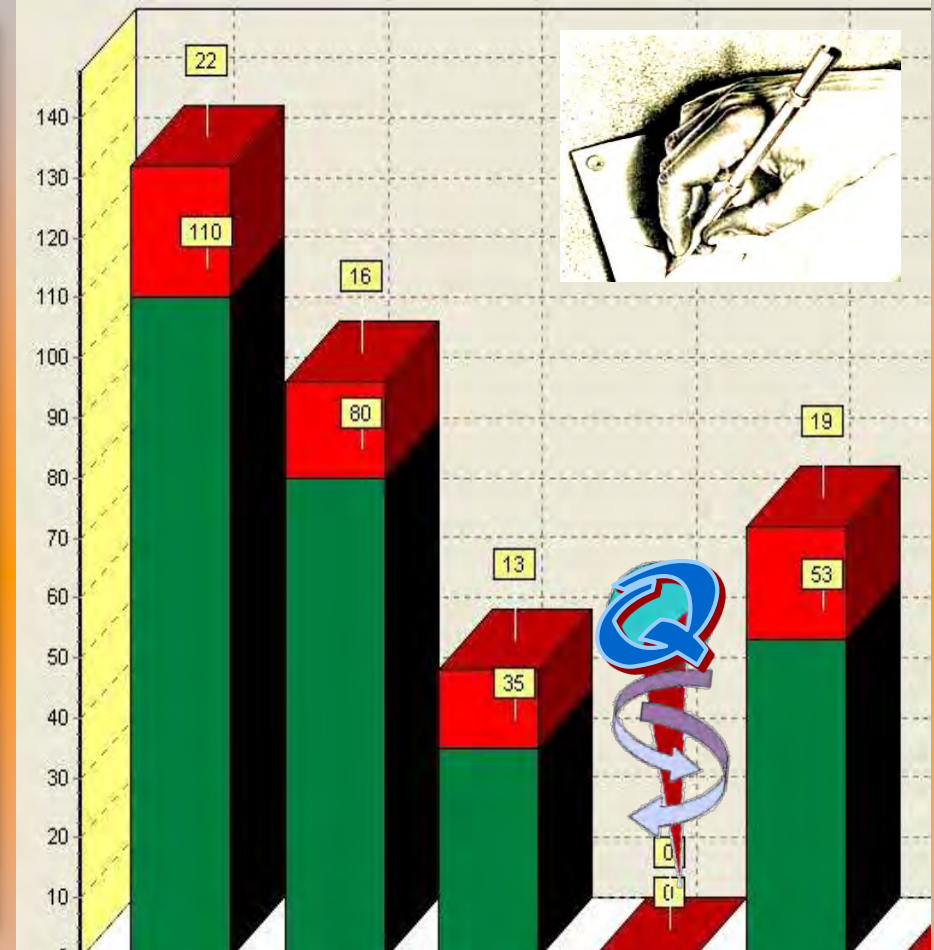
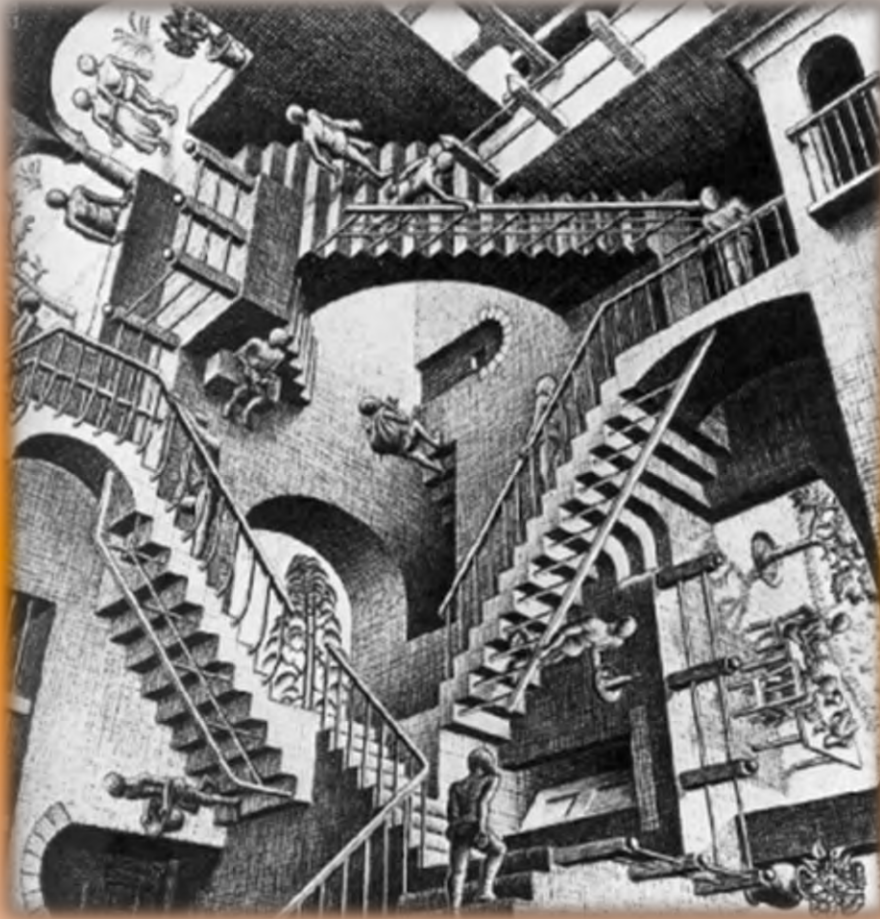


Clinical Risk Management: il rating aziendale



Valutare la Qualità delle Aziende Sanitarie:
un problema tecnico o un nuovo approccio culturale?



Eugene Codman, 1914

**“Mi definiscono un tipo eccentrico perché
in pubblico dico che:**

- ✓ gli ospedali, se vogliono migliorare, devono dichiarare quali sono i loro risultati;**
- ✓ devono analizzare i loro risultati, per trovare i loro punti forti e i loro punti deboli;**
- ✓ devono confrontare i loro risultati con quelli degli altri ospedali;**
- ✓ tali opinioni non saranno così eccentriche da qui a pochi anni”**

Concetti di accreditamento istituzionale e professionale

Indicatore

variabile
utilizzata per
descrivere in
modo sintetico
un fenomeno
complesso

e capace di
fornire
(attraverso il
confronto con
uno standard o
valore soglia)
informazioni
utili per
prendere
decisioni e
avviare
iniziative di
miglioramento





Gli indicatori sono come il cane che punta la preda: è il cacciatore che interpreta i segnali e interviene al momento opportuno

Progetto Indicatori

IDENTIFICAZIONE, SPERIMENTAZIONE E VALIDAZIONE DI ALCUNI INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO DELLA QUALITÀ DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

Programmi speciali"- Art. 12 bis, comma 6, D.lgs.229/99

LE MISURE

Gli indicatori elementari sono stati standardizzati attraverso opportune metodologie statistiche e aggregati in una misura sintetica.

Di conseguenza non forniscono una misura assoluta del fenomeno in oggetto ma permettono confronti fra risultati diversi.

Questo permette di identificare performance virtuose non in termini **assoluti** ma **soltanto in un'ottica comparativa**.

database di indicatori di performance messi a disposizione dalle ASL più avanzate in termini di cultura della misurazione

- Quel che **si condivide** è **"cosa si misura"** e **"come si misura"**:
- L'obiettivo è di favorire, nel tempo, la creazione di **set di indicatori omogenei** rispetto alla modalità di costruzione e quindi comparabili sotto il profilo delle misure rilevate

fornire:

al cittadino una visione trasparente dell'offerta di servizi e di prestazioni del SSN, a diversi livelli: attraverso i suoi soggetti erogatori pubblici e privati, per aree geografiche o regioni, monitorando eventuali modificazioni temporali.

ai decisori istituzionali strumenti validi per scelte di programmazione, accreditamento, autorizzazioni, impiego delle risorse disponibili.



Avviato il Patto per la Salute 2010 – 2012

Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale. L'accordo è finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Al centro del confronto di oggi: i costi standard e quindi il superamento della spesa storica, ma anche indicatori virtuosi



Avviato il Patto per la Salute 2010 – 2012

24 ORE

Martedì 14 aprile 2009

p. 3

Spesa pubblica

IL DISAVANZO DELLA SANITÀ

Il confronto. Avviato il dialogo con i governatori che chiedono 8 miliardi nel 2010

Nel quinquennio. Da 160 ricoveri ogni mille abitanti si punta a scendere a 130

Ospedali, taglio per 27mila posti letto

Piano anti-sprechi del Governo - Per Calabria, Campania e Molise commissario più vicino

ma Ventisette mila posti letto in meno negli ospedali entro cinque anni, già la metà tagliati nel 2011. Entro il 2014-2015 il tasso di ospedalizzazione dovrà essere abbattuto dagli attuali 160 ricoveri ogni mille abitanti a 130.

I Governatori chiedono 8 miliardi in più dal 2010 - Per Calabria e Campania l'ipotesi commissariamento

Sanità, tagli dei posti letto

Piano del Governo per cancellare 27mila disponibilità in 5 anni

Berna progetto HELIOS 16.4.2009

statistica basata su indicatori di qualità (numero dei casi e sul tasso di mortalità), consente di paragonare gli ospedali che forniscono cure intense, trenta gruppi di malattie, tra cui l'infarto, l'attacco cerebrale, la pneumonia e l'artoplastica dell'anca. La statistica, sarà pubblicata ogni anno,

POLITICHE PER LA QUALITÀ

la trasparenza dei sistemi sanitari nei confronti dei cittadini e dei pazienti e le azioni per promuoverne i diritti;
le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti;
le buone pratiche organizzative;
la garanzia di una sanità sicura.



Premessa

Tra gli obiettivi di un programma per la gestione del rischio è prevista la messa a punto di un sistema di rilevazione e **monitoraggio degli eventi avversi e dei "quasi errori"**.

A questo scopo è necessario che il sistema sanitario, come da tempo avviene nelle industrie, si doti di strumenti idonei per l'identificazione, l'analisi ed il trattamento di tali eventi.

A tale fine, nell'ambito del progetto regionale per la gestione del rischio clinico, è previsto lo sviluppo di alcuni strumenti per la raccolta delle informazioni sia a livello delle singole strutture che a livello centrale, tra cui l'Incident Reporting ed un set di indicatori specifici per il rischio clinico.

Per **rischio clinico** si intende il rischio per i pazienti collegabile direttamente o indirettamente all'attività assistenziale e clinica.

Il set di **indicatori specifici** per il rischio clinico deve, quindi, poter misurare e monitorare le complicanze potenzialmente prevenibili e gli eventi avversi di natura iatrogena che avvengono nelle strutture ospedaliere della regione.

DEFINIZIONI ?

CITO

TUTO

IUCUNDE

(Templi di Esculapio, III sec AC)



“Mi definiscono un tipo eccentrico perché in pubblico dico che:

- gli ospedali, se vogliono migliorare, devono dichiarare quali sono i loro risultati;**
- devono analizzare i loro risultati, per trovare i loro punti forti e i loro punti deboli;**
- devono confrontare i loro risultati con quelli degli altri ospedali;**

..... tali opinioni non saranno così eccentriche da qui a pochi anni” Eugene Codman 1914

Concetti di accreditamento istituzionale e professionale

Agire senza informazioni adeguate significa non sapere dove si è né dove si sta andando

Non usare le informazioni per agire rappresenta una doppia perdita (costi di produzione mancato guadagno)



Le informazioni devono permettere di identificare e monitorare i problemi più significativi

La produzione e gestione delle informazioni devono vedere il massimo coinvolgimento degli operatori, che devono essere informati della conclusione dei processi di analisi e delle azioni realizzate.

Cambiamento della situazione per quanto riguarda la valutazione della qualità delle attività sanitarie per mezzo di indicatori

	VECCHIA TENDENZA	NUOVA TENDENZA
Iniziativa	Di singoli Soggetti (spesso ricercatori)	Di organizzazioni (governative)
Tipo di attività	Studio analitico	Attività istituzionale
Modalità	Ricerca, sperimentazione	Procedure, normative
Atteggiamento operatori	Indifferenza, inerzia, ostilità	Coinvolgimento attivo
Uso indicatori	Per verificare qualità e performance	Per pagare le prestazioni, Per informare la gente

Cosa caratterizza un sistema complesso ?

- Il fatto che eventi imprevisti o poco familiari possano creare conseguenze imprevedibili,
- L'essere legati a processi pianificati e che non possono essere riinviati,
- Strutturarsi in processi rigidi (“A” deve seguire “B”),
- Una sola opzione per ottenere un risultato positivo,
- Poca flessibilità

Cosa caratterizza un sistema complesso ?

- L'errore in una componente del sistema può generare errori a catena
- Le possibilità che combinazioni di errori possano presentarsi sono praticamente illimitate,
- I sistemi complessi generano sempre nuovi problemi che le barriere difensive non riescono a bloccare
- Gli errori a catena possono impedire qualsiasi possibilità di rimediare



..... quindi

GLI EVENTI AVVERSI SONO INEVITABILI = NORMALI

BENVENUTI NEL

MONDO DEGLI EVENTI AVVERSI INEVITABILI !!!!

Cosa è Rating ASL

Un portale dove aggregare “misure” che rappresentano l’attività della azienda sanitaria, ed anche il punto di ritrovo di una comunità di operatori che vogliono confrontarsi sui temi, sui metodi e sulle metriche della misurazione.

Il progetto TATING ASL risponde ad una duplice esigenza:

- Fornire ai cittadini ed agli amministratori dei numeri comprensibili per valutare il servizio sanitario pubblico e **quanto l’azienda sanitaria restituisce al contribuente in termini di servizi e risposta ai bisogni**
- Stimolare nelle ASL il confronto sui temi della misurazione e la condivisione di strumenti e metodi



Progetti del Cantiere per la Qualità e la Sicurezza dei pazienti



Progetto Rating ASL



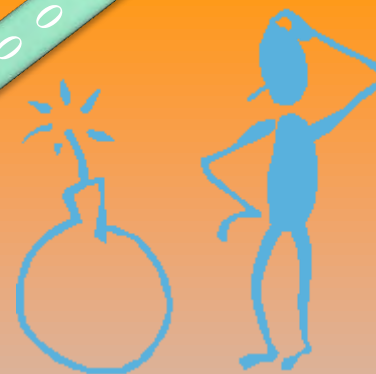
SDO

Incident reporting

Denunce

Reclami

Infortuni



Obiettivo di Budget della U.O.C. Qualità Aziendale e Risk Management condiviso con: Direzione Sanitaria Pertini, Direzione Sanitaria Policlinico Casilino, U.O. Affari Generali, Uff. Personale, SIO, URP
Dott. E. Sesti Direttore UOC Qualità aziendale e Risk Management

RICONOSCIMENTO EUROPEO PER RATING ASL, PROGETTO DI LAIT SULLA RIDUZIONE DEI RISCHI IN CORSIA

conferenza internazionale Heps (Healthcare System Ergonomics and Patient Safety 2008)

tre progetti di best practice italiani portati alla manifestazione, sul tema del rischio clinico.

Il progetto è già in esercizio presso le Asl Roma B e Rieti e presso l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni.

I sistemi di rilevazione

Rating-ASL

- Uffici affari legali (gestione sinistri)
- URP (gestione reclami)
- Servizi di Prevenzione e Protezione (registri infortuni professionali)
- Servizi qualità (risultati audit, valutazioni interne ed esterne)
- Direzione sanitaria (SDO ed altri flussi informativi sanitari)
- Servizi gestione rischio clinico (IR e sistemi di segnalazione volontaria)

Valutazione di esito degli interventi sanitari nel Lazio

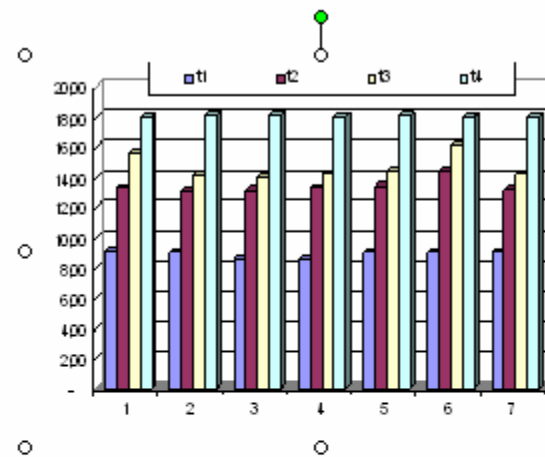
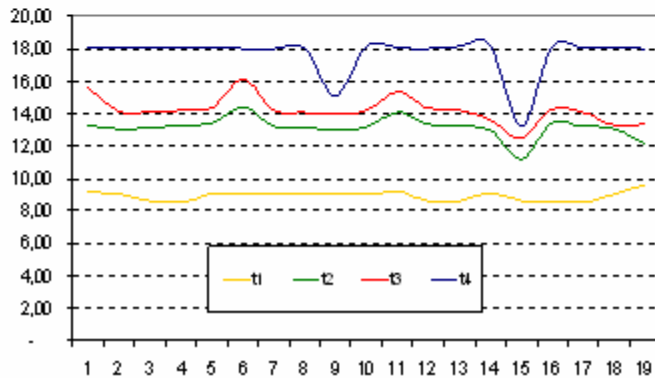
- Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)
- Sistema informativo dell'emergenza sanitaria (SIES)
- Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM)
- Rapporto Accettazione-Dimissione per la Riabilitazione (RAD-R)

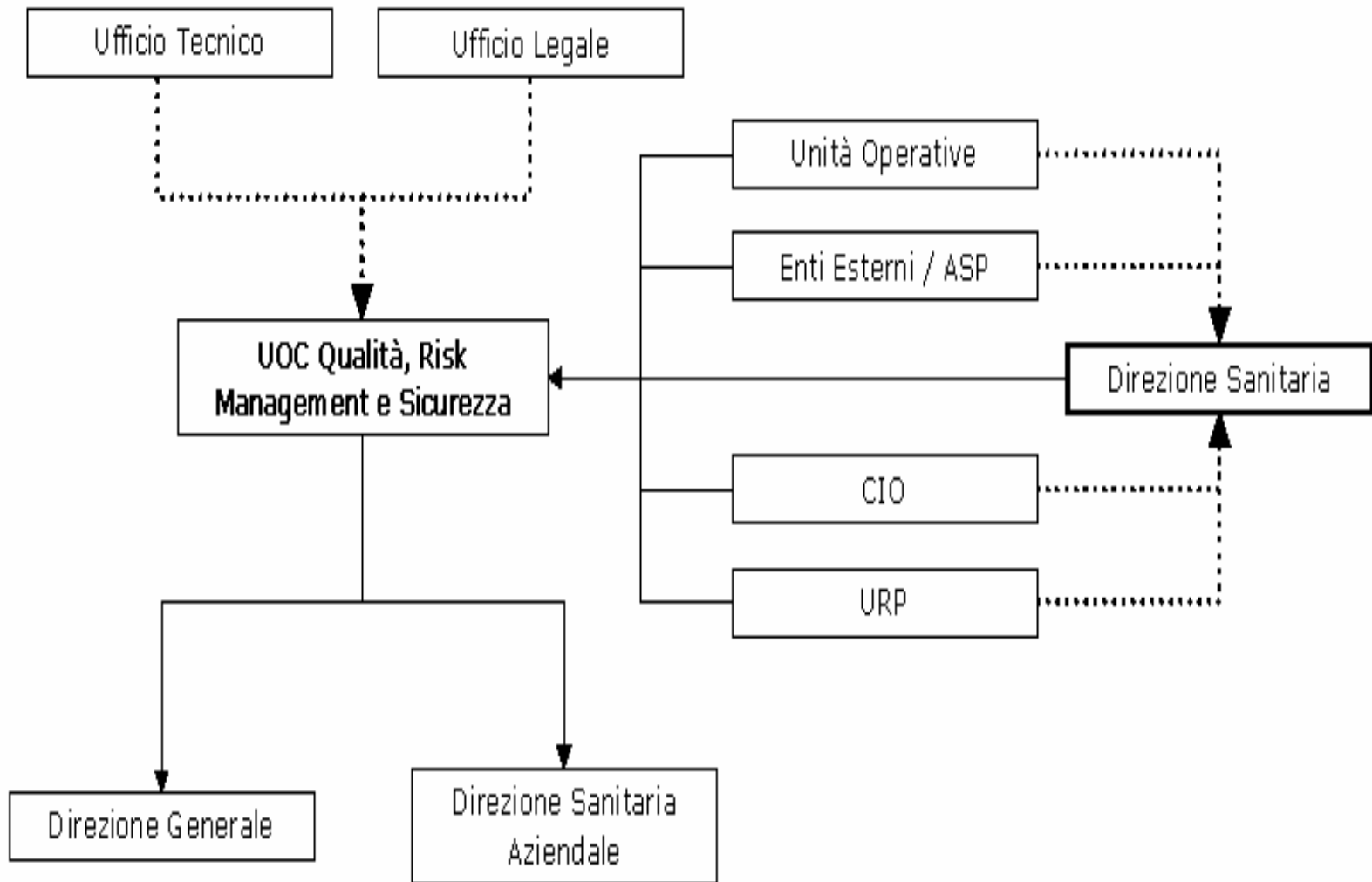


Il progetto prevede la produzione di una reportistica permanente di base tra le UU.OO. depositarie delle informazioni necessarie al SIO aziendale e la UOC Qa&Rm.

Utilizzo di panel internazionali applicati nell'organizzazione sanitaria e dialogo su foglio excel dei db aziendali

- Un layout grafico video.
- Un layout di report.
- Un sistema di flussi input/output delle informazioni.
- Un sistema di rilevazione dei dati.
- Un software di gestione dei dati.





Assessing Quality

Using Administrative Data

“I dati amministrativi sono utili come screening nell’identificare problemi della qualità e nell’individuare aree che potrebbero richiedere una analisi approfondita”

L. Iezzoni, *Annals of Internal Medicine*, 1997

National Academy of Sciences

Institute of Medicine

The mission of the Institute of Medicine is to advance and disseminate scientific knowledge to improve human health. The Institute provides objective, timely, authoritative information and advice concerning health and science policy.

- ABOUT THE IOM
- RECENT REPORTS
- ONGOING STUDIES
- IOM MEMBERS
- IOM PROGRAMS
- WHAT'S NEW
- UPCOMING EVENTS
- LINKS TO RELATED SITES
- IOM SEARCH
- IOM SITE MAP
- IOM DIRECTORIES
- IOM FEEDBACK



QUALITY AND PERFORMANCE IN THE NHS: HIGH LEVEL PERFORMANCE INDICATORS

What's New | browse

You Are Here: [AHRQ Home](#) > Quality & Patient Safety

Quality & Patient Safety

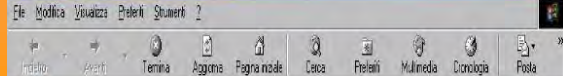
Health Information Technology
Electronic health records — innovation — privacy — international vocabulary



Who Am I | Search | Sitemap | Contact Us | Careers | About Us



- credited organizations
- How to Become Accredited
- Disease-Specific Care Certification
- General Public
- News Room
- Employers Benefits Consultants & Unions
- Performance Measurement



http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/

NQMC National Quality Measures Clearinghouse
www.qualitymeasures.ahrq.gov

What's New | Contact | About | Site Map | Help

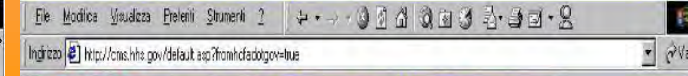
Welcome!

You have accessed the National Quality Measures Clearinghouse™ (NQMC™).

NQMC, sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services, is a public repository for evidence-based quality measures and measure sets. To learn more about the key components of this site and other user-friendly features, visit

Search: [input] [Search]

Resources



http://cms.hhs.gov/default.asp?fromofcadiogov=us

CMS Centers for Medicare & Medicaid Services

Use High-Contrast Colors | Use Larger Fonts

Consumers | Professionals | Public Affairs

Home | About CMS | Frequently asked questions | Send feedback | Receive updates | Careers with CMS

Headlines

Measuring Patient's Hospital Care Experiences: Development of a National Standard

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), under AHRQ's CAHPS@11 initiative, are developing a national standard for assessing hospital patient experiences. A draft survey instrument and methodology, designed to measure and publicly report patient experiences with hospital care, will be pilot tested in early 2003 (in three states: Arizona, Maryland and New York). [Go to FAQs Hospital CAHPS.](#)

2003 Medicare Physician Fee Schedule

The 2003 Medicare Physician Fee Schedule final rule was published on 12/31/02. Implementing instructions are included in [Program Memorandum \(PM\) AB-02-181](#). PM AB-02-181 includes: Carrier and Intermediary processing instructions, Information on Physician Participation Enrollment, Requirements for Physician/Provider Outreach and Education, Schedule of Key Activities, Educational Article CY 2003 Physician Fee Schedule Implementation, and Frequently Asked Questions. [Get more information on the 2003 Physician Fee Schedule.](#)

Frequently Asked Questions

Have a question? The answer could be here

Headline news



http://www.show.scot.nhs.uk/indicators/

CLINICAL INDICATORS SUPPORT TEAM

NHS SCOTLAND

Welcome to the Clinical Indicators Support Team website

Since 1994, Scotland has published a wide range of clinical indicators at hospital and Health Board level. The Clinical Indicators Support Team at ISD Scotland was set up in May 2000 and funded by CRAG to help ensure that the information contained in clinical indicators can be used to best advantage by the Health Service in Scotland and to advance the contribution of outcomes monitoring to clinical effectiveness and clinical governance.

Updated Outcome Indicators on the Web

Updated trends have been produced for 4 of the previously published clinical outcome indicators. These indicators are presented by Mairland Health Board of Treatment, Trust and Hospital.

The indicators which have been updated are:-

- 1 Hip fracture: survival for 30 and 120 days after admission.
- 2 Mortality within 30 days of selected planned operations.
- 3 Stroke: survival for 30 days after emergency admission.
- 4 Acute myocardial infarction: survival for 30 days after emergency admission.

Home | Contacts | Site Map | Work Programme | Search | Feedback | Links

September 2nd, 2003

CIST Progress Report 18th August 2003
Clinical Indicators for Primary Care Scoping Paper June 2003

Statistical Process Control Material



Agency for Healthcare Research and Quality

Quality Research for Quality Healthcare

Agenzia per la ricerca e qualità dell'assistenza sanitaria



Indicatori SDO orientati ai risultati delle cure quali strumenti di screening di sistema per la sicurezza dei pazienti in ospedale

1. indicatori per pazienti ricoverati (*inpatient quality indicators*)
2. indicatori relativi alle complicanze chirurgiche o agli eventi iatrogeni (*patient safety indicators*)
3. Indicatori di Prevenzione (*prevention indicators*)

Gestione Eventi

- » Gestisci Eventi
- » Visualizza Report

Gestione Denunce

- » Gestisci Denunce
- » Visualizza Report

Indicatori AHRQ

- » Tassi di mortalità per condizioni cliniche
- » Tassi di mortalità per errori nelle procedure
- » Tassi di utilizzazione di procedure a livello di ospedale
- » Tassi di utilizzazione di procedure a livello di Area
- » Volume delle Procedure

Dati Evento

Gravità Evento:

Classificazione:

Evento sentinella

Tipo Evento Sentinella:

Valutazione Rischio Futuro

Possibilità riaccadimento eventi analoghi:

Possibile esito di evento analogo:

***Indagini o Prestazioni effettuate a seguito dell'evento:**

Nessuna	<input type="checkbox"/>	Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/>
Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>
Visita medica	<input type="checkbox"/>	Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/>
Medicazioni	<input type="checkbox"/>	Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>
Ricovero Ordinario	<input type="checkbox"/>	Ricovero in Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/>
Trasferimento	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>

***Accorgimenti presi a seguito dell'evento:**

Nessuno	<input type="checkbox"/>	Audit Interno	<input type="checkbox"/>
Stesura/revisione protocollo/procedura	<input type="checkbox"/>	Modifica Organizzazione	<input type="checkbox"/>
Formazione/Addestramento	<input type="checkbox"/>	Utilizzo presidi/attrezzatura	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>		

Commenti:



REGIONE LAZIO

DETERMINAZIONE N. D4118 del 09/11/2007



Modifica del contenuto informativo della rilevazione dei dati sulle dimissioni ospedaliere per pazienti acuti.

Approfondimento gli episodi di ricovero per acuti in regime ordinario caratterizzati da una o più delle seguenti condizioni

- a. diagnosi principale o secondaria di **Infarto Miocardico Acuto**
- b. diagnosi principale o secondaria di **Frattura del Collo del Femore**
- c. intervento chirurgico principale o secondario di **Bypass Aortocoronarico**



Regione Lazio



Risultati dei Controlli sull'attività ospedaliera
del biennio 2004 - 2005

LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

ottobre 2007

- a) la funzione di controllo è componente essenziale della gestione del sistema di finanziamento a prestazione;
- b) gli obiettivi previsti per le ASL nell'ambito del Sistema dei controlli esterni costituiscono elemento di valutazione dell'operato dei Direttori Generali delle ASL;
- c) ciascuna ASL ha l'obbligo di controllare ogni anno un campione di cartelle cliniche pari ad almeno il 3% dell'insieme dei dimessi dagli istituti di propria competenza;
- d) le ASL, con maggiore flessibilità possono effettuare, per ogni tipologia di controllo, controlli mirati "liberi";

SDO (RAD)

A distanza di oltre 10 anni dal suo avvio la SDO rappresenta ancora, la fonte più ricca, interessante e accessibile di informazioni sanitarie

- Disponibile in modalità standardizzata in tutti gli ospedali
- Generalmente di qualità discreta o buona, Completa (diagnosi e procedure codificate)
- Possono essere estratti i dati per la costruzione di indicatori (es: Patient Safety Indicators dell'AHRQ)

Non vi sono sufficienti elementi di verifica, invece, sulla qualità e l'accuratezza dei dati contenuti nella Cartella Clinica



Due livelli di analisi



Finalità della cartella clinica

[JCAHO: qualità e accreditamento]

- a) pianificazione e valutazione delle cure**
- b) evidenza documentale della appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard**
- c) comunicazione tra medici che erogano le cure e ogni altro medico che ne viene anche direttamente coinvolto**
- d) educazione permanente e attività di ricerca**
- e) protezione legale degli interessi del paziente, dei medici che erogano le cure e dell'azienda ospedaliera**

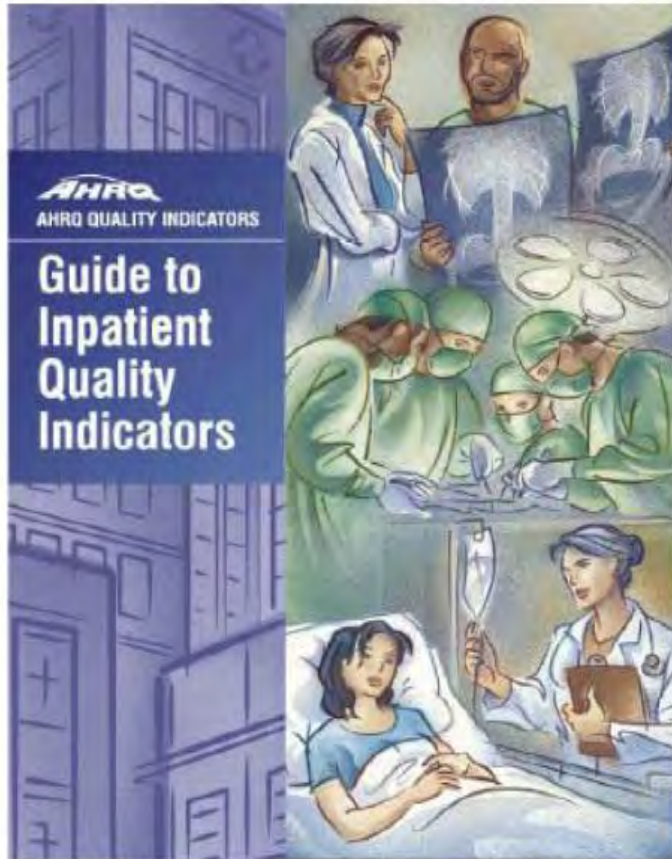
Indicatori ricavabili dai flussi informativi correnti

- Indicatori di volume di attività**
- Mortalità per condizioni cliniche**
- Mortalità per procedure**
- Indicatori di utilizzazione (sovra o sottoutilizzo, appropriatezza)**
- Sicurezza (Patient Safety Indicators: incidenza complicanze o eventi indesiderati)**

Inpatient quality indicators

Descrivono la qualità delle cure interne all'ospedale e includono:

- mortalità intraospedaliera per condizioni mediche
- mortalità intraospedaliera per procedure
- Utilizzazione delle procedure per le quali ci sono problemi di sovrautilizzo, sottoutilizzo o malutilizzo
- Volumi delle procedure per le quali si evidenzia che un maggiore volume delle procedure è associato a un minore tasso di mortalità.





Tassi di mortalità per condizioni mediche

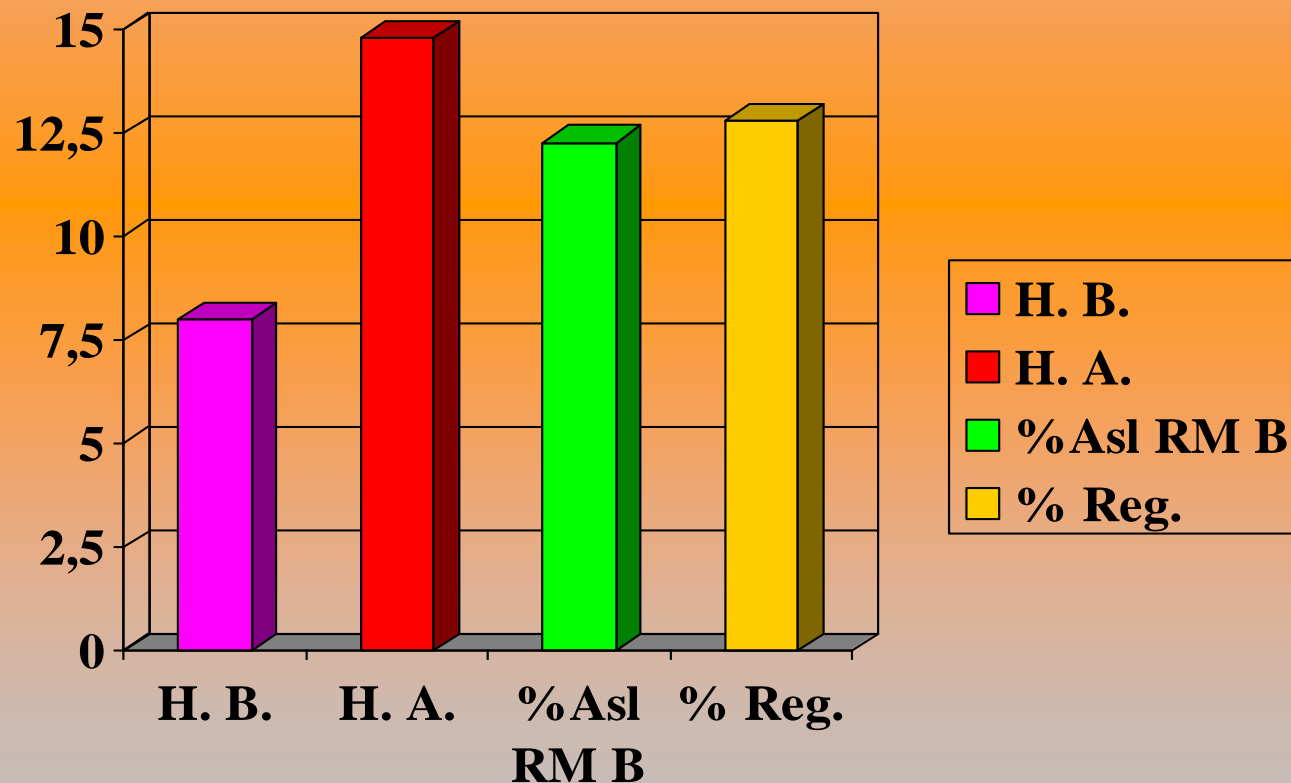
descrivono condizioni per le quali la mortalità varia tra le strutture sanitarie in funzione inversa della qualità delle cure; evidenza di ampia variabilità degli esiti e dei processi diagnostico-terapeutici.

1. IMA (IQI 15)
2. Scoppio cardiaco (IQI 16)
3. Emorragia gastrointestinale (IQI 18)
4. Frattura dell'anca (IQI 19)
5. Polmonite (IQI 20)
6. Stroke (IQI 17)



Tasso di mortalità (%) per IMA 2003-2007

num. 407/den. 3315



Tassi di mortalità per errori nelle procedure

descrivono procedure in relazione alle quali la mortalità varia tra strutture sanitarie. Si ipotizza che una più alta mortalità sia in relazione con una più scarsa efficacia nelle cure.

7. *Riparazione di aneurisma dell'aorta addominale (IQI11)*
8. *Innesto di bypass arterioso coronarico (IQI12)*
9. *Craniotomia (IQI13)*
10. *Resezione esofagea (IQI18)*
11. *Protesi d'anca (IQI14)*
12. *Resezione pancreatica (IQI19)*



Tassi di utilizzo di procedure (sovra-sotto-cattivo utilizzo)

L'abuso o l'uso insufficiente di queste procedure è sintomo di inappropriata o inefficienza

14. *Parto cesareo (IQI21)*
15. *Colecistectomia laparoscopica (IQI23)*
16. *Appendicectomia casuale negli anziani (IQI24)*
17. *Cateterizzazione cardiaca bilaterale ((IQI25)*
18. *Innesto di bypass arteria coronarica (IQI26)*
19. *Angioplastica coronaria transluminale percutanea (IQI27)*
20. *Isterectomia (IQI28)*
21. *Laminectomia o fusione spinale (IQI29)*
22. *Parto vaginale dopo un cesareo (IQI34)*

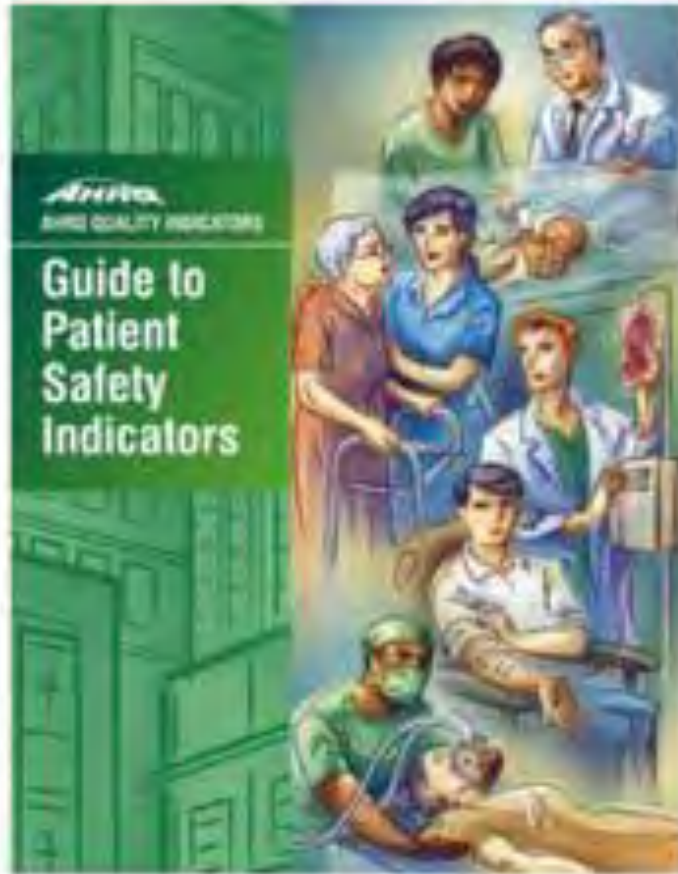


Associazione volumi di procedure/mortalità

Interventi complessi per i quali l'esito tende a migliorare con l'aumentare del volume. Si stima che gli ospedali che utilizzano con frequenze elevate tecniche intensive e/o ad elevato contenuto tecnologico o complesse, raggiungano migliori risultati e quindi un minore tasso di mortalità.

- 23. *Riparazione di aneurisma aorta addominale (IQI4)*
- 24. *Endarterectomia carotidea ((IQI7)*
- 25. *Innesto di bypass arteria coronarica (IQI5)*
- 26. *Resezione esofagea (IQI1)*
- 27. *Resezione pancreatica (IQI2)*
- 28. *Angioplastica coronaria (IQI6)*

Patient safety indicators (PSI)



Focalizzano la loro attenzione su complicazioni evitabili ed eventi iatrogeni

Sono misure che consentono di sorvegliare l'incidenza di Eventi avversi come presunta conseguenza dei processi assistenziali

Questi eventi sono in parte prevenibili per mezzo di interventi formativi o riorganizzativi.



Patient Safety Indicators – eventi sentinella

Sono indicatori di sicurezza del paziente;

Riguardano casi di complicazioni e altri eventi iatrogeni parzialmente prevenibili ed evitabili (assimilabili a eventi sentinella), in particolare relativi a conseguenti interventi chirurgici;

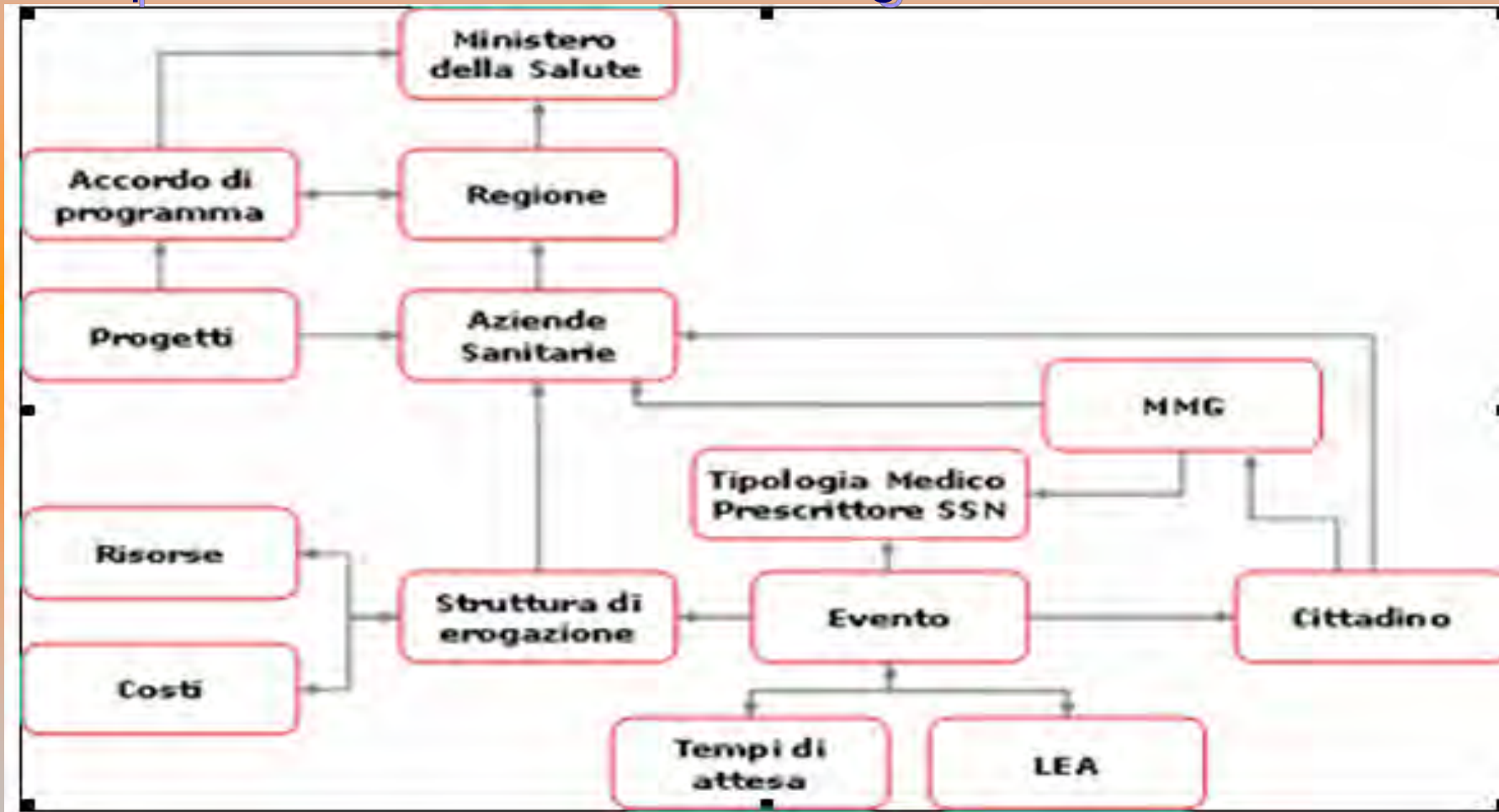
La loro presenza segnala il rischio di un abbassamento dell'efficacia a livello di ospedale a fronte di un rischio maggiore per il paziente



Patient Safety Indicators – eventi sentinella

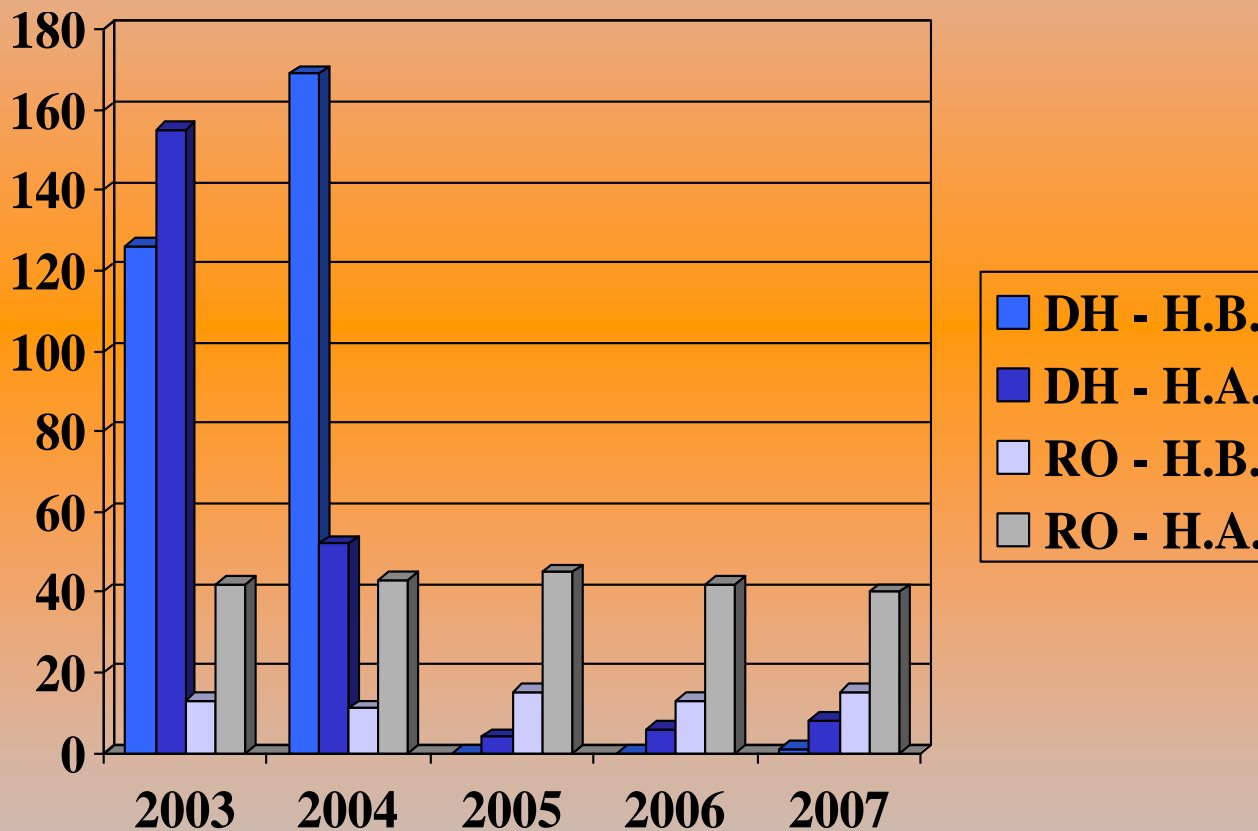
1. **Complicanze anestesiolgiche**
2. **Lesioni da decubito**
3. **Corpo estraneo dimenticato**
4. **Pneumotorace iatrogenico**
5. **Frattura postoperatoria dell'anca**
6. **Emorragia o ematoma postoperatori**
7. **Embolia polmonare postoperatoria o trombosi venosa profonda**
8. **Sepsi postoperatoria**
9. **Deiscenza lesione postoperatoria**
10. **Reazione Trasfusionale**
11. **Trauma alla nascita – danno al neonato**
12. **Trauma ostetrico vaginale con strumenti - senza strumenti**
14. **Trauma ostetrico da parto cesareo**
15. **Trauma ostetrico con lacerazioni vaginali di terzo grado con/senza strumenti, con parto cesareo**

"Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 ribadisce l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN, evidenziando il conferimento dei dati al SIS "fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni".





Deiscenza lesione postoperatoria 2003-2007



REGIONE LAZIO



Dipartimento: DIPARTIMENTO SOCIALE
Direzione Regionale: PROG.SANITARIA. POL.
PREVENZIONE. SICUREZZA LAVORO

DETERMINAZIONE

N. D4118 del 09/11/2007 Proposta n. 19112 del 09/11/2007

Oggetto:

**Modifica del contenuto informativo della
rilevazione dei dati sulle dimissioni ospedaliere
per pazienti acuti.**



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Dipartimento
di Epidemiologia
Struttura regionale
di riferimento
per l'epidemiologia

Linee guida per l'assegnazione del codice “Presente all'Accettazione - PAA”

Tradotto e adattato da: Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) and National Center for Health Statistics (NCHS) ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting Effective October 1, 2007. Appendix I - Present on Admission Reporting Guidelines

Roma, gennaio 2008

**Per il momento saranno oggetto di approfondimento
gli episodi di ricovero per acuti in regime
ordinario caratterizzati da una o più delle seguenti
condizioni:**

- a. diagnosi principale o secondaria di **Infarto Miocardico Acuto** (IMA, codice ICD-9-CM=410.xx)
- l'ora del primo (per data di esecuzione) intervento di trombolisi (ICD-9-CM 36.04, 99.10, 99.20) riportato nella SDO, ove presente
 - l'ora del primo (per data di esecuzione) intervento di angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA: ICD-9-CM 36.01, 36.02, 36.05) riportato nella SDO, ove presente
 - il valore della pressione sistolica all'ammissione

Per il momento saranno oggetto di approfondimento gli episodi di ricovero per acuti in regime ordinario caratterizzati da una o più delle seguenti condizioni:

b. diagnosi principale o secondaria di **Frattura del Collo del Femore** (FCF, codice ICD-9- CM= 820.xx)

- l'ora del primo (per data di esecuzione) intervento di sostituzione dell'anca (ICD-9-CM 81.51, 81.52) riportato nella SDO, ove presente
- l'ora del primo (per data di esecuzione) intervento di riduzione: (ICD-9-CM 79.05, 79.15, 79.25, 79.35, 79.45, 79.55, 79.00, 79.10, 79.20, 79.30, 79.40, 79.50) riportato nella SDO, ove presente
- i valori dell'INR all'arrivo in ospedale ed in caso di intervento chirurgico, della creatinina rilevata nel tempo più vicino possibile al primo intervento eseguito
- il lato della frattura

Per il momento saranno oggetto di approfondimento gli episodi di ricovero per acuti in regime ordinario caratterizzati da una o più delle seguenti condizioni:

c. intervento chirurgico principale o secondario di **Bypass Aortocoronarico** (BPAC, codice ICD-9-CM=36.1x)

- le condizioni in cui è avvenuto l'intervento (emergenza si/no, shock presente/assente)
- il valore della frazione di eiezione pre-operatoria rilevata nel tempo più vicino possibile al primo intervento di BPAC seguito
- il livello di creatinina pre-operatoria rilevata nel tempo più vicino possibile al primo intervento di BPAC seguito



Dipartimento
di Epidemiologia
ASL RME
Struttura regionale
di riferimento
per l'Epidemiologia



Regione Lazio



Azienda
Sanitaria
Locale
ROMA




LAZIOSANITÀ
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Valutazione di Esito degli Interventi sanitari nel Lazio

2004-2006

Mortalità a 30 giorni dopo ricovero per un episodio di IMA



**Mortalità a 30 giorni dopo ricovero per un episodio di IMA -
coorte selezionata: 16263 episodi di IMA (U.: 10623; D: 5640), con una
mortalità media pari a 10.4% (uomini: 8.7%; donne: 13.7%). 2004-2006**

Struttura	Comune	n°decessi	Tasso grezzo	R.R. adj
H. A.		537	8,19	1,68
H. B.		990	12,93	1,97
S. Giacomo		202	10,40	
AO S. Filippo		782	7,93	
O. P: Delfino		280	10,00	
O. Vimercate	Milano	313	6,71	
AO. S. Croce	Cuneo	208	7,69	
O. Chiavarese	Lavagna GE)	348	9,20	
O. Empoli	Empoli	196	10,71	



Quale la strategia?

“Nella misura in cui le proposizioni matematiche si riferiscono alla realtà, esse non sono certe; e nella misura in cui esse sono certe, non si riferiscono alla realtà”

Considerazioni conclusive

Agire senza informazioni adeguate significa non sapere dove si è né dove si sta andando

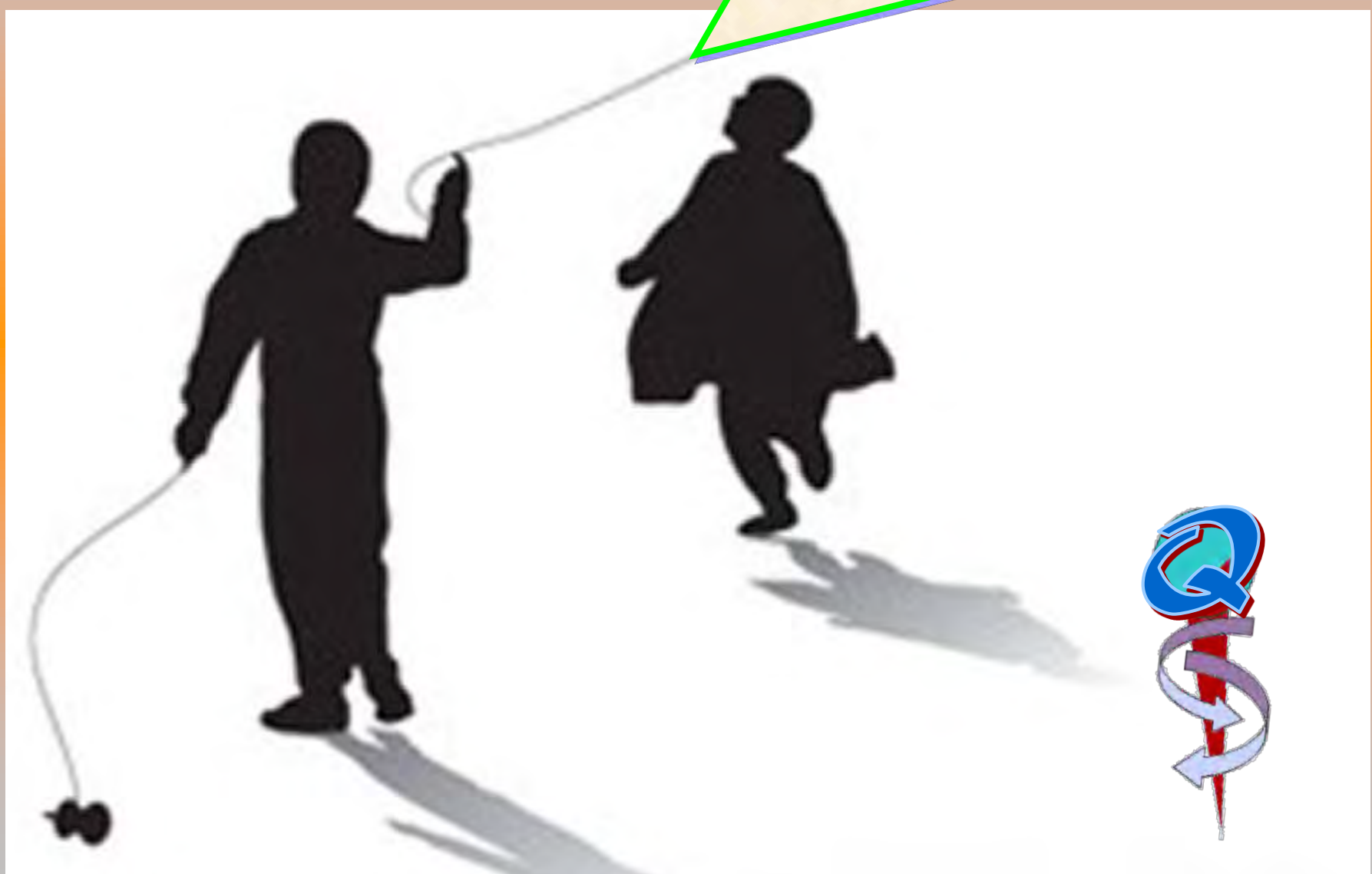


Le informazioni devono permettere di identificare e monitorare i problemi più significativi

Non usare le informazioni per agire rappresenta una doppia perdita (costi di produzione mancato guadagno)

La produzione e gestione delle informazioni devono vedere il massimo coinvolgimento degli operatori, che devono essere informati della conclusione dei processi di analisi e delle azioni realizzate.

Prossimi
Passi



- **Interventi di formazione continua sulla corretta compilazione e codifica**
- **inclusione della tematica della qualità della registrazione tra i temi della formazione aziendale obbligatoria**
- **Porre tra gli obiettivi del controllo esterno, finalizzato prevalentemente a contrastare fenomeni opportunistici, anche finalità orientate al miglioramento della qualità di compilazione e codifica**
- **Definire e mantenere procedure di compilazione e codifica da applicare e diffondere in tutte le UU.OO. che si pongano obiettivi di promozione dell'accuratezza e omogeneità della rilevazione**

- **Analizzare processi e strutture di unità che apparentemente raggiungono risultati eccellenti al fine di trasferire best practices ad altre simili strutture (benchmarking)**
- **Condurre audit utilizzando cartelle cliniche o raccolte dati ad hoc in unità con apparenti criticità**
- **Utilizzare e/o creare registri di patologia e/o procedura**
- **Costruire ulteriori modelli probabilistici per indicatori di qualità, non solo AHRQ**
- **Elaborare indicatori di mortalità a 30 giorni**



Progetti del Cantiere per la Qualità e la Sicurezza dei pazienti

Prevenzione errori accettazione del paziente in sala operatoria

Tromboembolia venosa profonda post chirurgica

Lesioni da pressioni

Prevenzione incidenti da posizionamento e gestione catetere venoso centrale





Progetti del Cantiere per la Qualità e la Sicurezza dei pazienti (2)

Prevenzione cadute accidentali dei pazienti

Prevenzione negli errori nella somministrazione dei farmaci

Analisi qualità della compilazione della documentazione clinica

Prevenzione aggressione degli operatori sanitari

La qualità percepita dal lavoratore: valutazione del clima aziendale



Indicatori

Indicatori

*Indicatori misurabili sulla base di dati
routinari*

- mortalità intra-ospedaliera
- trasferimenti ad altri ospedali
- la frequenza di ricoveri ripetuti
- le complicanze dei ricoveri
- gli eventi sentinella

Strumenti di misura	Sistema di gestione informatizzata sinistri
	Sistema di gestione informatizzata reclami
	Incident reporting
	Segnalazione eventi sentinella definiti dal ministero
	Revisione cartelle cliniche
Strumenti di analisi e prevenzione	Analisi reattive (RCA, Diagramma causa-effetto,..)
	Analisi di processo (FMEA, HAZOP, IDEF..)
	Revisioni di mortalità e morbilità
	Audit clinico/organizzativo
formazione	Impostazioni politiche per la formazione
	Progetti formativi altri livelli

Strumenti di supporto	Cartella clinica integrata (medica + infermieristica)
	Consenso informato
	Comunicazione – informazione – campagne (interna/esterna operatore/paziente)
	Percorsi diagnostici terapeutici
	Accreditamento gestione rischio clinico
	Valutazione sicurezza apparecchiature e dispositivi

organizzazione	Individuazione Risk Manager e collocazione organizzativa
	Istituzione di una unità per la gestione del rischio clinico
	Istituzione gruppi di coordinamento aziendali (UGR)
	Istituzione gruppi di valutazione sinistri
	Attivazione processi di mediazione
	Partnership con mercato assicurativo
	Partnership con società scientifiche, università, etc.

AZIONI DI EFFICACIA DIMOSTRATA DA EFFETTUARE DA SUBITO PER MIGLIORARE LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

- Prescrivere in tutti i pazienti a rischio le misure profilattiche più appropriate per prevenire la tromboembolia.
- Prescrivere con appropriatezza la profilassi antibiotica nei pazienti chirurgici per prevenire le infezioni perioperatorie
- Chiedere che i pazienti ripetano e ricordino che cosa è stato loro detto nel corso del processo di consenso informato.
- Attivare protocolli standardizzati per prevenire l'evenienza di procedure chirurgiche sul lato sbagliato o sul paziente sbagliato
- Valutare ciascun paziente al momento del ricovero, ed in seguito ad intervalli regolari per il rischio di sviluppare lesioni da decubito.

Lavarsi le mani sia con strofinamento igienico delle mani sia lavandole con un sapone disinfettante prima e dopo il diretto contatto con il paziente o con gli oggetti immediatamente attorno a lui.

INDICATORI CLINICI

1. Gli Indicatori Clinici (IC) sono variabili che vanno utilizzate per misurare la qualità professionale in ambito clinico e per prendere decisioni al fine di migliorarla.
2. Il sistema informativo (compresa la qualità della documentazione clinica) è il presupposto essenziale per lo sviluppo di un buon sistema di indicatori.
3. Gli indicatori per il monitoraggio e lo screening dei problemi di sicurezza/qualità devono essere costruiti sulle fonti informative correnti (ad es. SDO).
4. **Gli indicatori per l'analisi/verifica di alcune performance cliniche** devono essere costruiti su fonti informative specifiche (cartella clinica) con modalità standardizzate.

INDICATORI CLINICI (2)

6. Gli indicatori clinici non vanno utilizzati come meccanismi di sanzione/incentivazione.
7. La disponibilità di dati ed informazioni di buona qualità (ad es. SDO, documentazione clinica) può essere utilizzata come elemento di valutazione per interventi di sanzione/incentivo (budget, etc.)
8. Alcuni IC (ad es. volumi di procedure, appropriatezza) possono essere utilizzati per le attività di programmazione (accorpamento Unità Operative, etc.).
9. Tutte le informazioni relative ad alcuni IC (volume, appropriatezza) devono essere accessibili al pubblico.
10. La pubblicazione degli indicatori deve sempre essere accompagnata da schede che illustrano: fonti dei dati, sistemi di controllo, significato, cautele nell'utilizzo ecc.

INDICATORI CLINICI (3)

5. Il sistema di valutazione deve essere basato solo su indicatori "evidence based".

11. L'utilizzo di un sistema di indicatori clinici presuppone un intervento formativo mirato all'acquisizione di idonei strumenti di interpretazione.

12. Gli indicatori di "safety" vanno utilizzati esclusivamente all'interno di un sistema strutturato di gestione del rischio clinico

13. Le società scientifiche devono essere sistematicamente coinvolte per una migliore definizione del significato dei fattori osservati e per l'interpretazione dei risultati.

Principali Organizzazioni che producono indicatori di qualità clinica

Clearing house databases UK Clearinghouse on health outcomes
www.leeds.ac.uk

NHS performance indicators National health service executive
www.doh.gov.uk

Acute health clinical indicators project Department of human services
Victoria, Australia www.dhs.vic.gov.au

Quality indicator project Association of Maryland hospitals and health
systems www.qiproject.org

FACCT quality measures Foundation for accountability www.facct.org

HEDIS health plan employers data and information set National
commission for quality assurance www.ncqa.org

Clinical outcome indicators Scotland clinical indicators support team
www.show.scot.nhs.uk

National Library of quality indicators Joint Commission on
accreditation of healthcare organizations www.jcaho.org

Quality Indicators Agency for Healthcare Research and www.ahrq.gov

LINK UTILI

www.ccort.ca

www.euphoric-project.eu

www.healthgrades.com

www.health.state.ny.us/statistics/diseases/cardiovascular

www.jointcommission.org

www.mattoni.ministerosalute.it

www.nchod.nhs.uk

www.qualityindicators.ahrq.gov

www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators

www.phc4.org/reports/

www.state.nj.us/health/healthcarequality

www.qualityindicators.ahrq.gov/documentation.htm
**Guidance for Using the AHRQ Quality Indicators
for Hospital-level Public
Reporting or Payment**



**Prevention
Quality Indicators**

**Inpatient
Quality Indicators**

**Patient Safety
Quality Indicators**





Principali basi di dati e indicatori sanitari in Italia



Health For All – Italia (ISTAT)

Il sito è: www.istat.it/DATI/Sanit-Sal/Health/

Sistema Informativo Sanitario (Ministero della Salute)

Il sito è: www.ministerosalute.it/servizio/datisis.isp

Basi di dati dell'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Il sito è: www.iss.it



Principali sistemi di indicatori in Italia



- **Indicatori per il controllo dell'efficienza e dell'economicità della spesa nel Servizio Sanitario Nazionale (sviluppato da Mediobanca nel 1993 - www.mbres.it/ita/pub_med.htm)**
- **Prometeo - Atlante della sanità italiana (sviluppato dalla collaborazione fra varie istituzioni ed associazioni - www.igiene.org/prometeo/index.html)**
- **Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria (sviluppato dalla Commissione per la garanzia dell'Informazione Statistica - rassegna di indicatori proposti da varie organizzazioni nazionali ed internazionali)**
- **w.governo.it/Presidenza/statistica/attivita/rapporti/2002/02.03.pdf**
- **QA. 15(4): 245-261, 2004**

"piccola pausa di riflessione"

LA QUALITA' COME LA LUNA E L'AMORE

O CRESCE

O CALA

NON PUO' RIMANERE COSTANTE

ESSA VA COLTIVATA.....



**“Misura ciò che è misurabile.
Ciò che non è misurabile rendilo
tale” Galileo Galilei (1564-1642)**

**Una volta che
l’osservazione è
stata condotta a
termine bisogna
analizzare i risultati
e trarre le conclusioni**



Grazie per l’attenzione e

buon lavoro!

Contatti e-mail: egidio.sesti@aslromab.it