strutture di diritto privato. Le strutture di qualità alta/molto alta rappresentano il 30%

delle pubbliche e il 46% delle private accreditate; quelle di livello sub-standard sono, invece, rispettivamente, il 48% e il 15%.

## Analisi per indicatore

### Area sistema cardiovascolare

**Tab.17 – Infarto miocardico acuto: volumi –** Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	97	53
Valle d'Aosta	100	-
Lombardia	93	90
Prov. Auton. Bolzano	82	0
Prov. Auton. Trento	84	0
Veneto	96	76
Friuli Venezia Giulia	93	0
Liguria	95	66
Emilia-Romagna	95	58
Toscana	93	70
Umbria	96	-
Marche	95	0
Lazio	93	89
Abruzzo	98	0
Molise	78	0
Campania	92	93
Puglia	91	100
Basilicata	94	-
Calabria	97	94
Sicilia	93	87
Sardegna	90	-

In Tab.17 è rappresentata a livello regionale la proporzione di IMA che vengono trattati in strutture con volumi di attività in linea con lo standard ( $\geq 90$ ), considerando separatamente la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN<sup>12</sup>.

Ad esempio, in Piemonte, se nell'ambito delle strutture pubbliche la quasi totalità dei ricoveri avviene in strutture conformi alla soglia minima di volume, nell'ambito delle strutture di diritto privato solo il 53% dei pazienti viene ricoverato in strutture con almeno 90 casi/anno.

<sup>12</sup> Anche se sono state escluse tutte le strutture con volumi inferiori a 5 casi/anno, è plausibile che ad altre strutture con numerosità molto bassa siano attribuiti erroneamente ricoveri per infarto a causa di problemi di miscodifica, ad esempio, della diagnosi o dei trasferimenti, con conseguente sottostima della concentrazione della casistica.



**Tab.18 – Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni (nuovo indicatore) – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	Strutture in linea	N. strutture	Strutture in linea
Piemonte	25	25	15	0	0
Valle d'Aosta	1	1	1	0	0
Lombardia	61	38	19	23	16
Prov. Auton. Bolzano	2	2	1	0	0
Prov. Auton. Trento	2	2	2	0	0
Veneto	28	25	12	3	2
Friuli Venezia Giulia	7	7	5	0	0
Liguria	9	8	5	1	1
Emilia-Romagna	26	25	18	1	1
Toscana	23	22	16	1	0
Umbria	5	5	4	0	0
Marche	13	13	11	0	0
Lazio	27	19	14	8	5
Abruzzo	9	9	3	0	0
Molise	3	3	2	0	0
Campania	35	28	13	7	5
Puglia	25	17	8	8	1
Basilicata	2	2	2	0	0
Calabria	12	11	7	1	1
Sicilia	32	30	17	2	2
Sardegna	10	10	8	0	0
<b>Italia</b>	<b>357</b>	<b>302</b>	<b>183</b>	<b>55</b>	<b>34</b>

In Tab.18 viene riportata, sempre nell'articolazione pubblico-privato, l'informazione relativa alle strutture in linea con lo standard per quanto riguarda l'indicatore di mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto miocardico acuto.

Ad esempio, nel Lazio, nell'ambito delle 27 strutture complessivamente valutate, 14 strutture di diritto pubblico su 19 e 5 strutture di diritto privato su 8 sono conformi allo standard.

**Tab.19 – Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021<sup>13</sup>**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	25	15	0	0	26	12	0	0	25	10	0	0
Valle d'Aosta	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Lombardia	38	18	23	18	39	15	23	9	40	18	23	12
Prov. Auton. Bolzano	2	1	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
Prov. Auton. Trento	2	2	0	0	2	1	0	0	2	0	0	0
Veneto	25	13	3	2	24	13	2	2	26	15	2	2
Friuli Venezia Giulia	7	5	0	0	8	4	0	0	9	7	0	0
Liguria	8	5	1	1	10	7	1	1	9	7	1	0
Emilia-Romagna	25	20	1	0	24	18	1	0	26	18	1	0
Toscana	22	19	1	0	23	17	1	0	22	18	1	1
Umbria	5	5	0	0	5	4	0	0	6	5	0	0
Marche	13	10	0	0	11	4	0	0	13	9	0	0
Lazio	19	14	8	5	21	10	8	6	21	13	8	6
Abruzzo	9	5	0	0	9	3	0	0	9	2	0	0
Molise	3	1	0	0	3	2	0	0	3	2	0	0
Campania	28	13	7	4	29	13	8	7	31	12	7	6
Puglia	17	6	8	2	21	12	7	2	23	14	8	1
Basilicata	2	1	0	0	2	1	0	0	2	1	0	0
Calabria	11	7	1	1	11	7	1	1	11	6	1	1
Sicilia	30	14	2	2	33	19	3	2	33	15	3	2
Sardegna	10	8	0	0	10	5	0	0	10	6	0	0
<b>Italia</b>	<b>302</b>	<b>183</b>	<b>55</b>	<b>35</b>	<b>314</b>	<b>168</b>	<b>55</b>	<b>30</b>	<b>324</b>	<b>179</b>	<b>55</b>	<b>31</b>

In Tab.19 si riporta il trend 2019-2021, utile a considerare l'eventuale recupero rispetto all'anno pandemico sia possibili fluttuazioni dovute a lievi spostamenti da sopra a sotto soglia (e viceversa) del dato per struttura.

Un'informazione rilevante in un sistema sanitario universalistico è quella relativa all'accesso all'assistenza a servizi di provata efficacia clinica in condizioni di equità, sicurezza e qualità, sull'intero territorio nazionale. È evidente che,

<sup>13</sup> Le stime puntuali riportate per l'anno 2020 possono discostarsi dalle stime riportate nell'analisi dell'andamento temporale per lo stesso anno, sia perché la stima puntuale può essere calcolata su più anni sia perché l'aggiustamento nel trend avviene considerando anche gli anni precedenti.



in un'articolazione regionale della programmazione sanitaria e in una condizione di sostenuta mobilità, la valutazione della variabilità tra erogatori e tra aree territoriali diviene centrale.

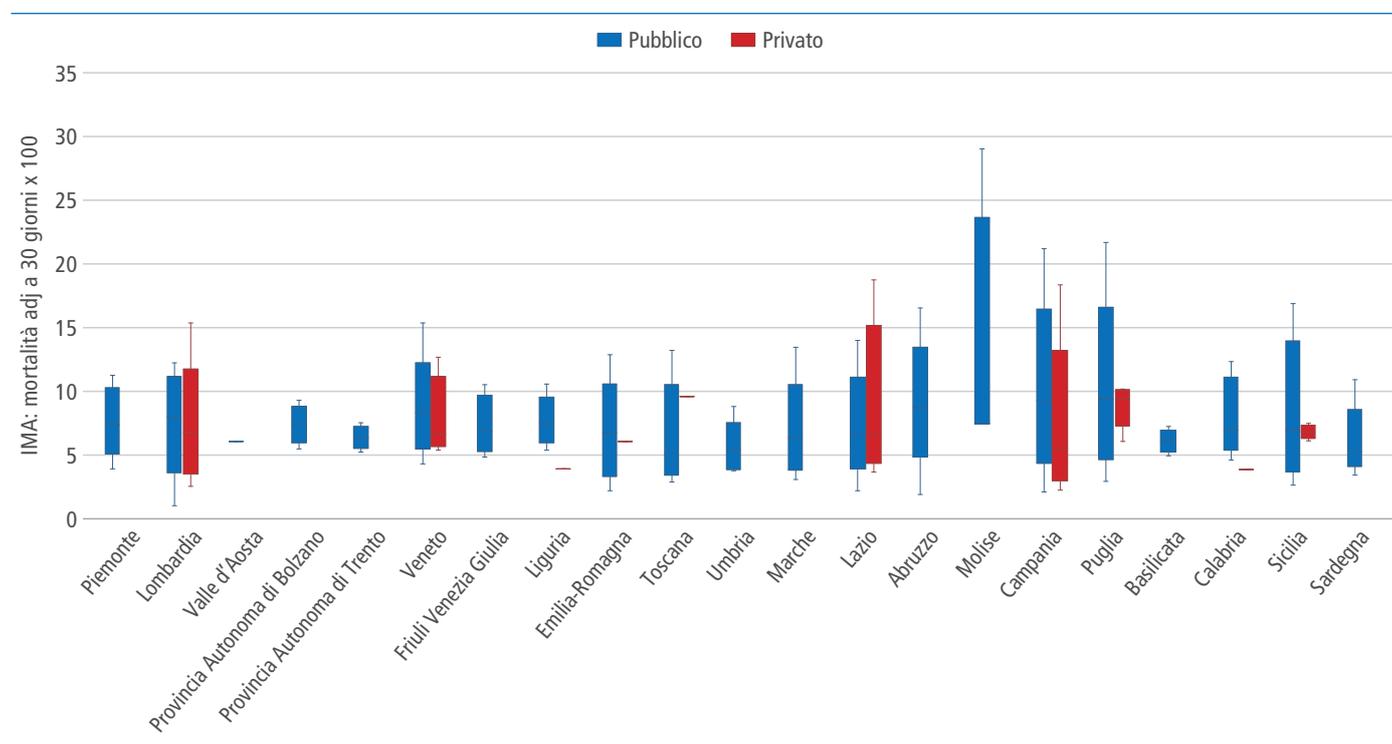
In Fig.22 è rappresentata per ciascuna Regione la variabilità nel dato di mortalità tra strutture ospedaliere, distinguendo tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato.

Attraverso i *boxplot* è possibile verificare i valori di mortalità più alti e più bassi (estremi della di-

stribuzione rappresentati graficamente dai trattini superiore e inferiore), la struttura mediana e le strutture che riportano mortalità comprese nella metà centrale della distribuzione (tra il 25° e il 75° percentile).

Ad esempio in Puglia sia la struttura che riporta il dato più alto di mortalità sia quella che riporta il dato più basso sono di diritto pubblico. E, anche al di là degli estremi, le strutture pubbliche presentano una maggiore eterogeneità rispetto a quelle di diritto privato.

**Fig.22 – Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni (nuovo indicatore)– Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



**Tab.20 – Angioplastica coronarica percutanea: angioplastiche primarie in IMA-STEMI su angioplastiche totali – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	21	19	1	2	0
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0
Lombardia	42	26	12	16	2
Prov. Auton. Bolzano	1	1	1	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	1	0	0
Veneto	15	14	6	1	0
Friuli Venezia Giulia	3	3	3	0	0
Liguria	8	7	5	1	1
Emilia-Romagna	15	12	8	3	0
Toscana	13	11	8	2	1
Umbria	3	3	2	0	0
Marche	4	4	4	0	0
Lazio	22	14	8	7	0
Abruzzo	4	4	3	0	0
Molise	0	0	0	0	0
Campania	20	13	11	7	1
Puglia	17	9	7	8	2
Basilicata	2	2	2	0	0
Calabria	5	4	3	1	0
Sicilia	19	16	10	3	0
Sardegna	4	4	4	0	0
<b>Italia</b>	<b>220</b>	<b>168</b>	<b>99</b>	<b>51</b>	<b>7</b>

In Tab.20 sono riportati i risultati relativi all'indicatore DM 70 sui volumi di angioplastiche coronariche percutanee.

Ad esempio, in Liguria, 5 strutture su 7 di diritto pubblico e la sola struttura di diritto privato effettuano, nel 2020, un volume non inferiore

a 250 angioplastiche primarie di cui almeno il 30% in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST.

Anche in questo caso, si riporta l'andamento 2019-2021.

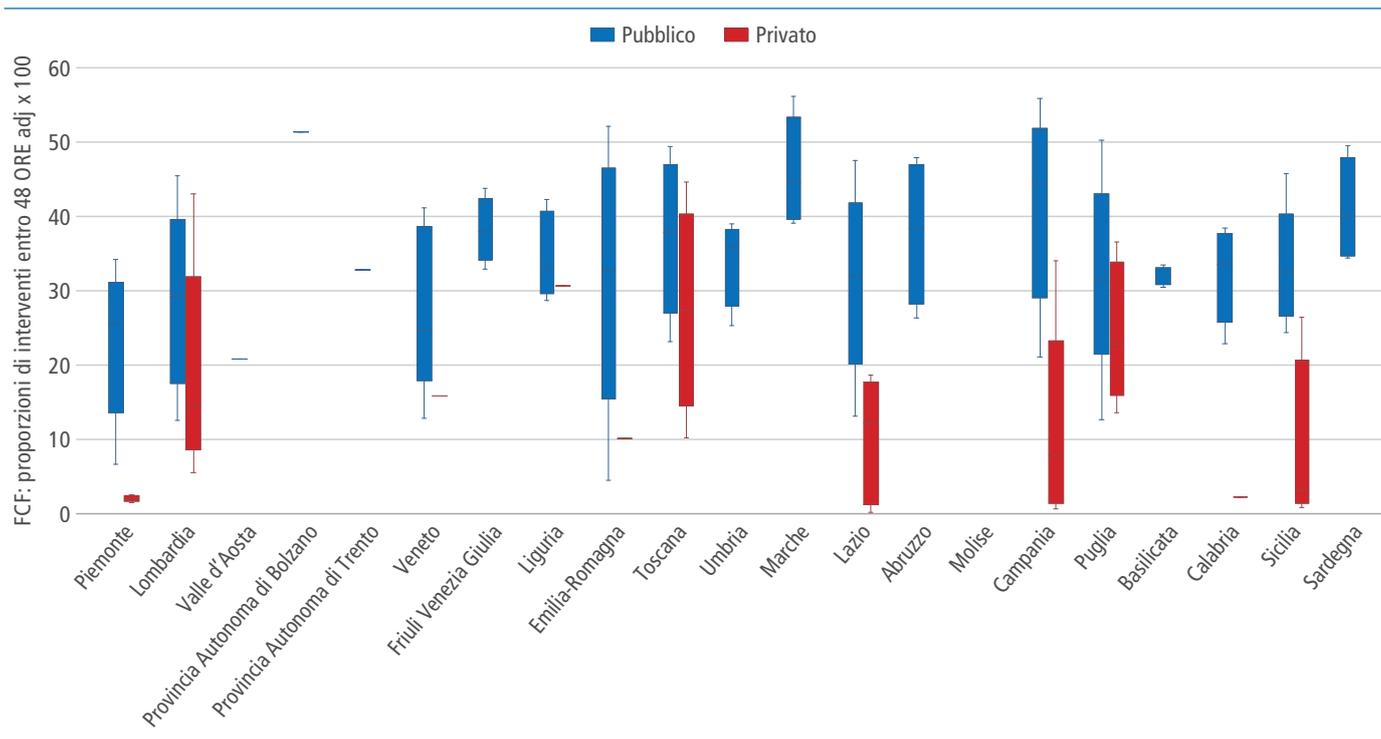


**Tab.21 – Angioplastica coronarica percutanea: angioplastiche primarie in IMA-STEMI su angioplastiche totali – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	19	1	2	0	17	6	2	0	18	3	2	0
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Lombardia	26	12	16	2	22	14	15	2	28	10	18	5
Prov. Auton. Bolzano	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Veneto	14	6	1	0	14	6	1	0	17	6	2	0
Friuli Venezia Giulia	3	3	0	0	3	3	0	0	3	3	0	0
Liguria	7	5	1	1	7	6	1	1	7	6	1	1
Emilia-Romagna	12	8	3	0	11	8	3	0	11	8	3	0
Toscana	11	8	2	1	11	8	2	1	11	8	2	1
Umbria	3	2	0	0	3	2	0	0	3	2	0	0
Marche	4	4	0	0	4	4	0	0	4	4	0	0
Lazio	14	8	7	0	16	10	7	0	15	9	6	0
Abruzzo	4	3	0	0	3	2	0	0	5	4	0	0
Molise	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Campania	13	11	7	1	13	12	7	1	14	11	7	1
Puglia	9	7	8	2	8	6	8	2	8	5	8	1
Basilicata	2	2	0	0	2	1	0	0	2	1	0	0
Calabria	4	3	1	0	4	3	1	0	4	3	2	0
Sicilia	,	10	3	0	15	12	3	0	18	12	3	0
Sardegna	4	4	0	0	4	4	0	0	4	4	0	0
<b>Italia</b>	<b>168</b>	<b>99</b>	<b>51</b>	<b>7</b>	<b>160</b>	<b>109</b>	<b>51</b>	<b>7</b>	<b>175</b>	<b>101</b>	<b>55</b>	<b>9</b>

In Fig.23 è rappresentata per ciascuna regione la variabilità tra strutture ospedaliere nella proporzione di angioplastiche in IMA-STEMI, distinguendo tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato.

**Fig.23 – Angioplastica coronarica percutanea: angioplastiche primarie in IMA-STEMI su angioplastiche totali – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



**Tab.22 – Infarto miocardico acuto: percentuale di trattati con PTCA entro 90 minuti – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	18	18	8	0	0
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0
Lombardia	41	27	11	14	5
Prov. Auton. Bolzano	1	1	1	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	1	0	0
Veneto	18	17	6	1	1
Friuli Venezia Giulia	3	3	1	0	0
Liguria	8	7	2	1	0
Emilia-Romagna	12	11	7	1	1
Toscana	12	11	5	1	1
Umbria	3	3	1	0	0
Marche	4	4	3	0	0
Lazio	19	16	7	3	1
Abruzzo	5	5	1	0	0
Molise	2	2	0	0	0
Campania	20	16	6	4	1
Puglia	16	9	1	7	6
Basilicata	2	2	0	0	0
Calabria	5	5	2	0	0
Sicilia	18	17	6	1	1
Sardegna	5	5	2	0	0
<b>Italia</b>	<b>214</b>	<b>181</b>	<b>71</b>	<b>33</b>	<b>17</b>

Per quanto riguarda la tempestività di intervento come *proxy* di efficacia e di appropriatezza clinica, la situazione cambia da regione a regione: ad esempio in Lombardia il 40% delle strutture

di diritto pubblico e il 35% di quelle di diritto privato effettuano una proporzione di PTCA entro 90 minuti in linea con il riferimento; in Puglia 6 delle 7 cardiocirurgie private e una delle 9 di diritto pubblico presentano una adeguata tem-

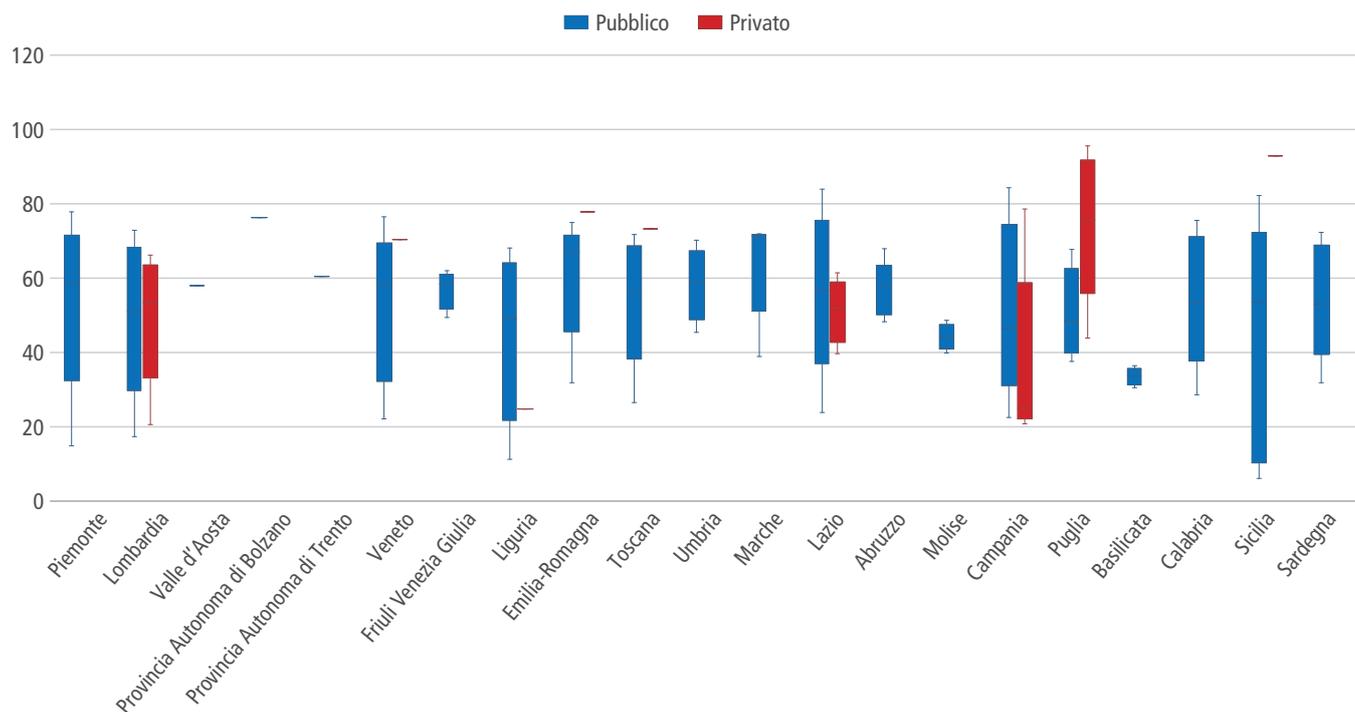
pestività di intervento.

In Fig.24 è rappresentata per ciascuna regione la variabilità tra strutture ospedaliere nella proporzione di angioplastiche in IMA-STEMI effet-

tuate entro 90 minuti.

Un altro indicatore core del PNE è quello che misura la mortalità a 30 giorni da un ricovero per scompenso cardiaco congestizio. Anche

**Fig.24 – Angioplastiche coronariche percutanee in IMA-STEMI entro 90 minuti – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



per il trattamento di questa condizione clinica si registra una notevole variabilità interregionale e intraregionale tanto considerando la proporzione di strutture conformi e non conformi allo standard (Tab.23) quanto osservando l'eterogeneità del dato di mortalità struttura-specifico

(Fig.25).

In linea generale, la performance delle strutture private risulta comparativamente superiore a quella di diritto pubblico, anche se tra queste ultime la percentuale con esiti conformi all'atteso varia di molto.

**Tab.23 – Scenpno cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	29	27	9	2	2
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0
Lombardia	93	60	16	33	16
Prov. Auton. Bolzano	6	6	3	0	0
Prov. Auton. Trento	6	6	4	0	0
Veneto	35	27	15	8	3
Friuli Venezia Giulia	11	10	3	1	0
Liguria	13	12	2	1	0
Emilia-Romagna	41	36	15	5	3
Toscana	28	27	15	1	1
Umbria	6	6	2	0	0
Marche	14	13	3	1	0
Lazio	59	31	10	28	10
Abruzzo	15	11	3	4	2
Molise	4	3	0	1	1
Campania	39	23	3	16	8
Puglia	28	21	6	7	2
Basilicata	6	6	0	0	0
Calabria	16	14	4	2	1
Sicilia	52	36	10	16	10
Sardegna	9	9	1	0	0
<b>Italia</b>	<b>511</b>	<b>385</b>	<b>124</b>	<b>126</b>	<b>59</b>

Nella Regione Campania, ad esempio, 3 strutture pubbliche su 23 presentano una mortalità non superiore alla soglia massima indicata, contro 8 strutture su 16 nella componente di diritto privato. In Veneto, invece, solo 3 strutture su 8 sono in linea con l'atteso.

Osservando i *boxplot* in Fig.25 si rileva una importante variabilità intra-regionale e interregionale, tanto nell'ambito della componente di diritto pubblico quanto all'interno della componente di diritto privato.

**Tab.24 – Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

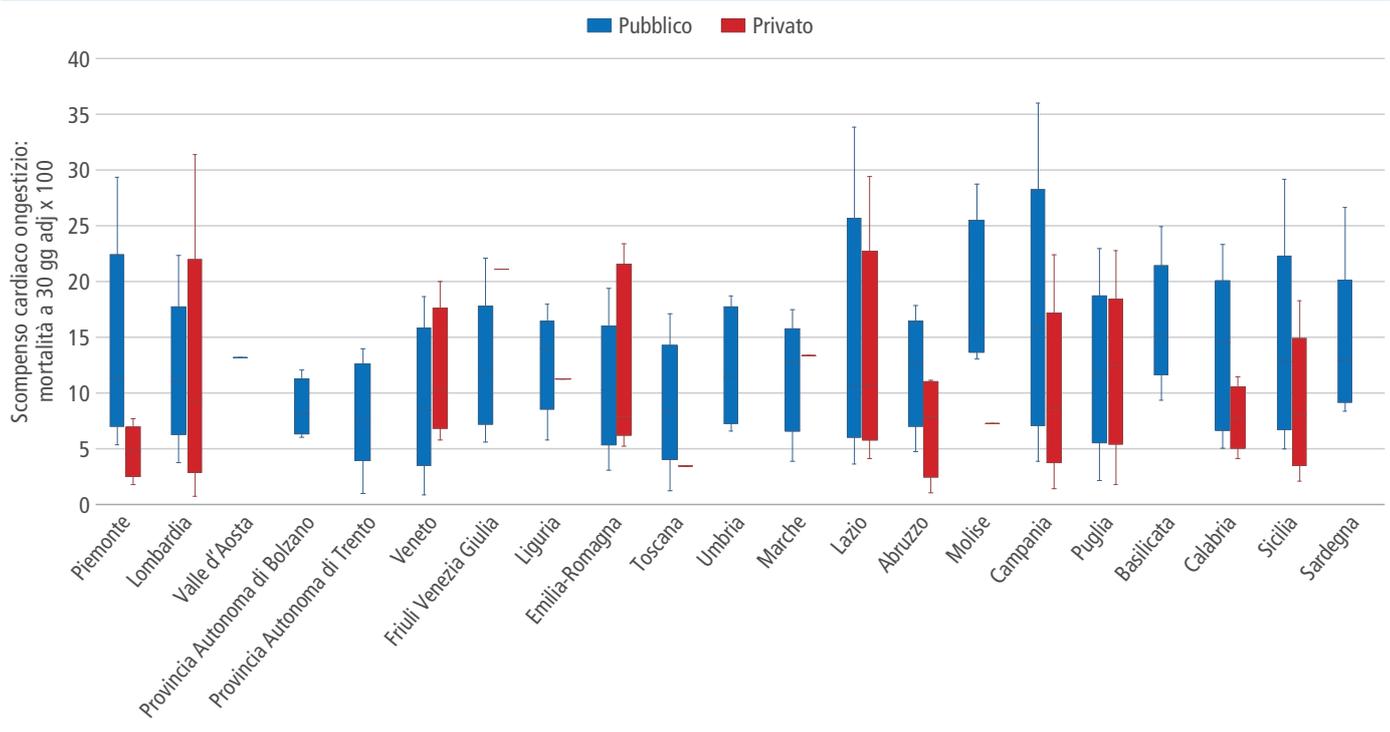
Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	27	9	2	2	28	4	2	1	29	8	3	1
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Lombardia	60	16	33	16	59	14	31	13	66	31	34	17
Prov. Auton. Bolzano	6	3	0	0	6	3	0	0	5	4	0	0
Prov. Auton. Trento	6	4	0	0	7	6	0	0	6	6	0	0
Veneto	27	15	8	3	32	13	7	3	34	22	8	4
Friuli Venezia Giulia	10	3	1	0	11	4	0	0	11	1	1	1
Liguria	12	2	1	0	12	0	1	0	14	3	1	0
Emilia-Romagna	36	15	5	3	35	14	7	3	39	16	11	10
Toscana	27	15	1	1	27	7	1	1	27	16	2	2
Umbria	6	2	0	0	8	4	0	0	10	5	0	0
Marche	13	3	1	0	16	4	0	0	16	4	0	0
Lazio	31	10	28	10	29	4	27	6	29	4	29	14
Abruzzo	11	3	4	2	13	2	4	3	16	6	4	3
Molise	3	0	1	1	3	0	1	1	4	0	1	1
Campania	23	3	16	8	24	8	14	9	33	9	20	16
Puglia	21	6	7	2	27	11	9	5	31	11	13	8
Basilicata	6	0	0	0	6	2	0	0	6	3	0	0
Calabria	14	4	2	1	15	4	2	1	17	5	2	1
Sicilia	36	10	16	10	39	7	12	5	44	6	19	10
Sardegna	9	1	0	0	11	3	0	0	14	4	0	0
<b>Italia</b>	<b>385</b>	<b>124</b>	<b>126</b>	<b>59</b>	<b>409</b>	<b>114</b>	<b>118</b>	<b>51</b>	<b>452</b>	<b>165</b>	<b>148</b>	<b>88</b>



Ad esempio in Lombardia – dove 16 strutture pubbliche su 60 (27%) e 16 strutture private su 33 (48%) sono conformi allo standard (Tab.23) – si osserva (Fig.25) una significativa eterogeneità del dato di mortalità, superiore tra le strutture di diritto privato rispetto a quelle di diritto

pubblico. È una struttura privata che fa registrare la mortalità regionale più alta così come è privata la struttura siciliana con la mortalità più contenuta, con una differenza superiore a 20 punti percentuali tra il primo e il terzo quartile della distribuzione.

**Fig.25 – Scospeso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



Per quanto riguarda la cardiocirurgia, in Tab.25 è riportato il dato percentuale di bypass aorto-coronarici effettuati in strutture con volumi di attività in linea con lo standard ( $\geq 180$ ). Ad esempio in Lombardia, nell'ambito delle

strutture di diritto privato nessuna effettua il volume minimo di ricoveri, mentre nell'ambito delle strutture di diritto pubblico, il 27% degli interventi avviene in strutture in linea con lo standard quantitativo.

**Tab.25 – Bypass aorto-coronarico isolato: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	0	0
Valle d'Aosta	-	-
Lombardia	27	0
Prov. Auton. Bolzano	-	-
Prov. Auton. Trento	0	-
Veneto	67	-
Friuli Venezia Giulia	56	-
Liguria	0	0
Emilia-Romagna	54	78
Toscana	50	91
Umbria	0	-
Marche	100	-
Lazio	43	84
Abruzzo	69	-
Molise	-	0
Campania	58	39
Puglia	0	0
Basilicata	0	-
Calabria	71	0
Sicilia	0	0
Sardegna	0	-



**Tab.26 – Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	8	5	3	3	3
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Lombardia	19	9	8	10	10
Prov. Auton. Bolzano	0	0	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	1	0	0
Veneto	5	5	4	0	0
Friuli Venezia Giulia	2	2	2	0	0
Liguria	2	1	1	1	1
Emilia-Romagna	6	2	2	4	4
Toscana	5	3	3	2	2
Umbria	2	2	2	0	0
Marche	1	1	1	0	0
Lazio	7	4	4	3	3
Abruzzo	2	2	2	0	0
Molise	1	0	0	1	1
Campania	9	5	3	4	3
Puglia	8	2	2	6	5
Basilicata	1	1	1	0	0
Calabria	2	2	2	0	0
Sicilia	6	3	2	3	2
Sardegna	2	2	2	0	0
<b>Italia</b>	<b>89</b>	<b>52</b>	<b>45</b>	<b>37</b>	<b>34</b>

Tra le strutture di diritto pubblico riportano valori non in linea con la mortalità a 30 giorni attesa dopo intervento di bypass aorto-coronarico isolato 2 cardiocirurgie campane, 2 piemontesi,

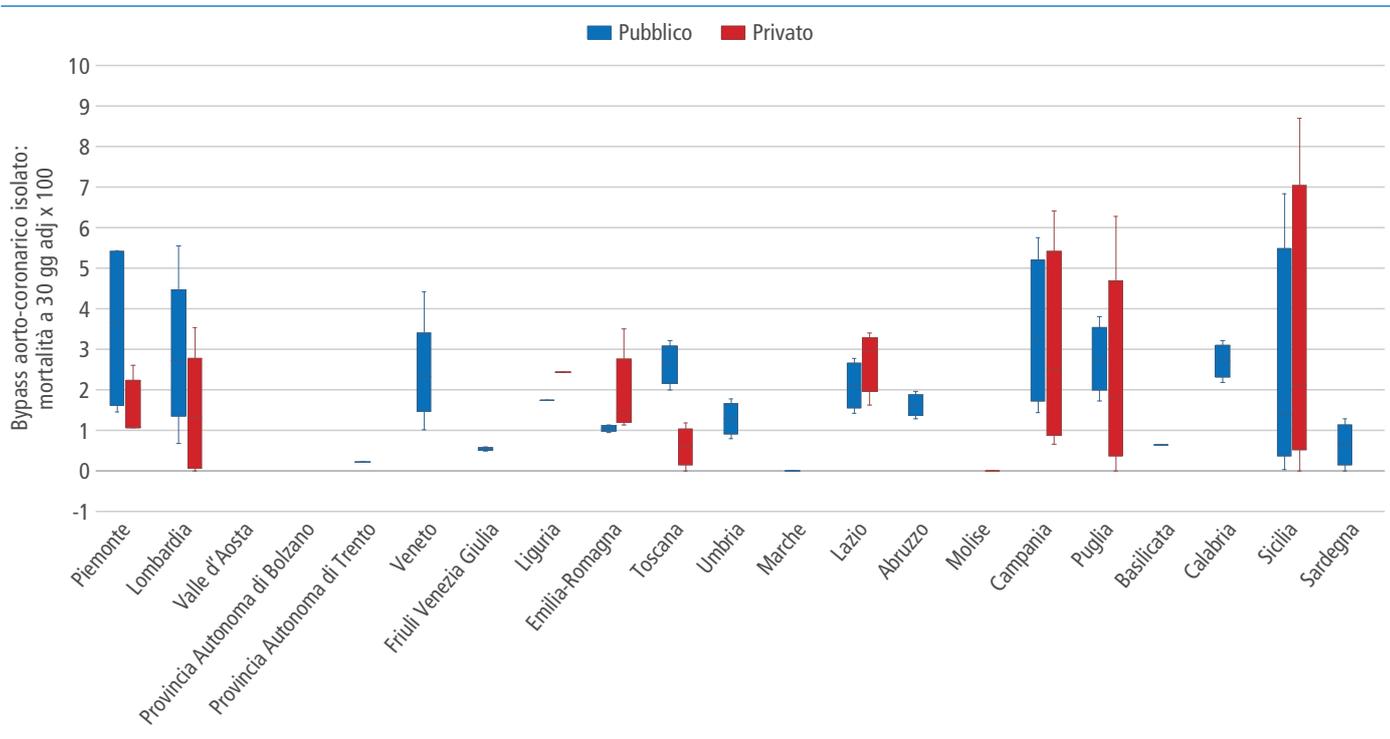
una lombarda, una veneta e una siciliana; tra le strutture di diritto privato, una struttura pugliese, una campana e una siciliana.

**Tab.27 – Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	5	3	3	3	5	4	3	3	5	5	3	3
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	9	7	10	10	9	7	10	10	9	9	11	11
Prov. Auton. Bolzano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Veneto	5	5	0	0	5	5	0	0	5	5	0	0
Friuli Venezia Giulia	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
Liguria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Emilia-Romagna	2	2	4	4	2	2	4	4	2	2	4	4
Toscana	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2
Umbria	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
Marche	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Lazio	4	4	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3
Abruzzo	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
Molise	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
Campania	5	3	4	3	5	3	4	4	5	3	4	4
Puglia	2	1	6	5	2	2	6	5	3	3	6	6
Basilicata	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Calabria	2	2	0	0	2	2	1	1	2	2	1	1
Sicilia	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
Sardegna	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
<b>Italia</b>	<b>52</b>	<b>44</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>52</b>	<b>46</b>	<b>38</b>	<b>37</b>	<b>53</b>	<b>49</b>	<b>39</b>	<b>39</b>



Fig.26 – Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni (nuovo indicatore) – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



In Tab.28 è riportata l'informazione relativa alle strutture in linea con la soglia massima di mortalità a 30 giorni dopo intervento di valvuloplastica o di sostituzione delle valvole cardiache. Ad esempio, tutte le strutture dell'Emilia-Romagna – le 4 di diritto pubblico e le 4 di diritto pri-

vato – presentano una mortalità in linea con lo standard.

Anche in Toscana, le tre strutture pubbliche e le due accreditate presentano valori conformi al riferimento.

**Tab.28 – Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

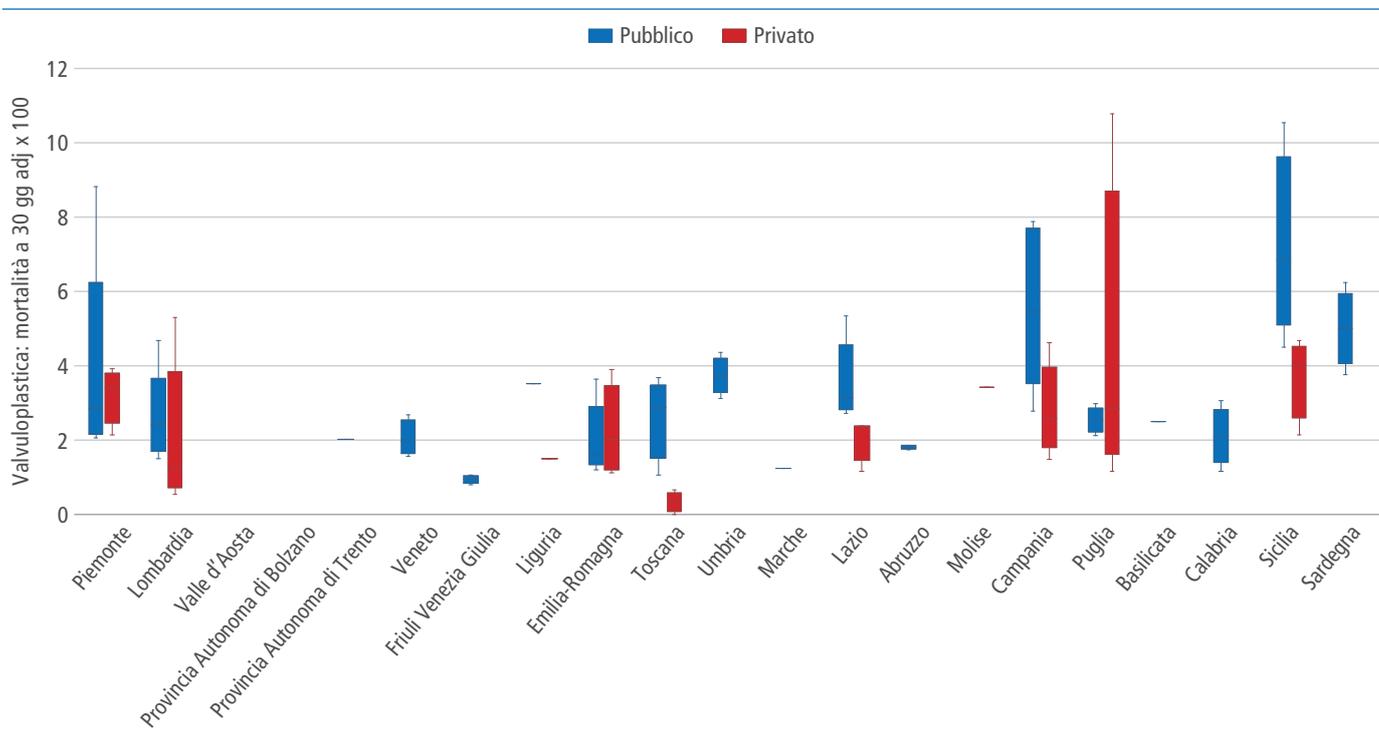
Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	8	5	4	3	3
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Lombardia	20	9	8	11	10
Prov. Auton. Bolzano	0	0	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	1	0	0
Veneto	5	5	5	0	0
Friuli Venezia Giulia	2	2	2	0	0
Liguria	2	1	1	1	1
Emilia-Romagna	8	4	4	4	4
Toscana	5	3	3	2	2
Umbria	2	2	1	0	0
Marche	1	1	1	0	0
Lazio	7	4	3	3	3
Abruzzo	2	2	2	0	0
Molise	1	0	0	1	1
Campania	9	5	1	4	3
Puglia	9	2	2	7	4
Basilicata	1	1	1	0	0
Calabria	2	2	2	0	0
Sicilia	6	3	0	3	1
Sardegna	2	2	1	0	0
<b>Italia</b>	<b>93</b>	<b>54</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>32</b>



**Tab.29 – Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	5	4	3	3	5	2	3	3	5	4	3	3
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	9	8	11	10	9	7	11	10	9	7	11	10
Prov. Auton. Bolzano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Veneto	5	5	0	0	5	5	0	0	5	5	0	0
Friuli Venezia Giulia	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
Liguria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Emilia-Romagna	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4
Toscana	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2
Umbria	2	1	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
Marche	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Lazio	4	3	3	3	4	2	3	3	4	2	3	3
Abruzzo	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
Molise	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
Campania	5	1	4	3	5	1	4	3	5	2	4	3
Puglia	2	2	7	4	2	2	7	4	2	2	6	4
Basilicata	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Calabria	2	2	0	0	2	2	1	1	2	2	1	1
Sicilia	3	0	3	1	3	1	3	2	4	2	3	2
Sardegna	2	1	0	0	2	0	0	0	2	2	0	0
<b>Italia</b>	<b>54</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>32</b>	<b>54</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>34</b>	<b>53</b>	<b>43</b>	<b>39</b>	<b>34</b>

**Fig.27 – Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



Così come nel caso del bypass, considerato il numero relativamente contenuto di cardiocirurgie, il dato di variabilità interregionale deve essere letto essenzialmente come eterogeneità tra

le (contenute) strutture ospedaliere. Pensiamo alla Regione Puglia dove si registrano, nella sola componente di diritto privato, un valore di mortalità di 1,2% e un valore di mortalità oltre il 10%.



**Tab.30 – Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	71	0
Valle d'Aosta	0	-
Lombardia	41	53
Prov. Auton. Bolzano	0	-
Prov. Auton. Trento	100	-
Veneto	51	0
Friuli Venezia Giulia	54	-
Liguria	49	0
Emilia-Romagna	62	0
Toscana	80	0
Umbria	73	-
Marche	91	-
Lazio	71	69
Abruzzo	31	0
Molise	0	0
Campania	61	37
Puglia	0	29
Basilicata	0	-
Calabria	0	0
Sicilia	56	0
Sardegna	58	-

In Tab.30 è rappresentata a livello regionale la proporzione di casi di aneurisma non rotto dell'aorta addominale che vengono trattati in strutture con volumi di attività in linea con lo standard ( $\geq 54$ ), considerando separatamente la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN.

Ad esempio, in Campania, se nell'ambito delle strutture pubbliche il 61% dei casi viene trattato in strutture conformi alla soglia minima di volume, nell'ambito delle strutture di diritto privato questa percentuale è del 37%.

In diverse regioni si dà evidenza dell'elevata frammentazione della casistica trattata nella componente di diritto privato del SSN.

**Tab.31 – Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	7	7	0	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Lombardia	20	10	5	10	6
Prov. Auton. Bolzano	1	1	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	0
Veneto	7	6	2	1	1
Friuli Venezia Giulia	2	2	1	0	0
Liguria	3	2	1	1	0
Emilia-Romagna	8	7	4	1	1
Toscana	7	7	1	0	0
Umbria	2	2	2	0	0
Marche	1	1	0	0	0
Lazio	12	10	1	2	1
Abruzzo	3	3	1	0	0
Molise	1	0	0	1	0
Campania	8	5	2	3	0
Puglia	6	2	1	4	0
Basilicata	1	1	0	0	0
Calabria	1	1	0	0	0
Sicilia	7	6	2	1	1
Sardegna	1	1	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>99</b>	<b>75</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>10</b>

In Tab.31 è riportata l'informazione relativa alle strutture in linea con la soglia massima di mortalità a 30 giorni dopo riparazione chirurgica di un aneurisma non rotto dell'aorta addominale: si rileva come siano pochissime le strutture che soddisfano la condizione.

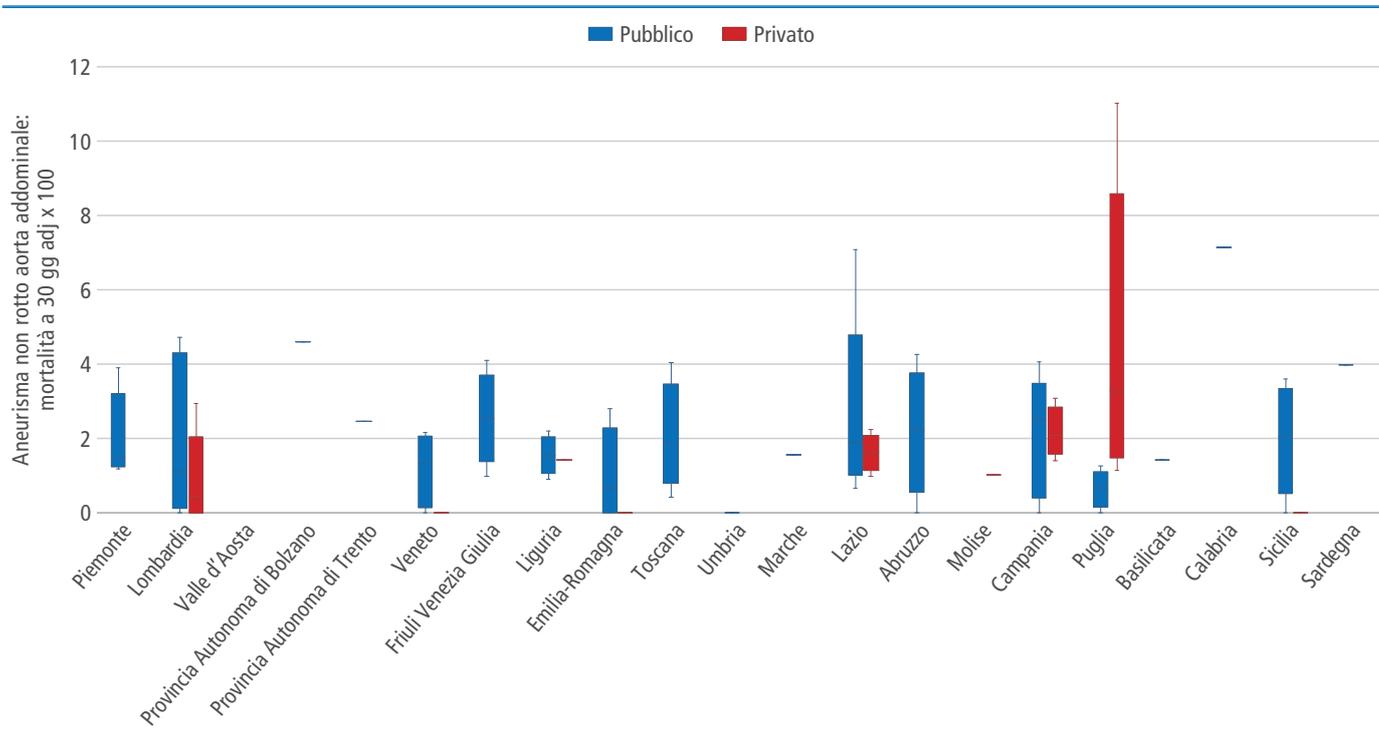
L'indicatore è calcolato su base biennale dal momento che la casistica è relativamente contenuta: ne discende il basso numero di strutture che, considerando l'annualità, raggiungono la soglia di ricoveri minima per il calcolo della mortalità aggiustata sulla base delle condizioni di rischio.



**Tab.32 – Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	7	0	0	0	8	2	0	0	8	1	1	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	10	5	10	6	10	3	10	8	13	5	11	6
Prov. Auton. Bolzano	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Veneto	6	2	1	1	7	3	2	1	7	3	2	0
Friuli Venezia Giulia	2	1	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0
Liguria	2	1	1	0	4	2	1	0	4	1	1	0
Emilia-Romagna	7	4	1	1	8	4	1	1	9	3	1	1
Toscana	7	1	0	0	7	4	0	0	7	4	0	0
Umbria	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
Marche	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Lazio	10	1	2	1	10	3	2	0	11	4	2	0
Abruzzo	3	1	0	0	4	1	1	1	4	3	1	1
Molise	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Campania	5	2	3	0	5	1	2	0	6	2	2	0
Puglia	2	1	4	0	4	1	4	1	4	1	4	1
Basilicata	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Calabria	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Sicilia	6	2	1	1	6	0	2	1	5	0	2	0
Sardegna	1	0	0	0	3	1	0	0	3	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>75</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>85</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>90</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>9</b>

**Fig.28 – Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



Gli indicatori “Mortalità a 30 giorni dal ricovero per embolia polmonare” e “Riammissioni a 30 giorni dalla dimissione dopo un ricovero per embolia polmonare” misurano gli esiti a breve

termine del ricovero con diagnosi di embolia polmonare e possono essere considerati buoni indicatori della qualità delle cure erogate dalle strutture.

**Tab. 33 – Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

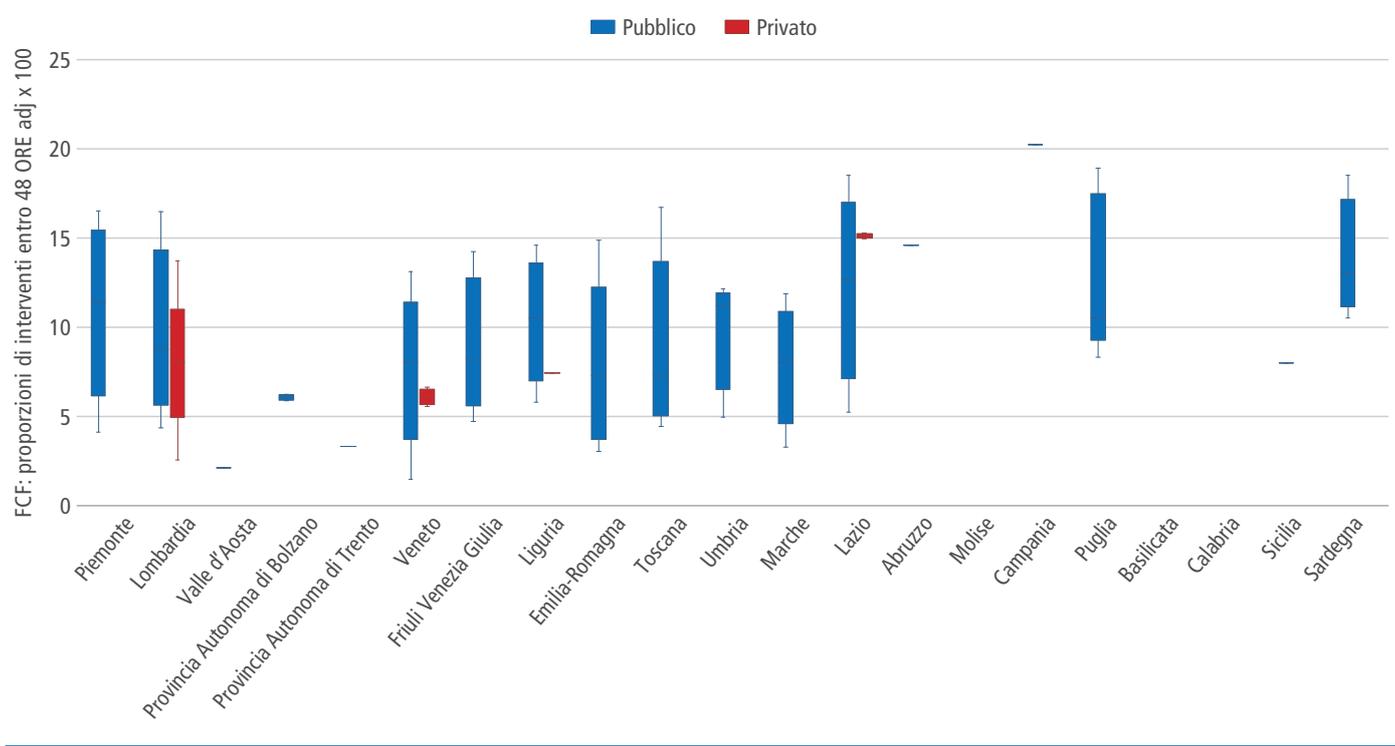
Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	12	12	5	0	0
Valle d'Aosta	1	1	1	0	0
Lombardia	31	26	14	5	4
Prov. Auton. Bolzano	2	2	2	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	1	0	0
Veneto	19	17	13	2	2
Friuli Venezia Giulia	3	3	2	0	0
Liguria	4	3	1	1	1
Emilia-Romagna	17	17	14	0	0
Toscana	15	15	10	0	0
Umbria	3	3	1	0	0
Marche	4	4	3	0	0
Lazio	14	12	5	2	0
Abruzzo	1	1	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0
Campania	1	1	0	0	0
Puglia	5	5	1	0	0
Basilicata	0	0	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	0
Sicilia	1	1	1	0	0
Sardegna	3	3	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>137</b>	<b>127</b>	<b>74</b>	<b>10</b>	<b>7</b>

**Tab.34 – Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	12	5	0	0	7	3	0	0	8	7	0	0
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	26	14	5	4	25	15	6	4	28	19	7	3
Prov. Auton. Bolzano	2	2	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Veneto	17	13	2	2	10	7	1	1	11	8	2	1
Friuli Venezia Giulia	3	2	0	0	3	1	0	0	3	3	0	0
Liguria	3	1	1	1	5	3	1	0	4	4	1	1
Emilia-Romagna	17	14	0	0	15	8	0	0	16	13	0	0
Toscana	15	10	0	0	11	8	0	0	14	10	0	0
Umbria	3	1	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
Marche	4	3	0	0	3	2	0	0	4	2	0	0
Lazio	12	5	2	0	11	2	2	0	9	7	2	0
Abruzzo	1	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Puglia	5	1	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0
Basilicata	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Sicilia	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sardegna	3	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>127</b>	<b>74</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>103</b>	<b>52</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>109</b>	<b>77</b>	<b>14</b>	<b>5</b>



Fig.29 – Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



**Tab.35 – Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

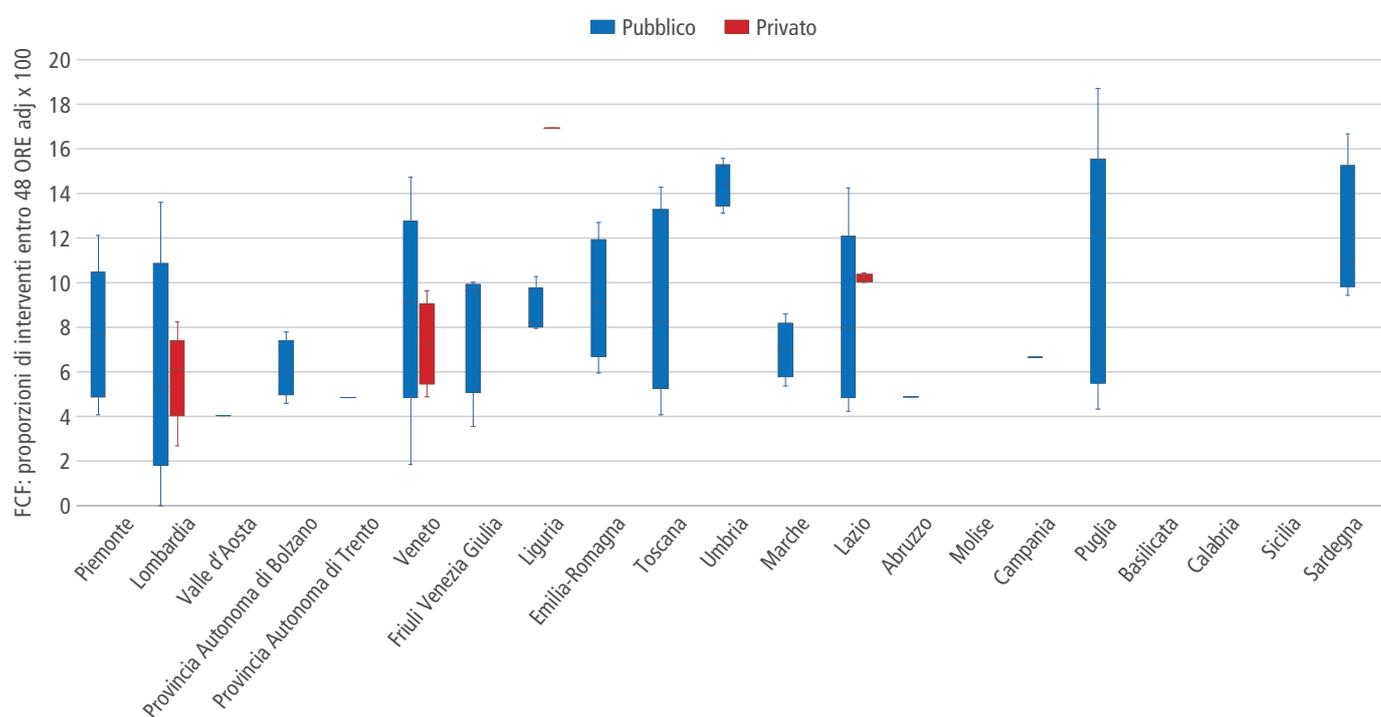
Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	8	8	6	0	0
Valle d'Aosta	1	1	1	0	0
Lombardia	29	24	18	5	5
Prov. Auton. Bolzano	2	2	2	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	1	0	0
Veneto	19	17	7	2	1
Friuli Venezia Giulia	3	3	1	0	0
Liguria	4	3	2	1	0
Emilia-Romagna	17	17	8	0	0
Toscana	15	15	8	0	0
Umbria	2	2	0	0	0
Marche	2	2	2	0	0
Lazio	12	10	6	2	0
Abruzzo	1	1	1	0	0
Molise	0	0	0	0	0
Campania	1	1	1	0	0
Puglia	5	5	2	0	0
Basilicata	0	0	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	0
Sicilia	0	0	0	0	0
Sardegna	3	3	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>125</b>	<b>115</b>	<b>66</b>	<b>10</b>	<b>6</b>



**Tab.36 – Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	8	6	0	0	7	4	0	0	7	4	0	0
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	24	18	5	5	24	18	5	1	24	13	5	4
Prov. Auton. Bolzano	2	2	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Veneto	17	7	2	1	9	5	1	1	10	7	2	0
Friuli Venezia Giulia	3	1	0	0	3	3	0	0	3	1	0	0
Liguria	3	2	1	0	3	1	0	0	4	1	1	1
Emilia-Romagna	17	8	0	0	14	4	0	0	15	4	0	0
Toscana	15	8	0	0	8	5	0	0	11	5	0	0
Umbria	2	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0
Marche	2	2	0	0	2	1	0	0	4	2	0	0
Lazio	10	6	2	0	8	4	1	1	9	4	2	0
Abruzzo	1	1	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Puglia	5	2	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0
Basilicata	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sardegna	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>115</b>	<b>66</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>90</b>	<b>47</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>97</b>	<b>45</b>	<b>11</b>	<b>5</b>

**Fig.30 – Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



## Area del sistema nervoso

In Tab.37 viene riportato il dettaglio regionale relativo alle strutture pubbliche e private del SSN che risultano in linea con lo standard per quanto riguarda l'indicatore di mortalità a 30 giorni dal ricovero per ictus ischemico.

Come per altri indicatori, la maggior parte delle strutture di natura giuridica privata si trova in Lombardia (50% di tutte le strutture private valutate).

Prendendo ad esempio proprio la Lombardia, nel 2021 solo 19 delle 32 strutture pubbliche riporta una mortalità in linea con lo standard, a fronte di 11 delle 13 strutture di diritto privato.

**Tab.37 – Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

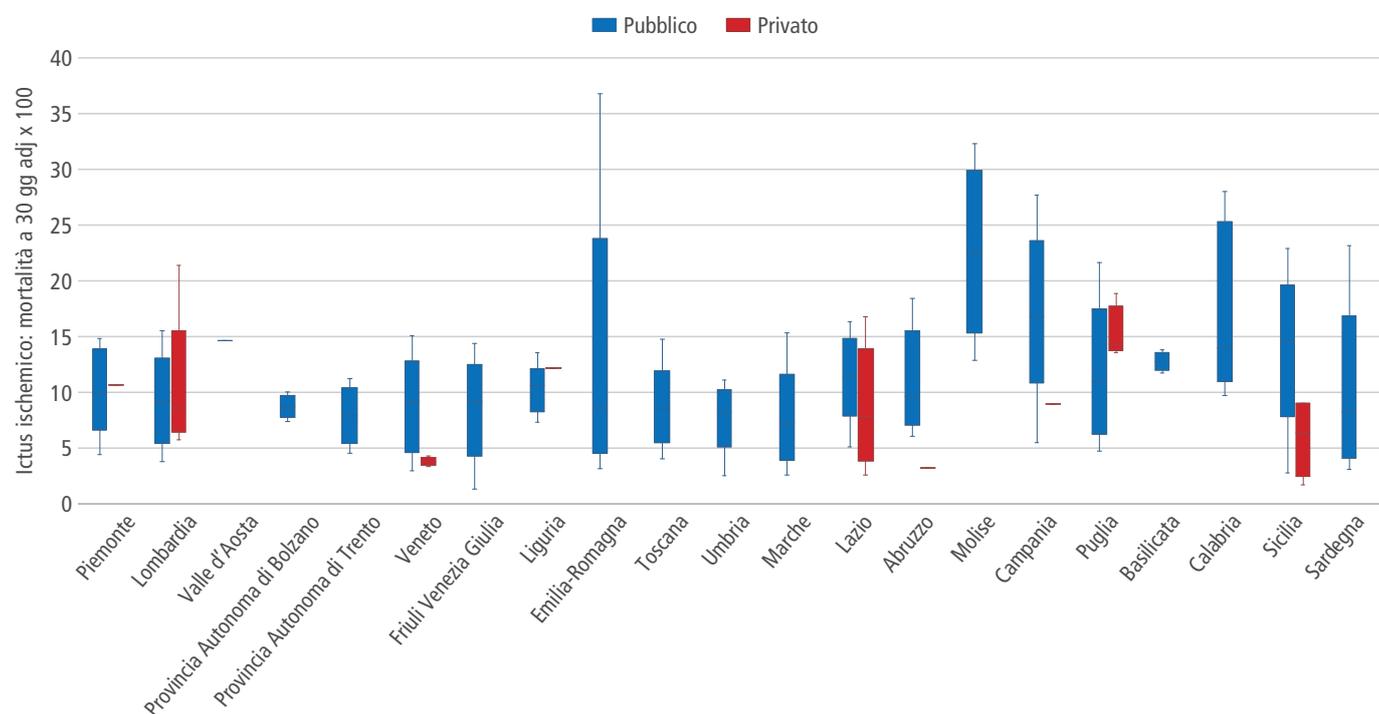
Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	24	23	12	1	0
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0
Lombardia	45	32	19	13	11
Prov. Auton. Bolzano	2	2	1	0	0
Prov. Auton. Trento	2	2	1	0	0
Veneto	24	22	15	2	2
Friuli Venezia Giulia	6	6	4	0	0
Liguria	8	7	3	1	0
Emilia-Romagna	18	18	11	0	0
Toscana	21	21	18	0	0
Umbria	6	6	5	0	0
Marche	9	9	8	0	0
Lazio	16	11	2	5	3
Abruzzo	8	7	4	1	1
Molise	2	2	0	0	0
Campania	16	15	1	1	1
Puglia	14	11	4	3	0
Basilicata	2	2	0	0	0
Calabria	6	6	1	0	0
Sicilia	23	19	3	4	4
Sardegna	7	7	5	0	0
<b>Italia</b>	<b>260</b>	<b>229</b>	<b>117</b>	<b>31</b>	<b>22</b>

**Tab.38 – Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	23	12	1	0	25	5	0	0	25	12	1	1
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Lombardia	32	19	13	11	30	9	13	7	34	21	14	8
Prov. Auton. Bolzano	2	1	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
Prov. Auton. Trento	2	1	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0
Veneto	22	15	2	2	22	17	2	2	23	19	2	2
Friuli Venezia Giulia	6	4	0	0	6	2	0	0	7	5	0	0
Liguria	7	3	1	0	7	2	1	0	8	7	1	1
Emilia-Romagna	18	11	0	0	16	12	0	0	22	20	0	0
Toscana	21	18	0	0	21	19	0	0	20	15	0	0
Umbria	6	5	0	0	6	5	0	0	6	5	0	0
Marche	9	8	0	0	9	6	0	0	10	7	0	0
Lazio	11	2	5	3	12	5	6	5	14	3	9	7
Abruzzo	7	4	1	1	8	3	0	0	7	2	0	0
Molise	2	0	0	0	1	0	0	0	3	2	1	1
Campania	15	1	1	1	18	4	2	1	25	4	3	2
Puglia	11	4	3	0	11	5	3	2	10	6	3	2
Basilicata	2	0	0	0	3	2	0	0	3	3	0	0
Calabria	6	1	0	0	7	1	1	1	8	1	1	1
Sicilia	19	3	4	4	18	4	4	2	24	11	4	4
Sardegna	7	5	0	0	7	3	0	0	7	4	0	0
<b>Italia</b>	<b>229</b>	<b>117</b>	<b>31</b>	<b>22</b>	<b>232</b>	<b>107</b>	<b>32</b>	<b>20</b>	<b>261</b>	<b>152</b>	<b>39</b>	<b>29</b>



Fig.31 – Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



Per alcuni indicatori, la distinzione per natura giuridica delle strutture risulta essere più utile a comprendere il contributo della componente di diritto privato alla *performance* più o meno positiva della regione che non a stabilire un reale confronto tra pubblico e privato.

Considerando l'intervento chirurgico per tumore cerebrale, se ad esempio in Campania nessuna delle 9 strutture di diritto pubblico riporta valori in linea con l'atteso (non ci sono strutture private che effettuano craniotomie), in Toscana l'unica struttura con una mortalità conforme allo standard è di diritto privato.

**Tab.39 – Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni da intervento di craniotomia – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	5	5	1	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Lombardia	18	10	1	8	1
Prov. Auton. Bolzano	1	1	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	0
Veneto	6	6	1	0	0
Friuli Venezia Giulia	2	2	0	0	0
Liguria	3	2	1	1	0
Emilia-Romagna	8	7	3	1	1
Toscana	5	4	0	1	1
Umbria	2	2	2	0	0
Marche	2	2	0	0	0
Lazio	13	11	1	2	0
Abruzzo	3	3	0	0	0
Molise	1	0	0	1	0
Campania	10	10	0	0	0
Puglia	10	7	1	3	0
Basilicata	1	1	0	0	0
Calabria	3	3	1	0	0
Sicilia	10	8	1	2	1
Sardegna	3	3	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>107</b>	<b>88</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>4</b>

Considerata la scarsa numerosità delle strutture di diritto privato per questo ed altri indicatori, è fondamentale una lettura integrata dei grafici e delle tabelle.

Per quanto riguarda la Regione Siciliana, ad esempio, sono solo 2 le strutture di diritto priva-

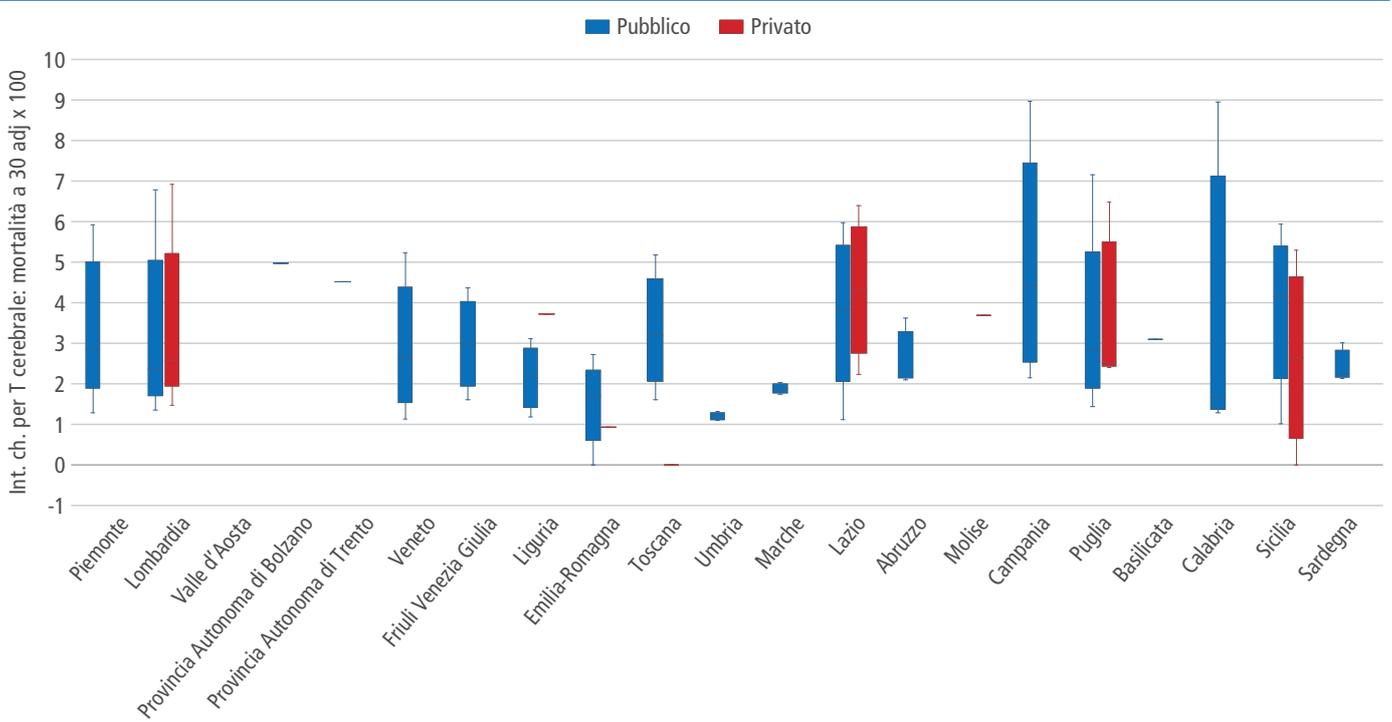
to e solo una di queste riporta un dato di mortalità in linea con lo standard. Una delle 8 strutture di diritto pubblico presenta una mortalità conforme al riferimento, con una importante variabilità tra di esse che va da un minimo del 1% a un massimo del 6% circa.



**Tab.40 – Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni da intervento di craniotomia – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	5	1	0	0	5	1	0	0	5	1	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	10	1	8	1	11	2	8	1	11	1	7	2
Prov. Auton. Bolzano	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Veneto	6	1	0	0	6	1	0	0	6	1	0	0
Friuli Venezia Giulia	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
Liguria	2	1	1	0	2	0	1	0	2	0	1	0
Emilia-Romagna	7	3	1	1	7	3	1	1	7	3	1	1
Toscana	4	0	1	1	4	0	1	1	4	0	0	0
Umbria	2	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
Marche	2	0	0	0	2	1	0	0	2	1	0	0
Lazio	11	1	2	0	11	1	2	0	9	0	2	0
Abruzzo	3	0	0	0	3	1	0	0	3	1	0	0
Molise	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Campania	10	0	0	0	9	0	0	0	8	0	0	0
Puglia	7	1	3	0	7	0	2	0	7	2	2	0
Basilicata	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Calabria	3	1	0	0	3	1	0	0	3	1	0	0
Sicilia	8	1	2	1	7	0	2	1	7	0	1	0
Sardegna	3	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>88</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>86</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>83</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>3</b>

**Fig.32 – Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni da intervento di craniotomia – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



## Area sistema respiratorio

**Tab.41 – BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	24	23	0	1	0
Valle d'Aosta	1	1	1	0	0
Lombardia	43	26	5	17	10
Prov. Auton. Bolzano	3	3	2	0	0
Prov. Auton. Trento	2	2	1	0	0
Veneto	20	18	2	2	0
Friuli Venezia Giulia	4	4	0	0	0
Liguria	10	9	1	1	0
Emilia-Romagna	34	32	5	2	1
Toscana	21	21	2	0	0
Umbria	4	4	0	0	0
Marche	6	6	2	0	0
Lazio	15	9	1	6	3
Abruzzo	7	6	0	1	1
Molise	0	0	0	0	0
Campania	20	17	1	3	2
Puglia	26	16	1	10	6
Basilicata	5	5	1	0	0
Calabria	8	6	0	2	2
Sicilia	11	8	0	3	2
Sardegna	6	6	1	0	0
<b>Italia</b>	<b>270</b>	<b>222</b>	<b>26</b>	<b>48</b>	<b>27</b>

La mortalità a 30 giorni da un ricovero per BPCO riacutizzata è l'indicatore rappresentativo dell'area del sistema respiratorio. A seconda delle caratteristiche della rete regionale, la componente di diritto privato assume un ruolo diverso nell'ambito del SSN sia in termini di contributo all'erogazione della prestazione sia in termini di apporto qualitativo.

Ad esempio, sia in Veneto sia in Calabria ci sono solo due strutture di diritto privato che effettuano ricoveri per BPCO riacutizzata: mentre nel primo caso nessuna struttura riporta una mortalità contenuta al di sotto del riferimento massimo previsto, in Calabria entrambe le strutture presentano esiti conformi allo standard.

Per questo indicatore – in quasi tutte le regioni – le strutture di diritto pubblico risultano più in difficoltà rispetto a quelle di diritto privato. Ad esempio in Puglia e in Campania solo una strut-

tura di diritto pubblico, rispettivamente, su 16 e su 17 totali, riporta una mortalità in linea con l'atteso a fronte di 7 strutture su 9 di diritto privato.

**Tab.42 – BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

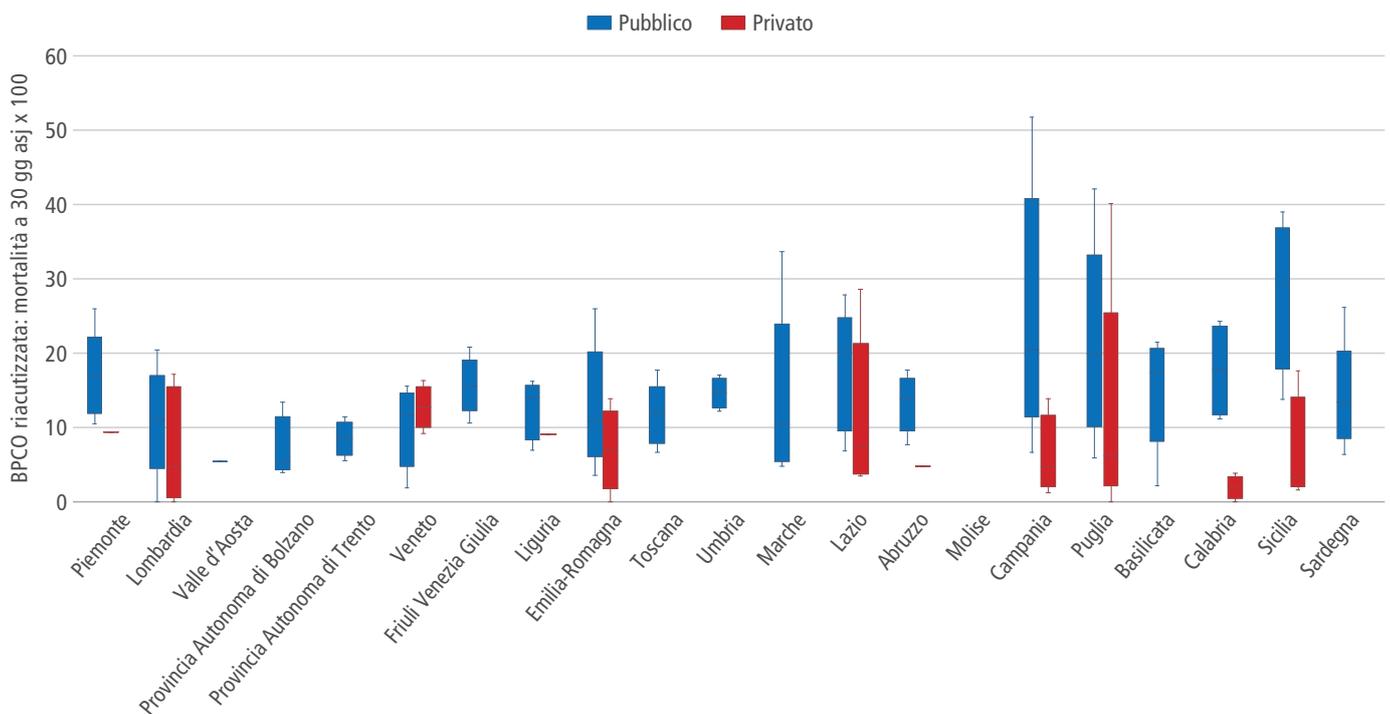
Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	23	0	1	0	25	2	0	0	31	1	1	0
Valle d'Aosta	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Lombardia	26	5	17	10	37	8	16	7	50	26	28	18
Prov. Auton. Bolzano	3	2	0	0	2	0	0	0	4	2	0	0
Prov. Auton. Trento	2	1	0	0	1	1	0	0	4	4	0	0
Veneto	18	2	2	0	24	7	2	0	31	18	3	2
Friuli Venezia Giulia	4	0	0	0	7	0	0	0	9	1	0	0
Liguria	9	1	1	0	9	1	1	0	10	0	2	0
Emilia-Romagna	32	5	2	1	30	5	3	1	37	11	5	5
Toscana	21	2	0	0	20	5	0	0	26	8	1	1
Umbria	4	0	0	0	4	1	0	0	7	1	0	0
Marche	6	2	0	0	10	0	0	0	12	0	0	0
Lazio	9	1	6	3	15	1	7	4	20	0	13	6
Abruzzo	6	0	1	1	9	0	2	2	11	4	2	2
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
Campania	17	1	3	2	20	4	5	3	33	3	12	7
Puglia	16	1	10	6	20	1	9	7	28	4	12	9
Basilicata	5	1	0	0	5	1	0	0	7	1	0	0
Calabria	6	0	2	2	9	1	1	1	15	5	1	1
Sicilia	8	0	3	2	16	1	3	2	35	8	4	3
Sardegna	6	1	0	0	11	1	0	0	16	6	0	0
<b>Italia</b>	<b>222</b>	<b>26</b>	<b>48</b>	<b>27</b>	<b>275</b>	<b>40</b>	<b>49</b>	<b>27</b>	<b>390</b>	<b>104</b>	<b>84</b>	<b>54</b>



L'analisi della variabilità (Fig. 33) pone il problema di un sistema caratterizzato da estrema eterogeneità sia interregionale che intra-regionale, sottolineata anche dalla presenza di outlier

soprattutto negativi (alte mortalità) difficilmente spiegabili alla luce delle caratteristiche della condizione clinica e meritevoli di approfondimento in termini di audit sulla qualità dei dati.

**Fig.33 – BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



## Area della chirurgia generale

**Tab.43 – Colectomie laparoscopiche: volumi** – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	89	77
Valle d'Aosta	100	-
Lombardia	82	84
Prov. Auton. Bolzano	69	-
Prov. Auton. Trento	73	100
Veneto	78	93
Friuli Venezia Giulia	70	0
Liguria	80	87
Emilia-Romagna	85	41
Toscana	92	0
Umbria	88	0
Marche	90	63
Lazio	84	90
Abruzzo	74	95
Molise	0	100
Campania	70	73
Puglia	74	82
Basilicata	78	-
Calabria	41	74
Sicilia	72	71
Sardegna	70	95

In Tab.43 è rappresentata, a livello regionale, la proporzione di colectomie laparoscopiche che vengono effettuate in strutture con volumi di attività in linea con lo standard ( $\geq 90$ ).

Ad esempio, in Sardegna, se nell'ambito delle strutture pubbliche il 70% dei ricoveri avviene in strutture conformi alla soglia minima di volume,

nell'ambito delle strutture di diritto privato il 95% dei pazienti viene ricoverato in strutture con almeno 90 casi/anno.

In Friuli Venezia Giulia, Umbria e Toscana, invece, nessuna delle strutture di diritto privato effettua una numerosità di interventi in linea con la soglia di volume minima.



**Tab.44 – Colectomie laparoscopiche: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	33	25	21	7	7
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0
Lombardia	81	46	33	34	33
Prov. Auton. Bolzano	4	4	4	0	0
Prov. Auton. Trento	3	3	3	0	0
Veneto	30	22	21	8	8
Friuli Venezia Giulia	9	8	5	1	1
Liguria	10	8	7	2	2
Emilia-Romagna	25	24	20	1	1
Toscana	28	26	25	2	2
Umbria	7	6	6	1	1
Marche	10	7	7	3	2
Lazio	44	22	19	22	21
Abruzzo	12	8	5	4	4
Molise	2	0	0	2	2
Campania	45	18	10	27	24
Puglia	23	11	8	12	12
Basilicata	4	4	2	0	0
Calabria	11	5	4	6	2
Sicilia	34	17	17	17	16
Sardegna	14	9	5	5	4
<b>Italia</b>	<b>430</b>	<b>274</b>	<b>222</b>	<b>154</b>	<b>142</b>

In Tab.44 viene riportata, sempre nell'articolazione pubblico-privato, l'informazione relativa alle strutture in linea con lo standard per quanto riguarda le proporzioni di colectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Ad esempio, nelle Marche, nell'ambito delle 10 strutture complessivamente valutate, tutte le 7 strutture di diritto pubblico e 2 delle 3 struttu-

re di diritto privato risultano conformi allo standard. Tra le regioni dove questa prestazione è erogata anche da strutture di natura giuridica privata, le Marche e la Sicilia rappresentano le sole in cui la componente di diritto pubblico ha complessivamente una performance migliore della componente di diritto privato; in tutte le altre, sono le strutture private ad essere in proporzione maggiormente conformi allo standard.

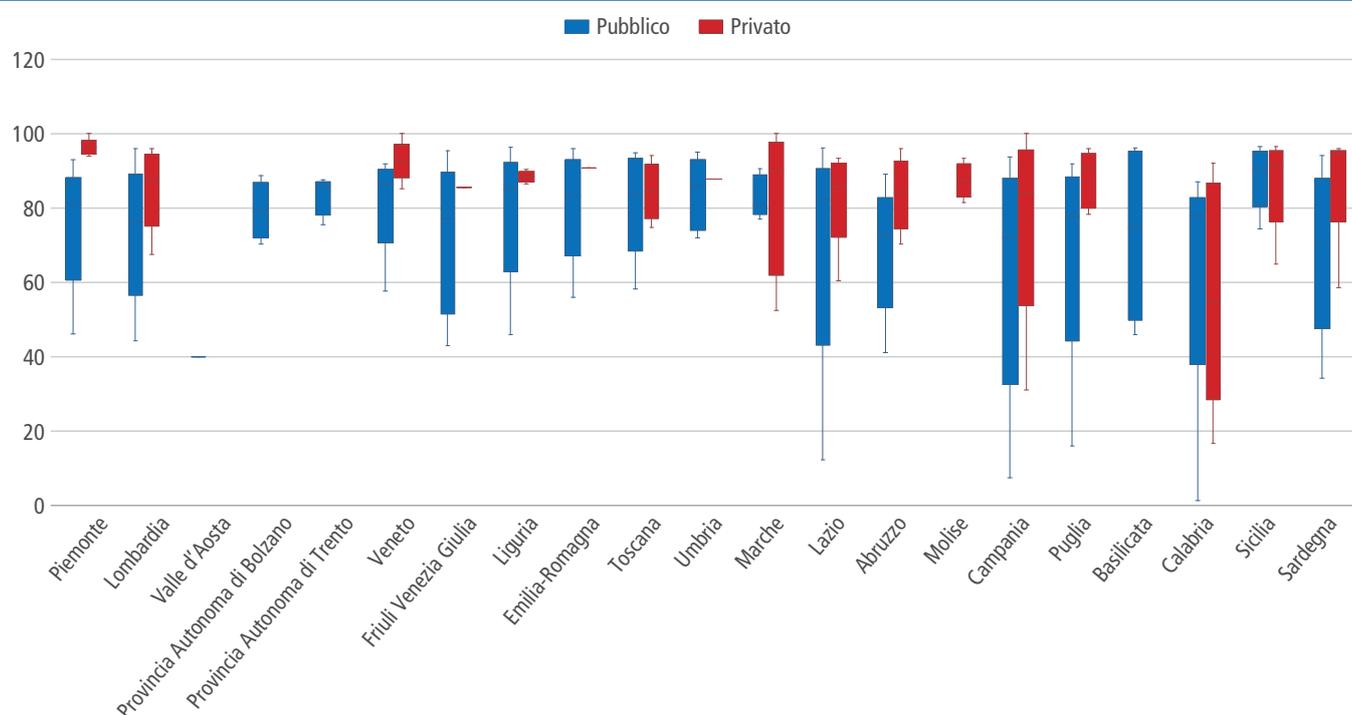
In Tab.45 è possibile valutare eventuali scostamenti da un anno all'altro nel numero di strutture conformi allo standard di qualità rispetto a quelle valutabili.

**Tab.45 – Colectomie laparoscopiche: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	25	21	7	7	23	16	6	6	31	25	7	7
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Lombardia	46	33	34	33	40	22	30	27	54	41	34	30
Prov. Auton. Bolzano	4	4	0	0	3	1	0	0	5	4	0	0
Prov. Auton. Trento	3	3	0	0	3	3	0	0	3	3	0	0
Veneto	22	21	8	8	23	22	8	8	33	31	6	6
Friuli Venezia Giulia	8	5	1	1	7	4	1	1	8	6	1	0
Liguria	8	7	2	2	6	4	1	1	10	8	2	2
Emilia-Romagna	24	20	1	1	22	19	2	2	32	29	3	3
Toscana	26	25	2	2	22	21	0	0	26	25	1	1
Umbria	6	6	1	1	5	5	1	1	7	6	1	1
Marche	7	7	3	2	8	7	3	2	11	8	3	2
Lazio	22	19	22	21	20	15	20	19	24	17	20	19
Abruzzo	8	5	4	4	6	2	4	3	10	2	4	2
Molise	0	0	2	2	1	0	2	2	1	0	2	2
Campania	18	10	27	24	11	7	21	18	22	11	26	23
Puglia	11	8	12	12	13	7	10	8	18	11	12	10
Basilicata	4	2	0	0	3	0	0	0	5	2	0	0
Calabria	5	4	6	2	4	2	5	3	6	3	7	4
Sicilia	17	17	17	16	16	15	15	14	26	25	16	14
Sardegna	9	5	5	4	8	4	4	3	11	7	3	3
<b>Italia</b>	<b>274</b>	<b>222</b>	<b>154</b>	<b>142</b>	<b>245</b>	<b>176</b>	<b>133</b>	<b>118</b>	<b>344</b>	<b>264</b>	<b>148</b>	<b>129</b>



**Fig.34 – Colectomie laparoscopiche: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



Anche se la componente di diritto privato sembra più aderente agli standard rispetto a quella di diritto pubblico, il dato di variabilità (Fig.34) mostra una importante eterogeneità tanto tra le

strutture pubbliche quanto tra quelle private: ad esempio nel Lazio, dove tra le 22 strutture di diritto pubblico, la proporzione minore è di circa il 12%, mentre quella più alta è del 96%.

## Area della chirurgia oncologica

**Tab.46 – Interventi chirurgici per tumore maligno della mammella: volumi –** Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	77	95
Valle d'Aosta	0	-
Lombardia	69	93
Prov. Auton. Bolzano	64	-
Prov. Auton. Trento	100	-
Veneto	86	88
Friuli Venezia Giulia	77	0
Liguria	83	0
Emilia-Romagna	100	0
Toscana	94	-
Umbria	94	-
Marche	99	-
Lazio	93	90
Abruzzo	98	-
Molise	0	0
Campania	72	69
Puglia	86	79
Basilicata	54	-
Calabria	85	0
Sicilia	62	96
Sardegna	76	63

In Tab.46 è rappresentata a livello regionale la proporzione di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella effettuati in strutture con volumi di attività in linea con lo standard ( $\geq 135$ ).

Se ad esempio in Calabria nessuna struttura privata raggiunge lo standard minimo di volume, in Piemonte il 95% degli interventi che av-

vengono nel comparto privato avviene in strutture sopra-soglia, a fronte del 77% nel pubblico. Nonostante l'enfasi a lungo data all'importanza di una maggiore concentrazione della casistica per una tipologia di prestazione fortemente associata a esiti migliori, esiste ancora un fenomeno di frammentazione, più marcato in alcune regioni rispetto ad altre.



**Tab.47 – Interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella (nuovo indicatore) – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	22	18	8	3	3
Valle d'Aosta	1	1	1	0	0
Lombardia	53	33	28	20	16
Prov. Auton. Bolzano	4	4	1	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	1	0	0
Veneto	29	24	15	5	1
Friuli Venezia Giulia	8	7	2	1	1
Liguria	8	7	4	1	0
Emilia-Romagna	14	12	12	1	0
Toscana	16	16	11	0	0
Umbria	4	4	3	0	0
Marche	6	6	5	0	0
Lazio	24	16	11	6	4
Abruzzo	4	4	4	0	0
Molise	1	1	1	0	0
Campania	21	14	10	7	6
Puglia	17	9	5	8	6
Basilicata	2	2	0	0	0
Calabria	5	4	4	1	1
Sicilia	18	13	9	5	4
Sardegna	6	4	3	2	2
<b>Italia</b>	<b>264</b>	<b>200</b>	<b>138</b>	<b>60</b>	<b>44</b>

In Tab.47 sono rappresentate le strutture – distinte per natura giuridica – che risultano in linea con l’atteso rispetto alla proporzione di re-interventi a 120 giorni da una prima procedura chirurgica per tumore maligno della mammella.

L’indicatore in oggetto, che misura la necessità di re-intervenire chirurgicamente dopo un primo intervento conservativo per neoplasia della

mammella, descrive situazioni molto diverse da regione a regione.

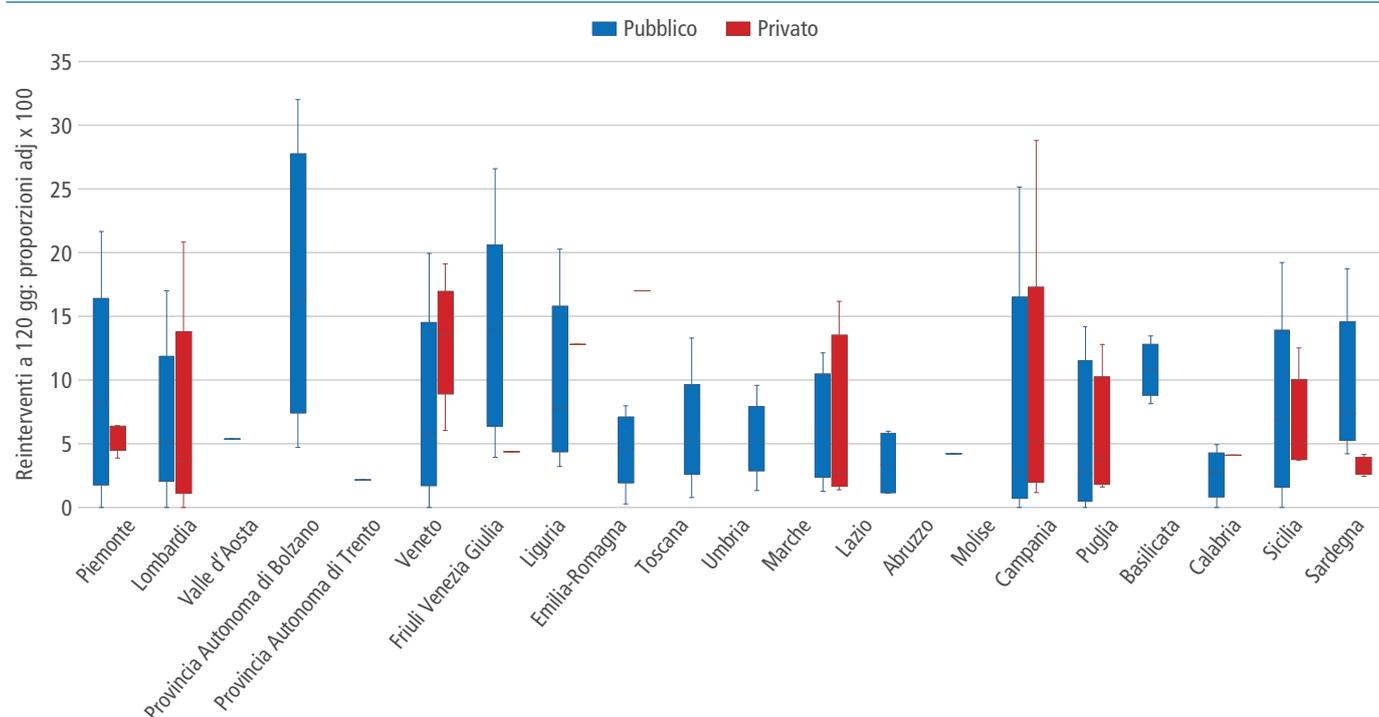
Delle 22 strutture del SSR piemontese valutate, tutte e 3 le strutture accreditate e solo 8 delle diciotto di diritto pubblico sono conformi allo standard. In Emilia-Romagna presentano proporzioni in linea con il riferimento le 12 strutture pubbliche, diversamente dalla sola struttura di diritto privato.

**Tab.48 – Interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	18	10	3	3	18	10	3	2	18	11	2	1
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Lombardia	33	29	20	16	35	25	20	15	38	26	23	18
Prov. Auton. Bolzano	4	1	0	0	4	1	0	0	3	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Veneto	24	17	5	1	25	17	4	2	25	12	4	0
Friuli Venezia Giulia	7	2	1	1	8	2	1	0	8	1	1	1
Liguria	7	4	1	0	6	3	0	0	8	5	0	0
Emilia-Romagna	12	12	1	0	12	11	2	1	13	11	2	0
Toscana	16	12	0	0	14	10	0	0	15	13	0	0
Umbria	4	2	0	0	4	3	0	0	4	3	0	0
Marche	6	4	0	0	7	5	0	0	8	5	0	0
Lazio	16	11	6	4	17	12	4	3	16	13	4	3
Abruzzo	4	4	0	0	4	3	0	0	4	4	0	0
Molise	1	1	0	0	1	0	0	0	2	1	1	0
Campania	14	11	7	6	14	9	8	6	12	7	8	7
Puglia	9	5	8	7	8	7	8	4	9	9	7	7
Basilicata	2	1	0	0	3	1	0	0	3	1	0	0
Calabria	4	4	1	1	4	3	1	1	4	4	2	2
Sicilia	13	8	5	3	14	8	7	4	14	12	8	5
Sardegna	4	2	2	2	4	0	2	2	5	0	1	1
<b>Italia</b>	<b>200</b>	<b>141</b>	<b>60</b>	<b>44</b>	<b>204</b>	<b>131</b>	<b>60</b>	<b>40</b>	<b>211</b>	<b>139</b>	<b>63</b>	<b>45</b>



**Fig.35 – Interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella (nuovo indicatore) – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



Anche in questo caso si riporta un'importante eterogeneità tra regioni e all'interno delle stesse regioni. Quest'ultima assume caratteristiche diverse tra i vari SSR (Fig.35).

Nella Provincia Autonoma di Bolzano, dove non ci sono strutture di diritto privato che effettuano

chirurgia sulla mammella e solo una struttura pubblica su 4 presenta proporzioni conformi al riferimento, la percentuale di re-interventi va da un minimo del 5% a un massimo del 32%.

**Tab.49 – Interventi di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella (nuovo indicatore) – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	11	9	4	2	1
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0
Lombardia	31	19	8	12	7
Prov. Auton. Bolzano	1	1	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	1	0	0
Veneto	20	16	9	4	4
Friuli Venezia Giulia	5	4	1	1	0
Liguria	4	4	3	0	0
Emilia-Romagna	11	10	4	0	0
Toscana	14	14	13	0	0
Umbria	4	4	4	0	0
Marche	4	4	2	0	0
Lazio	16	12	8	4	3
Abruzzo	3	3	3	0	0
Molise	0	0	0	0	0
Campania	10	7	1	3	1
Puglia	12	6	1	6	3
Basilicata	2	2	0	0	0
Calabria	3	3	1	0	0
Sicilia	11	8	1	3	1
Sardegna	5	3	1	2	0
<b>Italia</b>	<b>169</b>	<b>131</b>	<b>65</b>	<b>37</b>	<b>20</b>

L'indicatore che misura la proporzione di procedure di ricostruzione contestuali rispetto all'intervento demolitivo descrive situazioni molto diverse da regione a regione. Ad esempio in Toscana ed Emilia-Romagna le strutture del SSN

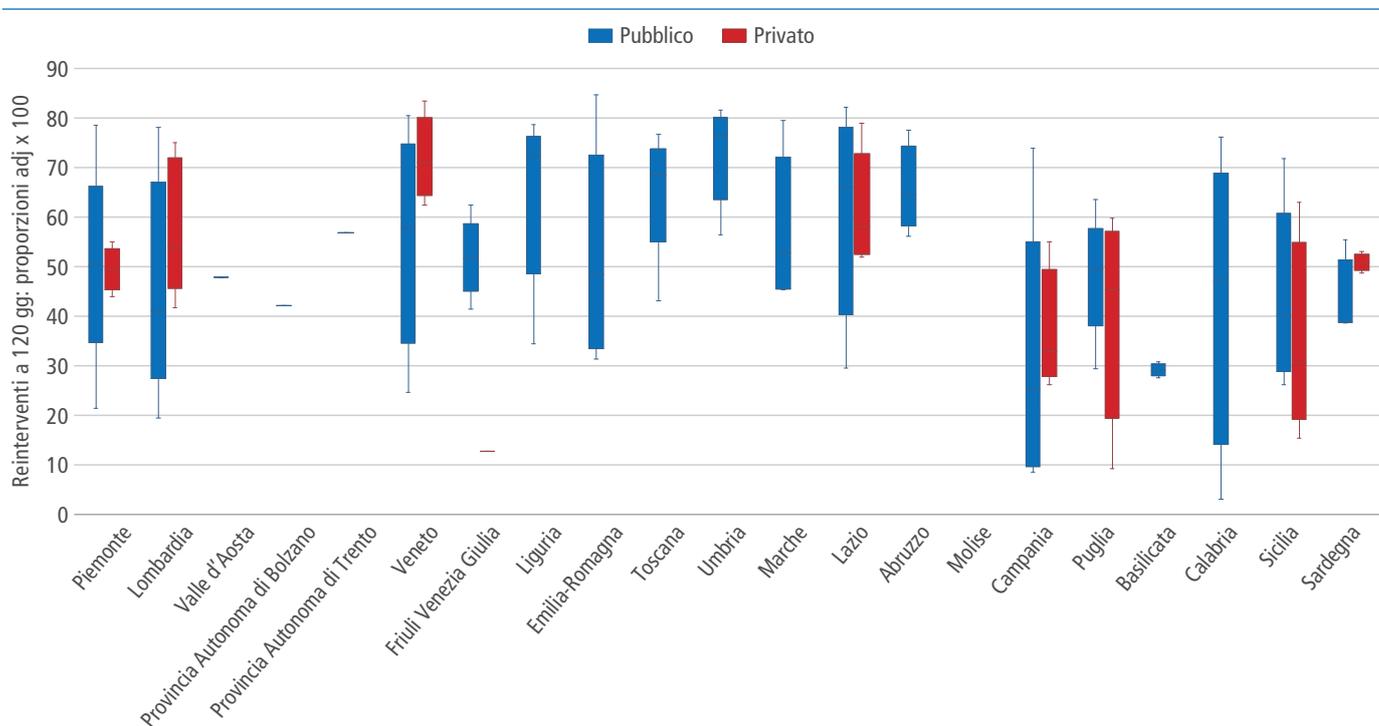
valutate sono tutte di diritto pubblico, ma se nel primo caso risultano conformi al riferimento 13 erogatori su 14, nel secondo solo 4 strutture su 10 presentano proporzioni in linea con l'atteso.



**Tab.50 – Interventi di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	9	5	2	1	7	2	2	2	10	6	2	2
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Lombardia	19	8	12	7	20	8	12	8	18	6	12	7
Prov. Auton. Bolzano	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Veneto	16	11	4	4	18	9	4	4	21	12	4	3
Friuli Venezia Giulia	4	2	1	0	4	0	0	0	5	1	0	0
Liguria	4	3	0	0	4	3	0	0	4	3	0	0
Emilia-Romagna	10	4	0	0	11	3	0	0	11	4	0	0
Toscana	14	13	0	0	11	10	0	0	13	9	0	0
Umbria	4	4	0	0	3	3	0	0	4	4	0	0
Marche	4	2	0	0	4	2	0	0	3	2	0	0
Lazio	12	8	4	4	12	8	3	1	13	9	3	1
Abruzzo	3	2	0	0	4	2	0	0	2	2	0	0
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	7	1	3	1	5	1	4	1	6	1	4	3
Puglia	6	1	6	3	6	1	7	0	6	2	7	1
Basilicata	2	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0
Calabria	3	1	0	0	2	1	0	0	3	0	1	0
Sicilia	8	1	3	1	6	2	3	1	7	1	2	1
Sardegna	3	0	2	1	2	0	0	0	3	1	1	0
<b>Italia</b>	<b>131</b>	<b>67</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>124</b>	<b>57</b>	<b>35</b>	<b>17</b>	<b>134</b>	<b>66</b>	<b>36</b>	<b>18</b>

**Fig.36 – Interventi di ricostruzione nel ricovero indice per intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella (nuovo indicatore) – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



In Fig.36 – dove è graficamente rappresentata l'eterogeneità intra-regionale, interregionale e tra comparti – si rileva ad esempio che in Veneto, dove le 4 strutture accreditate e solo 9 delle

16 strutture di diritto pubblico risultano in linea con lo standard, la variabilità tra quest'ultime va da un valore inferiore al 25% a un valore superiore al 80%.



**Tab.51 – Interventi chirurgici per tumore maligno del polmone: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	71	100
Valle d'Aosta	0	-
Lombardia	54	92
Prov. Auton. Bolzano	0	-
Prov. Auton. Trento	0	-
Veneto	77	59
Friuli Venezia Giulia	87	-
Liguria	73	-
Emilia-Romagna	86	-
Toscana	94	-
Umbria	59	-
Marche	70	-
Lazio	100	99
Abruzzo	45	100
Molise	0	0
Campania	70	0
Puglia	97	57
Basilicata	0	-
Calabria	0	-
Sicilia	30	65
Sardegna	84	-

In Tab.51 è rappresentata a livello regionale la proporzione di interventi chirurgici per tumore maligno del polmone che vengono effettuati in strutture con volumi di attività in linea con lo standard ( $\geq 72$ ), considerando separatamente la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN.

Ad esempio in Lombardia, se nell'ambito delle strutture pubbliche solo il 54% degli interventi

avviene in strutture conformi alla soglia minima di volume, nell'ambito del comparto privato accreditato il 92% dei pazienti viene operato in strutture con una numerosità conforme allo standard.

Diversamente, in Veneto, mentre nell'ambito delle strutture pubbliche il 77% degli interventi avviene in strutture conformi allo standard, tra le private questa percentuale è del 59%.

**Tab.52 – Interventi chirurgici per tumore maligno del polmone: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	7	6	1	1	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Lombardia	20	11	7	9	2
Prov. Auton. Bolzano	1	1	1	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	1	0	0
Veneto	9	7	4	2	1
Friuli Venezia Giulia	3	3	2	0	0
Liguria	3	3	2	0	0
Emilia-Romagna	10	10	2	0	0
Toscana	4	4	2	0	0
Umbria	3	3	2	0	0
Marche	2	2	1	0	0
Lazio	7	5	0	2	1
Abruzzo	4	3	0	1	0
Molise	0	0	0	0	0
Campania	5	4	1	1	0
Puglia	7	5	1	2	0
Basilicata	1	1	0	0	0
Calabria	2	2	0	0	0
Sicilia	8	5	2	3	0
Sardegna	1	1	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>98</b>	<b>77</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>4</b>

Nella lettura del dato riportato in Tab.52 occorre innanzitutto considerare che delle 21 strutture di diritto privato che erogano questa prestazione, 9 (43%) sono in Lombardia.

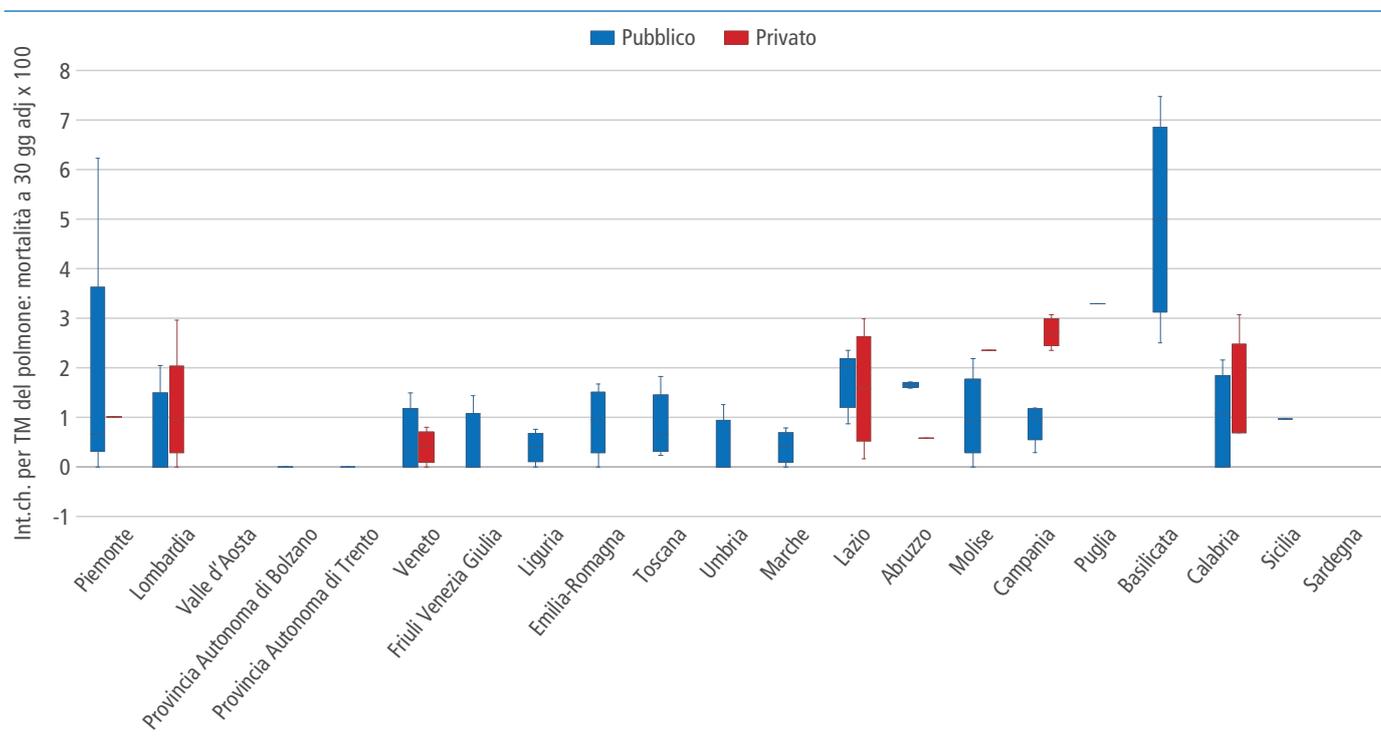
Di queste 9 strutture solo 2 presentano nel 2021 una mortalità a 30 giorni in linea con il riferimento, mentre tra le 11 strutture di diritto pubblico sono 7 quelle conformi allo standard.



**Tab.53 – Interventi chirurgici per tumore maligno del polmone: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	6	1	1	0	6	1	1	0	6	3	1	1
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Lombardia	11	7	9	2	12	5	9	1	13	5	10	4
Prov. Auton. Bolzano	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Veneto	7	4	2	1	7	5	2	1	7	4	2	1
Friuli Venezia Giulia	3	2	0	0	3	2	0	0	3	2	0	0
Liguria	3	2	0	0	3	2	0	0	4	1	0	0
Emilia-Romagna	10	2	0	0	10	5	0	0	11	3	0	0
Toscana	4	2	0	0	4	2	0	0	5	1	0	0
Umbria	3	2	0	0	3	2	0	0	3	1	0	0
Marche	2	1	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0
Lazio	5	0	2	1	5	0	2	1	5	0	2	1
Abruzzo	3	0	1	0	3	0	1	0	3	0	1	1
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	4	1	1	0	4	1	1	0	4	0	1	0
Puglia	5	1	2	0	5	2	2	0	6	2	2	0
Basilicata	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Calabria	2	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0
Sicilia	5	2	3	0	7	4	3	1	7	3	3	1
Sardegna	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>77</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>86</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>9</b>

**Fig.37 – Interventi chirurgici per tumore maligno del polmone: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



Nel Lazio è di diritto privato sia la struttura con più bassa mortalità sia quella con mortalità più alta.

Anche in questo caso, più delle differenze legate alla natura giuridica delle strutture, rileva l'eterogeneità interregionale e intra-regionale nel dato di mortalità.



**Tab.54 – Interventi chirurgici per tumore maligno del colon: volumi –** Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	78	82
Valle d'Aosta	0	-
Lombardia	63	66
Prov. Auton. Bolzano	48	-
Prov. Auton. Trento	94	0
Veneto	74	57
Friuli Venezia Giulia	79	0
Liguria	99	80
Emilia-Romagna	90	0
Toscana	85	0
Umbria	83	-
Marche	66	0
Lazio	76	87
Abruzzo	46	86
Molise	0	93
Campania	65	22
Puglia	72	88
Basilicata	42	-
Calabria	59	0
Sicilia	56	54
Sardegna	66	0

Anche il dato di frammentarietà di molte delle prestazioni di chirurgia oncologica associate agli esiti è caratterizzato da una forte variabilità

tra regioni, all'interno delle stesse regioni, nonché nell'ambito di ciascuna componente.

**Tab.55 – Interventi chirurgici per tumore maligno del colon: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	27	24	3	3	2
Valle d'Aosta	1	1	1	0	0
Lombardia	54	35	14	19	9
Prov. Auton. Bolzano	2	2	0	0	0
Prov. Auton. Trento	2	2	1	0	0
Veneto	30	27	15	3	2
Friuli Venezia Giulia	7	7	4	0	0
Liguria	8	7	1	1	1
Emilia-Romagna	19	19	7	0	0
Toscana	21	21	6	0	0
Umbria	5	5	2	0	0
Marche	9	9	3	0	0
Lazio	28	17	6	11	1
Abruzzo	7	5	1	2	1
Molise	1	0	0	1	0
Campania	24	16	0	8	1
Puglia	15	11	4	4	1
Basilicata	2	2	0	0	0
Calabria	4	4	1	0	0
Sicilia	22	15	2	7	3
Sardegna	7	7	1	0	0
<b>Italia</b>	<b>295</b>	<b>236</b>	<b>72</b>	<b>59</b>	<b>21</b>

In Tab.55 viene riportato il dato relativo alle strutture in linea con lo standard per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni dal ricovero per intervento chirurgico per tumore maligno del colon.

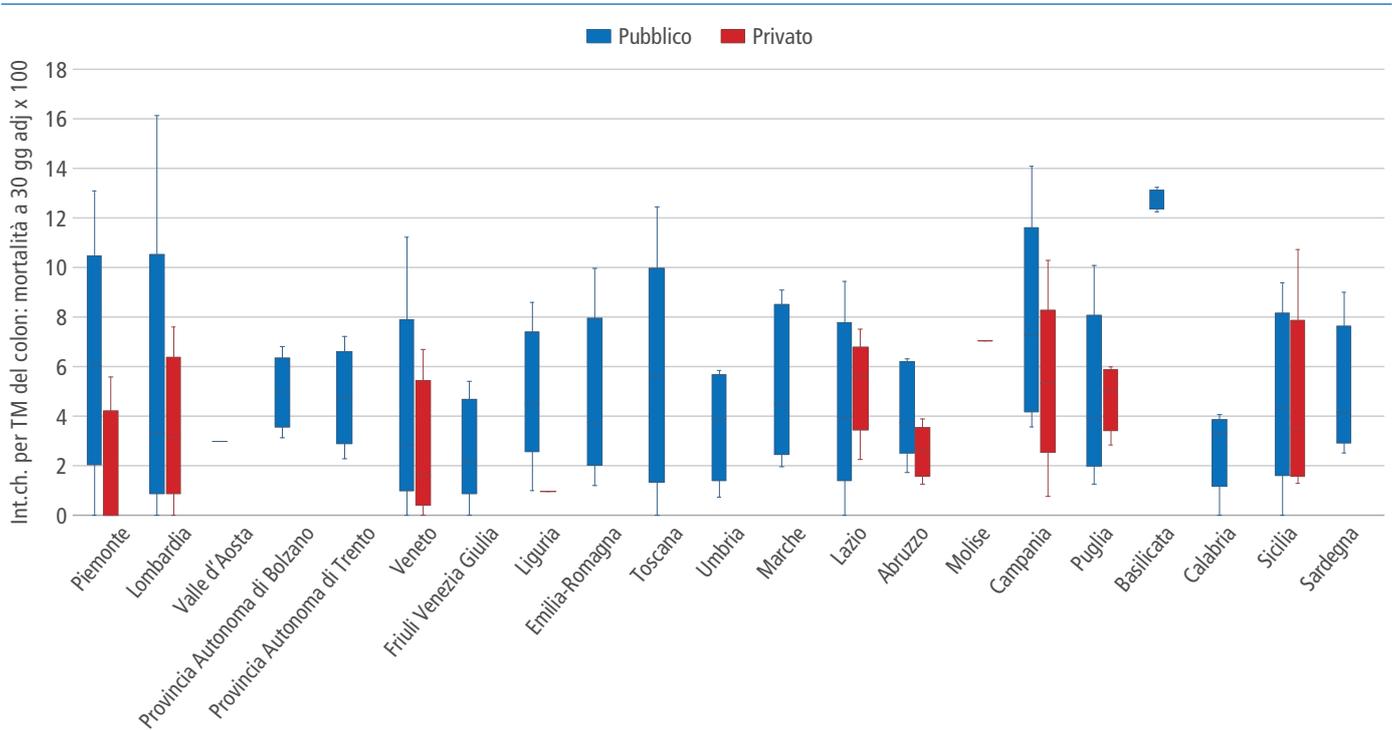
Ad esempio in Sicilia, delle 15 strutture di diritto pubblico e delle 7 di diritto privato, rispettivamente 2 e 3 presentano una mortalità in linea con l'atteso.



**Tab.56 – Interventi chirurgici per tumore maligno del colon: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	24	3	3	2	26	4	3	2	27	10	3	2
Valle d'Aosta	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Lombardia	35	14	19	9	36	14	22	9	42	18	23	15
Prov. Auton. Bolzano	2	0	0	0	3	2	0	0	3	2	0	0
Prov. Auton. Trento	2	1	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0
Veneto	27	15	3	2	28	16	3	1	28	14	3	1
Friuli Venezia Giulia	7	4	0	0	7	5	0	0	7	3	0	0
Liguria	7	1	1	1	8	2	1	0	6	2	1	0
Emilia-Romagna	19	7	0	0	21	7	0	0	22	11	0	0
Toscana	21	6	0	0	23	3	0	0	22	8	0	0
Umbria	5	2	0	0	6	2	0	0	7	2	0	0
Marche	9	3	0	0	9	4	0	0	10	6	1	1
Lazio	17	6	11	1	18	7	9	1	19	4	9	2
Abruzzo	5	1	2	1	7	4	2	1	7	2	2	1
Molise	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
Campania	16	0	8	1	14	3	7	2	14	2	7	4
Puglia	11	4	4	1	11	4	4	1	13	7	4	1
Basilicata	2	0	0	0	3	0	0	0	3	1	0	0
Calabria	4	1	0	0	3	0	0	0	4	1	0	0
Sicilia	15	2	7	3	16	3	6	2	18	3	6	4
Sardegna	7	1	0	0	8	3	1	1	7	1	0	0
<b>Italia</b>	<b>236</b>	<b>72</b>	<b>59</b>	<b>21</b>	<b>251</b>	<b>85</b>	<b>59</b>	<b>21</b>	<b>263</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>32</b>

**Fig.38 – Interventi chirurgici per tumore maligno del colon: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



Si dà evidenza di una forte variabilità, anche all'interno di una stessa regione e tra le strutture della stessa natura giuridica.

Nei casi di Lombardia, Piemonte, Campania e Toscana ci sono strutture di diritto pubblico che presentano dati di mortalità anche 4 o 5 volte

la soglia massima indicata, sicuramente meritevoli di attenzione nell'ambito di programmi di audit sulla qualità dei dati.

Per quanto riguarda le strutture di diritto privato, in Sicilia – ad esempio – la più alta mortalità è di una struttura privata.



**Tab.57 – Interventi chirurgici per tumore maligno dello stomaco: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	5	4	3	1	1
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Lombardia	16	10	4	6	6
Prov. Auton. Bolzano	1	1	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	0
Veneto	5	5	3	0	0
Friuli Venezia Giulia	2	2	1	0	0
Liguria	1	1	0	0	0
Emilia-Romagna	9	9	5	0	0
Toscana	8	8	2	0	0
Umbria	2	2	1	0	0
Marche	3	3	1	0	0
Lazio	7	4	3	3	2
Abruzzo	1	1	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0
Campania	5	5	0	0	0
Puglia	7	5	2	2	0
Basilicata	0	0	0	0	0
Calabria	2	2	0	0	0
Sicilia	5	3	0	2	1
Sardegna	0	0	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>80</b>	<b>66</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>10</b>

Ancora più che nel caso del polmone, le strutture che effettuano interventi chirurgici per tumore maligno dello stomaco sono poche in assoluto, anche se non rispetto all'incidenza della patologia e alla numerosità delle prestazioni.

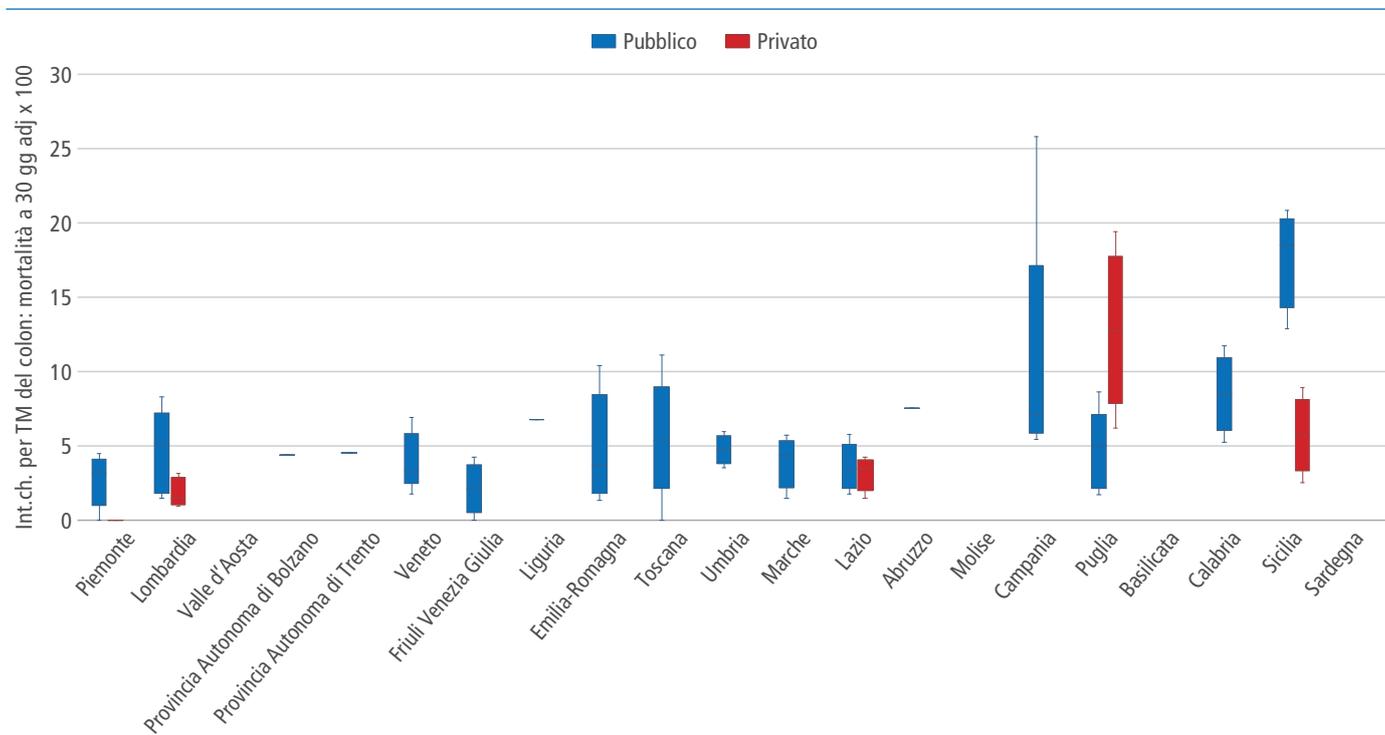
In particolare, delle 14 strutture di diritto privato, 6 sono in Lombardia e 3 nel Lazio. Di queste, rispettivamente 6 e 2 presentano una mortalità in linea con l'atteso, mentre nella componente di diritto pubblico quelle conformi allo standard sono 4 su 10 in Lombardia e 3 su 4 nel Lazio.

**Tab.58 – Interventi chirurgici per maligno dello stomaco: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	4	3	1	1	5	3	0	0	4	3	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	10	4	6	6	9	4	7	5	14	11	8	5
Prov. Auton. Bolzano	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Veneto	5	3	0	0	6	3	0	0	5	3	0	0
Friuli Venezia Giulia	2	1	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
Liguria	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Emilia-Romagna	9	5	0	0	9	5	0	0	11	7	0	0
Toscana	8	2	0	0	8	0	0	0	9	2	0	0
Umbria	2	1	0	0	2	0	0	0	3	1	0	0
Marche	3	1	0	0	3	1	0	0	3	1	0	0
Lazio	4	3	3	2	4	3	4	2	5	3	4	2
Abruzzo	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	5	0	0	0	6	0	0	0	7	2	0	0
Puglia	5	2	2	0	5	1	3	0	4	1	3	0
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Calabria	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
Sicilia	3	0	2	1	3	0	2	1	2	0	2	1
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>66</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>67</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>75</b>	<b>37</b>	<b>17</b>	<b>8</b>



Fig.39 – Interventi chirurgici per tumore maligno dello stomaco: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



**Tab.59 – Interventi chirurgici per tumore maligno del fegato: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	59	0
Valle d'Aosta	-	-
Lombardia	16	73
Prov. Auton. Bolzano	0	-
Prov. Auton. Trento	0	-
Veneto	82	0
Friuli Venezia Giulia	52	-
Liguria	70	0
Emilia-Romagna	48	-
Toscana	71	-
Umbria	0	-
Marche	0	-
Lazio	62	82
Abruzzo	0	0
Molise	0	0
Campania	80	0
Puglia	44	48
Basilicata	0	-
Calabria	0	-
Sicilia	0	63
Sardegna	0	0

Ancora una volta emerge il dato di frammentarietà: in diverse regioni, nessuna struttura riporta un volume di interventi conforme allo standard quantitativo.

Anche in questo caso è possibile che, nonostante siano state escluse le strutture che riportano un numero contenuto di casi, nell'analisi compaiano erogatori a cui sono attribuite prestazioni casualmente o per errore di codifica.



**Tab.60 – Interventi chirurgici per tumore maligno del fegato: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	5	4	2	1	1
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Lombardia	13	6	2	7	5
Prov. Auton. Bolzano	1	1	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	1	0	0	0
Veneto	4	4	4	0	0
Friuli Venezia Giulia	1	1	0	0	0
Liguria	1	1	1	0	0
Emilia-Romagna	8	8	2	0	0
Toscana	3	3	1	0	0
Umbria	1	1	1	0	0
Marche	2	2	0	0	0
Lazio	7	5	3	2	1
Abruzzo	0	0	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0
Campania	4	3	1	1	1
Puglia	5	3	1	2	1
Basilicata	0	0	0	0	0
Calabria	1	1	1	0	0
Sicilia	3	1	0	2	2
Sardegna	1	1	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>61</b>	<b>46</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>11</b>

In Tab.60 viene riportato il dato relativo alle strutture in linea con lo standard per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni dal ricovero per intervento chirurgico per tumore maligno del fegato.

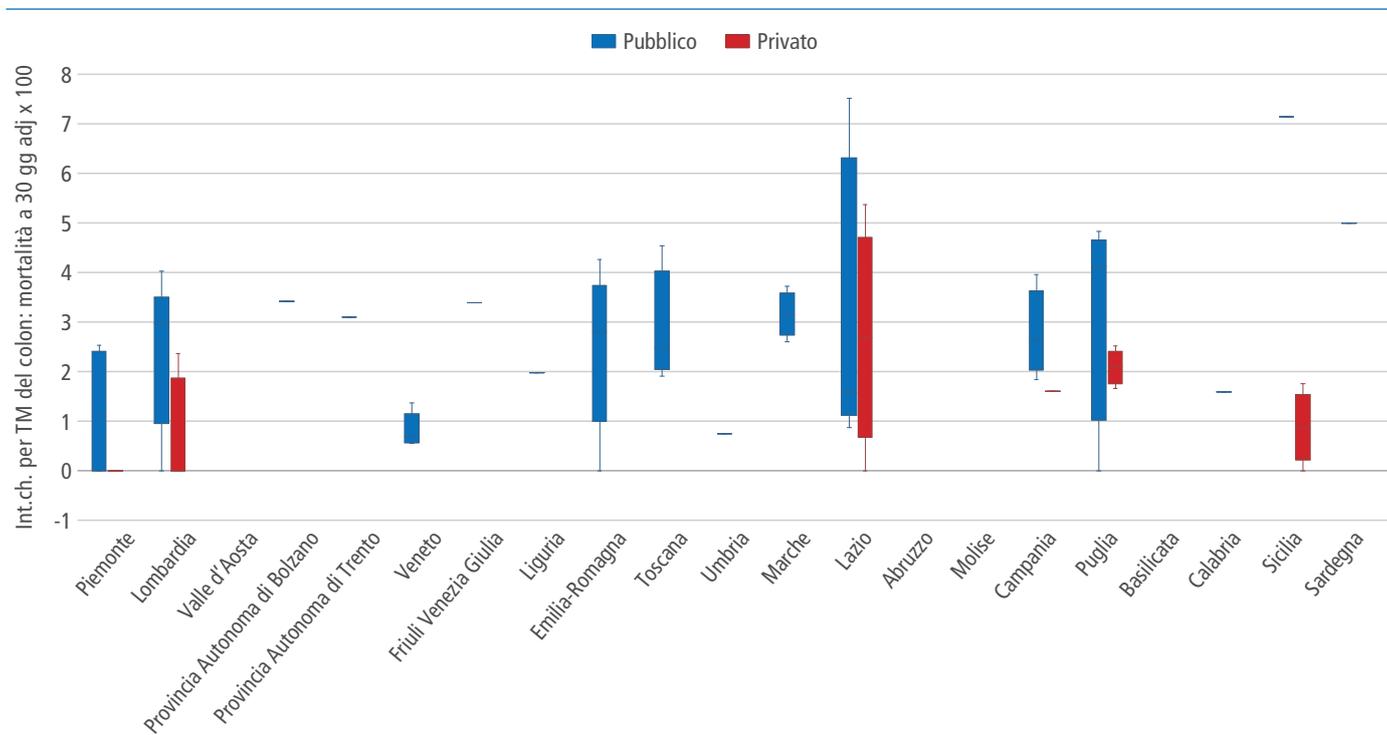
Ad esempio in Puglia, una delle 3 strutture di diritto pubblico e una delle 2 di diritto privato presentano una mortalità in linea con l'atteso.

**Tab.61 – Interventi chirurgici per tumore maligno del fegato: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	4	2	1	1	4	3	1	1	5	4	1	1
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	6	2	7	5	5	1	7	5	6	3	7	6
Prov. Auton. Bolzano	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Prov. Auton. Trento	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Veneto	4	4	0	0	4	4	0	0	4	4	0	0
Friuli Venezia Giulia	1	0	0	0	2	1	0	0	2	0	0	0
Liguria	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0
Emilia-Romagna	8	2	0	0	8	6	0	0	8	4	0	0
Toscana	3	1	0	0	3	1	0	0	2	2	0	0
Umbria	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Marche	2	0	0	0	2	2	0	0	2	1	0	0
Lazio	5	3	2	1	5	2	2	1	4	2	2	2
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	3	1	1	1	3	2	1	1	2	1	0	0
Puglia	3	1	2	1	3	1	2	0	4	3	2	1
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calabria	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Sicilia	1	0	2	2	2	0	2	2	1	0	2	2
Sardegna	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
<b>Italia</b>	<b>46</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>47</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>46</b>	<b>28</b>	<b>15</b>	<b>12</b>



Fig.40 – Interventi chirurgici per tumore maligno del fegato: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



**Tab.62 – Interventi chirurgici per tumore maligno del pancreas: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	56	0
Valle d'Aosta	-	-
Lombardia	0	72
Prov. Auton. Bolzano	0	-
Prov. Auton. Trento	0	-
Veneto	67	86
Friuli Venezia Giulia	0	-
Liguria	0	0
Emilia-Romagna	34	-
Toscana	65	-
Umbria	0	-
Marche	0	-
Lazio	38	66
Abruzzo	0	0
Molise	-	-
Campania	0	0
Puglia	0	0
Basilicata	-	-
Calabria	0	-
Sicilia	0	0
Sardegna	0	-

La scarsa concentrazione della casistica, anche laddove le evidenze scientifiche documentano prove di associazione con gli esiti delle cure, è un dato centrale dell'offerta di chirurgia oncologica del SSN. Per gli interventi chirurgici per TM del pancreas spesso la domanda regio-

nale non giustifica la presenza di un centro di riferimento e si tratta di una procedura caratterizzata da notevole mobilità intraregionale. Nonostante questo la frammentazione è significativa, anche nelle regioni a mobilità attiva.



**Tab.63 – Interventi chirurgici per tumore maligno del pancreas: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

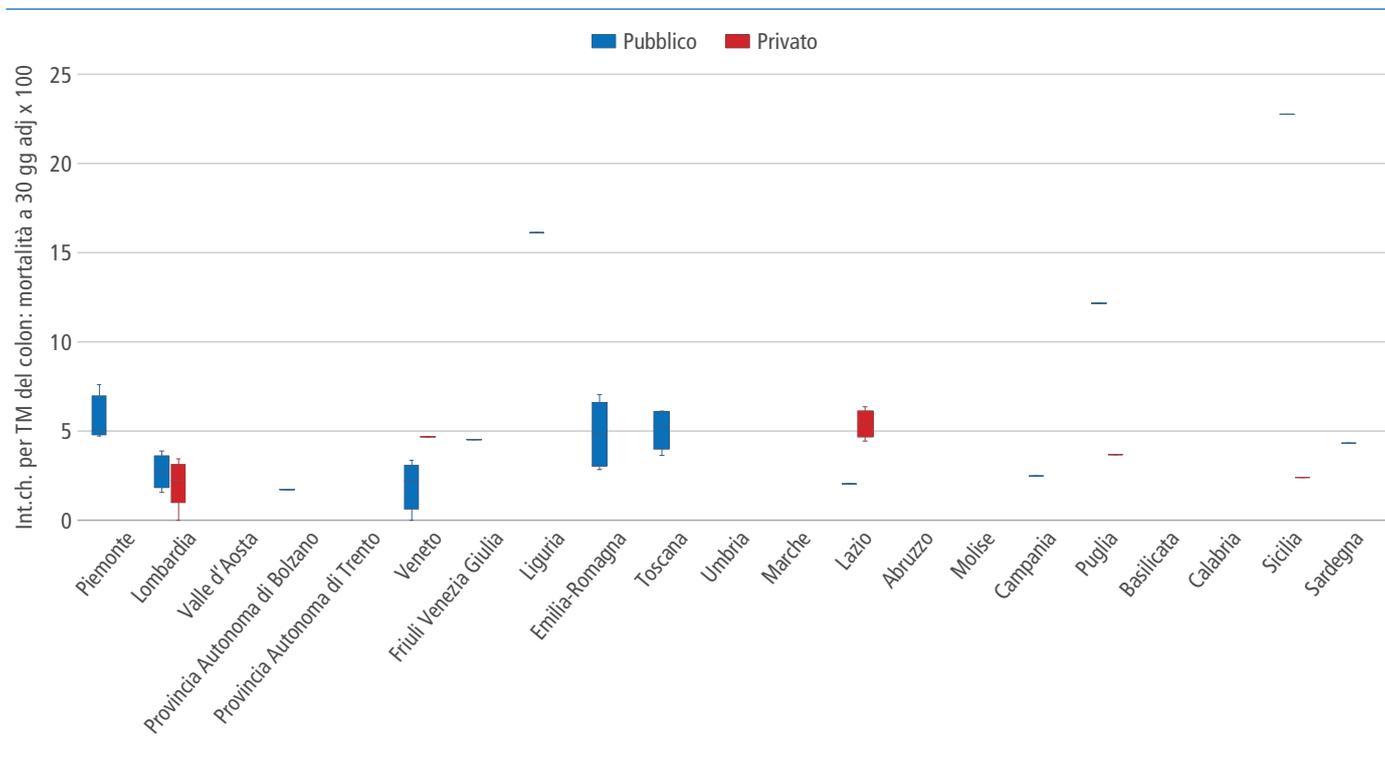
Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	3	3	2	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Lombardia	7	2	2	5	5
Prov. Auton. Bolzano	1	1	1	0	0
Prov. Auton. Trento	0	0	0	0	0
Veneto	5	4	4	1	1
Friuli Venezia Giulia	1	1	1	0	0
Liguria	1	1	0	0	0
Emilia-Romagna	6	6	4	0	0
Toscana	4	4	2	0	0
Umbria	0	0	0	0	0
Marche	0	0	0	0	0
Lazio	3	1	1	2	1
Abruzzo	0	0	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0
Campania	1	1	1	0	0
Puglia	2	1	0	1	1
Basilicata	0	0	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	0
Sicilia	2	1	0	1	1
Sardegna	1	1	1	0	0
<b>Italia</b>	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

**Tab.64 – Interventi chirurgici per tumore maligno del pancreas: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	3	2	0	0	3	1	0	0	3	1	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	2	2	5	5	3	2	5	5	3	3	5	4
Prov. Auton. Bolzano	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Prov. Auton. Trento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	4	4	1	1	4	4	1	1	2	2	1	0
Friuli Venezia Giulia	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Liguria	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Emilia-Romagna	6	4	0	0	5	4	0	0	6	5	0	0
Toscana	4	2	0	0	3	3	0	0	2	2	0	0
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Lazio	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Puglia	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sicilia	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
Sardegna	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
<b>Italia</b>	<b>27</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>26</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>6</b>



Fig.41 – Interventi chirurgici per tumore maligno del pancreas: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



**Tab.65 – Interventi chirurgici per tumore maligno del rene: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	48	0
Valle d'Aosta	0	-
Lombardia	50	65
Prov. Auton. Bolzano	0	-
Prov. Auton. Trento	77	0
Veneto	73	74
Friuli Venezia Giulia	91	0
Liguria	41	80
Emilia-Romagna	75	84
Toscana	81	0
Umbria	29	0
Marche	66	0
Lazio	66	66
Abruzzo	66	0
Molise	0	-
Campania	74	0
Puglia	47	75
Basilicata	0	-
Calabria	0	0
Sicilia	50	33
Sardegna	39	0



**Tab.66 – Interventi chirurgici per tumore maligno della prostata: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	77	49
Valle d'Aosta	0	-
Lombardia	61	81
Prov. Auton. Bolzano	100	-
Prov. Auton. Trento	85	-
Veneto	89	100
Friuli Venezia Giulia	77	83
Liguria	54	76
Emilia-Romagna	76	77
Toscana	95	0
Umbria	75	-
Marche	78	93
Lazio	74	62
Abruzzo	68	72
Molise	0	0
Campania	75	0
Puglia	62	97
Basilicata	73	-
Calabria	39	86
Sicilia	63	45
Sardegna	74	0

## Area gravidanza e parto

**Tab.67 – Parti: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	96	-
Valle d'Aosta	100	-
Lombardia	98	96
Prov. Auton. Bolzano	93	-
Prov. Auton. Trento	92	-
Veneto	94	100
Friuli Venezia Giulia	95	100
Liguria	100	100
Emilia-Romagna	97	-
Toscana	97	-
Umbria	95	-
Marche	99	-
Lazio	93	99
Abruzzo	98	-
Molise	50	-
Campania	89	99
Puglia	96	97
Basilicata	90	-
Calabria	100	100
Sicilia	97	94
Sardegna	83	-

In Tab.67 si riporta il dato relativo alla percentuale di parti che avviene in punti nascita in linea con lo standard di volume.

Nonostante gli sforzi di razionalizzazione delle reti e la bassa proporzione di parti che avviene in strutture sub-standard, ancora nel 2021 ci sono nel SSN 63 strutture al di sotto di 450 parti, di cui 57 di diritto pubblico e 6 di diritto privato. Anche in questo caso esiste una forte eterogeneità tra regioni, non sempre giustificata da specifiche caratteristiche orografiche e territoriali.

Se si considera la percentuale di parti in strutture sottosoglia, si tratta di proporzioni relativamente contenute. Rappresenta un'eccezione il Molise, con solo la metà delle nascite che avviene in maternità conformi allo standard quantitativo.

In Sardegna, per quanto riguarda la componente di diritto pubblico, solo il 83% dei parti avviene in strutture con un volume di almeno 450 parti/anno.



**Tab.68 – Proporzione di parti con taglio cesareo primario – maternità I livello – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	17	17	5	0	0
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0
Lombardia	28	24	7	4	1
Prov. Auton. Bolzano	2	2	0	0	0
Prov. Auton. Trento	0	0	0	0	0
Veneto	20	18	3	2	0
Friuli Venezia Giulia	6	5	2	1	0
Liguria	6	4	0	2	0
Emilia-Romagna	9	9	2	0	0
Toscana	13	13	3	0	0
Umbria	3	3	0	0	0
Marche	7	7	1	0	0
Lazio	17	15	0	2	0
Abruzzo	6	6	0	0	0
Molise	3	3	0	0	0
Campania	29	19	2	10	0
Puglia	16	14	1	2	0
Basilicata	4	4	1	0	0
Calabria	6	6	0	0	0
Sicilia	24	20	0	4	0
Sardegna	8	8	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>225</b>	<b>198</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>1</b>

In Tab.68 è riportata l'informazione relativa alle strutture che effettuano tra 500 e 1000 parti/anno con una proporzione di tagli cesarei primari (ovvero cesarei in donne senza un pregresso parto chirurgico) in linea con la soglia massima attesa per le maternità di I livello (15%).

Per quanto il comportamento delle strutture vari a seconda del contesto regionale, si rileva in quasi tutte le regioni un basso livello di aderenza allo standard, con regioni come l'Umbria e la Calabria dove le maternità sono tutte di diritto

pubblico e tutte con una proporzione di parti chirurgici superiore al riferimento, regioni come la Sicilia dove nessuno dei 20 punti nascita pubblici e dei 4 di diritto privato è in linea con lo standard e regioni come il Friuli Venezia Giulia dove l'unica maternità di diritto privato (così come 3 dei 5 punti nascita di diritto pubblico) presenta proporzioni superiori alla soglia definita.

Delle 27 strutture ospedaliere private, 10 (37%) sono situate in Campania.

**Tab.69 – Proporzione di parti con taglio cesareo primario – maternità I livello – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	17	5	0	0	19	7	0	0	17	3	0	0
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Lombardia	24	7	4	1	22	5	4	1	28	9	4	1
Prov. Auton. Bolzano	2	0	0	0	3	0	0	0	2	0	0	0
Prov. Auton. Trento	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Veneto	18	3	2	0	18	1	1	0	19	3	3	0
Friuli Venezia Giulia	5	2	1	0	5	3	1	0	6	4	1	0
Liguria	4	0	2	0	5	1	2	0	7	1	2	0
Emilia-Romagna	9	2	0	0	9	2	0	0	11	4	0	0
Toscana	13	3	0	0	13	1	0	0	10	4	0	0
Umbria	3	0	0	0	5	0	0	0	6	0	0	0
Marche	7	1	0	0	7	0	0	0	9	0	0	0
Lazio	15	0	2	0	12	0	3	0	15	0	3	0
Abruzzo	6	0	0	0	7	0	0	0	7	0	0	0
Molise	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0
Campania	19	2	10	0	20	0	11	0	20	1	9	0
Puglia	14	1	2	0	15	0	2	0	15	0	2	0
Basilicata	4	1	0	0	4	0	0	0	4	1	0	0
Calabria	6	0	0	0	6	0	0	0	8	0	0	0
Sicilia	20	0	4	0	24	0	3	0	26	2	3	0
Sardegna	8	0	0	0	8	0	0	0	8	0	0	0
<b>Italia</b>	<b>198</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>207</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>223</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>1</b>



**Tab.70 – Proporzione di parti con taglio cesareo primario – maternità II livello – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	7	7	6	0	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0
Lombardia	25	17	17	8	5
Prov. Auton. Bolzano	3	3	3	0	0
Prov. Auton. Trento	2	2	2	0	0
Veneto	11	10	10	1	1
Friuli Venezia Giulia	3	3	3	0	0
Liguria	3	3	2	0	0
Emilia-Romagna	11	11	11	0	0
Toscana	9	9	8	0	0
Umbria	3	3	3	0	0
Marche	3	3	3	0	0
Lazio	10	4	2	6	1
Abruzzo	2	2	1	0	0
Molise	0	0	0	0	0
Campania	18	5	1	13	2
Puglia	9	6	4	3	2
Basilicata	1	1	1	0	0
Calabria	5	4	1	1	0
Sicilia	14	11	9	3	0
Sardegna	3	3	1	0	0
<b>Italia</b>	<b>142</b>	<b>107</b>	<b>88</b>	<b>35</b>	<b>11</b>

Si presenta meno critico il quadro delle maternità che effettuano almeno 1000 parti/anno, per le quali la proporzione massima di ricorso al taglio cesareo è fissata al 25% (Tab.70).

Si dà evidenza di una divaricazione nord-sud, per cui le regioni meridionali presentano ancora

diverse strutture con proporzioni di parti chirurgici superiori all'atteso.

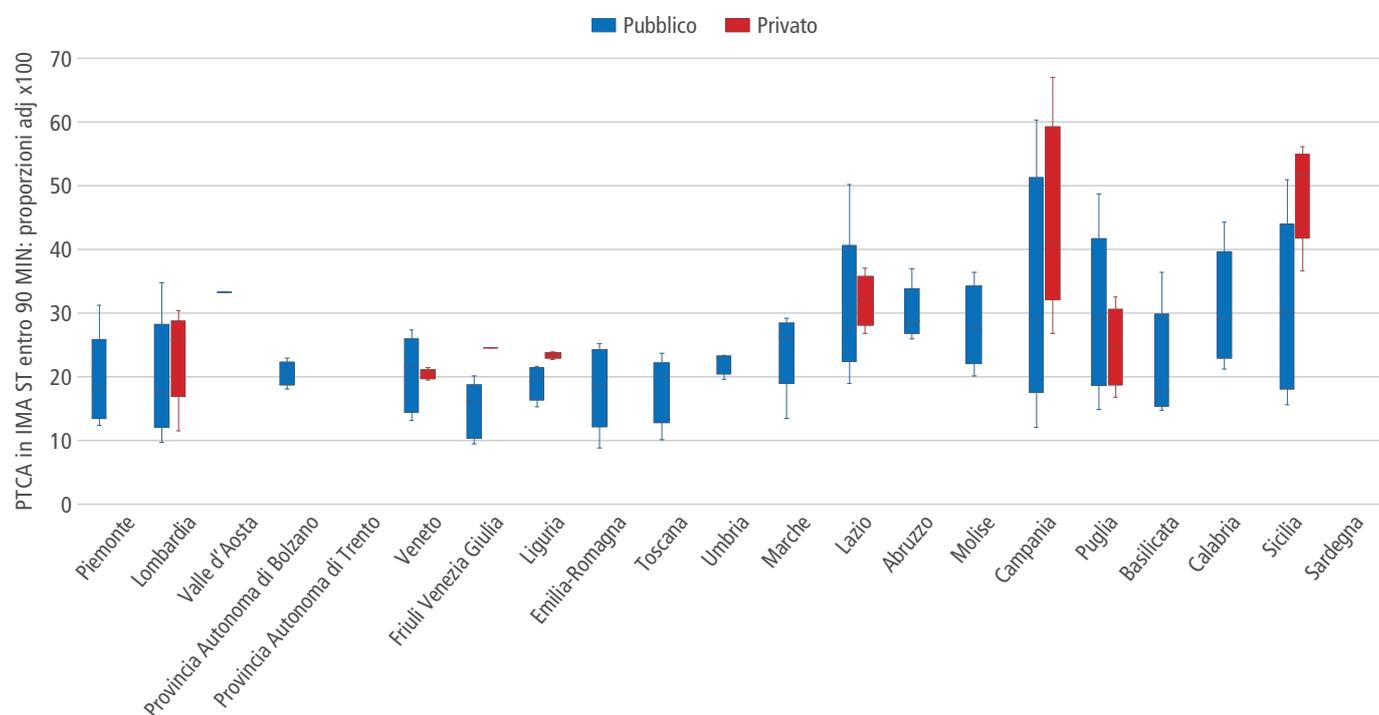
Ad esempio in Campania – dove c'è più di 1/3 dei punti nascita di tutta la componente di diritto privato – solo una delle 5 strutture di diritto pubblico e 2 delle 12 di diritto privato presentano valori in linea con il riferimento.

**Tab.71 – Proporzione di parti con taglio cesareo primario – maternità II livello – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	7	6	-	-	7	5	-	-	8	8	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	17	17	8	5	19	18	8	5	19	16	8	6
Prov. Auton. Bolzano	3	3	-	-	2	2	-	-	3	3	-	-
Prov. Auton. Trento	2	2	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Veneto	10	10	1	1	11	11	2	2	10	9	-	-
Friuli Venezia Giulia	3	3	-	-	3	3	-	-	3	3	-	-
Liguria	3	2	-	-	3	2	-	-	2	1	-	-
Emilia-Romagna	11	11	-	-	11	11	-	-	12	12	-	-
Toscana	9	8	-	-	9	8	-	-	11	9	-	-
Umbria	3	3	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Marche	3	3	-	-	3	3	-	-	2	2	-	-
Lazio	4	2	6	1	7	2	7	2	7	4	8	2
Abruzzo	2	1	-	-	2	1	-	-	2	-	-	-
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	5	1	13	2	5	1	12	2	5	1	14	2
Puglia	6	4	3	2	6	1	3	1	6	4	4	1
Basilicata	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Calabria	4	1	1	-	4	1	-	-	4	1	-	-
Sicilia	11	9	3	-	11	6	4	-	11	6	4	1
Sardegna	3	1	-	-	3	1	-	-	3	1	-	-
<b>Italia</b>	<b>107</b>	<b>88</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>111</b>	<b>81</b>	<b>36</b>	<b>12</b>	<b>113</b>	<b>85</b>	<b>38</b>	<b>12</b>



Fig.42 – Proporzioni di parti con taglio cesareo primario – maternità I livello – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



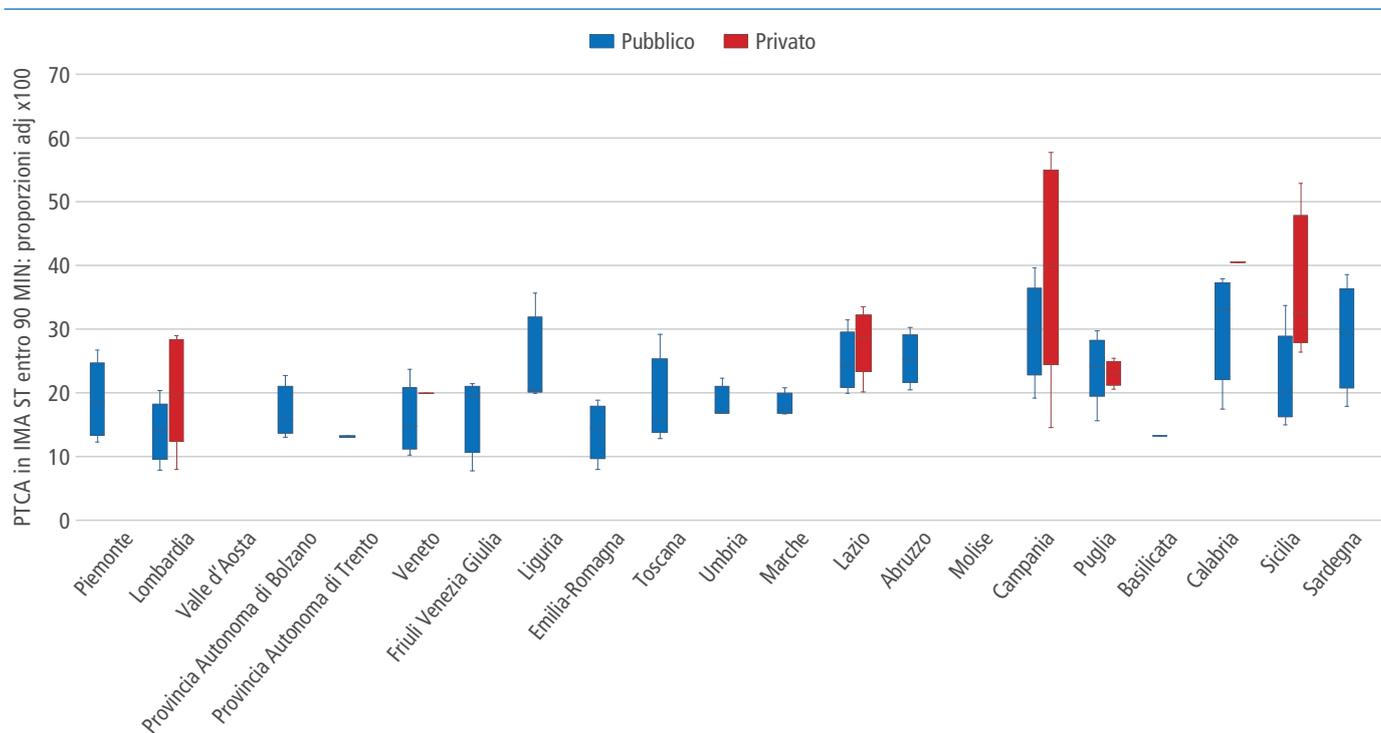
In Fig.42 e 43 è rappresentata, per ciascuna regione, la variabilità nel dato di ricorso al cesareo tra strutture ospedaliere, distinguendo tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato, differenziando a seconda dei volumi di parti/anno.

Restando sull'esempio della Campania, tra le strutture che effettuano almeno 1000 parti/anno, è di diritto privato sia la struttura con più

alte proporzioni sia la struttura con proporzioni più basse.

La necessità di contenere i parti cesarei si persegue sia limitando i tagli cesarei in donne senza pregresso cesareo alle sole volte in cui incorrono determinate condizioni di rischio per la donna e il bambino tali da giustificarne il ricorso, sia favorendo il parto naturale in donne con pregresso cesareo nei casi in cui non sussistono controindicazioni.

**Fig.43 – Proporzioni di parti con taglio cesareo primario – maternità II livello – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



**Tab.72 – Proporzioni di parti naturali in donne con pregresso cesareo – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	13	13	11	0	0
Valle d'Aosta	1	1	1	0	0
Lombardia	39	29	24	10	5
Prov. Auton. Bolzano	4	4	4	0	0
Prov. Auton. Trento	2	2	2	0	0
Veneto	19	16	13	3	3
Friuli Venezia Giulia	4	4	4	0	0
Liguria	7	6	3	1	1
Emilia-Romagna	15	15	13	0	0
Toscana	15	15	11	0	0
Umbria	3	3	2	0	0
Marche	7	7	3	0	0
Lazio	24	16	0	8	2
Abruzzo	7	7	3	0	0
Molise	1	1	0	0	0
Campania	46	23	1	23	2
Puglia	20	16	1	4	1
Basilicata	4	4	1	0	0
Calabria	11	10	1	1	0
Sicilia	37	30	3	7	1
Sardegna	6	6	4	0	0
<b>Italia</b>	<b>285</b>	<b>228</b>	<b>105</b>	<b>57</b>	<b>15</b>

In Tab.72 viene riportata, sempre nell'articolazione pubblico-privato, l'informazione relativa alle strutture in linea con lo standard per quanto riguarda le proporzioni di parto vaginale in donne con pregresso cesareo (VBAC).

Lo standard minimo di riferimento è una soglia relativamente contenuta, pari a un VBAC ogni

10 parti in donne che hanno già subito un cesareo.

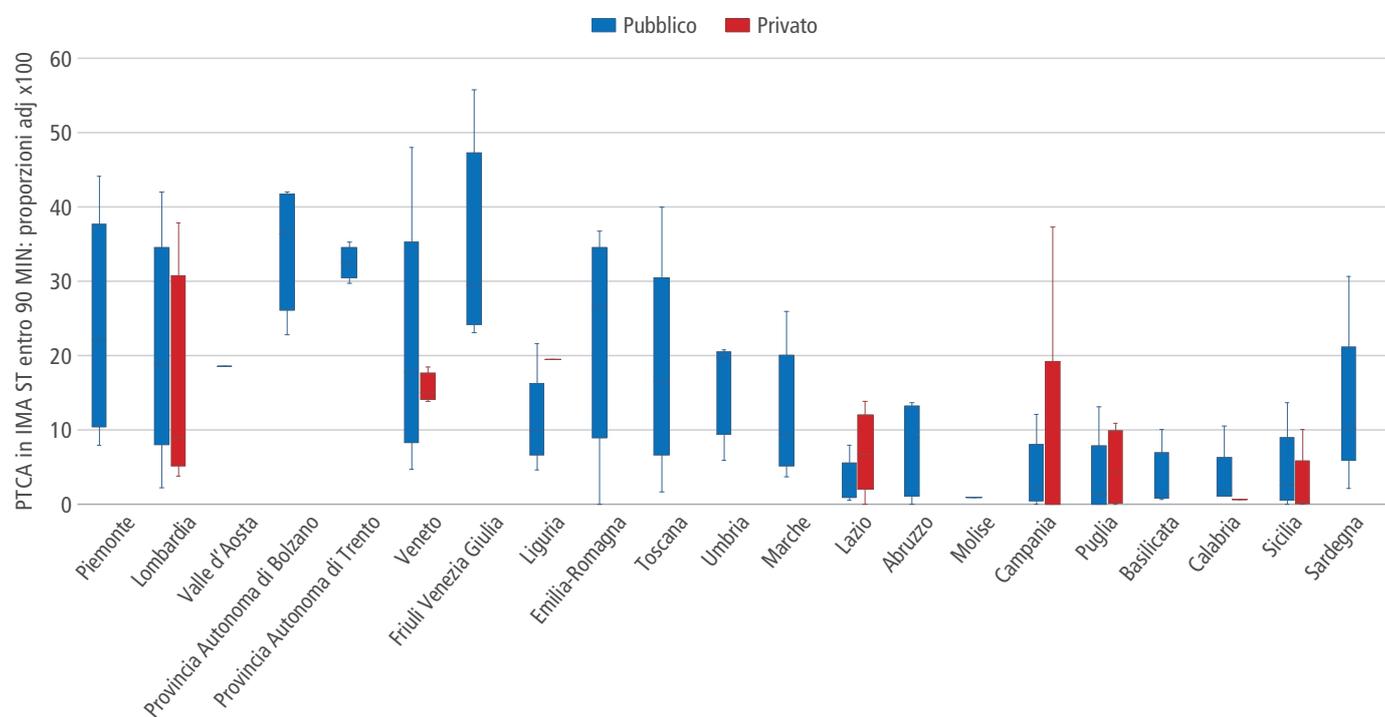
Sempre a titolo esemplificativo, delle 24 strutture complessivamente valutate nel Lazio, nessuna tra le 16 di diritto pubblico e 2 tra le 8 strutture di diritto privato sono conformi allo standard.

**Tab.73 – Proporzioni di parti naturali in donne con progresso cesareo – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	13	11	-	-	15	13	-	-	17	16	-	-
Valle d'Aosta	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Lombardia	29	24	10	5	32	23	9	4	33	27	9	6
Prov. Auton. Bolzano	4	4	-	-	4	4	-	-	4	4	-	-
Prov. Auton. Trento	2	2	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
Veneto	16	13	3	3	16	13	3	3	18	15	2	3
Friuli Venezia Giulia	4	4	-	-	4	4	-	-	4	4	-	1
Liguria	6	3	1	1	5	2	-	-	4	2	1	1
Emilia-Romagna	15	13	-	-	15	12	-	-	16	12	-	-
Toscana	15	11	-	-	14	9	-	-	15	8	-	-
Umbria	3	2	-	-	3	3	-	-	3	1	-	-
Marche	7	3	-	-	7	3	-	-	10	4	-	-
Lazio	16	-	8	2	15	-	10	2	13	-	9	2
Abruzzo	7	3	-	-	7	2	-	-	7	2	-	-
Molise	1	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-
Campania	23	1	23	2	23	-	23	2	23	-	24	2
Puglia	16	1	4	1	17	1	5	-	19	1	6	-
Basilicata	4	1	-	-	4	-	-	-	5	-	-	-
Calabria	10	1	1	-	10	1	-	-	10	-	-	-
Sicilia	30	3	7	1	30	4	6	-	31	2	6	-
Sardegna	6	4	-	-	6	1	-	-	6	3	-	-
<b>Italia</b>	<b>228</b>	<b>105</b>	<b>57</b>	<b>15</b>	<b>232</b>	<b>98</b>	<b>56</b>	<b>11</b>	<b>243</b>	<b>104</b>	<b>57</b>	<b>11</b>



Fig.44 – Proporzioni di parti naturali in donne con progresso cesareo – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



In riferimento a questo indicatore la variabilità intra-regionale è particolarmente sostenuta e supera la divaricazione pubblico-privato. Ad esempio in Veneto, nell'ambito della compo-

nente di diritto pubblico c'è una maternità che garantisce il parto vaginale dopo cesareo a circa una donna su 2 e un punto nascita dove il VBAC viene applicato a una donna su 20.

**Tab.74 – Proporzioni di episiotomie nei parti vaginali – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	25	25	23	0	0
Valle d'Aosta	1	1	1	0	0
Lombardia	55	43	23	12	3
Prov. Auton. Bolzano	5	5	5	0	0
Prov. Auton. Trento	4	4	4	0	0
Veneto	31	28	24	3	3
Friuli Venezia Giulia	9	8	6	1	0
Liguria	9	7	7	2	2
Emilia-Romagna	20	20	20	0	0
Toscana	23	23	23	0	0
Umbria	6	6	4	0	0
Marche	10	10	9	0	0
Lazio	28	19	8	9	2
Abruzzo	9	9	4	0	0
Molise	3	3	0	0	0
Campania	49	26	10	23	11
Puglia	25	20	7	5	1
Basilicata	5	5	4	0	0
Calabria	11	10	1	1	0
Sicilia	43	36	4	7	1
Sardegna	11	11	6	0	0
<b>Italia</b>	<b>382</b>	<b>319</b>	<b>193</b>	<b>63</b>	<b>23</b>

L'episiotomia è una procedura chirurgica che consiste in una incisione a livello dell'apertura vaginale, a cui si ricorre in alcuni casi durante il parto, per favorire il passaggio della testa del bambino. Sebbene sia una procedura ancora molto frequente, le evidenze scientifiche hanno dimostrato che praticare di routine l'episiotomia non produce benefici rispetto al parto vaginale effettuato senza interventi. L'episiotomia effettuata senza una reale necessità – in considerazione, ad esempio, del rischio di una grave

lacerazione, di eventuali condizioni di sofferenza fetale oppure problemi nella gestione delle spinte da parte della madre – espone la madre a rischi evitabili. Dunque, una bassa proporzione di episiotomie può indicare un più alto grado di sicurezza e appropriatezza dell'assistenza erogata alle gestanti.

A titolo esemplificativo, in Puglia, 7 delle 20 strutture di diritto pubblico e 5 delle 7 di diritto privato presentano un ricorso alla procedura in linea con l'atteso.

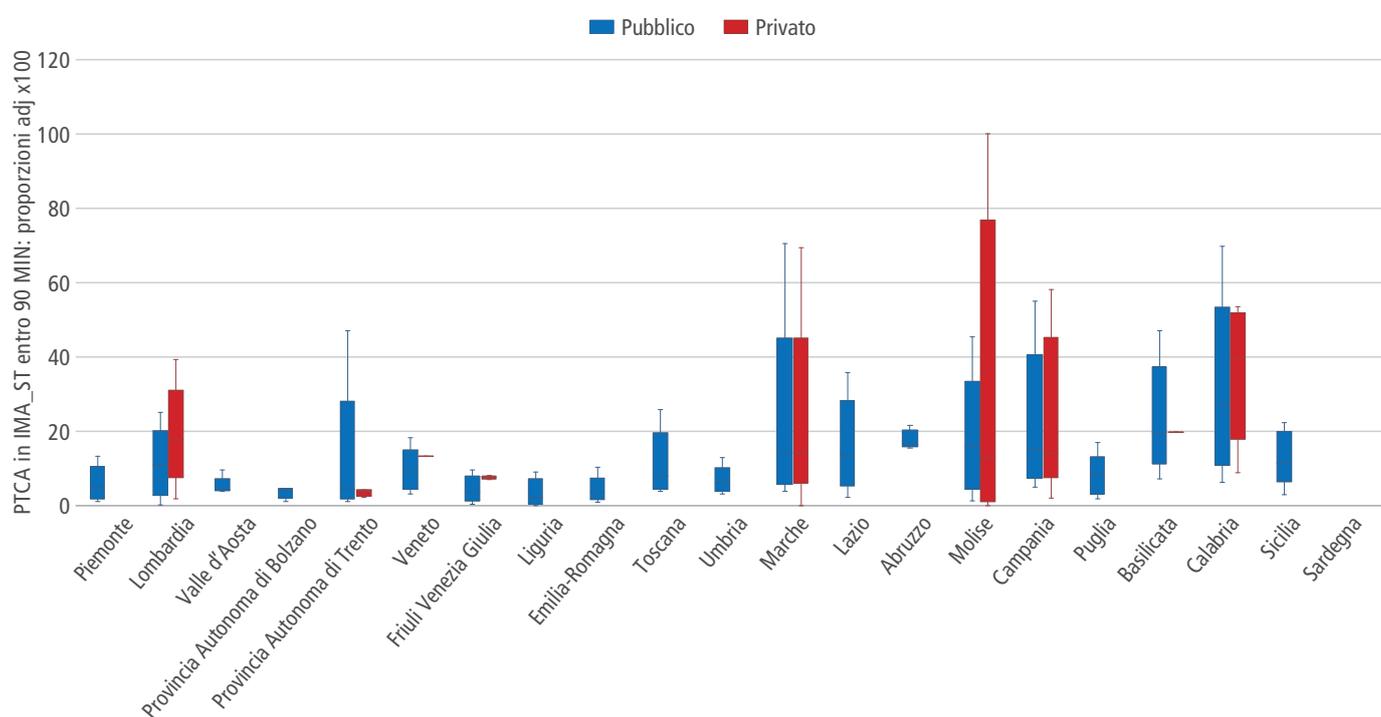


**Tab.75 – Proporzioni di episiotomie nei parti vaginali – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021<sup>14</sup>**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	25	23	0	0	26	24	0	0	-	-	-	-
Valle d'Aosta	1	1	0	0	1	1	0	0	-	-	-	-
Lombardia	43	23	12	3	44	24	12	3	-	-	-	-
Prov. Auton. Bolzano	5	5	0	0	5	5	0	0	-	-	-	-
Prov. Auton. Trento	4	4	0	0	4	4	0	0	-	-	-	-
Veneto	28	24	3	3	29	23	3	3	-	-	-	-
Friuli Venezia Giulia	8	6	1	0	8	6	1	0	-	-	-	-
Liguria	7	7	2	2	8	8	2	1	-	-	-	-
Emilia-Romagna	20	20	0	0	21	21	0	0	-	-	-	-
Toscana	23	23	0	0	23	23	0	0	-	-	-	-
Umbria	6	4	0	0	7	4	0	0	-	-	-	-
Marche	10	9	0	0	11	10	0	0	-	-	-	-
Lazio	19	8	9	2	20	6	10	3	-	-	-	-
Abruzzo	9	4	0	0	9	4	0	0	-	-	-	-
Molise	3	0	0	0	3	0	0	0	-	-	-	-
Campania	26	10	23	11	26	8	23	9	-	-	-	-
Puglia	20	7	5	1	21	4	5	1	-	-	-	-
Basilicata	5	4	0	0	5	4	0	0	-	-	-	-
Calabria	10	1	1	0	10	1	0	0	-	-	-	-
Sicilia	36	4	7	1	37	4	7	0	-	-	-	-
Sardegna	11	6	0	0	11	4	0	0	-	-	-	-
<b>Italia</b>	<b>319</b>	<b>193</b>	<b>63</b>	<b>23</b>	<b>329</b>	<b>188</b>	<b>63</b>	<b>20</b>	-	-	-	-

<sup>14</sup> L'anno 2019 non è rappresentato perché l'indicatore è stato introdotto solo nel 2020.

Fig.45 – Proporzioni di episiotomie nei parti vaginali – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



Al di là del dato anomalo di una struttura accreditata campana che riporta un ricorso sistematico e di routine all'episiotomia (da verificare innanzitutto con audit sulla qualità del dato), in diverse regioni si documenta una forte variabilità

con valori massimi di molto superiori al valore atteso.

Nel Lazio, in entrambe le componenti del SSN, ci sono strutture con oltre il 60% di episiotomie in parti naturali.



## Area osteomuscolare

**Tab.76 – Frattura del collo del femore: volumi** – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	99	62
Valle d'Aosta	100	-
Lombardia	97	97
Prov. Auton. Bolzano	90	0
Prov. Auton. Trento	93	-
Veneto	99	93
Friuli Venezia Giulia	100	-
Liguria	98	97
Emilia-Romagna	99	0
Toscana	97	0
Umbria	96	-
Marche	100	-
Lazio	98	96
Abruzzo	100	0
Molise	100	-
Campania	99	73
Puglia	97	90
Basilicata	100	-
Calabria	99	79
Sicilia	95	86
Sardegna	98	-

In Tab.76 è rappresentata a livello regionale la proporzione di fratture del collo del femore (FCF) che vengono trattate in strutture con volumi di attività in linea con lo standard ( $\geq 90$ ), considerando separatamente la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN.

Ad esempio, in Piemonte, nell'ambito della componente di diritto privato, il 38% degli interventi avviene in strutture che effettuano meno di 90 casi/anno.

**Tab.77 – Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	31	30	6	1	1
Valle d'Aosta	1	1	0	0	0
Lombardia	75	53	18	22	10
Prov. Auton. Bolzano	4	4	4	0	0
Prov. Auton. Trento	4	4	2	0	0
Veneto	32	28	12	4	1
Friuli Venezia Giulia	9	9	3	0	0
Liguria	9	7	0	2	0
Emilia-Romagna	27	27	16	0	0
Toscana	26	26	6	0	0
Umbria	6	6	1	0	0
Marche	11	11	3	0	0
Lazio	40	27	8	13	6
Abruzzo	13	13	2	0	0
Molise	3	3	0	0	0
Campania	35	30	3	5	0
Puglia	23	19	6	4	1
Basilicata	6	6	1	0	0
Calabria	13	11	1	2	2
Sicilia	47	33	12	14	8
Sardegna	12	12	2	0	0
<b>Italia</b>	<b>427</b>	<b>360</b>	<b>106</b>	<b>67</b>	<b>29</b>

Con il calcolo della tempistica di intervento in ore<sup>15</sup> – prima dell'introduzione nel flusso SDO del campo "ora", l'intervallo veniva stimato in giornate di degenza – in quasi tutte le regioni il numero di strutture conformi allo standard si riduce, anche di molto.

Questo dimostra che la precedente aderenza alla buona pratica clinica dipendeva da un "diktat normativo" piuttosto che da un riconoscimento delle evidenze scientifiche.

In Toscana – una regione che ha molto insistito sull'aderenza a questo standard – solo 6 strutture su 26 risultano in linea con il riferimento. Nel 2020, con l'intervallo misurato in 2 giorni, risultavano conformi 20 su 27.

Dal momento che l'indicatore che considera l'intervallo calcolato in ore è stato calcolato per la prima nell'edizione PNE 2021, non è disponibile un confronto delle stime con l'anno 2019.

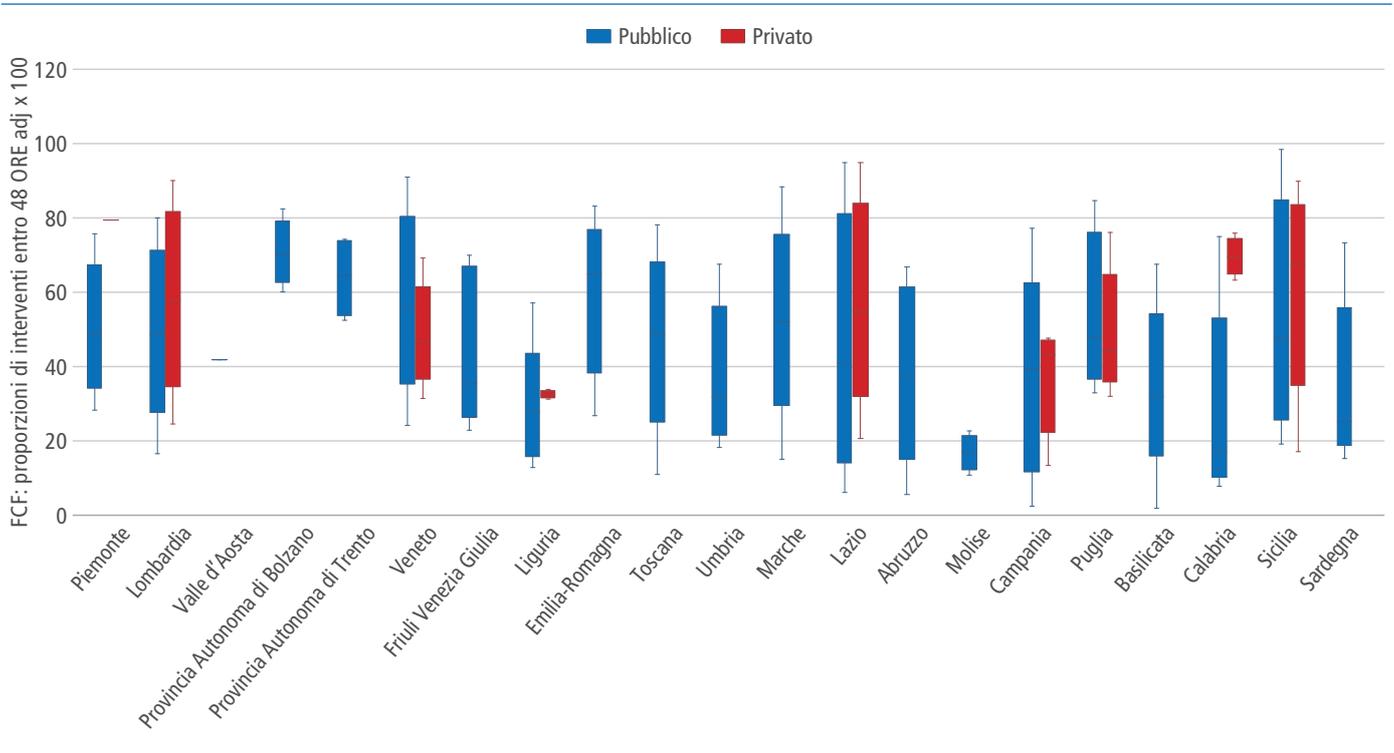
<sup>15</sup> L'intervallo in ore tra il momento del ricovero e quello di effettuazione della procedura rappresenta una misura più precisa della tempestività di intervento, ma il dettaglio relativo all'ora è di recente introduzione e utilizzato per la prima volta a livello nazionale solo a partire dalla penultima edizione del PNE.



**Tab.78 – Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021<sup>1</sup>**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	30	6	1	1	32	9	1	0	-	-	-	-
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	0	0	0	-	-	-	-
Lombardia	53	18	22	10	52	16	23	10	-	-	-	-
Prov. Auton. Bolzano	4	4	0	0	4	3	0	0	-	-	-	-
Prov. Auton. Trento	4	2	0	0	3	3	0	0	-	-	-	-
Veneto	28	12	4	1	29	13	4	1	-	-	-	-
Friuli Venezia Giulia	9	3	0	0	9	3	0	0	-	-	-	-
Liguria	7	0	2	0	7	0	2	0	-	-	-	-
Emilia-Romagna	27	16	0	0	26	11	0	0	-	-	-	-
Toscana	26	6	0	0	27	8	0	0	-	-	-	-
Umbria	6	1	0	0	7	1	0	0	-	-	-	-
Marche	11	3	0	0	12	4	0	0	-	-	-	-
Lazio	27	8	13	6	30	11	10	5	-	-	-	-
Abruzzo	13	2	0	0	12	1	0	0	-	-	-	-
Molise	3	0	0	0	3	0	0	0	-	-	-	-
Campania	30	3	5	0	29	3	6	1	-	-	-	-
Puglia	19	6	4	1	22	12	4	2	-	-	-	-
Basilicata	6	1	0	0	6	1	0	0	-	-	-	-
Calabria	11	1	2	2	9	0	1	1	-	-	-	-
Sicilia	33	12	14	8	35	13	11	7	-	-	-	-
Sardegna	12	2	0	0	12	4	0	0	-	-	-	-
<b>Italia</b>	<b>360</b>	<b>106</b>	<b>67</b>	<b>29</b>	<b>367</b>	<b>116</b>	<b>62</b>	<b>27</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Fig.46 – Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



Misurando l'indicatore in ore, aumenta anche la variabilità, soprattutto intra-regionale, con strutture fortemente al di sotto dello standard e strutture con buoni livelli di aderenza al riferimento in quasi tutte le regioni.

In Sicilia, ad esempio, nella sola componente di diritto pubblico c'è una struttura che riporta la proporzione più alta a livello nazionale di interventi tempestivi e una struttura con proporzioni inferiori al 20% circa.

Per quanto riguarda la chirurgia protesica, in Tab.79 è riportata la proporzione di artroplastiche del ginocchio effettuate in strutture con volumi conformi allo standard di volume.

Guardando al Veneto, se nell'ambito delle strutture private la quasi totalità dei ricoveri avviene in strutture conformi alla soglia minima di volume, nell'ambito delle strutture di diritto pubblico solo il 38% dei pazienti viene trattato in strutture con almeno 90 casi/anno.



**Tab.79 – Protesi ginocchio: volumi** – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	61	100
Valle d'Aosta	0	100
Lombardia	34	97
Prov. Auton. Bolzano	74	74
Prov. Auton. Trento	80	100
Veneto	38	100
Friuli Venezia Giulia	0	100
Liguria	33	94
Emilia-Romagna	57	99
Toscana	61	98
Umbria	0	96
Marche	0	89
Lazio	36	94
Abruzzo	0	100
Molise	0	96
Campania	17	78
Puglia	16	97
Basilicata	60	-
Calabria	0	75
Sicilia	36	80
Sardegna	0	94

**Tab.80 – Protesi ginocchio: revisione entro 2 anni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	34	21	9	13	7
Valle d'Aosta	2	1	1	1	1
Lombardia	89	48	28	41	23
Prov. Auton. Bolzano	7	7	6	0	0
Prov. Auton. Trento	8	6	4	2	2
Veneto	44	29	17	15	7
Friuli Venezia Giulia	12	8	7	4	4
Liguria	11	6	3	5	1
Emilia-Romagna	49	23	14	25	9
Toscana	40	27	17	13	7
Umbria	14	9	5	5	1
Marche	14	8	4	6	3
Lazio	39	13	5	23	10
Abruzzo	12	7	5	5	2
Molise	1	0	0	1	1
Campania	37	8	5	29	18
Puglia	31	17	7	14	9
Basilicata	2	2	1	0	0
Calabria	10	1	0	9	4
Sicilia	36	10	6	26	12
Sardegna	8	4	2	4	2
<b>Italia</b>	<b>500</b>	<b>255</b>	<b>146</b>	<b>241</b>	<b>123</b>

L'indicatore che misura la proporzione di revisioni dopo 2 anni dall'intervento di artroprotesi valuta l'andamento del post-intervento nel medio/lungo periodo. La qualità è eterogenea tra regioni e nell'ambito di strutture della stessa natura giuridica.

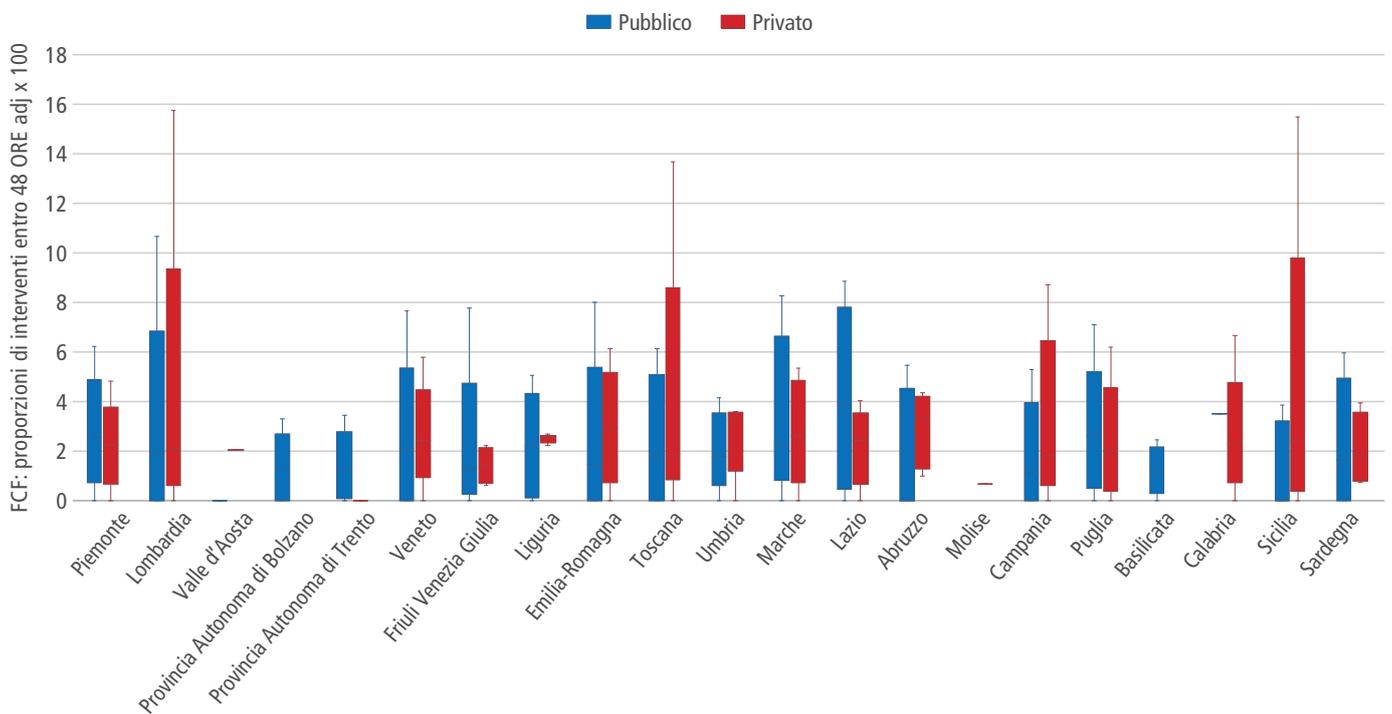
In Emilia-Romagna il 61% delle strutture pubbliche e il 36% di quelle accreditate presentano risultati in linea con lo standard; nel Lazio, invece, le proporzioni sono, rispettivamente, il 38% e il 43%. Nelle Marche la metà delle strutture di entrambe le componenti sono conformi alla qualità attesa.



**Tab.81 – Protesi ginocchio: revisione entro 2 anni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	21	9	13	7	26	14	13	5	21	7	13	2
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
Lombardia	48	28	41	23	47	25	41	20	41	18	40	17
Prov. Auton. Bolzano	7	6	0	0	6	2	0	0	7	1	1	1
Prov. Auton. Trento	6	4	2	2	6	4	2	1	6	5	2	1
Veneto	29	17	15	7	29	21	14	8	27	15	10	6
Friuli Venezia Giulia	8	7	4	4	9	6	4	4	7	4	4	2
Liguria	6	3	5	1	5	1	6	2	6	0	6	1
Emilia-Romagna	23	14	25	9	25	14	25	13	26	16	24	9
Toscana	27	17	13	7	25	11	13	2	22	11	14	5
Umbria	9	5	5	1	9	5	5	2	9	6	3	1
Marche	8	4	6	3	9	7	6	2	7	6	5	2
Lazio	13	5	23	10	12	8	22	11	12	4	22	10
Abruzzo	7	5	5	2	7	4	4	2	7	5	5	3
Molise	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
Campania	8	5	29	18	10	4	25	16	8	2	25	14
Puglia	17	7	14	9	15	5	14	8	11	4	14	8
Basilicata	2	1	0	0	2	1	0	0	3	3	0	0
Calabria	1	0	9	4	0	0	8	6	1	0	7	3
Sicilia	10	6	26	12	13	9	22	8	13	6	25	11
Sardegna	4	2	4	2	4	1	6	4	3	1	6	5
<b>Italia</b>	<b>255</b>	<b>146</b>	<b>241</b>	<b>123</b>	<b>260</b>	<b>142</b>	<b>232</b>	<b>115</b>	<b>238</b>	<b>115</b>	<b>228</b>	<b>103</b>

**Fig.47 – Protesi ginocchio: revisione entro 2 anni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



La variabilità è ancora più evidente in Fig.47 e risulta più accentuata nella componente di diritto privato del SSN, con valori che in Sicilia e in Lombardia vanno dallo 0% al 16% circa.

Le riammissioni dopo 30 giorni da una dimissione ospedaliera dopo intervento di artroprotesi valutano la qualità delle cure a breve termine dalla procedura.

Prendendo come esempio le stesse regioni dell'indicatore precedente, in Emilia-Romagna il 60% delle strutture pubbliche e il 24% di quelle accreditate presentano risultati in linea con lo standard; nel Lazio, invece, le proporzioni sono, rispettivamente, il 33% e il 28%. Nelle Marche, considerando 6 strutture di diritto pubblico e altrettante di diritto privato, rispettivamente 5 e 4 sono conformi alla qualità attesa.



**Tab.82 – Protesi ginocchio: riammissioni a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

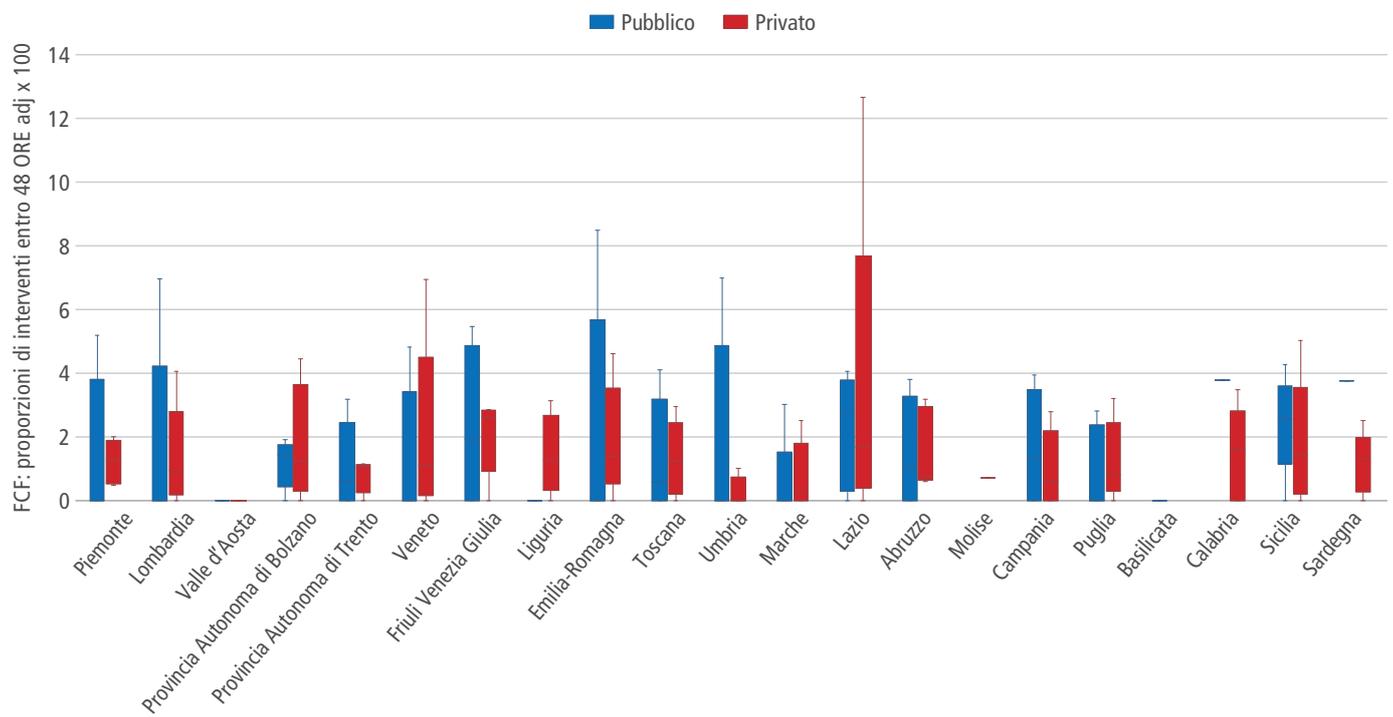
Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	30	17	11	12	4
Valle d'Aosta	2	1	1	1	1
Lombardia	57	18	13	38	20
Prov. Auton. Bolzano	9	5	2	3	1
Prov. Auton. Trento	7	4	2	3	1
Veneto	33	19	11	14	7
Friuli Venezia Giulia	8	4	2	4	1
Liguria	6	3	3	3	1
Emilia-Romagna	40	15	9	25	6
Toscana	33	20	12	13	6
Umbria	11	6	4	5	4
Marche	12	6	5	6	4
Lazio	34	6	2	25	7
Abruzzo	11	6	3	5	3
Molise	1	0	0	1	1
Campania	33	4	2	29	17
Puglia	20	6	4	14	8
Basilicata	1	1	1	0	0
Calabria	10	1	0	9	4
Sicilia	32	5	1	27	10
Sardegna	8	1	0	7	3
<b>Italia</b>	<b>398</b>	<b>148</b>	<b>88</b>	<b>244</b>	<b>109</b>

**Tab.83 – Protesi ginocchio: riammissioni a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	17	11	12	4	13	4	13	3	21	12	13	6
Valle d'Aosta	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1
Lombardia	18	13	38	20	15	6	39	12	46	30	40	17
Prov. Auton. Bolzano	5	2	3	1	5	2	1	1	6	3	0	0
Prov. Auton. Trento	4	2	3	1	5	3	2	1	6	3	2	0
Veneto	19	11	14	7	25	13	14	1	29	12	12	6
Friuli Venezia Giulia	4	2	4	1	7	5	4	2	8	5	4	4
Liguria	3	3	3	1	4	1	4	1	5	3	5	4
Emilia-Romagna	15	9	25	6	13	4	26	7	21	10	25	7
Toscana	20	12	13	6	18	7	12	5	23	8	13	6
Umbria	6	4	5	4	7	3	5	3	9	4	5	3
Marche	6	5	6	4	6	5	6	4	8	5	6	3
Lazio	6	2	25	7	7	4	24	8	12	5	21	12
Abruzzo	6	3	5	3	4	3	5	2	7	4	5	3
Molise	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
Campania	4	2	29	17	0	0	30	13	7	6	29	17
Puglia	6	4	14	8	4	4	14	5	16	9	14	5
Basilicata	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0
Calabria	1	0	9	4	0	0	9	6	1	0	9	6
Sicilia	5	1	27	10	6	2	26	12	9	3	26	17
Sardegna	1	0	7	3	1	1	7	4	4	2	4	1
<b>Italia</b>	<b>148</b>	<b>88</b>	<b>244</b>	<b>109</b>	<b>141</b>	<b>68</b>	<b>243</b>	<b>91</b>	<b>241</b>	<b>124</b>	<b>235</b>	<b>119</b>



Fig.48 – Protesi ginocchio: riammissioni a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



Così come per l'artroprotesi del ginocchio, si riportano i risultati per l'attività protesica sull'anca, con i medesimi indicatori di esito a breve e a lungo termine.

**Tab.84 – Protesi anca: volumi – Proporzioni di interventi in strutture conformi allo standard, per natura giuridica e regione, 2021**

Regioni	Comparto pubblico	Comparto privato
	%	%
Piemonte	92	100
Valle d'Aosta	100	100
Lombardia	86	99
Prov. Auton. Bolzano	95	82
Prov. Auton. Trento	99	100
Veneto	95	100
Friuli Venezia Giulia	97	100
Liguria	92	75
Emilia-Romagna	95	98
Toscana	92	97
Umbria	79	83
Marche	85	87
Lazio	76	94
Abruzzo	68	93
Molise	45	95
Campania	63	83
Puglia	75	97
Basilicata	36	-
Calabria	41	88
Sicilia	48	74
Sardegna	60	83



**Tab.85 – Protesi anca: revisione entro 2 anni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

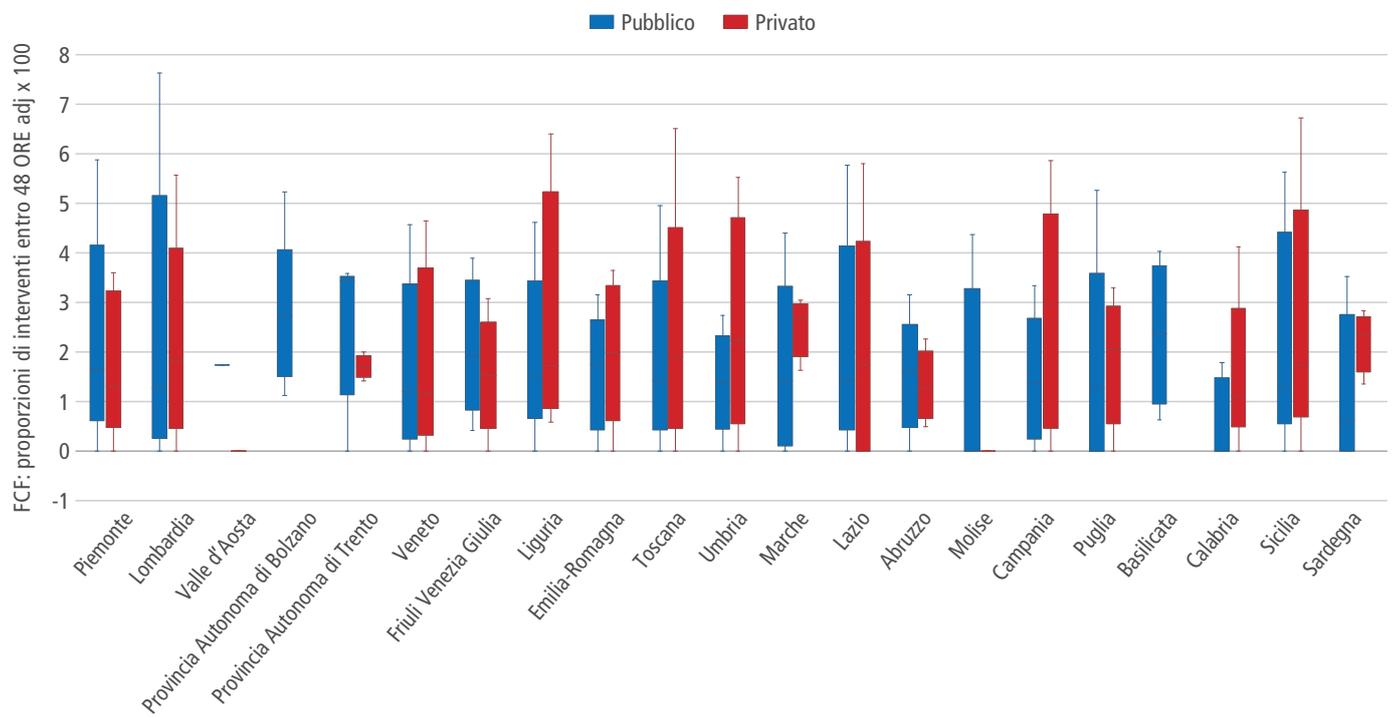
Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	42	30	16	12	7
Valle d'Aosta	2	1	1	1	1
Lombardia	96	58	36	38	19
Prov. Auton. Bolzano	7	7	1	0	0
Prov. Auton. Trento	7	5	1	2	1
Veneto	44	30	22	14	8
Friuli Venezia Giulia	14	10	5	4	2
Liguria	11	8	5	3	2
Emilia-Romagna	51	27	15	23	11
Toscana	34	23	15	11	5
Umbria	11	8	6	3	1
Marche	13	10	6	3	1
Lazio	46	22	14	21	11
Abruzzo	14	10	6	4	3
Molise	4	3	2	1	1
Campania	37	20	14	17	6
Puglia	32	20	15	12	5
Basilicata	4	4	2	0	0
Calabria	12	7	7	5	4
Sicilia	41	21	11	20	12
Sardegna	12	9	6	3	1
<b>Italia</b>	<b>534</b>	<b>333</b>	<b>206</b>	<b>197</b>	<b>101</b>

**Tab.86 – Protesi anca: revisione entro 2 anni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	30	16	12	7	28	15	12	1	30	12	12	6
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Lombardia	58	36	38	19	56	26	38	19	57	36	38	17
Prov. Auton. Bolzano	7	1	0	0	7	3	0	0	7	1	1	0
Prov. Auton. Trento	5	1	2	1	5	2	2	2	5	2	2	2
Veneto	30	22	14	8	31	25	14	10	30	20	10	9
Friuli Venezia Giulia	10	5	4	2	10	8	4	2	11	7	4	3
Liguria	8	5	3	2	6	1	4	0	8	2	3	3
Emilia-Romagna	27	15	23	11	30	17	24	10	32	17	19	9
Toscana	23	15	11	5	27	16	11	3	23	10	10	4
Umbria	8	6	3	1	8	4	3	1	8	6	3	1
Marche	10	6	3	1	11	7	3	1	12	10	3	1
Lazio	22	14	21	11	20	12	22	14	20	12	20	10
Abruzzo	10	6	4	3	11	9	4	4	10	6	4	3
Molise	3	2	1	1	2	1	1	0	3	2	1	1
Campania	20	14	17	6	20	11	16	7	19	10	14	7
Puglia	20	15	12	5	18	10	12	7	18	13	12	7
Basilicata	4	2	0	0	3	2	0	0	3	3	0	0
Calabria	7	7	5	4	7	4	6	4	5	4	4	2
Sicilia	21	11	20	12	22	14	16	5	19	13	16	9
Sardegna	9	6	3	1	9	5	3	2	7	5	3	0
<b>Italia</b>	<b>333</b>	<b>206</b>	<b>197</b>	<b>101</b>	<b>332</b>	<b>192</b>	<b>196</b>	<b>93</b>	<b>328</b>	<b>192</b>	<b>180</b>	<b>95</b>



Fig.49 – Protesi anca: revisione entro 2 anni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



**Tab.87 – Protesi anca: riammissioni a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021**

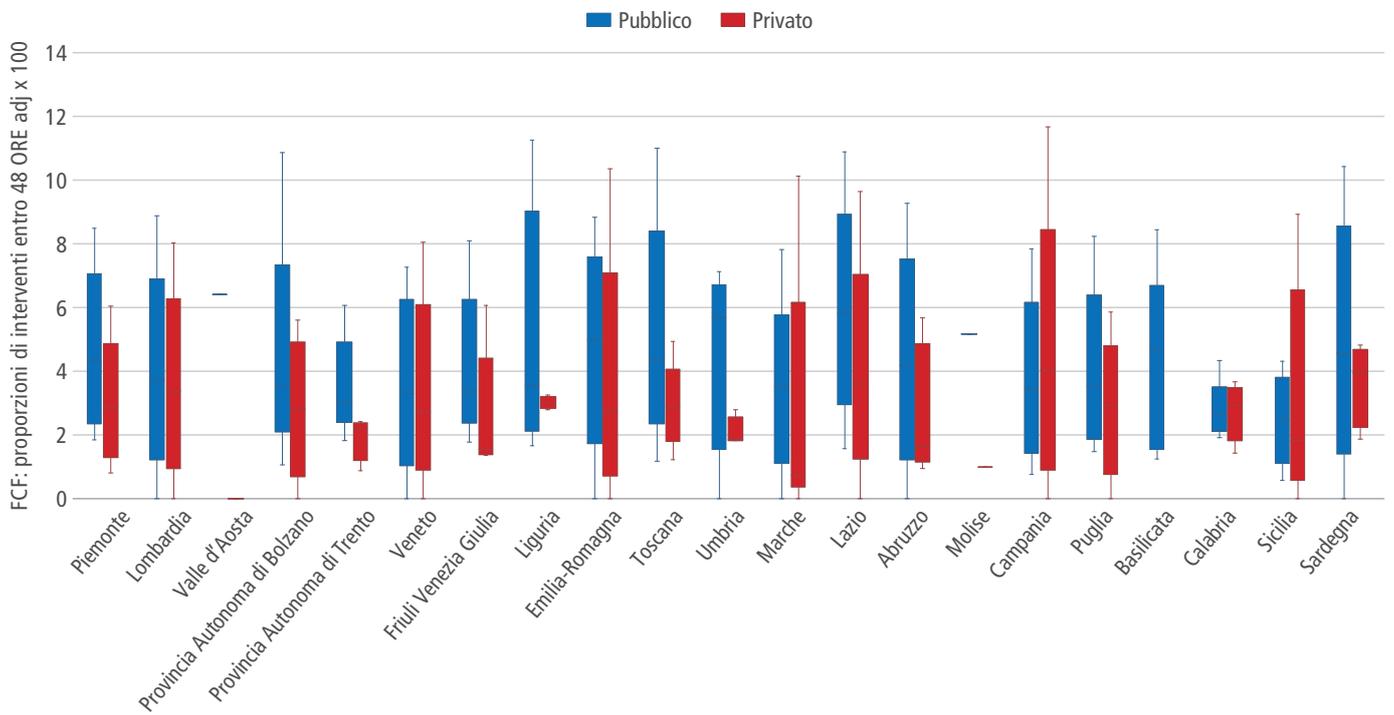
Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	37	25	11	12	9
Valle d'Aosta	2	1	0	1	1
Lombardia	87	46	22	41	23
Prov. Auton. Bolzano	8	6	3	2	1
Prov. Auton. Trento	8	5	3	3	3
Veneto	42	27	14	15	11
Friuli Venezia Giulia	13	9	5	4	3
Liguria	9	7	4	2	2
Emilia-Romagna	49	26	7	23	16
Toscana	37	26	7	10	8
Umbria	10	7	2	3	3
Marche	15	10	6	5	4
Lazio	46	19	4	24	12
Abruzzo	16	11	4	5	3
Molise	2	1	0	1	1
Campania	36	14	7	22	10
Puglia	32	18	9	14	8
Basilicata	5	5	2	0	0
Calabria	13	7	6	6	5
Sicilia	37	14	12	23	16
Sardegna	14	8	3	6	3
<b>Italia</b>	<b>518</b>	<b>292</b>	<b>131</b>	<b>222</b>	<b>142</b>



**Tab.88 – Protesi anca: riammissioni a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	25	11	12	9	28	6	12	8	30	16	12	8
Valle d'Aosta	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Lombardia	46	22	41	23	44	19	37	19	55	28	37	26
Prov. Auton. Bolzano	6	3	2	1	6	1	0	0	6	2	0	0
Prov. Auton. Trento	5	3	3	3	4	3	2	2	5	2	2	0
Veneto	27	14	15	11	28	17	14	8	30	19	12	10
Friuli Venezia Giulia	9	5	4	3	10	2	4	2	10	5	4	2
Liguria	7	4	2	2	7	1	2	0	8	1	3	2
Emilia-Romagna	26	7	23	16	24	5	24	13	25	10	23	18
Toscana	26	7	10	8	23	7	11	9	21	6	11	9
Umbria	7	2	3	3	6	3	3	1	8	1	3	2
Marche	10	6	5	4	10	7	3	3	10	5	3	3
Lazio	19	4	24	12	19	6	21	9	20	4	19	15
Abruzzo	11	4	5	3	10	3	4	3	10	5	4	4
Molise	1	0	1	1	1	0	1	1	2	1	1	1
Campania	14	7	22	10	13	4	16	13	17	9	13	9
Puglia	18	9	14	8	16	9	13	8	19	3	12	7
Basilicata	5	2	0	0	3	1	0	0	3	1	0	0
Calabria	7	6	6	5	8	5	5	5	7	0	5	4
Sicilia	14	12	23	16	16	7	17	12	19	6	20	14
Sardegna	8	3	6	3	6	1	4	3	8	3	3	2
<b>Italia</b>	<b>292</b>	<b>131</b>	<b>222</b>	<b>142</b>	<b>283</b>	<b>108</b>	<b>194</b>	<b>120</b>	<b>314</b>	<b>127</b>	<b>188</b>	<b>137</b>

**Fig.50 – Protesi anca: riammissioni a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021**



## Area urogenitale

Tab.89 – Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, 2021

Regioni	N. Strutture	Comparto pubblico		Comparto privato	
		N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	34	29	7	5	2
Valle d'Aosta	1	1	1	0	0
Lombardia	52	34	12	18	10
Prov. Auton. Bolzano	5	4	2	1	0
Prov. Auton. Trento	4	4	1	0	0
Veneto	31	29	10	2	1
Friuli Venezia Giulia	10	9	3	1	0
Liguria	15	12	4	3	2
Emilia-Romagna	38	36	9	2	1
Toscana	33	32	4	1	1
Umbria	6	6	1	0	0
Marche	16	13	0	3	1
Lazio	41	20	4	21	7
Abruzzo	12	10	0	2	1
Molise	6	3	0	3	3
Campania	45	29	3	16	10
Puglia	35	24	3	11	5
Basilicata	4	4	1	0	0
Calabria	15	14	1	1	0
Sicilia	53	37	5	16	11
Sardegna	14	13	3	1	0
<b>Italia</b>	<b>470</b>	<b>363</b>	<b>74</b>	<b>107</b>	<b>55</b>

La mortalità a 30 giorni dopo ricovero per insufficienza renale cronica può essere considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appro-

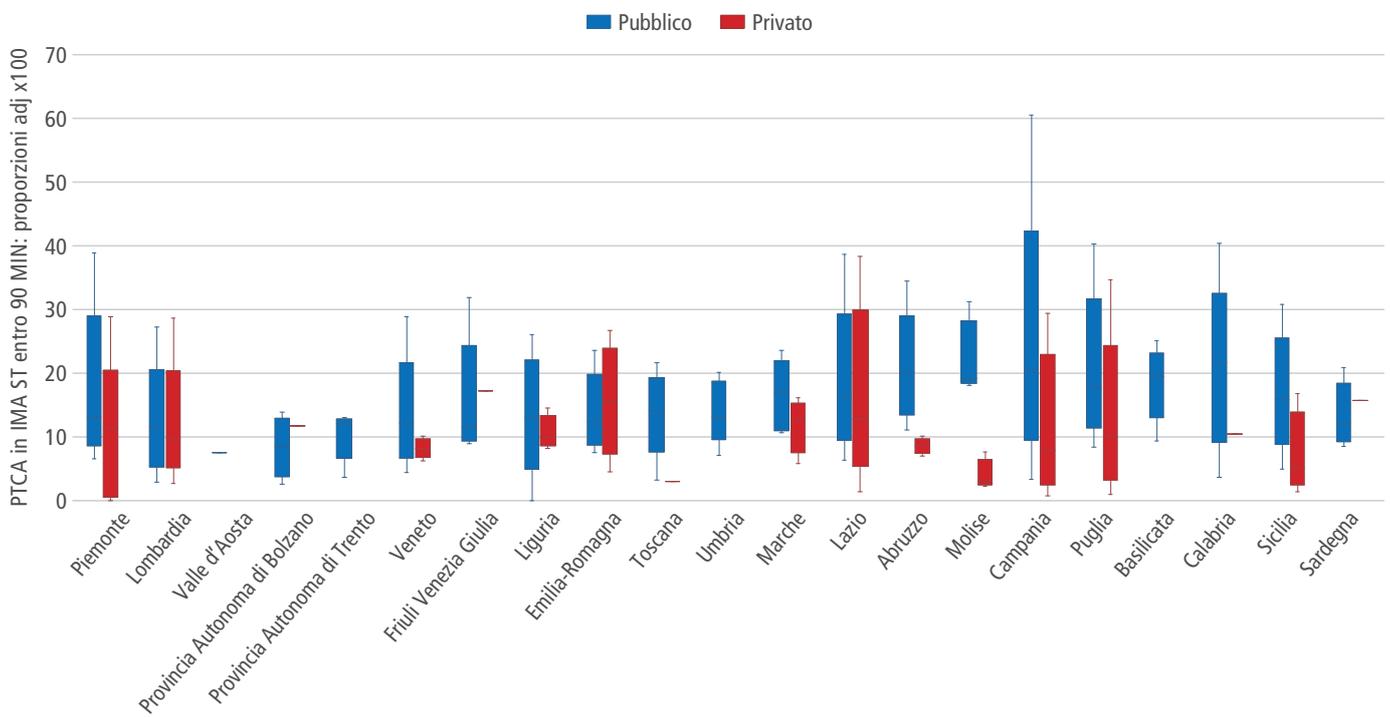
priatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero ospedaliero.

**Tab.90 – Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni – Strutture in linea con gli standard, per natura giuridica e regione, Trend Italia 2019-2021**

Regioni	Anno 2021				Anno 2020				Anno 2019			
	Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato		Comparto pubblico		Comparto privato	
	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard	N. strutture	N. strutture in linea con lo standard
Piemonte	29	7	5	2	29	5	4	1	33	13	6	4
Valle d'Aosta	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Lombardia	34	12	18	10	43	13	18	8	48	33	25	19
Prov. Auton. Bolzano	4	2	1	0	3	0	0	0	3	3	1	0
Prov. Auton. Trento	4	1	0	0	4	1	0	0	3	3	1	1
Veneto	29	10	2	1	30	6	2	0	34	12	2	0
Friuli Venezia Giulia	9	3	1	0	10	5	1	1	9	3	0	0
Liguria	12	4	3	2	11	2	1	0	13	3	2	0
Emilia-Romagna	36	9	2	1	36	8	9	2	36	16	8	5
Toscana	32	4	1	1	32	2	2	1	33	6	2	1
Umbria	6	1	0	0	8	0	0	0	10	3	0	0
Marche	13	0	3	1	14	1	3	1	18	1	1	1
Lazio	20	4	21	7	25	1	16	1	27	3	18	9
Abruzzo	10	0	2	1	12	1	1	1	14	2	1	1
Molise	3	0	3	3	3	0	3	3	3	0	3	3
Campania	29	3	16	10	28	3	13	7	33	4	19	13
Puglia	24	3	11	5	25	2	11	5	29	3	10	7
Basilicata	4	1	0	0	4	0	0	0	5	0	0	0
Calabria	14	1	1	0	15	2	1	0	16	5	0	0
Sicilia	37	5	16	11	40	6	13	10	44	10	17	12
Sardegna	13	3	1	0	14	1	1	1	16	4	1	1
<b>Italia</b>	<b>363</b>	<b>74</b>	<b>107</b>	<b>55</b>	<b>387</b>	<b>60</b>	<b>99</b>	<b>42</b>	<b>428</b>	<b>128</b>	<b>117</b>	<b>77</b>



Fig.51 – Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni – Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



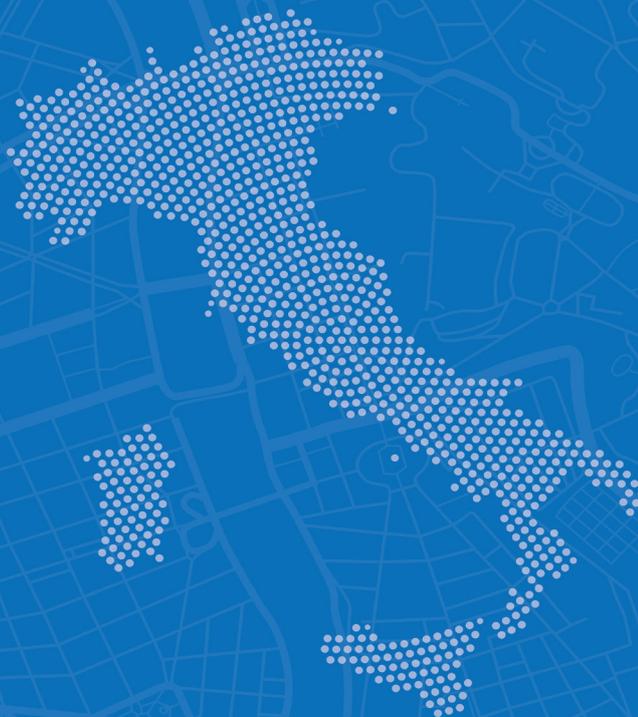
La variabilità è – anche in questo caso – l’aspetto più rilevante dell’analisi, con variazioni che mettono al centro il tema dell’equità di acces-

so e di trattamento dei pazienti, a prescindere dall’area di residenza e/o della struttura ospedaliera alla quale si rivolgono.

L' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (**Agenas**) è l'organo tecnico-scientifico del SSN che svolge, tra l'altro, attività di ricerca, valutazione e monitoraggio con l'obiettivo di mettere a disposizione di tutti gli *stakeholder* dati scientificamente validati e utili a orientare le proprie decisioni terapeutiche, programmatiche, organizzative e politiche. In questo quadro, il Programma Nazionale Esiti (**PNE**) – che misura gli *outcome* ospedalieri, attraverso una valutazione di natura comparativa – rappresenta uno strumento prezioso, che deve essere utilizzato in tutte le sue potenzialità e a tutti i livelli di lettura.

L'Associazione Italiana Ospedalità Privata (**Aiop**) è la realtà maggiormente rappresentativa della componente di diritto privato del SSN e ha nella sua *mission* la promozione della qualità delle strutture associate, orientandone i comportamenti verso decisioni *evidence-based* a beneficio della Salute pubblica tutta.

Il *Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici degli Ospedali Italiani*, elaborato sulla base delle stime prodotte nell'ambito del PNE, è sintesi della collaborazione tra le due realtà: fotografando la *performance* delle strutture di diritto privato, dei punti di forza e delle criticità, si vogliono attivare strategie di miglioramento continuo degli esiti e dei processi, nella tensione verso un SSN davvero universale, sempre più in grado di rispondere ai bisogni di tutta la popolazione e dove l'equità sia declinata verso l'alto.



SCARICA QUESTA PUBBLICAZIONE IN PDF  
DALLA PAGINA PUBBLICAZIONI SU [WWW.AIOP.IT](http://WWW.AIOP.IT)