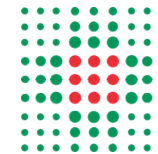


Gli Indicatori Clinici

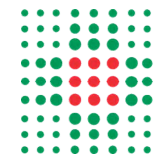
Ulrich Wienand MD PhD
Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara
Università di Ferrara

Aprile 2016



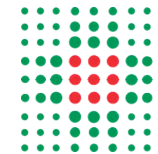
Indicatore

Informazione o variabile selezionata che consente di descrivere fenomeni complessi e misurare variazioni in relazione a criteri definiti, allo scopo di orientare decisioni volte ad ottenere o mantenere cambiamenti.



Indicatore

- Gli indicatori sono misure sintetiche che puntano a descrivere al meglio un sistema/organizzazione con il numero minore possibile di elementi.
- Gli indicatori ci aiutano a “capire” un sistema/organizzazione, a compararlo con altri e a migliorarlo



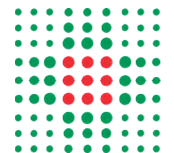
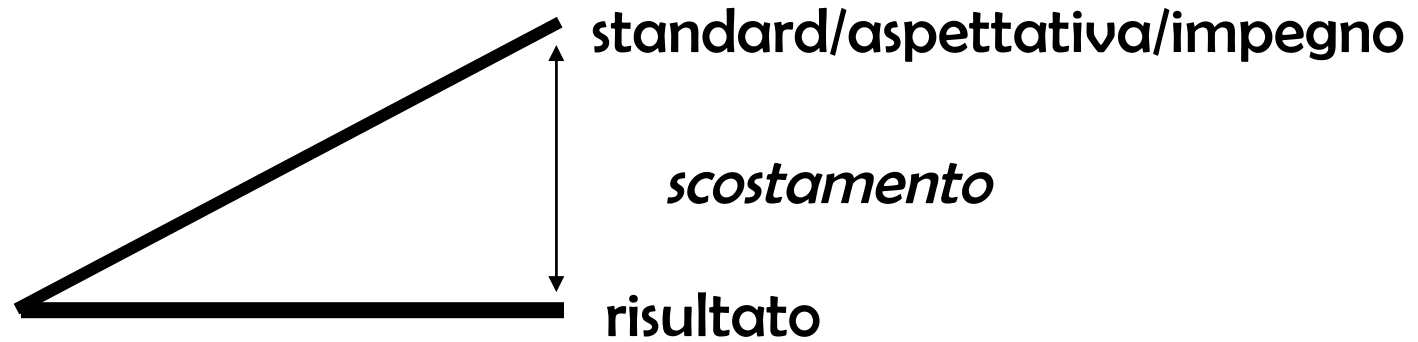
If You cannot measure it
You cannot improve it

Lord Kelvin



**Si può migliorare
solo ciò che si può
misurare !**

Lo scostamento e il livello di insoddisfazione
sono misurabili



Avere sotto controllo le attività

S = (standard) definire uno standard

D = (do) mettere in atto

C = (check) controllare

A = (act) agire per ripristinare lo standard

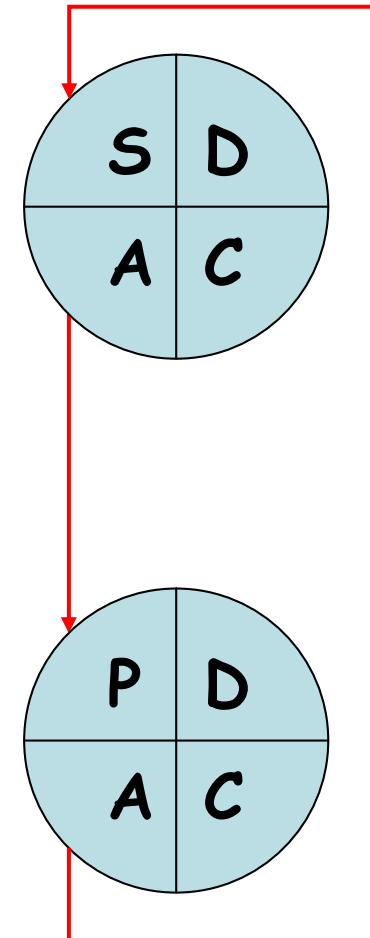
Migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi

P = (plan) pianificare un nuovo standard

D = (do) sperimentare

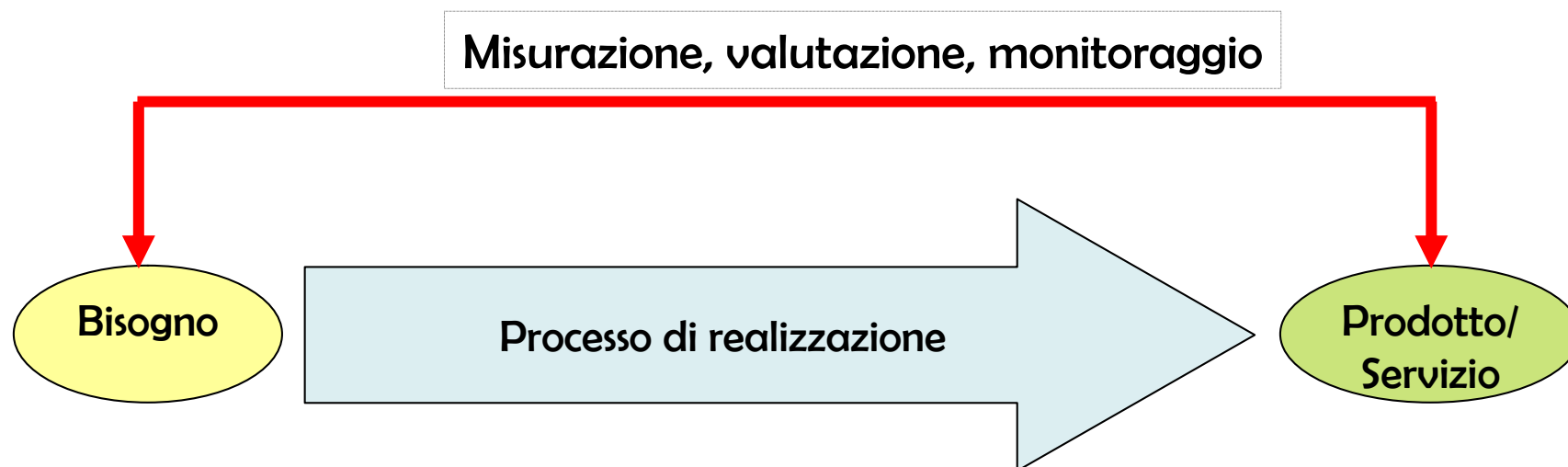
C = (check) valutare

A = (act) modificare/migliorare lo standard



QUALITA'

- dal latino “qualis”: proprietà che caratterizza persona, animale, cosa, oggetto
- **Valutazione:** processo scientifico e sistematico con cui viene determinato il grado in cui un intervento o programma pianificato raggiunge determinati obiettivi
- **Monitoraggio:** modalità sistematica di valutazione continua delle attività basata sulla documentazione esistente
- **Indicatore:** strumento di misurazione



Indicatori: Rilevazione da flussi informativi correnti



Indicatori: Rilevazione dati con strumenti "ad hoc"

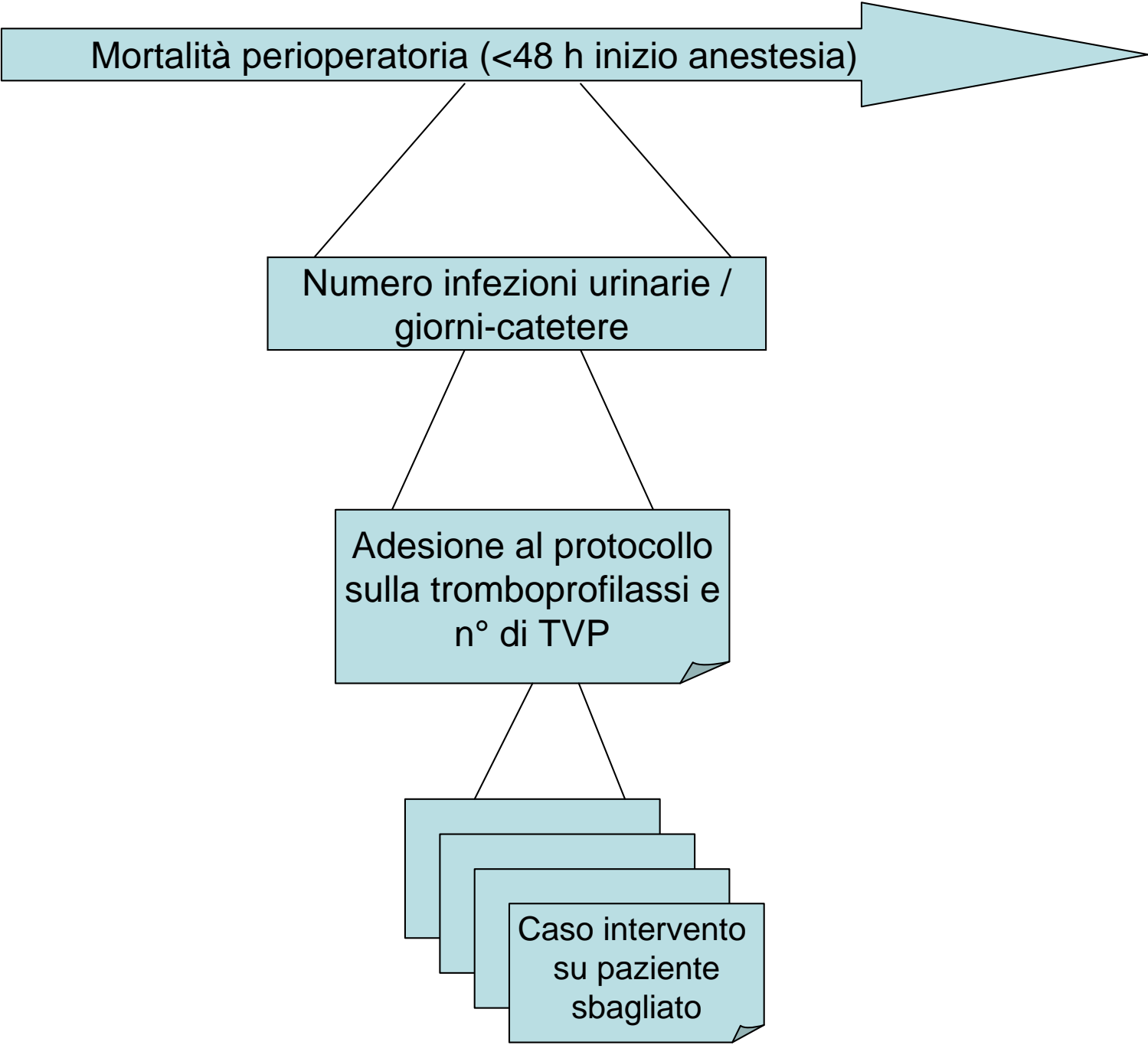


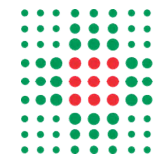
Audit Clinico:
analisi dati da
documentaz. clinica



RCA: Caso singolo







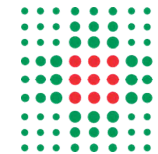
Bibliografia

Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale.

- Pierluigi Morosini (Istituto Superiore di Sanità)
- 2004, 112 p. Rapporti ISTISAN 04/29 Rev.

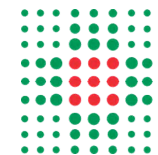
Livelli di Uso degli Indicatori

- Miglioramento della Qualità
- Accountability
- Ricerca



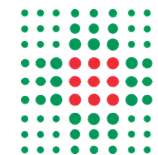
Miglioramento della Qualità

- Professionisti usano misure per valutare la pratica corrente ed eventuali effetti di azioni di miglioramento
- Implicazioni: i dati vengono usati per informare i professionisti sulla loro performance. Le misure ed i dati raccolti sono rilevanti per priorità ed esigenze locali e si riferiscono a risorse locali.



Accountability

- “Parola chiave della democrazia anglosassone. In Italia non è ancora stata tradotta.” (Indro Montanelli, 1999)
- Indica il dovere di documentare, di rendicontare ciò che si è fatto a chi ci ha dato l’incarico, ci paga lo stipendio, ci ha messo a disposizione altre risorse. (Perraro, Morosini, 1999)
- *Responsabilità*: indica i doveri verso i destinatari degli interventi, ad esempio pazienti.



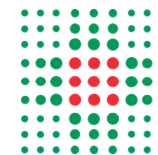
Accountability

- Pagatori e gruppi di utenti possono prendere decisioni sulla selezione degli erogatori, basate sulla performance della struttura. Una verifica esterna (p.e. accreditamento) può trarne deduzioni.
- Dati sulle stesse misure possono essere usati per confrontare strutture fra di loro

Accountability through measurement

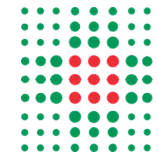
- Accountability è un contratto fra chi eroga prestazioni e chi ha delle aspettative relative al livello di queste
- Perciò non ci può essere accountability senza misurazione



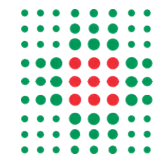


Bilancio di Missione

- RER: “Il bilancio di missione, presentato unitamente al bilancio di esercizio, rende conto del perseguimento degli obiettivi di salute assegnati alle Aziende sanitarie dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie.” (LR 29/2004)



- **Bilancio di Missione**
 - 7 indicatori aziendali
 - 24 indicatori (3 per ogni DAI)
- **Programma Nazionale Esiti (Agenas)**
- **Modello “Bersagli” (Ministero)**

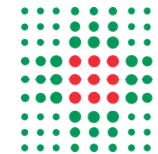


Ricerca

- Ricercatori sviluppano conoscenze nuove sul sistema sanitario che diventino trasferibili ad un'ampia gamma di situazioni e sono utili per la definizione della politica sanitaria.
- Dati vengono utilizzati per valutare programmi ed accertare l'impatto di cambiamenti politici sulla qualità delle cure. Perciò sono necessari campionamenti e periodi di raccolta dati maggiori e si impongono analisi più complesse sui dati.

Le dimensioni esplorate dagli indicatori

- Struttura – processo - esito
- Qualità tecnica – organizzativa – «percepita»



Struttura Processo Esito

Struttura: insieme delle risorse che rendono possibile l'erogazione del servizio sanitario

- risorse tecnologiche e umane
- assetto normativo
- modalità di finanziamento



Processo: insieme degli interventi realizzati, da confrontare con caratteristiche ritenute ideali

- azioni e decisioni dei professionisti
- osservanza norme professionali
- tempestività

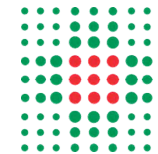


Esito: effetti delle attività sullo stato di benessere degli utenti

- Cambiamento stato di salute (individuale, collettiva)
- Qualità della vita

Avedis Donabedian 1980



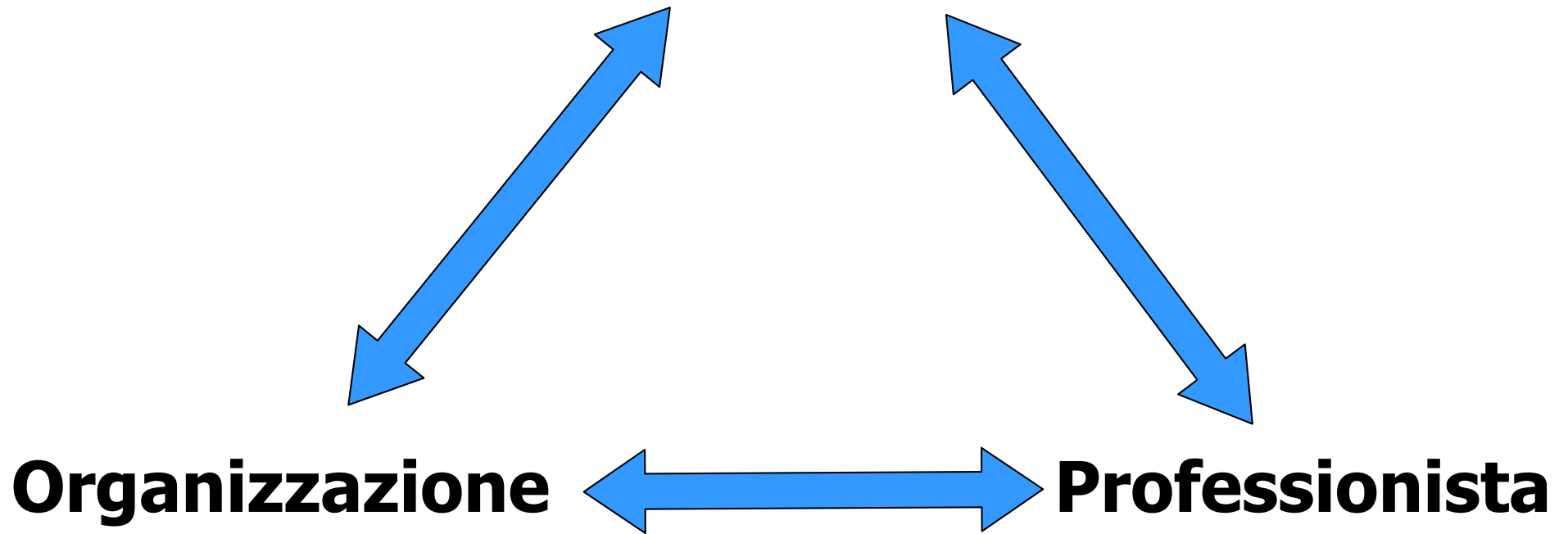


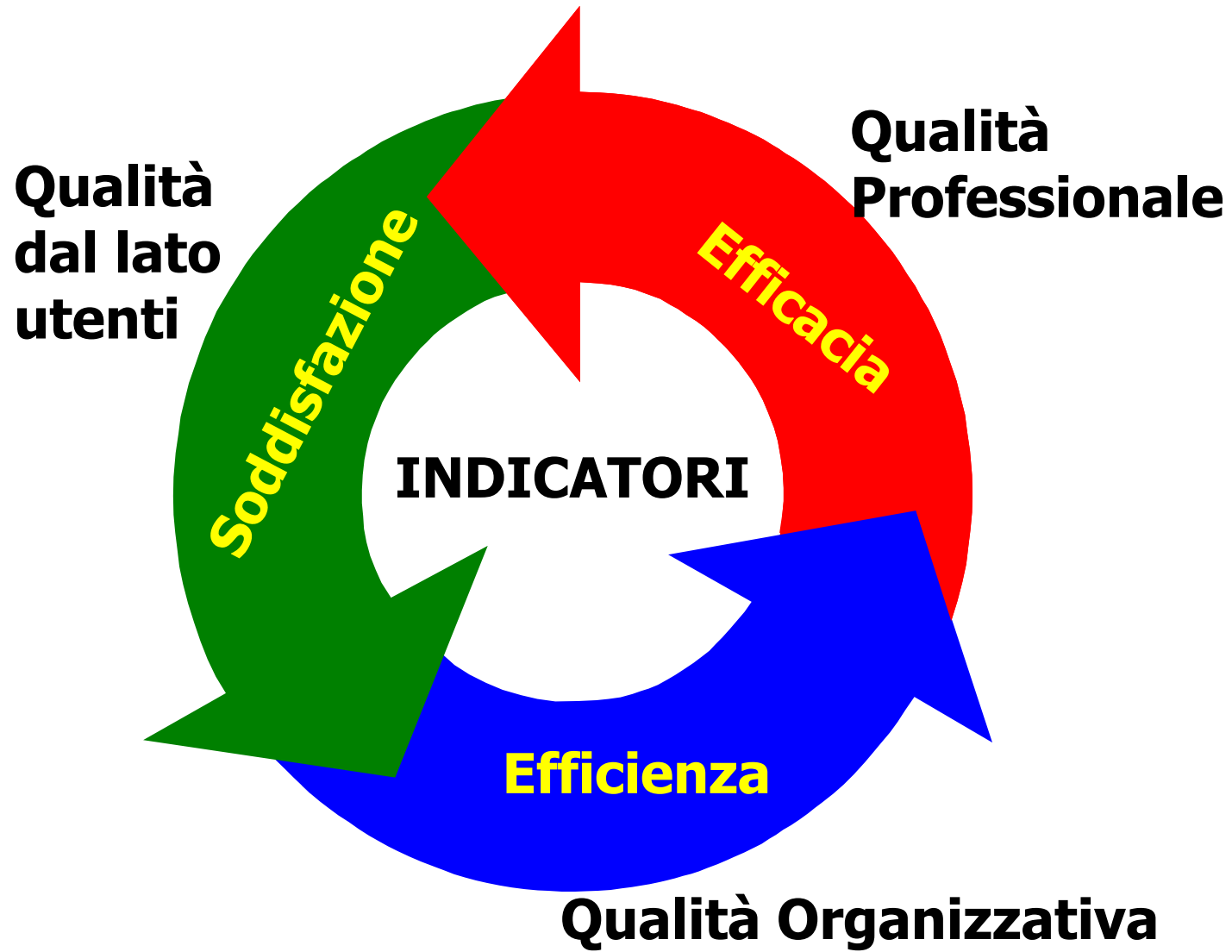
Struttura – Processo – Esito

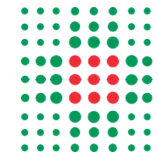
- Esito (*outcome*): riduzione sintomi, morte, complicanze, effetti collaterali, stato di salute, qualità vita
- Processo: accessibilità, appropriatezza, efficienza, adesione a linee-guida o altre indicazioni
- Struttura: edifici, tecnologia, personale

La Relazione di Servizio

Cliente / Fruitore



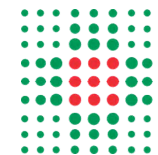




Qualità organizzativa

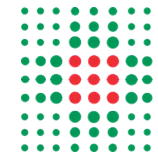
anche: “manageriale, gestionale”

- efficienza
 - contenimento costi
 - riduzione sprechi, doppioni
 - aumento produttività
- integrazione tra processi aziendali



Alcuni Indicatori di Qualità Organizzativa

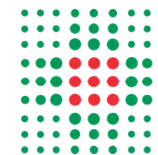
- Ore di disponibilità sala operatoria (con anestesista);
- Numero di prestazioni per attrezzatura;
- Tempo fra prenotazione ed esecuzione esame strumentale;
- Tempo fra esecuzione e refertazione;
- Tempo medio fra arrivo primo operatore e inizio attività chirurgica;
- Costo pulizie / metro quadro superficie;
- Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici;
- Visite ambulatoriale in < 13. settimana dalla richiesta del MMG;
- Tempo di attesa esami strumentali per pazienti ricoverati.



Qualità “dal lato degli utenti”

- comunicazione
- diritto all'informazione
- personalizzazione, umanizzazione
- rispetto ed attenzione per i pazienti
- semplificazione
- comfort ambientale
- prestazioni “alberghiere”

N.B.: misure oggettive e soggettive



Qualità professionale

- appropriatezza
- efficacia
 - efficacia sperimentale (*efficacy*)
 - efficacia nella pratica (*effectiveness*)
- sicurezza dei pazienti
- adesione LG

Governo Clinico



- Il Governo Clinico è riconducibile alla capacità dei servizi di produrre informazioni relative all'**efficacia** e all'**appropriatezza** delle prestazioni erogate.
- Si tratta di utilizzare **indicatori** utili a una valutazione dei processi e degli esiti delle funzioni assistenziali e di adottare le metodologie necessarie alla loro **rilevazione**.
- ...devono essere il più possibile derivati dalle **conoscenze disponibili** sull'efficacia degli interventi sanitari e.. essere condivisi dagli operatori.

Roberto Grilli, 2001

Clinical Governance

Ambiti

- Efficacia
- Appropriatazza
- *Sicurezza pazienti*

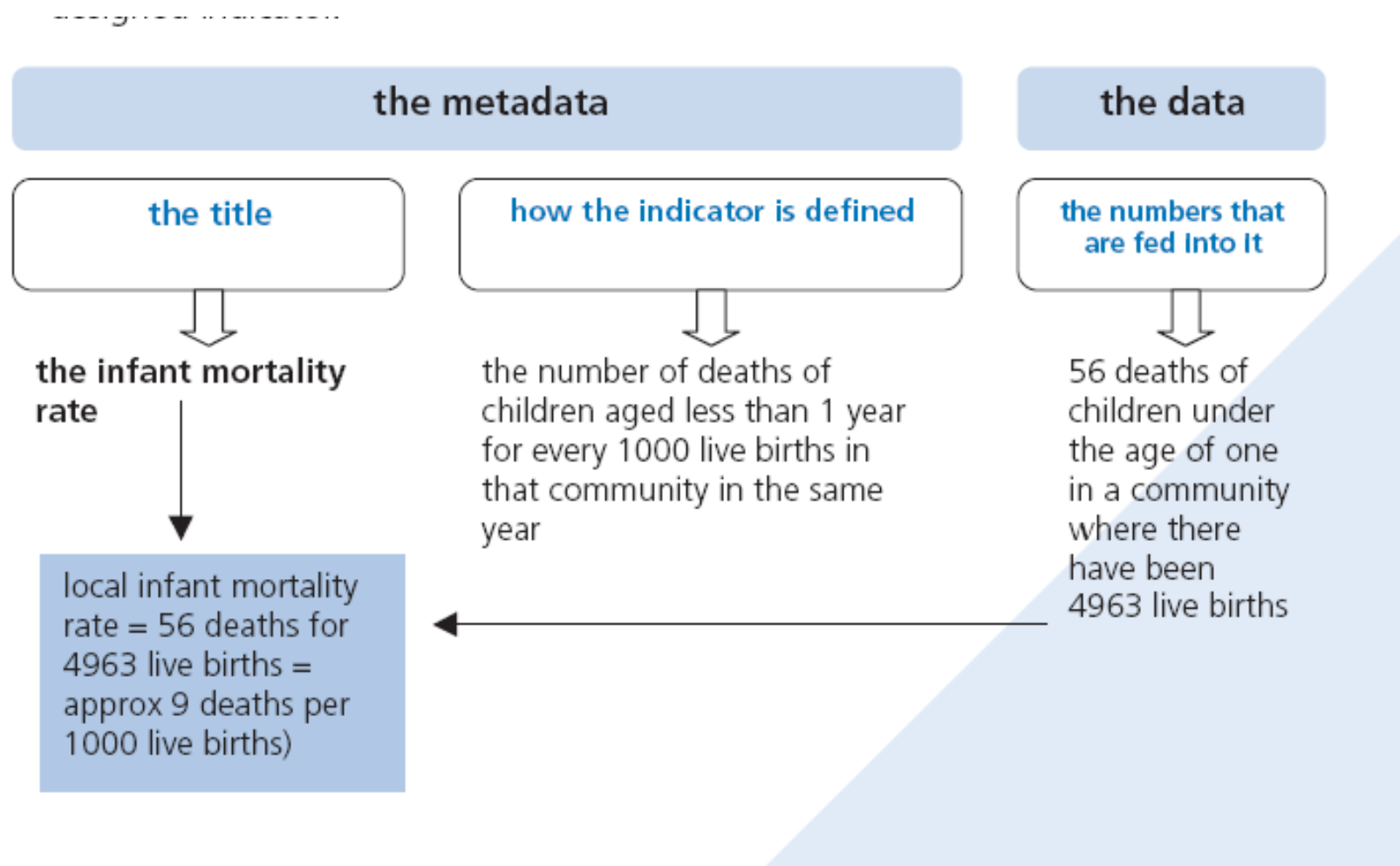
Strumenti

- Audit Clinico
- Indicatori di performance clinica
- Linee guida
- PDTA

	Struttura	Processo	Esito
Q professionale			
Q Organizzativa			
Q dal lato utenti			

Anatomia di un indicatore

Dati e metadati



http://qualita2.azospfe.it/p/ind/indicatore.aspx?cod=51

Dettaglio Indicatore

Codice: CHIR MAX

Nome: Infezione o esposizione dei mezzi di fissazione rigida

Unità Operativa: 94.0 Max-facc. -C.Comuni
CHIRURGIA MAXILLO-FACC.
DIPARTIMENTO CHIRURGICO SPECIALISTICO

Periodicità: Ogni 6 mesi

Tipo Indicatore: 2 valori (percentuale Numeratore / Denominatore)

Numeratore: Pz sottoposti ad intervento chirurgico che ha comportato l'utilizzo di mezzi di fissazione rigida che manifestano l'infezione o l'esposizione

Denominatore: Tutti i pz sottoposti ad intervento chirurgico che ha comportato l'utilizzo di mezzi di fissazione rigida

Valore Standard: <= 7,4 % fino a 8,2% per infezione; 3,3% per esposizione

Fonte Standard: 1) Rubin PT, Yaremchuk MJ. Complications and toxicities of implantable biomaterials used in facial reconstructive and aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. Plastic and Reconstructive Surgery 1997 October; 1336-1337 2) Fialkov JA, Holy C et al.. Postoperative infections in craniofacial reconstructive procedures. J Craniofac Surg 2001 July; 12(4):362-368

Significato / Fattore di Qualità: Valutare l'incidenza delle complicazioni legate all'utilizzo dei mezzi di fissazione rigida

Prodotto / Processo: Trattamento chirurgico dei traumi cranio facciali, Diagnosi e trattamento delle malformazioni cranio-facciali congenite e delle schisi facciali, Diagnosi e trattamento delle disgnazie e chirurgia ortopedica dei mascellari, Chirurgia Maxillo Facciale e ricostruttiva

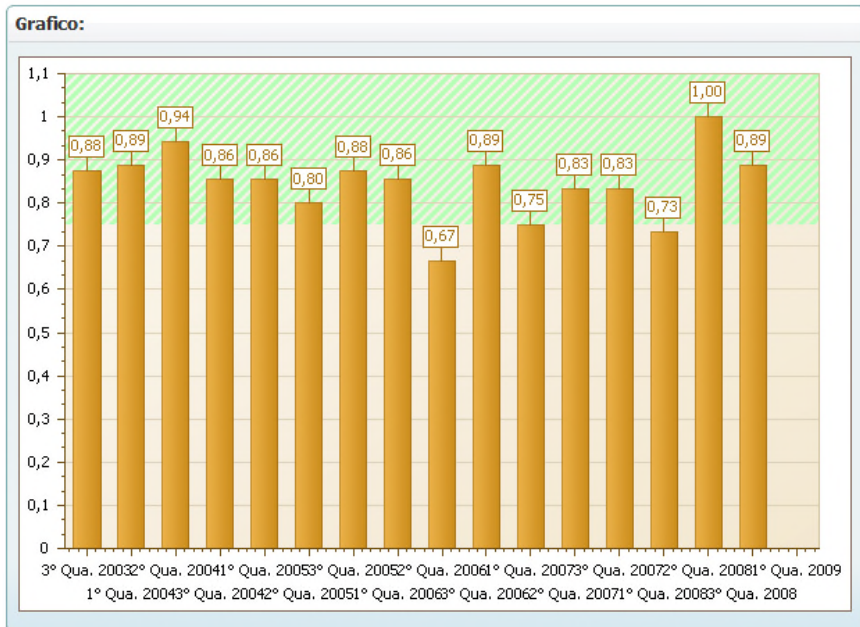
Metadati

Dati Rilevamento:

Imnesso	Convalidato	Periodo Riferimento	Valore	Numeratore	Denominatore	Note	hlink
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1° Sem. 2009	0 %	0	1		→
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2° Sem. 2008	0 %	0	1		→
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1° Sem. 2008	2,63 %	1	38		→
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2° Sem. 2007	0 %	0	39		→
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1° Sem. 2007	0 %	0	39		→
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2° Sem. 2006	0 %	0	35		→
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1° Sem. 2006	2,78 %	1	36		→
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2° Sem. 2005	0 %	0	51		→
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1° Sem. 2005	2 %	1	50		→
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2° Sem. 2004	0 %	0	40		→
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1° Sem. 2004	0 %	0	34		→
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2° Sem. 2003	0 %	0	1		→

Dati

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1° Qua. 2006	0,86	12	14	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3° Qua. 2005	0,88	7	8	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2° Qua. 2005	0,8	12	15	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1° Qua. 2005	0,86	12	14	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3° Qua. 2004	0,86	6	7	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2° Qua. 2004	0,94	16	17	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1° Qua. 2004	0,89	8	9	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3° Qua. 2003	0,88	7	8	

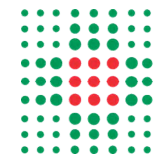




Javier Sotomayor (cubano)

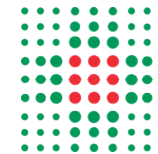
Concetto “Standard”

- Dal francese “estendart” = stendardo
- in inglese può assumere diversi significati



Concetto “Standard” -2-

- Livello soglia: sia di allarme che di accettabilità
- Soglia accettabile: valore o frequenza (espressa come frequenza assoluta, percentuale o tasso) di un indicatore al di sopra o al di sotto del quale la qualità non è considerata accettabile



Concetto “Standard” -3-

- Valore, modello, esempio di riferimento
con il quale si confronta “l’oggetto” per esprimere un giudizio comparativo: metro standard di Parigi, laboratorio standard, procedura standard
- “Gold Standard”: in campo sanitario con il termine “gold standard” o standard di riferimento si indica di solito l'esame diagnostico più accurato per confermare un determinato dubbio diagnostico, al quale ogni altro esame (e soprattutto ogni altro nuovo esame) deve rapportarsi per avere validità diagnostica.



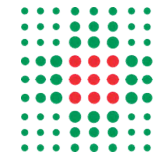
Concetto “Standard” -4-

- Requisito: nei manuali di accreditamento, ad esempio “in ogni ospedale deve operare un comitato infezioni ospedaliere”

Beccastrini, Gardini, Tonelli 1994

- Uno standard descrive il livello accettabile di un'organizzazione o di un individuo. Si riferisce alla struttura di un posto, alla conduzione di un processo o ad un risultato misurabile raggiunto.

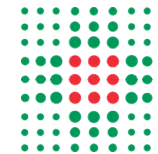
Joint Commission International 2003



Come si definisce lo standard ?

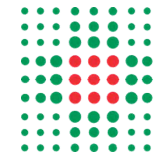
Due situazioni diverse

1. Criterio/indicatore di processo che descrive un evento che dovrebbe avvenire sempre (basato sulle evidenze): **100%**
 - esempio: aspirina entro 48 h
2. Criterio/indicatore che descrive la proporzione di pazienti per i quali si verifica un determinato esito o risultato: **standard accettabile**
 - esempio: mortalità a 30 gg. per ictus (esito)
 - esempio: trombolisi entro 3h nell'ictus (risultato)



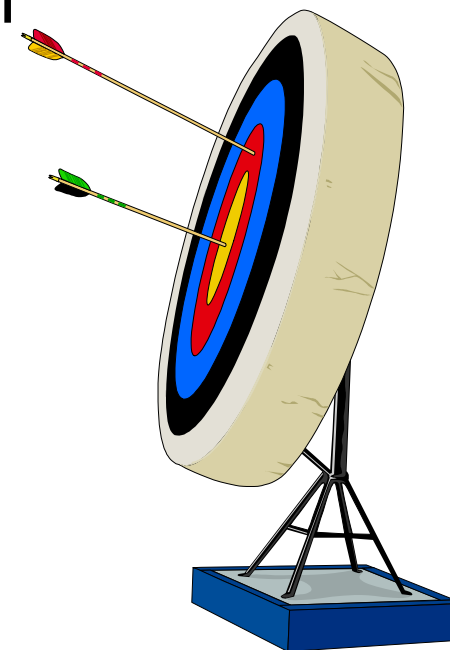
Standard al 100%

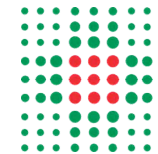
- **100%** : le evidenze scientifiche ci dicono che l'evento dovrebbe succedere ad ogni paziente
- si tratta sempre di criteri di processo
 - con evidenze di buona qualità
 - sotto il nostro controllo



Standard accettabile

- Si tratta di criteri/indicatori di risultato o di esito
 - non completamente sotto il nostro controllo
 - prodotti da una serie di azioni/eventi

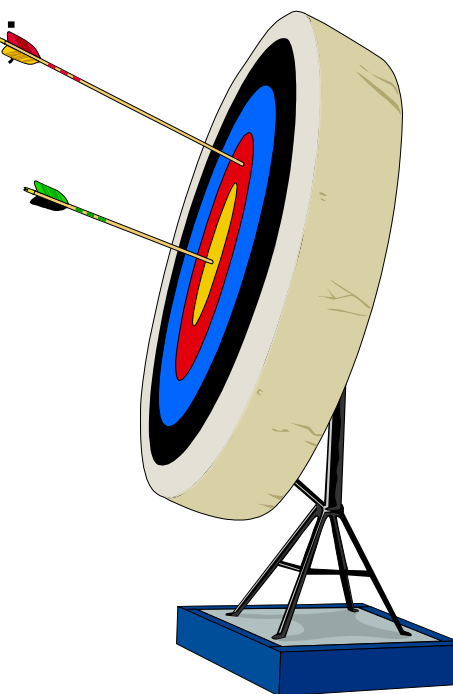


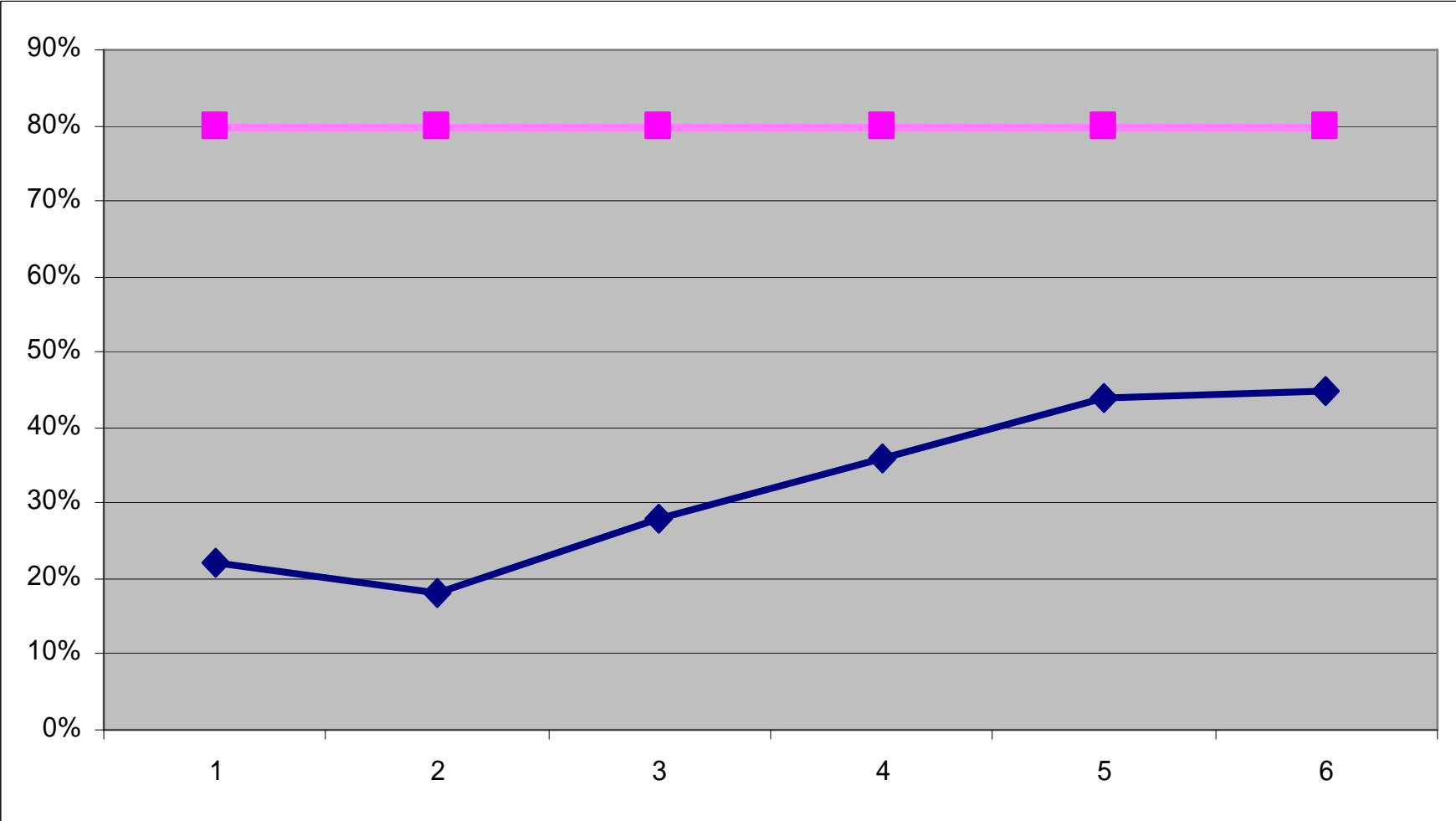


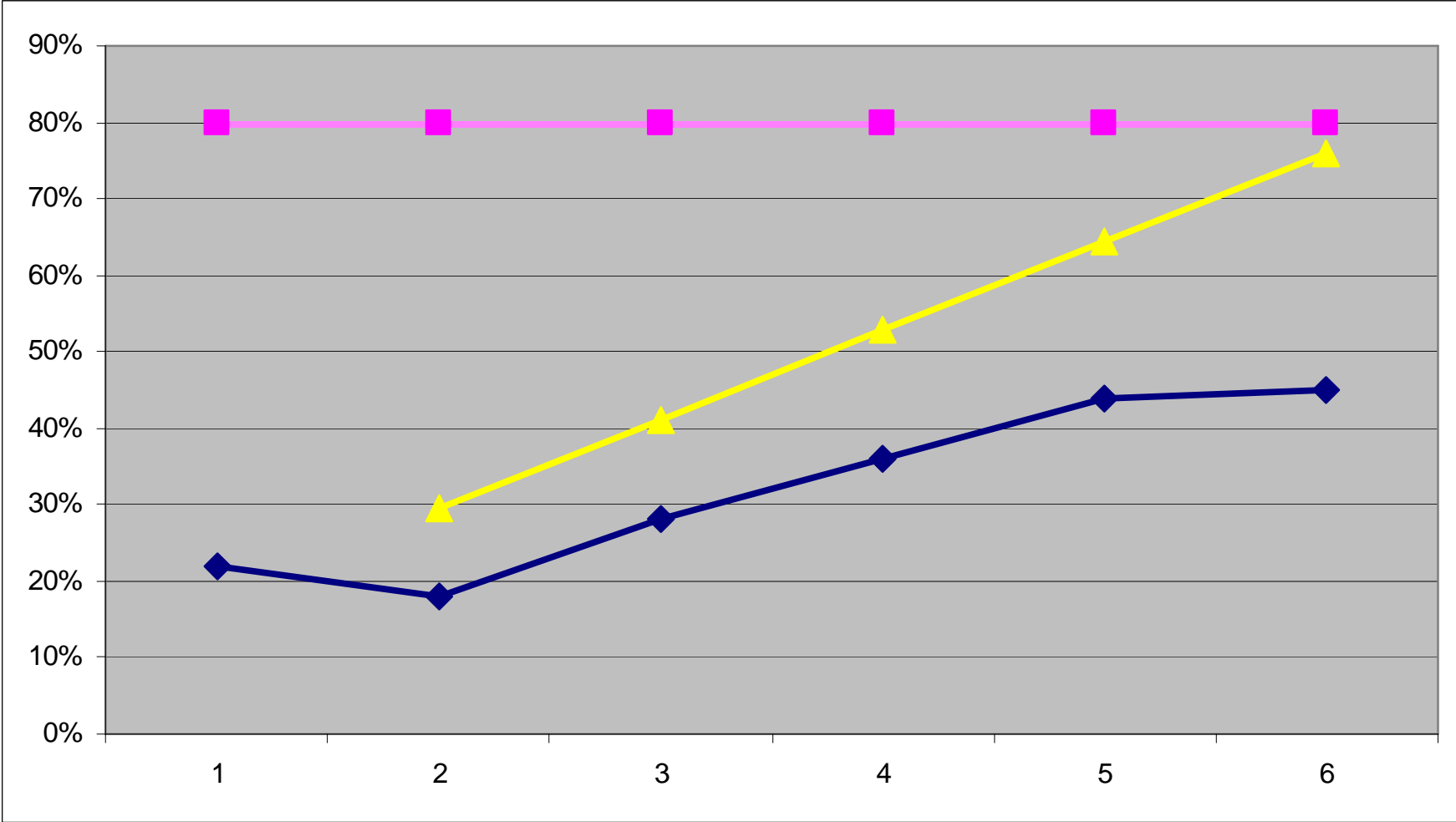
Standard accettabile

Lo standard accettabile può essere:

- determinato da letteratura;
- determinato da indicazioni di società scientifiche;
- ottenuto da altre organizzazioni (“benchmark”);
- calcolato su rilevazioni effettuate in periodi precedenti;
- **determinato da indicazioni di politica sanitaria.**







Il contesto culturale e scientifico italiano 2015



Programma Nazionale Esiti

- Nasce da un progetto ricerca CCM
- Prima pubblicazione dati: Marzo 2012
- Direttore: Prof. Carlo Perucci, ora Dott.ssa Marina Davoli
- Link fra flussi informativi
- Impatto mediatico importante
- <http://95.110.213.190/PNEed14/index.php>

[INTRODUZIONE](#)


[FONTI](#)

[METODI](#)

[APPENDICE](#)

Benvenuto/a
ASSEMILIA

Esci

 **ECM** Formazione a distanza

 Tutorial

 Contatti

Centro operativo PNE

 **DIEP/Lazio**
Dipartimento di Epidemiologia
del Servizio Sanitario Regionale
Regione Lazio



Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il Programma Nazionale Esiti sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come: Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

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



agenas.  AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

PNE 2014

Programma Nazionale Esiti - PNE



Struttura
Ospedaliera/ASL



Sintesi per
struttura/ASL



Strumenti per
audit



S.I. Emergenza
Urgenza



Sperimentazioni
regionali

News

07/10/2014.
Modifica dell'indicatore "Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri".
...leggi tutto

07/10/2014
Aggiunto l'indicatore "Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri (ordinari e day hospital/day surgery) con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni".
...leggi tutto

01/09/2014
Risultati aggiornati al 2013.
...leggi tutto

01/09/2014
Modifiche e calcolo di indicatori.
...leggi tutto

A.O.U.U. di Ferrara - Ferrara (FE). EMILIA ROMAGNA

	NOME DELL' INDICATORE	N	% GREZZA	% ADJ	% Italia	RR ADJ rispetto alla media nazionale	p-value (vs italia)	RR adj 2012	p-value (vs 2012)
1	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	520	10,19	9,97	9,28	1,07	0,619	0,98	0,904
2	Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	102	26,47	24,60	16,97	1,45	0,051	1,01	0,959
3	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	520	56,73	61,40	39,59	1,55	0,000	1,10	0,115
4	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni	520	80,00	83,45	55,08	1,51	0,000	1,10	0,004
5	Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	295	7,80	6,98	4,57	1,53	0,054	1,25	0,476
6	Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	135	4,44	2,77	2,87	0,97	0,935	0,68	0,501
7	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di ricoveri entro 2 giorni	520	6,73	6,07	7,17	0,85	0,322	0,72	0,134
8	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	506	12,06	11,06	10,34	1,07	0,638	0,00	0,000
9	Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	506	26,09	25,31	23,32	1,09	0,297	0,00	0,000
10	STEMI: mortalità a 30 giorni dal ricovero (grezzi)	214	10,75	-	10,83	-	-	1,03	0,908
11	STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezzi)	214	82,24	-	62,54	-	-	1,03	0,566
12	N-STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi)	245	8,98	-	6,01	-	-	1,32	0,356
13	N-STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezza)	245	32,65	-	23,72	-	-	1,00	0,993
14	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	626	10,70	9,61	10,44	0,92	0,495	0,97	0,846
15	Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 gg	456	18,64	18,50	14,86	1,25	0,028	1,04	0,769
16	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	98	1,02	1,17	1,93	0,61	0,615	-	-


A.O.U.U. di Ferrara - Ferrara (FE). EMILIA ROMAGNA

	NOME DELL' INDICATORE	N	% grezza	% adj	% adj Italia	RR adj rispetto alla media nazionale	p-value (vs italia)	RR adj 2012	p-value (vs 2012)
17	Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni	208	4,81	4,07	3,52	1,16	0,659	-	-
18	Colecistectomia in regime ordinario/day surgery: proporzione di colecistectomie laparoscopiche	100	73,00	82,57	92,73	0,89	0,004	0,92	0,071
19	Colecistectomia in regime ordinario: proporzione di colecistectomie laparoscopiche	100	73,00	82,38	92,60	0,89	0,004	0,92	0,072
20	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri ordinari con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	73	73,97	77,60	63,29	1,23	0,001	0,97	0,725
21	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	73	73,97	77,65	64,09	1,21	0,002	0,97	0,719
22	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	166	3,01	2,44	2,34	1,04	0,927	0,89	0,899
23	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	73	20,55	19,01	15,16	1,25	0,357	0,81	0,497
24	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	166	1,81	1,57	1,06	1,48	0,493	2,70	0,417
25	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1161	24,03	4,41	25,98	0,17	0,000	0,34	0,000
26	Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	1801	0,28	0,27	0,42	0,63	0,308	0,80	0,807
27	Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	1801	0,61	0,59	0,54	1,10	0,760	0,73	0,609
28	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	828	1,09	0,88	0,76	1,15	0,679	0,92	0,896
29	Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	828	0,85	0,73	0,79	0,92	0,828	0,93	0,922
30	Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	225	5,33	4,35	5,71	0,76	0,357	0,67	0,273
31	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	224	43,75	45,85	45,66	1,00	0,957	0,92	0,406

Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni - Italia 2013



Ordina/filtra

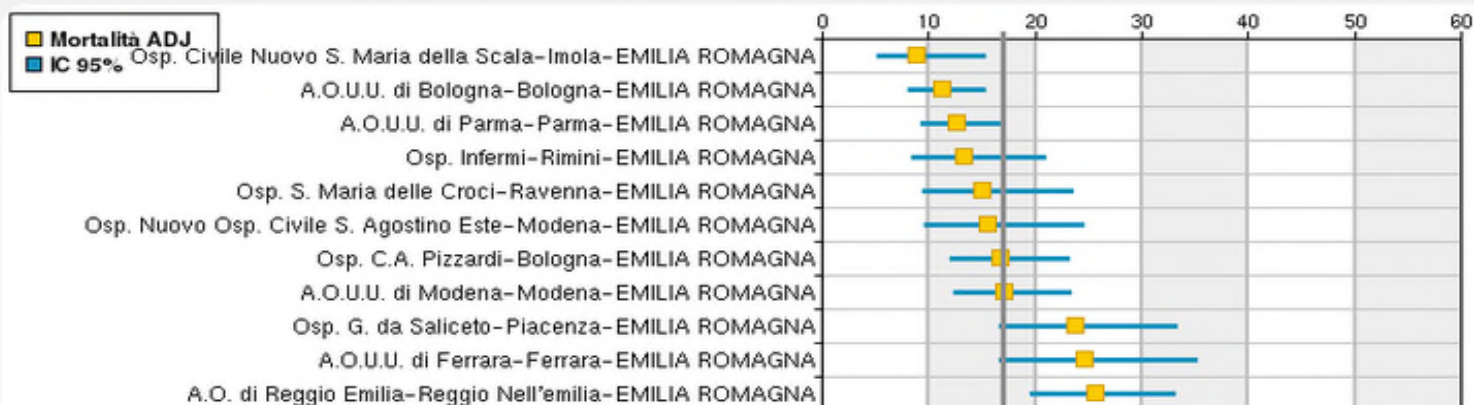


vedi tabella



protocollo

→ Tutte le strutture → Filtro regione/asl attivo → con volume osservato superiore a 100 → Confronto media nazionale + Ordinato per tasso ajustato crescente



Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni - Italia 2013



Ordina/filtra



vedi tabella

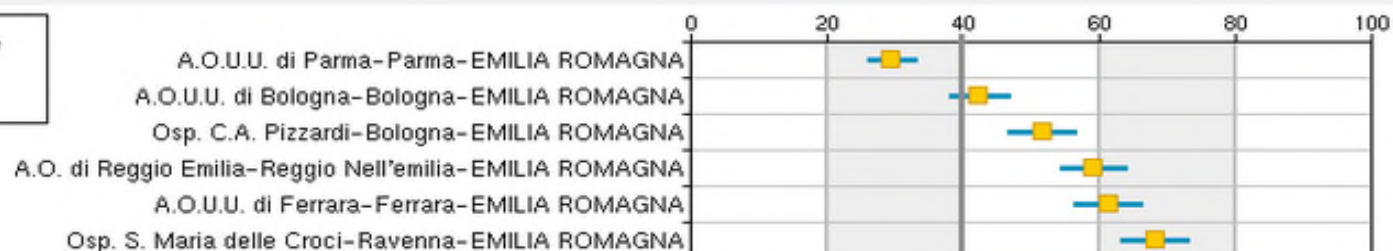


protocollo

→ Tutte le strutture → Filtro regione/asl attivo → con volume osservato superiore a 500 → Confronto media nazionale + Ordinato per tasso aggiustato crescente

■ Proporzionale ADJ

■ IC 95%



Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni



Ordina/filtra

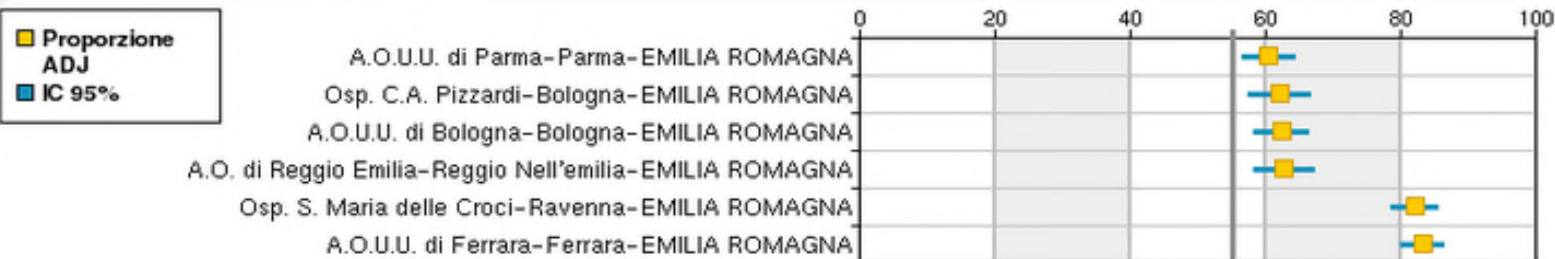


vedi tabella



protocollo

→ Tutte le strutture → Filtro regione/asl attivo → con volume osservato superiore a 500 → Confronto media nazionale + Ordinato per tasso aggiustato crescente



Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni



Ordina/filtra

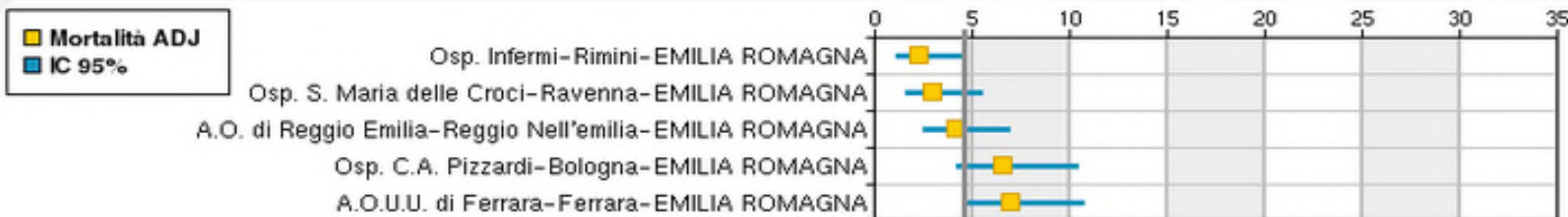


vedi tabella



protocollo

→ Tutte le strutture → Filtro regione/asl attivo → con volume osservato superiore a 250 → Confronto media nazionale + Ordinato per tasso aggiustato crescente



FOCUS

Guida Salute

SOLD
€2,90

Per la prima volta i risultati, reparto per reparto, degli ospedali e delle cliniche private italiani

I MIGLIORI OSPEDALI D'ITALIA

LA QUALITÀ DEGLI INTERVENTI
E I DATI DI MORTALITÀ

- Cardiologia
- Cardiocirurgia
- Neurologia
- Chirurgia vascolare
- Chirurgia addominale
- Chirurgia del tumore al polmone
- Ortopedia
- Dermatologia
- Pneumologia...

E QUALI SONO DA CHIEDERE



ECCO I DATI

LA CLASSIFICA DEGLI OSPEDALI ITALIANI

Tutti i dati per valutarne
l'affidabilità in base alla mortalità
nella cura di alcune patologie.
Clicca su:

[1. Infarto al miocardio](#)

[2. Scompenso cardiaco](#)

[3. Cardiochirurgia: bypass
aortocoronarico](#)

[4. Pneumologia: BPCO](#)

[5. Neurologia: ictus](#)

[6. Ostetricia: parti cesarei](#)

[7. Chirurgia oncologica:
tumore al polmone](#)

[8. Ortopedia: chirurgia della
frattura di tibia-perone](#)

[9. Ortopedia: artroscopia del
ginocchio](#)

[10. Ortopedia: chirurgia del
collo del femore](#)

[11. Cardiochirurgia:
valvuloplastica e sostituzione
di valvole cardiache](#)

[12. Chirurgia vascolare](#)

Nuovi dati seguiranno nei
prossimi giorni

Dietro le quinte dello scoop



Come abbiamo ottenuto questi dati? È da più di due anni che Focus si batte per avere questi dati da ministero, in nome della trasparenza.

Due anni fa abbiamo pubblicato il [primo articolo](#) su questo tema. Non avendo risposte dal Ministero, abbiamo avanzato [una istanza ufficiale](#) all'Agenas, basata sulle leggi per la trasparenza dei dati.

La [risposta](#) dell'Agenas è arrivata il 31 gennaio.

Abbiamo di nuovo insistito con il Ministero e finalmente oggi i dati sono stati resi pubblici. Ecco come Amelia Beltramini, la giornalista di Focus che ha condotto questa lunga battaglia [la racconta nel suo blog](#).

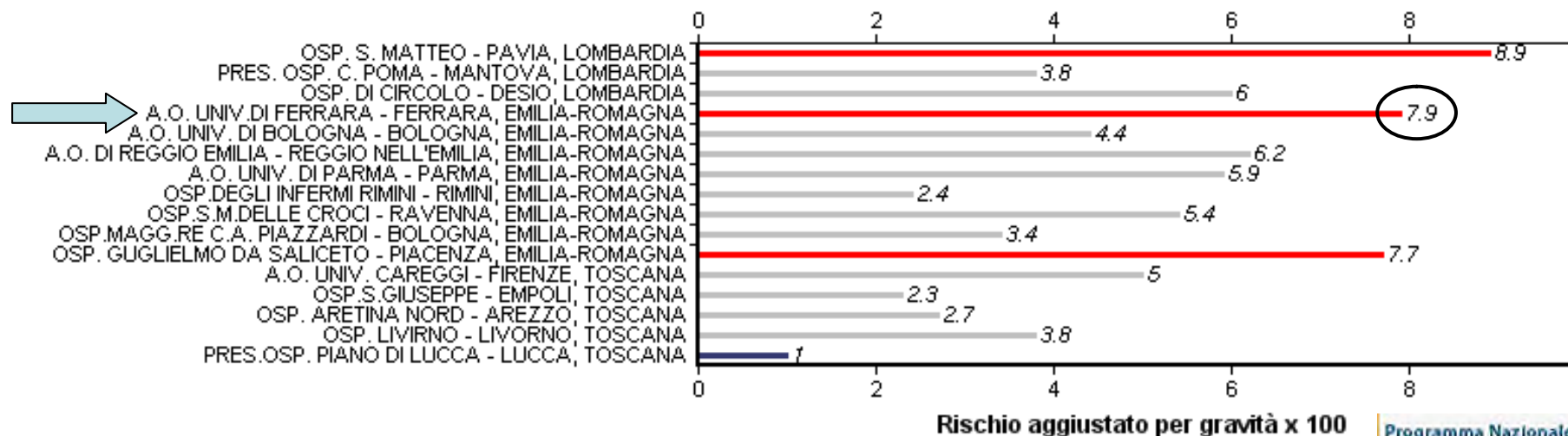
Qualità dei dati

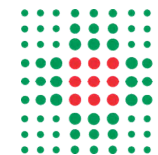


STEMI

mortalità a 30 giorni

- RR adj 1,64 (p=0,032)
- RR bench 2,74 (p<0,001)





Dati della SDO

- SDO riportano patologie ed interventi > ICD 9 CM > DRG
- scopo originario: quantificazione economica
- uso per misurare performance: molto discusso
- *Lisa lezzoni (Ann Intern Med, 1997, 127, 666-674)*

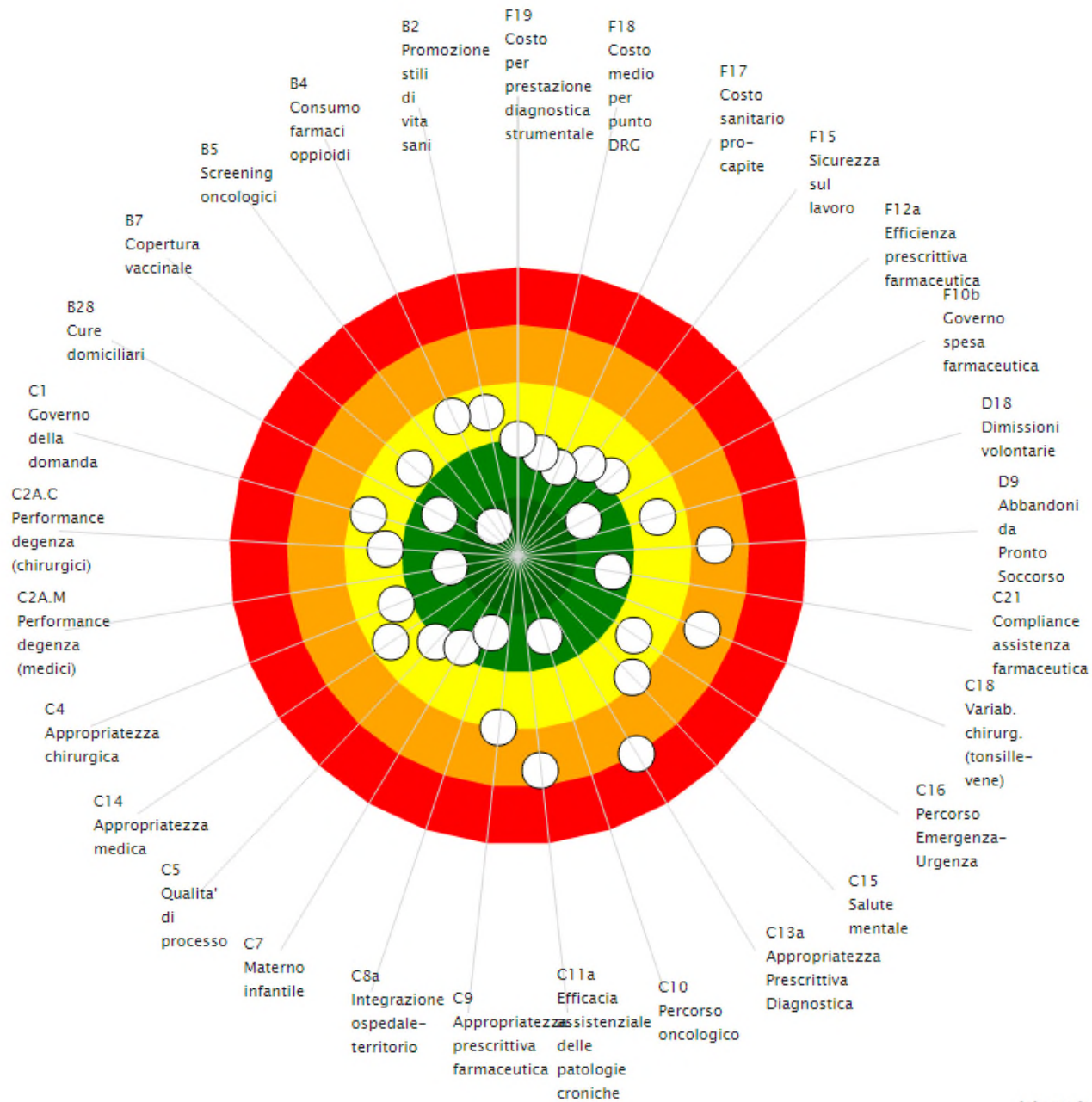


Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa

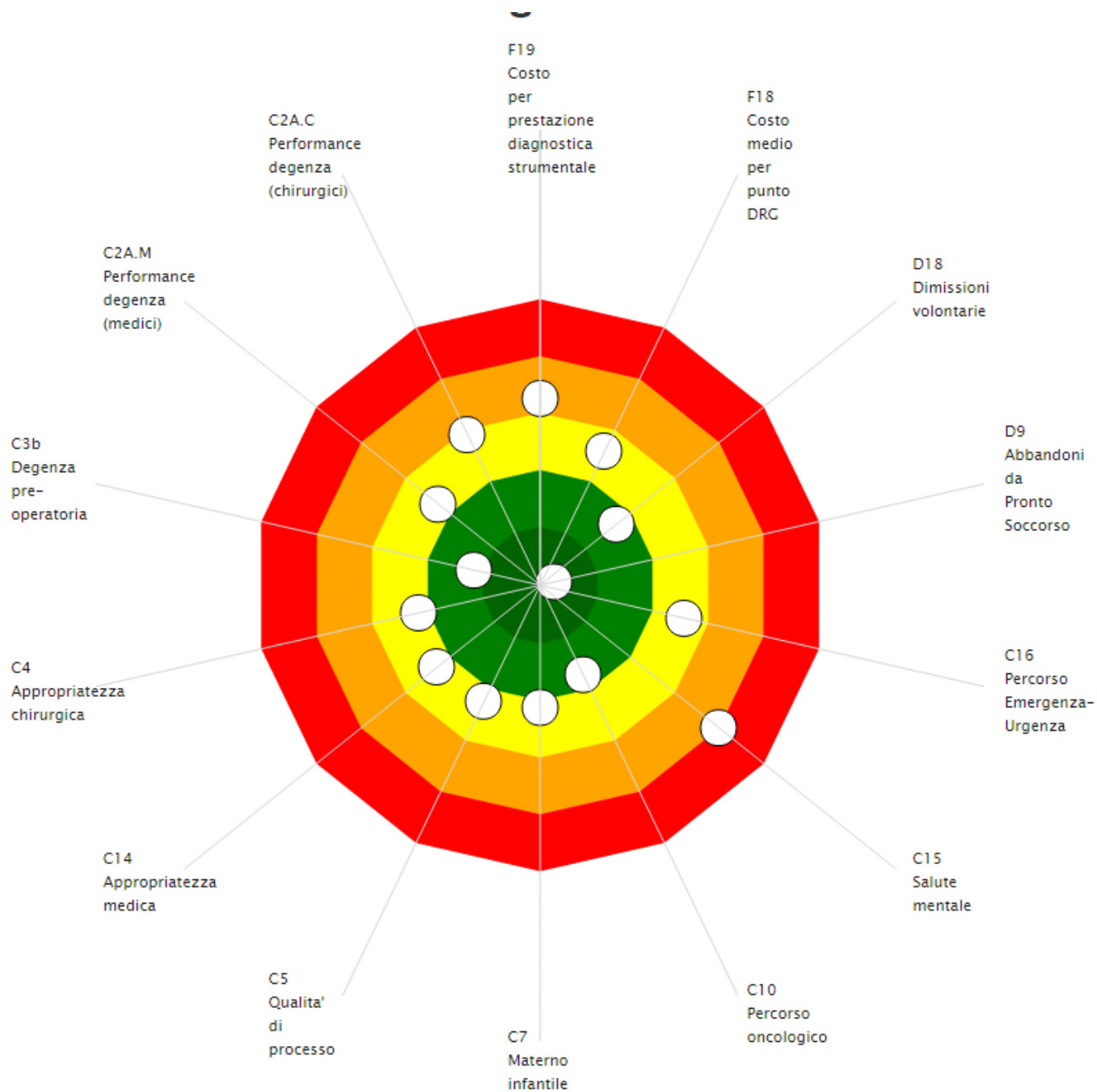


[http://performance.sssup.it/net
val/start.php](http://performance.sssup.it/netval/start.php)

Bersaglio 2014



Emilia Romagna



1. Indicatori dimensione C - La valutazione socio-sanitaria

	Codice	Descrizione	Valore	Media RER	Media Network	Best in class RER (valore, struttura)
	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	0,06	-0,36	0,49	-
	C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	-0,37	-1,08	-0,50	-
	C3b	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute) - RO > 1 gg				
		C3.4 Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg (AO)	0,88	n.d.	1,29	0,62 AOSPU MODENA
	C4	Appropriatezza chirurgica				
		C4.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	14,26	14,67	19,78	14,26 AOSPU FERRARA
		C4.1.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	12,48	12,62	20,18	12,13 AOSP REGGIO EMILIA
		C4.1.2 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital	18,62	20,53	19,40	8,28 AUSL FERRARA
	Vedi Nota	C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	15,57	32,10	23,36	72,65 AUSL REGGIO EMILIA
	Vedi Nota	C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	57,26	52,17	59,80	75,96 AUSL REGGIO EMILIA
	-	C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)	0,23	0,27	5,02	0,20 AUSL RE - AUSL BO
	C14	Appropriatezza medica				
	Vedi Nota	C14.2 % ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica	50,59	31,67	23,44	22,89 AOSP REGGIO EMILIA
	-	C14.2.2 % ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalità diagnostica	62,59	55,86	45,01	10,71 AUSL PARMA
	-	C14.3 % ricoveri ordinari medici brevi [0-1-2 gg]	17,19	18,04	15,91	9,77 AUSL FERRARA
	-	C14.3.2 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici [0-1-2 gg]	30,04	38,56	27,60	21,04 AOSPU MODENA
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	3,30	3,17	4,32	1,77 AUSL PIACENZA
	C5	Qualità di processo				
		C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	4,82	4,87	4,79	3,53 AUSL PARMA
	Vedi Nota	C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute)	55,38	71,27	58,92	93,03 AUSL IMOLA

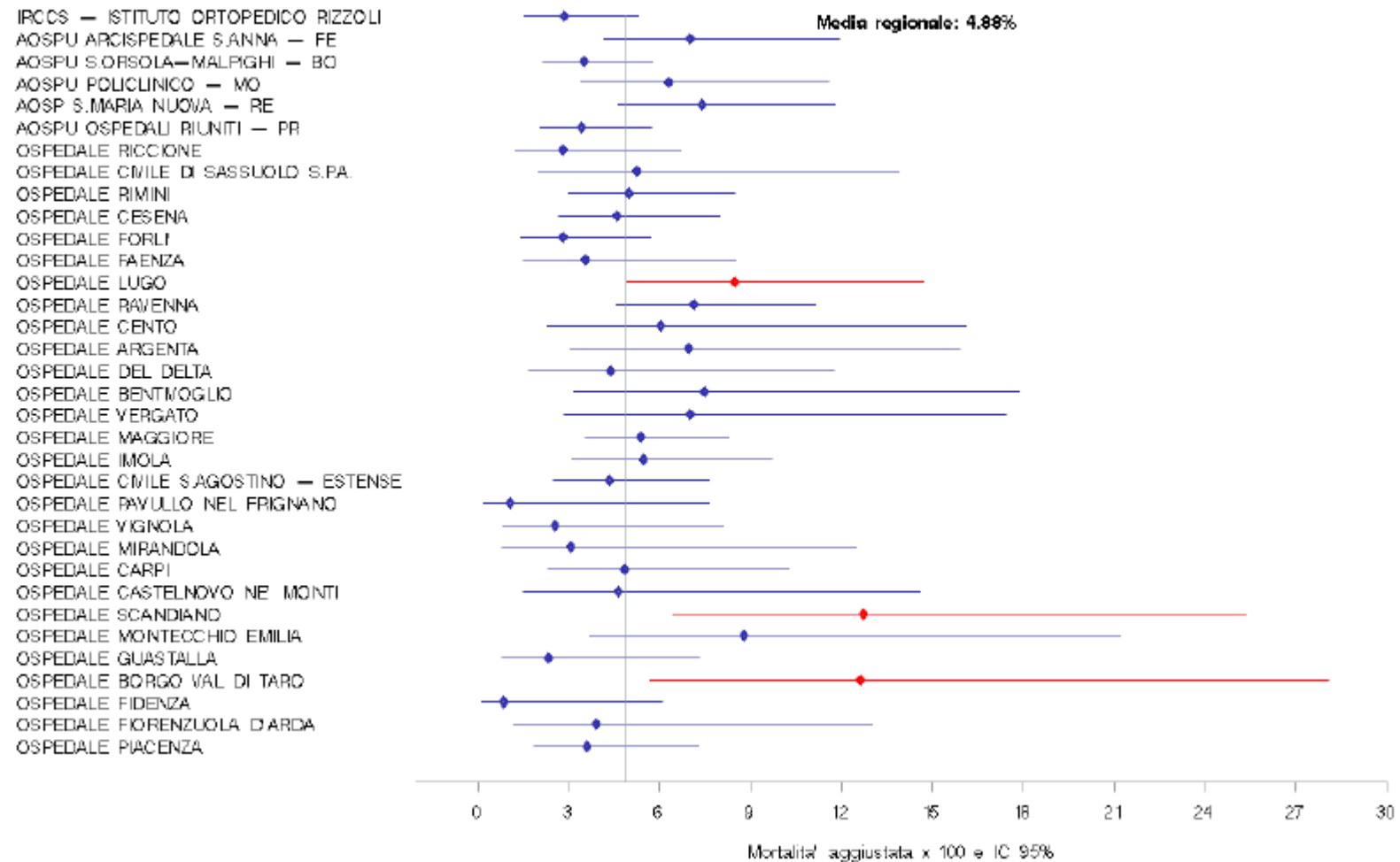
Indicatori di attività:

- **ortopedia**
- **cardiologia**
- **cardiochirurgia**
- **oncologia**
- **traumi gravi**

Frattura femore: mortalità a 30

dd

Anno 2013

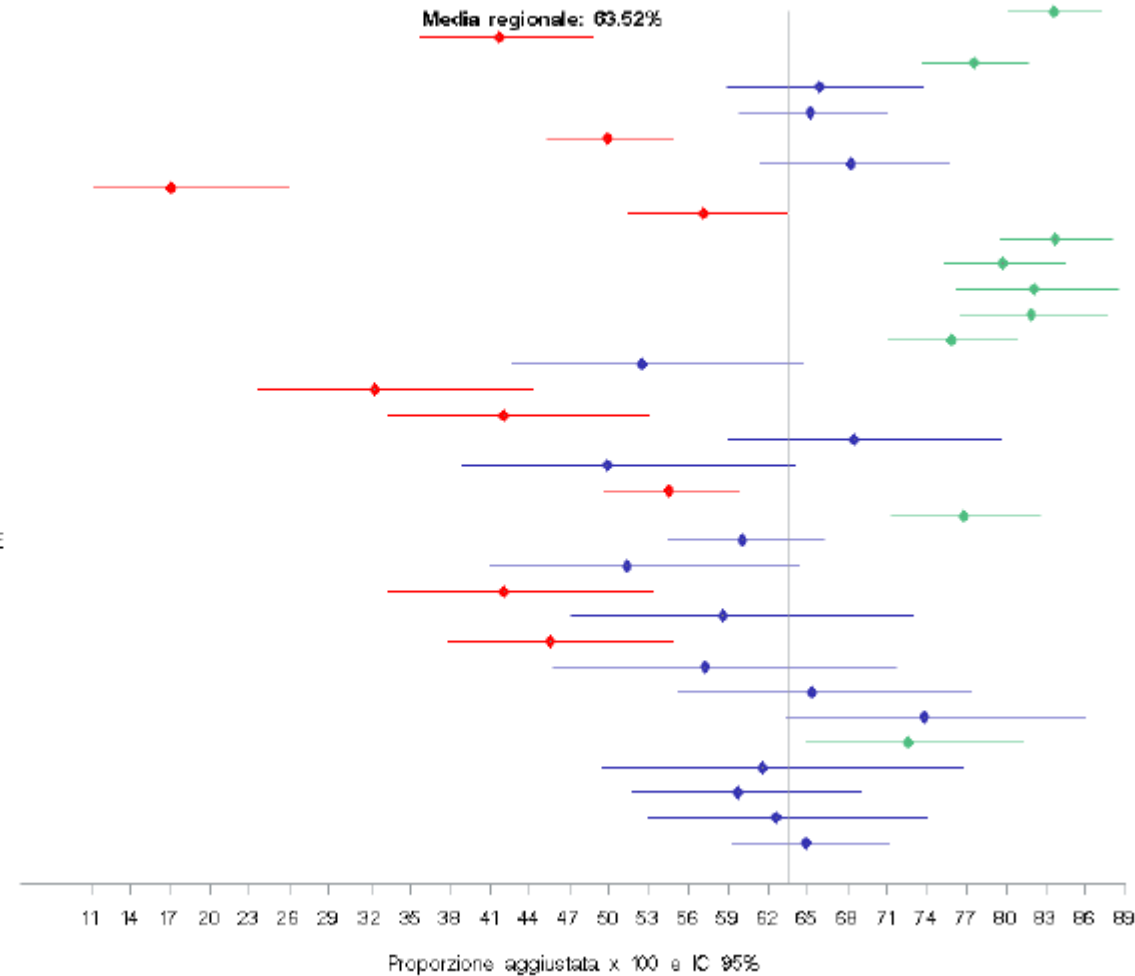


Frattura femore: interventi entro 2

nn

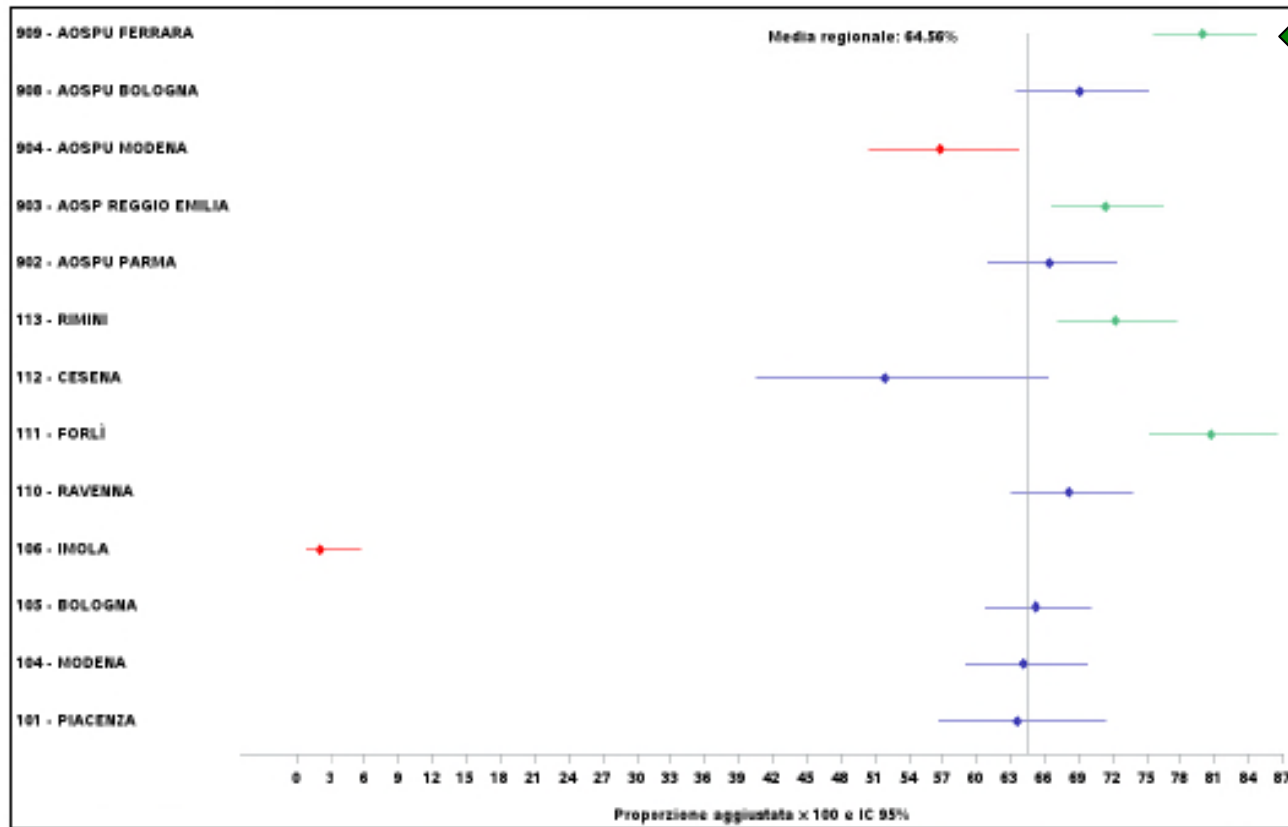
Anno 2013

- IRCCS — ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI
- AO SPU ARCISPEDALE S. ANNA — FE
- AO SPU S. ORSOLA—MALPIGHI — BO
- AO SPU POLICLINICO — MO
- AO SP S. MARIA NUOVA — RE
- AO SPU OSPEDALI RIUNITI — PR
- OSPEDALE RICCIONE
- OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.
- OSPEDALE RIMINI
- OSPEDALE CESTINA
- OSPEDALE FORLÌ
- OSPEDALE FAENZA
- OSPEDALE LUIGO
- OSPEDALE RAVENNA
- OSPEDALE CENTO
- OSPEDALE ARGENTA
- OSPEDALE DEL DELTA
- OSPEDALE BENTIVOGLIO
- OSPEDALE VERGATO
- OSPEDALE MAGGIORE
- OSPEDALE IMOLA
- OSPEDALE CIVILE S. AGOSTINO — ESTENSE
- OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO
- OSPEDALE VIGNOLA
- OSPEDALE MIRANDOLA
- OSPEDALE CARPI
- OSPEDALE CASTELNUOVO NEI MONTI
- OSPEDALE SCANDIANO
- OSPEDALE MONTECCHIO EMILIA
- OSPEDALE GUASTALLA
- OSPEDALE BORGO VAL DI TARO
- OSPEDALE FIDENZA
- OSPEDALE FIORENUOVA D'ARDA
- OSPEDALE PIACENZA

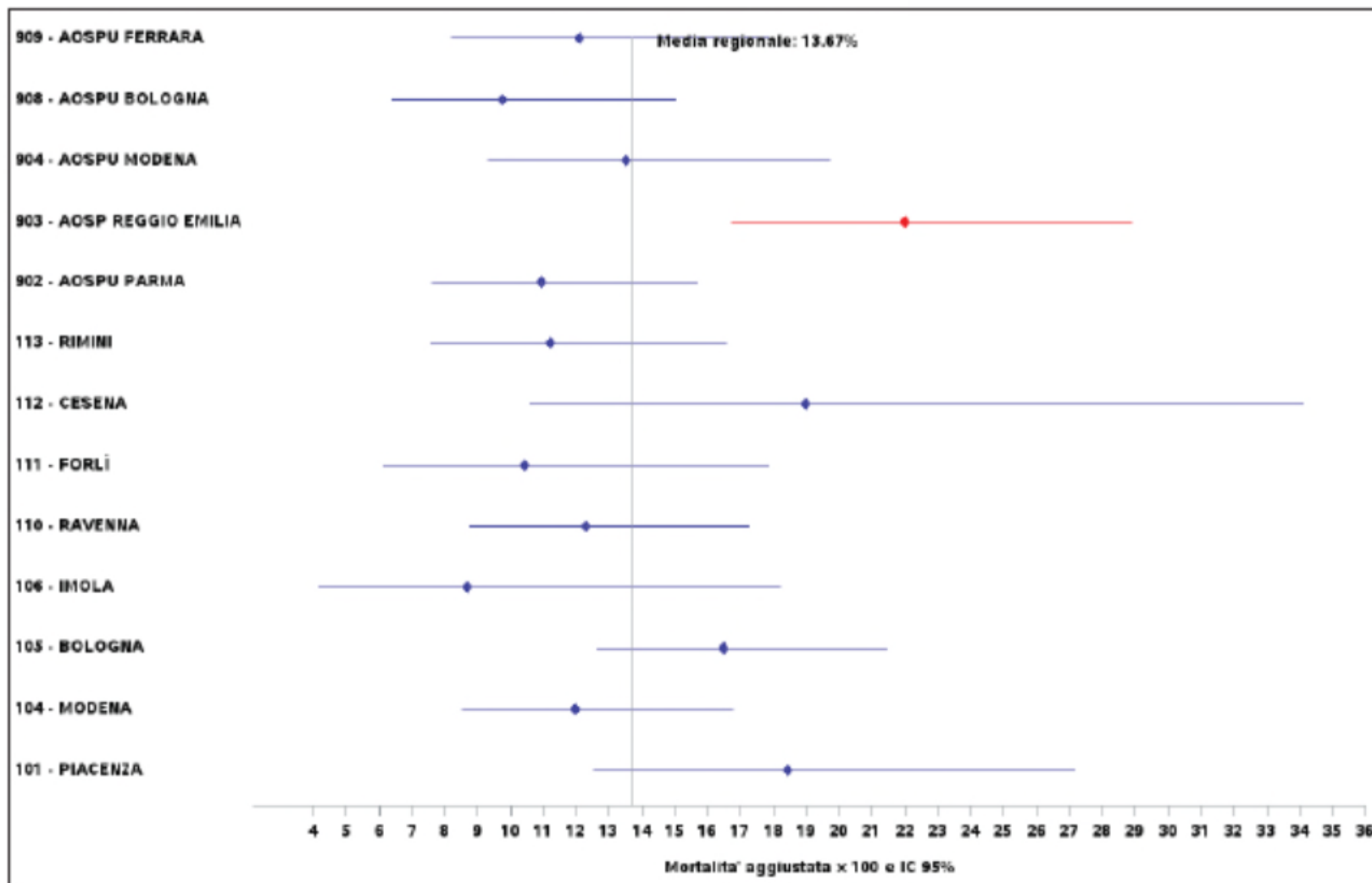


AOUFE: 42.97%

STEMI : PTCA entro 0/1 giorni



Mortalità a 30 giorni per STEMI



Il public reporting



Le evidenze sul public reporting:
Impatto sulla qualità delle cure

- pochi studi
- risultati contraddittori
- qualche risultato debole
- “gaming”: rifiuto di pazienti gravi

*Tu et al., JAMA, 2010, 303 (14): 1367
[RCT in Ontario: “EFFECT”]*



Le evidenze sul public reporting: Uso da parte dei cittadini

- non cercano i dati, non li capiscono, non si fidano, ne fanno un uso sbagliato
- importanza indicatore è correlata alla comprensione
- pensano che sia uno strumento punitivo da parte dei politici nei confronti dei professionisti
- se c'è interesse, esso declina col tempo

Marshall et al, Qual Health Care 2000, 9: 53

Schauffler & Mordavsky, Annu Rev Public Health 2001, 22: 69



Le evidenze sul public reporting:
Uso da parte dei cittadini (2)

Pennsylvania's Consumer Guide to Coronary Artery Bypass Graft Surgery

- 20% pazienti conosce l'opuscolo
- 12% ne era consapevole prima dell'intervento
- 4% stima correttamente la categoria di mortalità dell'ospedale
- 2% afferma che i dati erano importanti per la scelta
- <1% conosce il tasso di mortalità della struttura



Le evidenze sul public reporting:
Uso da parte dei compratori

- Inizialmente grande interesse che poi svanisce
- Vogliono informazioni più semplici (“accreditamento?”)



Le evidenze sul public reporting:
Usò da parte dei professionisti e delle
strutture

- Atteggiamento di sfiducia e difesa
- Medici non ne parlano con i pazienti
- < 2% impatto sugli invii
- Esodo dei medici verso altri luoghi
- Riduzione della variabilità fra strutture
- Strutture eccellenti usano *public reporting* a scopo di marketing

Marshall et al, Health Affairs 2003, 22(3), 134

Marshall et al, Qual Health Care 2000, 9, 53



Le evidenze sul public reporting:
Uso da parte dei media

- Tendenza all'allarmismo
- .. *al blaming*
- ... alla semplificazione

Marshall et al, Health Affairs 2003, 22(3), 134

Misurare - valutare



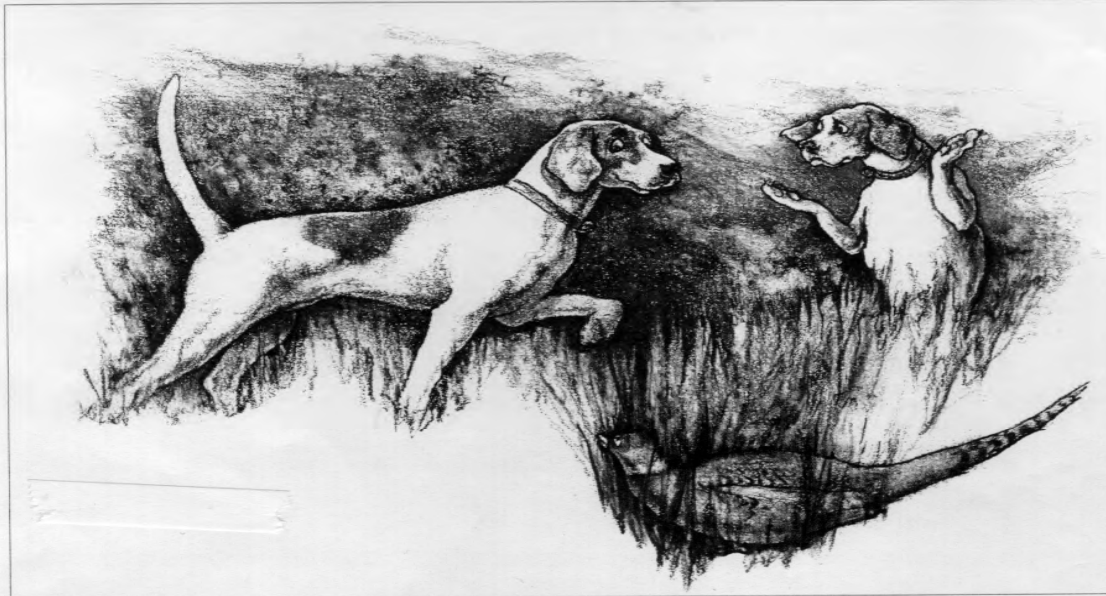
Vahé Kazandjian

JOURNAL of AMRA

AMERICA'S HEALTH INFORMATION LEADERS AMERICAN MEDICAL RECORD ASSOCIATION

SEPTEMBER 1991

62 / 9



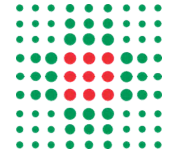
Performance Indicators: Pointer Dogs in Disguise — A Commentary
KAZANDJIAN

A Vision for Future Patient Records
STEEN AND DETMER

Electronic Signatures: A Brief Overview
NOEL

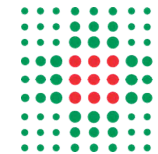
Medical Records in Healthcare for the Homeless
FRY

Advance Directives
MANNY



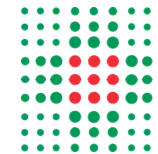
Secondo Kazandjian (1991) la funzione di un indicatore è di segnalare dove vi può essere un problema nella nostra organizzazione, come un cane da caccia punta alla selvaggina.

Ma sono poi i responsabili (i cacciatori) a dovere valutare se vi sono problemi di qualità su cui prendere provvedimenti (a decidere se sparare per catturare la selvaggina).

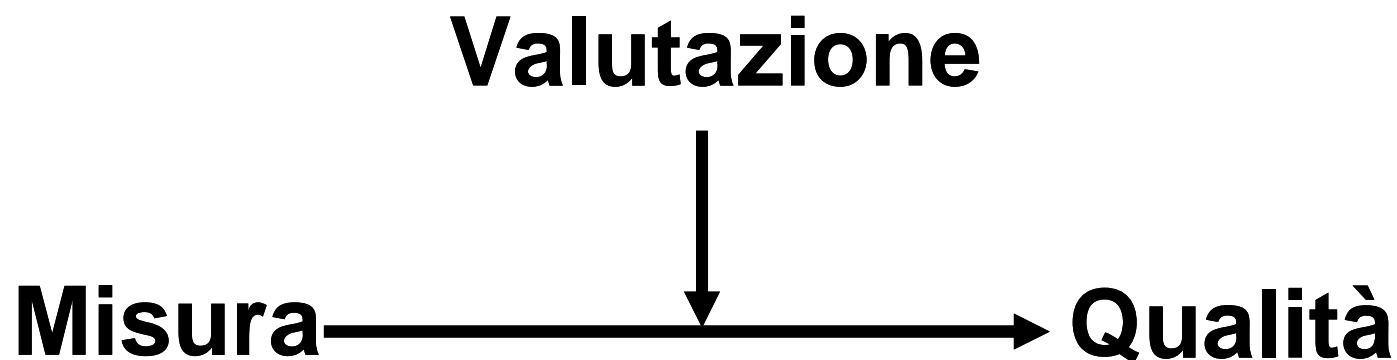


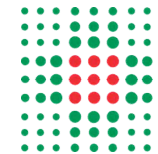
Che cosa misuriamo ?

- Gli indicatori non misurano la qualità.
- La qualità è un concetto basato su valori.
- Quindi per progredire dalla “misurazione” alla “qualità”, serve un modello di valutazione.



“Valutare” significa dare un valore a
ciò che viene misurato.
Quindi il quadro concettuale è:

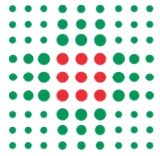




Misurare la performance

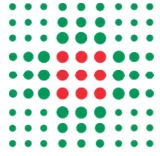
Riteniamo che:

- la misura della performance sia generica e, di conseguenza, potenzialmente universale,
- la valutazione della performance deve essere locale e regionale.



siamo pieni di dati, ma ...

		Trust A		Trust B	
		10/12 interviews to Top Management:		12/12 interviews to Top Management:	
		Yes	No	Yes	No
Do You receive periodically data about patient safety and clinical risk management ?		8	2	4	8
Do You discuss these data with other managers in Your trust ?		4	6	10	2
Examination of trusts' databases:					
Indicators in use		75		20	
Trustwide indicators	<ul style="list-style-type: none"> Falls Pressure ulcers Adverse drug reactions Medication errors Surgical site infections Incident Reporting Claims Litigations 			<ul style="list-style-type: none"> Falls Pressure Ulcers Surgical site infections DVT Clostridium difficile Pneumonia Incident reporting Claims Litigations 	

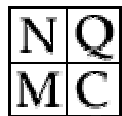


... nessuno li guarda

- 10/22 dirigenti non ricevono dati sulla sicurezza dei pazienti (45.4%)
- 8/22 dirigenti non parlano dei dati con altri dirigenti (36.4%)
 - 6 non ricevono dati, ma ne discutono con altri (??)
 - > 14/22 non riflettono insieme ad altri sui dati, pur disponibili: **63.6%**
- il primo problema non è la “disclosure” al pubblico o ai compratori, ma ai nostri dirigenti !



Det Nationale Indikatorprojekt



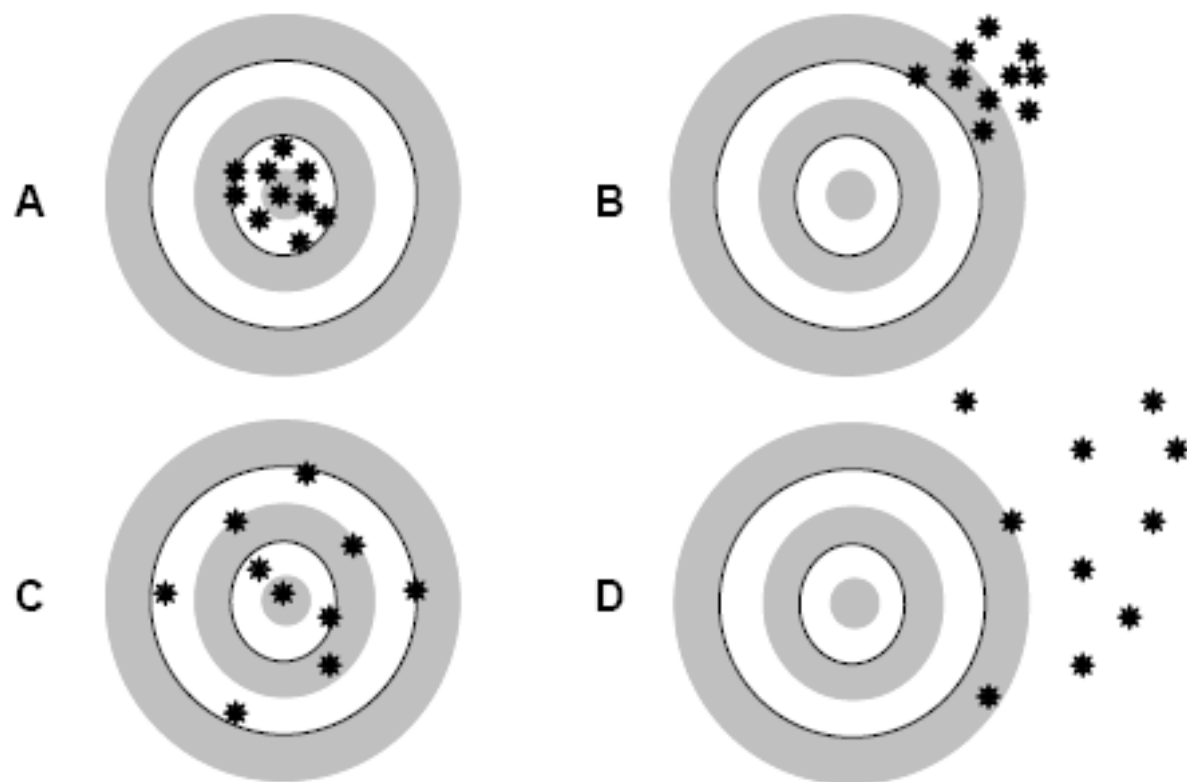
National Quality Measures Clearinghouse
www.qualitymeasures.ahrq.gov

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT



il mondo è pieno di indicatori ben fatti, collaudati e documentati





- a) molta riproducibilità e molta accuratezza
- b) molta riproducibilità e poca accuratezza
- c) poca riproducibilità e tendenziale accuratezza
- d) poca riproducibilità e poca accuratezza

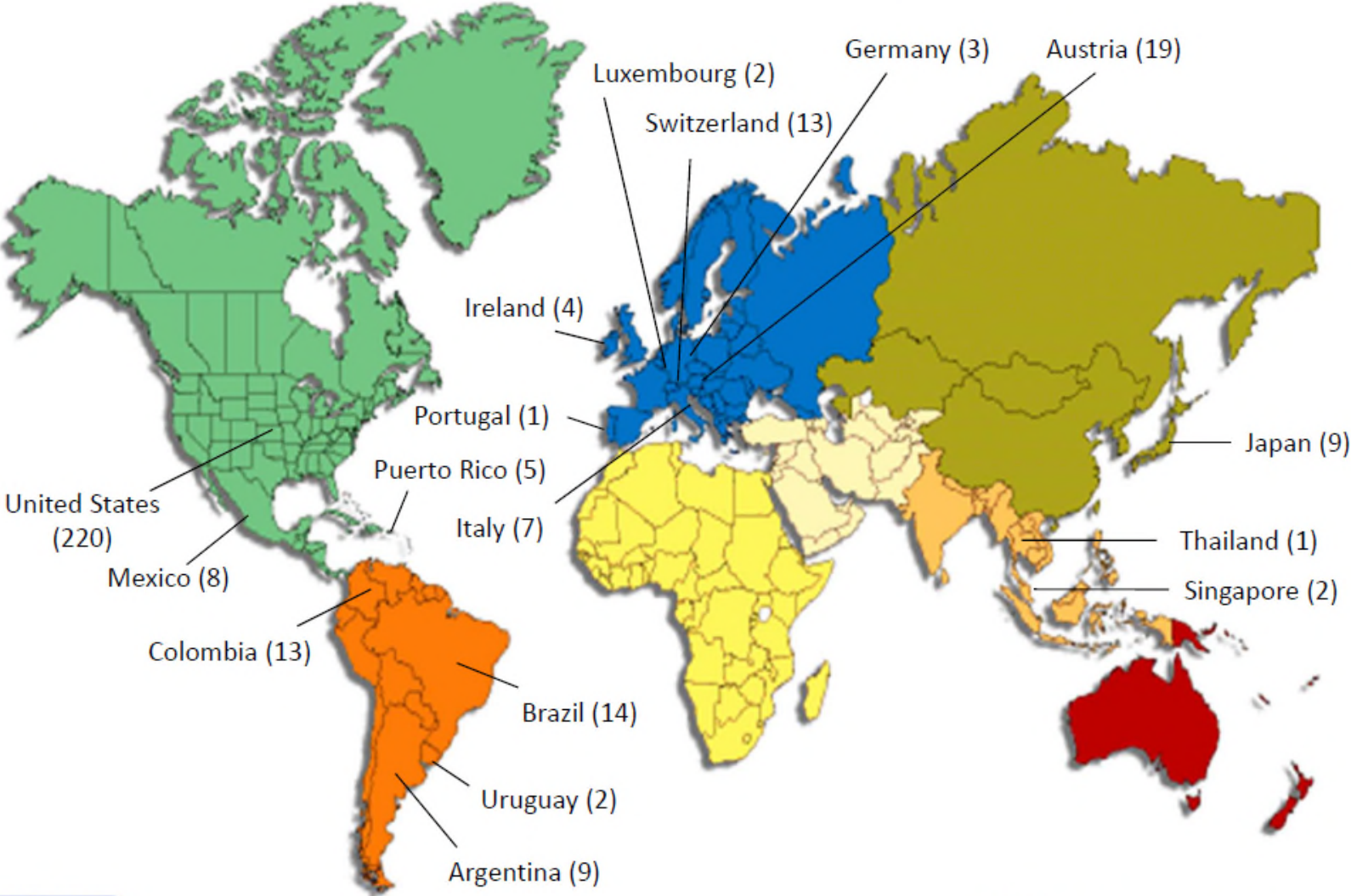
Qualità di un Indicatore

Aspetti applicativi

- Pertinente: misura il fenomeno che si intende misurare
- Scientificamente fondato
- Inserito in un modello decisionale
- Facilmente comprensibile
- Semplice, non inutilmente complesso
- Facilmente rilevabile e calcolabile
- Poco costoso da rilevare ed analizzare

Sistemi e database di indicatori clinici

The number of healthcare organizations using the IQIP in each country is in parenthesis



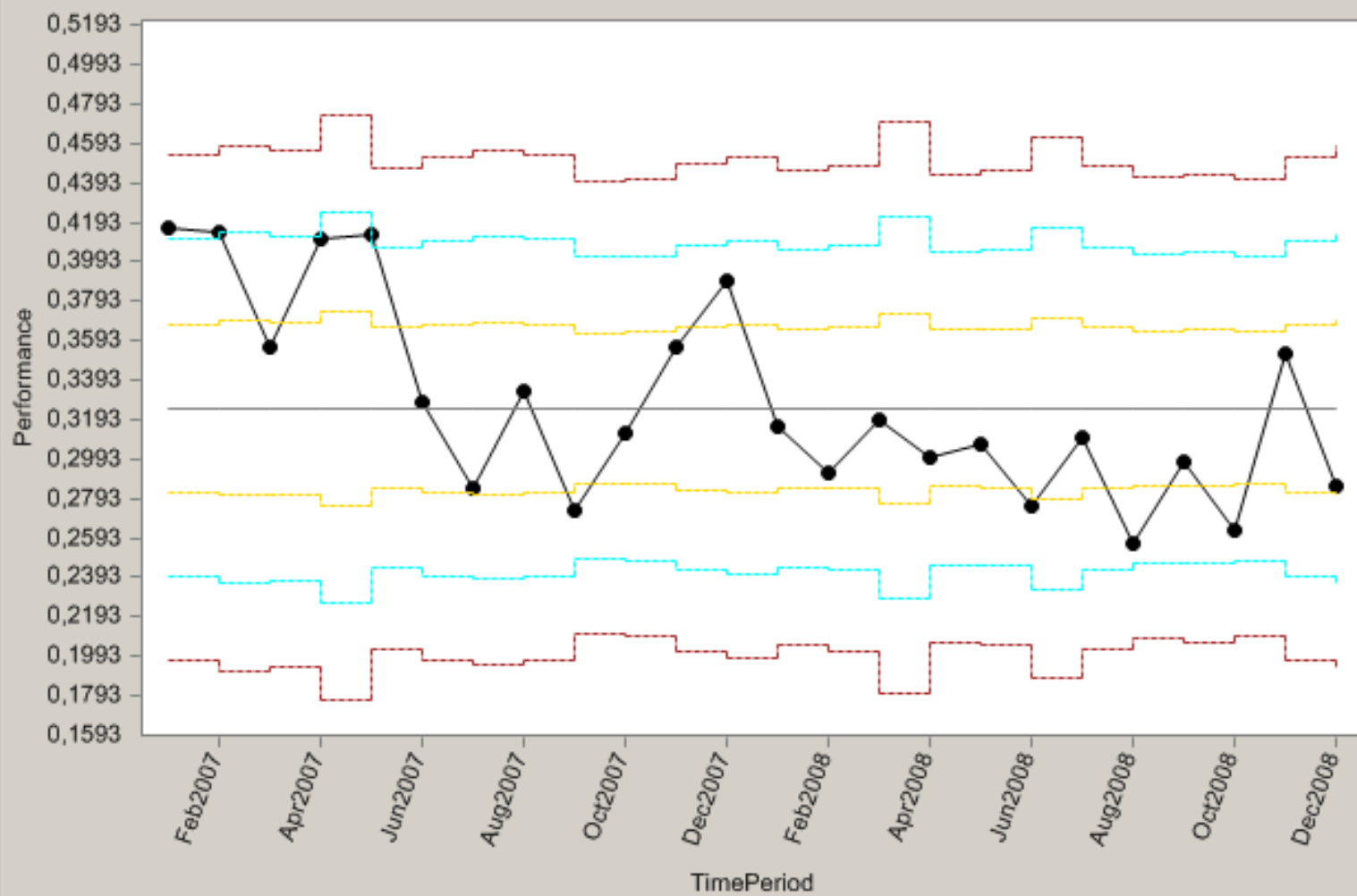
- AC 3.1 Mortalità totale nei pazienti ricoverati per acuti
- AC 3.2 Mortalità per DRG 014 - emorragia intracranica o infarto cerebrale (stroke)
- AC 3.3 Mortalità per DRG 079 - Infezioni respiratorie/infiammazioni
- AC 3.4 **Mortalità per DRG 088 - BPCO (bronco pneumopatia cronico ostruttiva)**
- AC 3.5 Mortalità per DRG 089 - Polmoniti semplici/pleuriti
- AC 3.6 Mortalità per DRG 127 - Insufficienza cardiaca/shock
- AC 3.7 Mortalità per DRG 174 - Emorragia gastrointestinale
- AC 3.8 Mortalità per DRG 316 - Insufficienza renale
- AC 3.9 Mortalità per DRG 416 - Setticemia
- AC 3.10 Mortalità per DRG 475 - Diagnosi respiratoria/supporto ventilatorio
- AC 3.11 Mortalità per DRG 489 - HIV correlato a condizione maggiore
- AC 3.12 Mortalità per tutti gli altri DRGs
- AC 3.13 **Mortalità nei pazienti con diagnosi primaria di infarto miocardico acuto**
- AC 3.14 **Mortalità nei pazienti con diagnosi primaria di insufficienza cardiaca**
- AC 3.15 **Mortalità nei pazienti con diagnosi primaria di polmonite**
- AC 4.1 Mortalità neonatale per ammissione diretta, peso alla nascita ≤ 750 grammi
- AC 4.2 Mortalità neonatale per ammissione diretta, peso alla nascita tra 751 e 1000 grammi
- AC 4.3 Mortalità neonatale per ammissione diretta, peso alla nascita tra 1001 e 1800 grammi
- AC 4.4 **Mortalità neonatale per ammissione diretta, peso alla nascita ≥ 1801 grammi**
- AC 4.5-4.8 Idem per pazienti trasferiti nella struttura



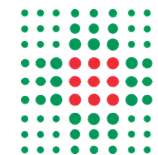
- AC 5.1 **Mortalità perioperatoria totale**
- AC 6.1 Primi cesarei
- AC 6.2 Cesarei ripetuti
- AC 6.3 Parti cesarei totali
- AC 6.4 VBAC (parto vaginale dopo un precedente cesareo)
- AC 6.5 Successo nel parto di prova
- AC 13.1 **Cadute documentate**
- AC 13.2 Cadute documentate che comportano lesioni
- AC 13.3 Pazienti che hanno avuto due o più cadute documentate
- AC 15.1 Prevalenza totale delle ulcere da pressione nei pazienti ricoverati
- AC 16a.1 **Trombosi venosa profonda dopo intervento chirurgico**
- AC 16b.1 **Tromboembolia polmonare dopo intervento chirurgico**
- AC A2.1 **Pazienti registrati in PS con un tempo di permanenza inferiore a 2 ore**
- AC A2.2 Pazienti registrati in PS con un tempo di permanenza superiore a 2 ore ma inferiore a 4 ore
- AC A2.3 Pazienti registrati in PS con un tempo di permanenza superiore a 4 ore ma inferiore a 6 ore
- AC A2.4 Pazienti registrati in PS con un tempo di permanenza superiore a 6 ore
- AC A4.1 Pazienti che lasciano il PS prima che il trattamento terapeutico sia completato
- AC A5.2 **Cancellazione di procedure ambulatoriali, endoscopie diagnostiche del sistema digestivo, effettuate nel giorno della procedura**



AC 6.3 Total C-sections



● 11467 - - - UCL - - - +2 Sigma - - - +1 Sigma
 — Center Line - - - -1 Sigma - - - -2 Sigma - - - LCL

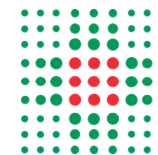


Clearinghouse

- Banca dati web-based di indicatori
- comprende indicatori di molte istituzioni in molti paesi diversi
- si accede per tematiche, per autori,
- riporta per ogni indicatore tutti i metadati possibili
- sia processo che esito

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

The screenshot displays the AHRQ National Quality Measures Clearinghouse website. At the top, there is a navigation bar for the U.S. Department of Health & Human Services (www.hhs.gov) and the AHRQ logo with the tagline 'Advancing Excellence in Health Care' (www.ahrq.gov). Below this, a secondary navigation bar includes links for 'National Guideline Clearinghouse', 'Health Care Innovations Exchange', 'AHRQ Home', and 'Sign In'. The main header area features the 'National Quality Measures Clearinghouse' logo, a search bar containing the text 'acute myocardial infarction', and a 'Search' button. To the right of the search bar are links for 'Help', 'RSS', 'Subscribe to weekly e-mail', 'Site map', 'Contact us', and 'For web developers'. Below the search bar, there are options to 'Search Tips', 'Advanced Search', and 'About Search'. A vertical sidebar on the left contains a menu with items: Home, Measures, Expert Commentaries, Tutorials on Quality Measures, Compare Measures, FAQ, Submit Measures, About, My NQMC, and a yellow button for 'Visit the HHS Measure Inventory'. The main content area shows search results for 'acute myocardial infarction'. It includes a '< Back' link, a 'Search within:' field, a 'GO' button, and sorting options: 'Sort results by: Relevance' (selected) and 'Publication date'. A filter dropdown is set to 'All Years'. The results list shows '1-20 of 72' items, with a 'Next >' link and a 'Compare Measures' button. Two results are visible: 1. 'Acute myocardial infarction (AMI): risk-adjusted rate of unplanned readmission following discharge for AMI. 2010 May. [NQMC Update Pending] NQMC:005390' by Canadian Institute for Health Information - Nonprofit Organization. 2. 'Acute myocardial infarction (AMI): median time from ED arrival to administration of fibrinolytic therapy in ED patients with AMI and ST-segment elevation or LBBB on the ECG performed closest to ED arrival and prior to transfer. 2011 Dec. NQMC:006354' by Centers for Medicare & Medicaid Services - Federal Government Agency [U.S.]; Oklahoma Foundation for Medical Quality - Health Care Quality Collaboration. Each result has a checkbox for comparison.



ACHS Australia

- 353 indicatori in 22 gruppi (set)
- dati da 690 strutture utilizzabili come standard
- processo e esito
- grande cura metodologica e statistica


http://www.achs.org.au/publications-resources/australasian-clinical-indicator-report/

PROGRAMS & SERVICES EDUCATION & SUPPORT **PUBLICATIONS & RESOURCES** ACHS MEMBERS ACHS SURVEYORS ACHS INTERNATIONAL

Home > Publications & Resources > Australasian Clinical Indicator Report

print page

Australasian Clinical Indicator Report




Every year, the **Australasian Clinical Report** lists collective performance against each of the ACHS Clinical Indicators. This report uses tables to summarise the ACHS Clinical Indicator Program, its membership, and any significant trends or variation in the data over time.

To capture the context and circumstances that influence the data, the ACHS relies on the expertise of the medical colleges, specialists societies and other clinical organisations with which it collaborates. Their comments and expert feedback follow the summaries of the data.

Reviewing trends and variation can suggest areas where there is greatest scope to improve practice.

AUSTRALASIAN CLINICAL INDICATOR REPORTS STATISTICAL METHODS RETROSPECTIVE ACIR DATA IN FULL

AUSTRALASIAN CLINICAL INDICATOR REPORT 2004-2011, 13TH EDITION

 Australasian Clinical Indicator Report 2004-2011, 13th edition
[Download \(3.82 MB\)](#)

AUSTRALIAN CLINICAL INDICATOR REPORT 2003-2010, 12TH EDITION

Login

Username
.....
LOGIN
[register for access](#)
[forgotten password?](#)

ART, EAT and PIRT

For access to ART, EAT and PIRT [Please Click Here.](#)

ACHS eLearning

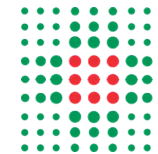
ACHS eLearning programs are an invaluable tool for accreditation. [Please Click Here to Access](#)

NEWS

26 September 2012
Australasian Clinical Indicator Report 2004-2011 launched September 2012

03 September 2012

- PUBLICATIONS & RESOURCES
- EQuIPNational
- EQuIP5
- EQuIP5 Day Procedure Centres
- EQuIP5 Corporate Health Services
- EQuIP Corporate Member Services
- Clinical Indicator Program
- > **Australasian Clinical Indicator Report**
- ACHS Annual Reports
- National Report on Health Services Accreditation Performance
- Glossary and Acronyms
- Order an ACHS Publication
- About ACHS Publications & Program Development



AQUA

- obbligatori per ospedali tedeschi (in parte)
- 30 ambiti clinici- assistenziali
- livello scientifico e metodologico molto alto
- utilizzabili come standard: valori 2013



Leistungsbereiche ▶

Qualitätsreport

Bundesfachgruppen

Strukturierter Dialog

Datenvalidierung

Länderauswertung

Strukturierter Qualitätsbericht

Qualitätsindikatoren

Komplettversion der
Indikatorenbeschreibungen für das
Erfassungsjahr 2011
(Stand 11.06.2012)



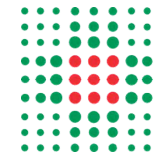
Qualitätsindikatoren 2011
(ZIP / 9,8 MB)

Sie befinden sich : [Startseite](#) > [Themen](#) > [Leistungsbereiche](#)

Leistungsbereiche

- Halsschlagader
 - Karotis-Rekonstruktion
- Lunge
 - Lungen- und Herz-Lungentransplantation
 - Ambulant erworbene Pneumonie
- Brust
 - Chirurgie bei Mammakarzinom
- Herz
 - Herzschrittmacher - Implantation
 - Herzschrittmacher - Aggregatwechsel
 - Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel-Explantation
 - Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
 - Aortenklappenchirurgie, konventionell
 - Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt
 - Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
 - Koronarchirurgie, isoliert
 - Herztransplantation
 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel
 - Implantierbare Defibrillatoren - Revision/-Systemwechsel-Explantation
- Pankreas
 - Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
- Leber
 - Leberlebendspende
 - Lebertransplantation





AHRQ

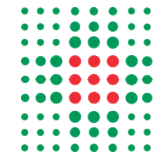
- basati su banca dati SDO
 - Inpatient Quality
 - Patient Safety
 - Paediatric
- tutti di esito (e di volume)
- valutare la fattibilità di estrazione da banca dati con SAS

[IQI Overview](#)

[IQI Resources](#)

Inpatient Quality Indicators Technical Specifications - Version 4.4, March 2012

- [All Inpatient Quality Indicators Technical Specifications, Version 4.4 \(Zip File\)](#)
 - [IQI 01 Esophageal Resection Volume](#)
 - [IQI 02 Pancreatic Resection Volume](#)
 - [IQI 04 Abdominal Aortic Aneurysm \(AAA\) Repair Volume](#)
 - [IQI 05 Coronary Artery Bypass Graft \(CABG\) Volume](#)
 - [IQI 06 Percutaneous Coronary Intervention \(PCI\) Volume](#)
 - [IQI 07 Carotid Endarterectomy Volume](#)
 - [IQI 08 Esophageal Resection Mortality Rate](#)
 - [IQI 09 Pancreatic Resection Mortality Rate](#)
 - [IQI 11 Abdominal Aortic Aneurysm \(AAA\) Repair Mortality Rate](#)
 - [IQI 12 Coronary Artery Bypass Graft \(CABG\) Mortality Rate](#)
 - [IQI 13 Craniotomy Mortality Rate](#)
 - [IQI 14 Hip Replacement Mortality Rate](#)
 - [IQI 15 Acute Myocardial Infarction \(AMI\) Mortality Rate](#)
 - [IQI 16 Heart Failure Mortality Rate](#)
 - [IQI 17 Acute Stroke Mortality Rate](#)
 - [IQI 18 Gastrointestinal Hemorrhage Mortality Rate](#)
 - [IQI 19 Hip Fracture Mortality Rate](#)
 - [IQI 20 Pneumonia Mortality Rate](#)
 - [IQI 21 Cesarean Delivery Rate](#)
 - [IQI 22 Vaginal Birth After Cesarean \(VBAC\) Rate Uncomplicated](#)
 - [IQI 23 Laparoscopic Cholecystectomy Rate](#)
 - [IQI 24 Incidental Appendectomy in the Elderly Rate](#)
 - [IQI 25 Bilateral Cardiac Catheterization Rate](#)
 - [IQI 26 Coronary Artery Bypass Graft \(CABG\) Rate](#)
 - [IQI 27 Percutaneous Coronary Intervention \(PCI\) Rate](#)
 - [IQI 28 Hysterectomy Rate](#)



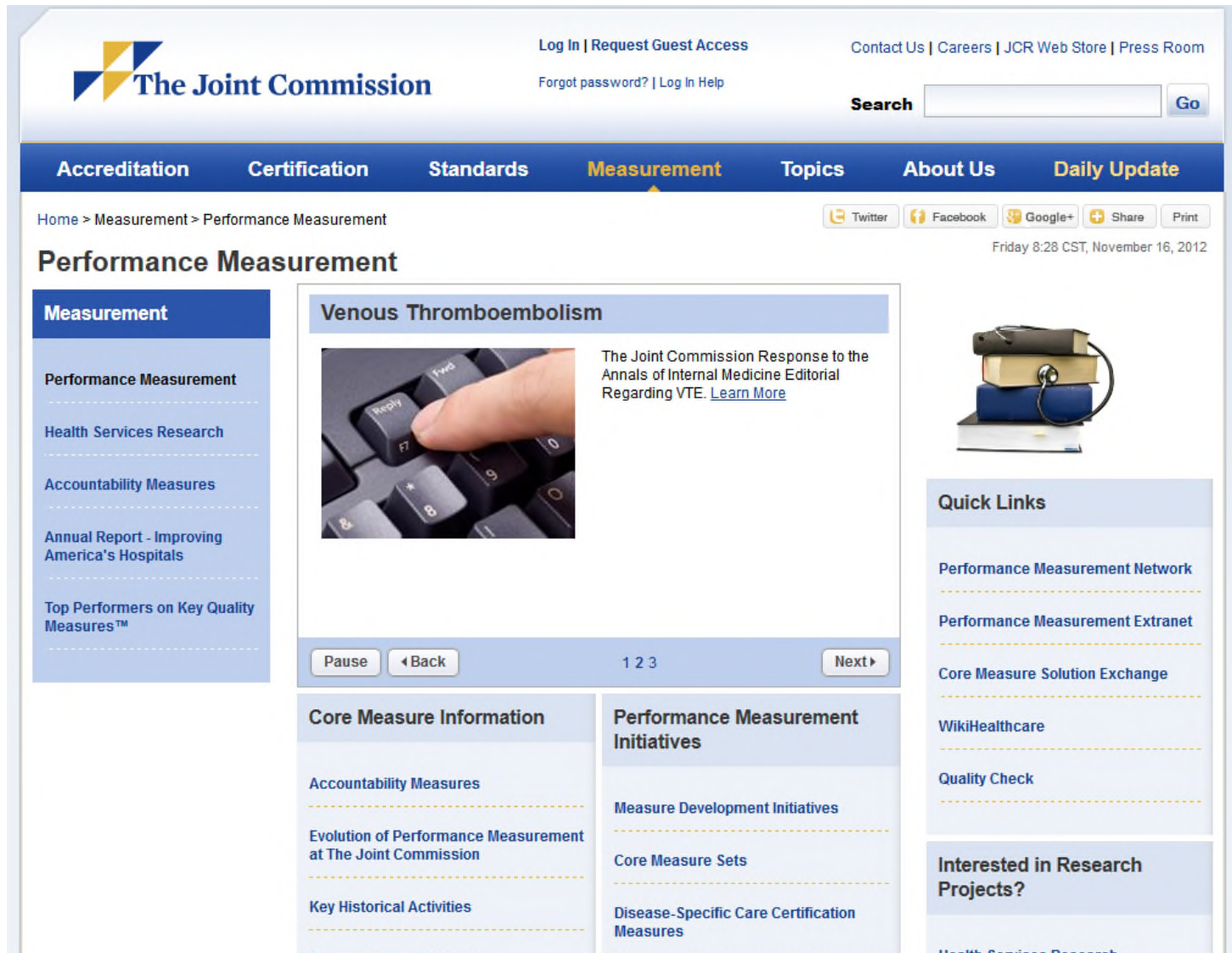
Joint Commission

- indicatori per l'accreditamento JC
- non calcolabili su flussi correnti
- tutti di processo
- 12 patologie / ambiti assistenziali

Joint Commission

- AMI
- Children's Asthma Care
- Emergency Department
- Psychiatric Services
- Outpatient
- Immunization
- Perinatal Care
- Stroke
- Substance Use
- Surgical Care Improvement
- Tobacco Treatment
- Venous thromboembolism

http://www.jointcommission.org/performance_measurement.aspx



The screenshot shows the website for The Joint Commission's Performance Measurement section. At the top, there is a navigation bar with links for Accreditation, Certification, Standards, Measurement (highlighted), Topics, About Us, and Daily Update. The main content area features a breadcrumb trail (Home > Measurement > Performance Measurement), a search bar, and social media sharing options. The central focus is an article titled "Venous Thromboembolism" with a sub-header "The Joint Commission Response to the Annals of Internal Medicine Editorial Regarding VTE." and a "Learn More" link. To the right of the article is an image of a stack of books. Below the article are navigation controls (Pause, Back, 1 2 3, Next) and two columns of links: "Core Measure Information" and "Performance Measurement Initiatives". A "Quick Links" section on the right lists various resources like the Performance Measurement Network, Extranet, and Solution Exchange. At the bottom right, there is a section titled "Interested in Research Projects?" with a link to Health Services Research.

The Joint Commission

Log In | Request Guest Access
Forgot password? | Log In Help

Contact Us | Careers | JCR Web Store | Press Room

Search Go

Accreditation Certification Standards **Measurement** Topics About Us Daily Update

Home > Measurement > Performance Measurement

Twitter Facebook Google+ Share Print

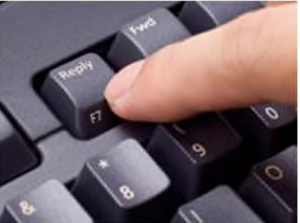
Friday 8:28 CST, November 16, 2012

Performance Measurement

Measurement

- Performance Measurement
- Health Services Research
- Accountability Measures
- Annual Report - Improving America's Hospitals
- Top Performers on Key Quality Measures™

Venous Thromboembolism



The Joint Commission Response to the Annals of Internal Medicine Editorial Regarding VTE. [Learn More](#)

Pause ◀ Back 1 2 3 Next ▶

Core Measure Information

- Accountability Measures
- Evolution of Performance Measurement at The Joint Commission
- Key Historical Activities
- Future Goals and Objectives

Performance Measurement Initiatives

- Measure Development Initiatives
- Core Measure Sets
- Disease-Specific Care Certification Measures

Quick Links

- Performance Measurement Network
- Performance Measurement Extranet
- Core Measure Solution Exchange
- WikiHealthcare
- Quality Check

Interested in Research Projects?

- Health Services Research

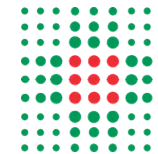
Il Controllo Statistico dei Processi

Walter A. Shewhart

1891 - 1967

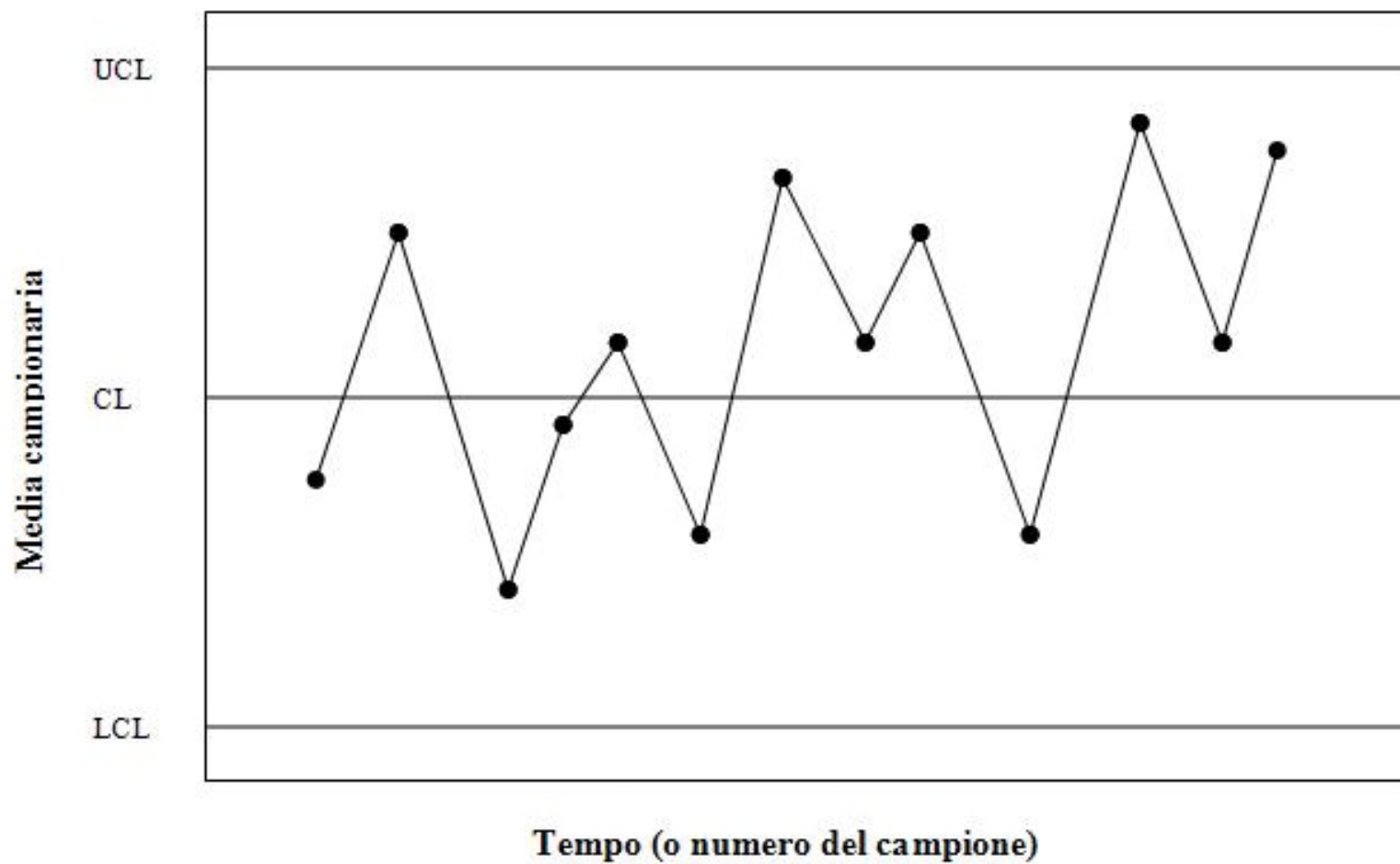
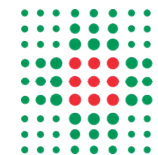


- Fisico, ingegnere
- Bell Telephone Laboratories
- Prima control chart circa 1924
- “... a phenomenon will be said to be controlled when, through the use of past experience, we can predict, at least within limits, how the phenomenon may be expected to vary in the future. Here it is understood that prediction within limits mean that we can state, at least approximately, the probability that the observed phenomenon will fall with the given limits”



Carte di Controllo

- Controllo statistico del processo
- la procedura più semplice consiste nel riportare i dati su una carta di controllo con tre linee orizzontali: la centrale in corrispondenza del valore ottimale e le altre due, simmetriche e a predefinita distanza, chiamate linee di azione.

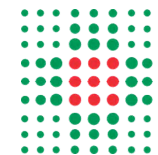


Example Production Line



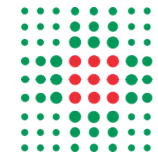
Types of Variation

- Common Causes of Variation *“In statistical control”*
 - Inherent in virtually all process. Comprised of a myriad of small sources always present in the process.
- Special Causes of Variation *“Out of statistical control”*
 - Not present in processes that are under control. Created by causes that are outside the routine process. They may appear relatively infrequently, but can destabilize a process, and are therefore important to detect. They are exogenous to a process



Processo in controllo

- Un processo sotto controllo è un processo che presenta solo cause ordinarie di variazione. Poiché queste fonti di variazione sono intrinseche al processo stesso, un processo "sotto controllo" è prevedibile. Si parla di processi in stato di controllo statistico.

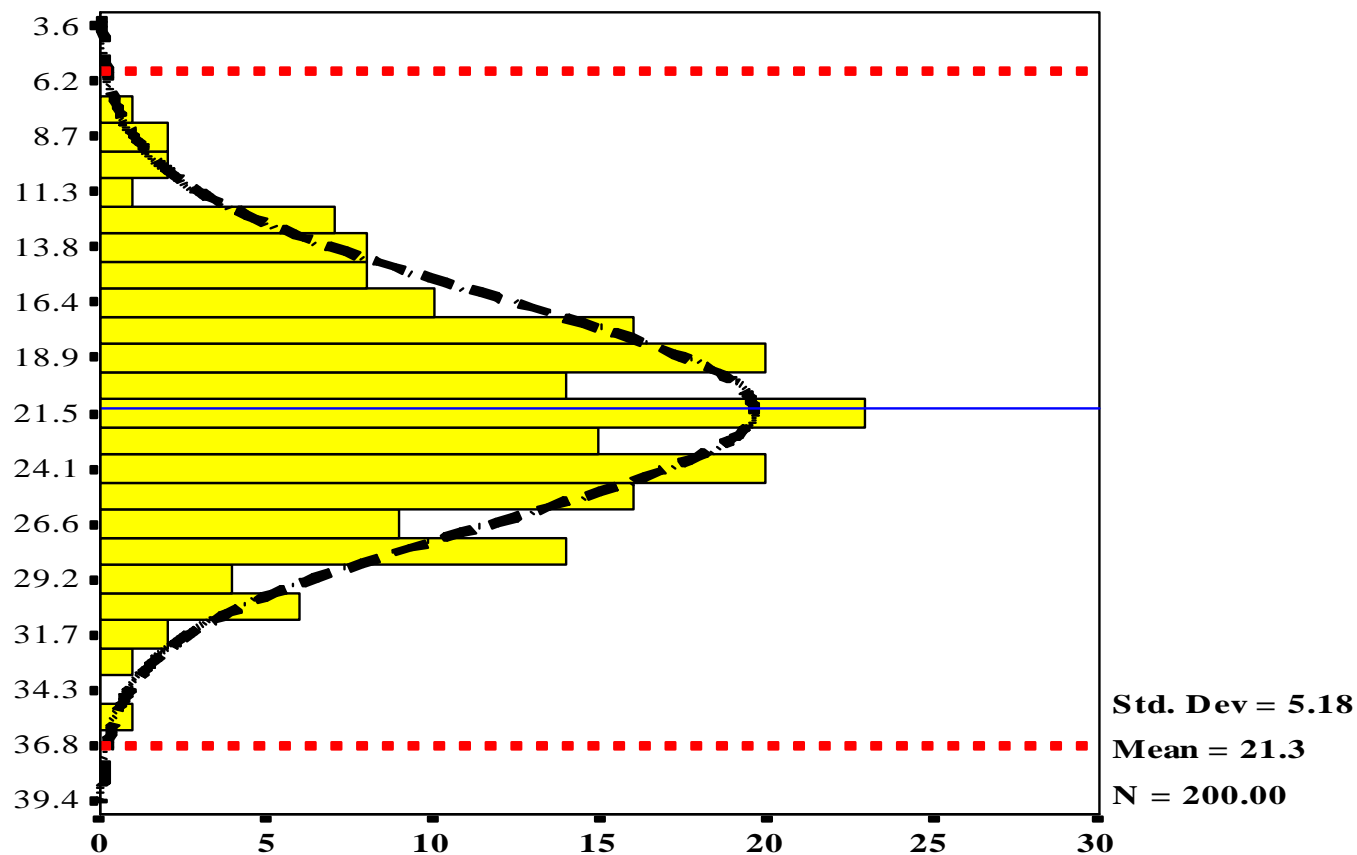


Processo fuori controllo

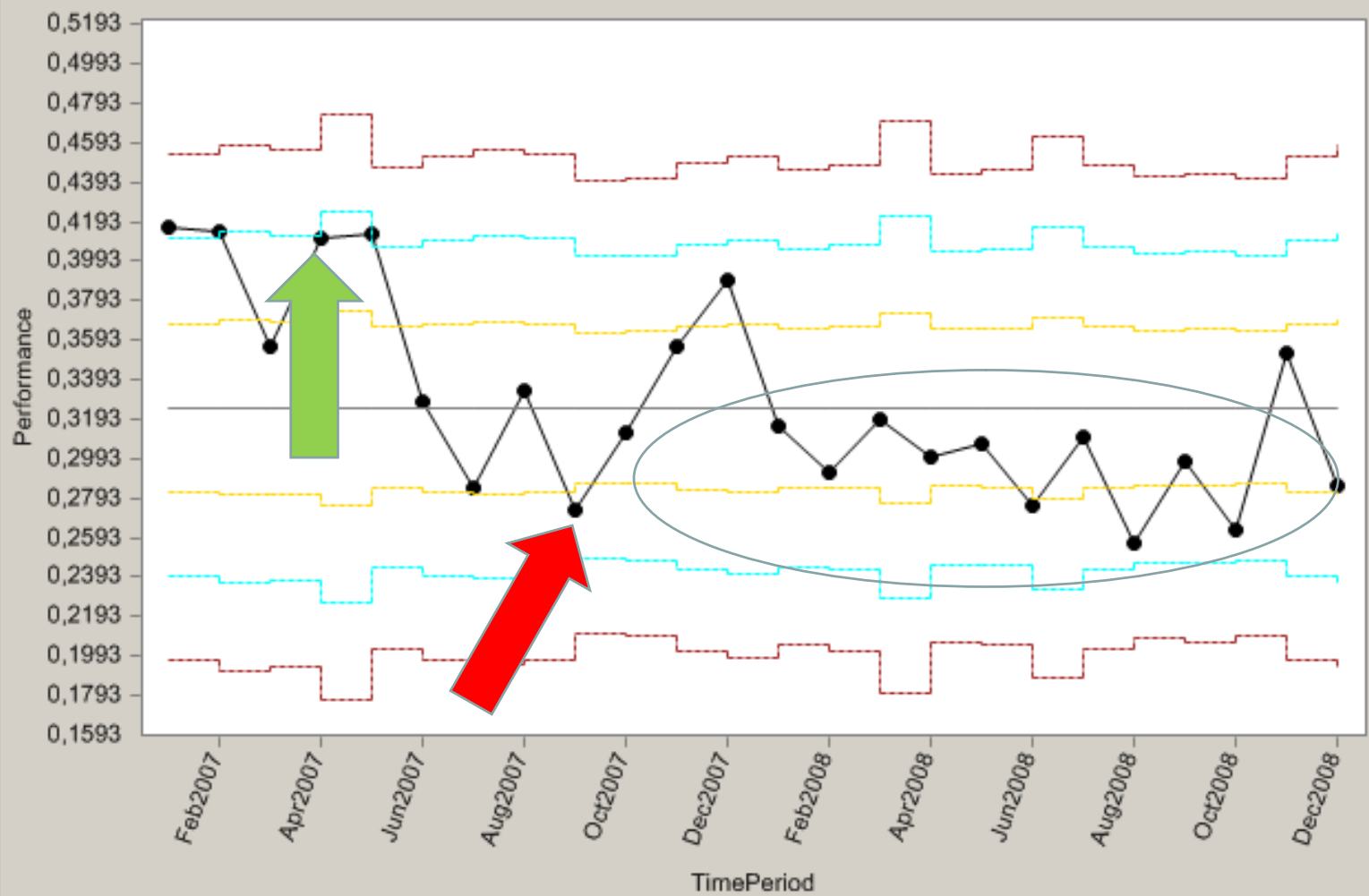
- Un processo fuori controllo è un processo che presenta sia delle cause comuni sia delle cause straordinarie di variazione.
- Per la presenza di queste ultime, che sono da considerare estrinseche al processo medesimo, il processo "fuori controllo" non è prevedibile.



Control Chart Analysis



AC 6.3 Total C-sections



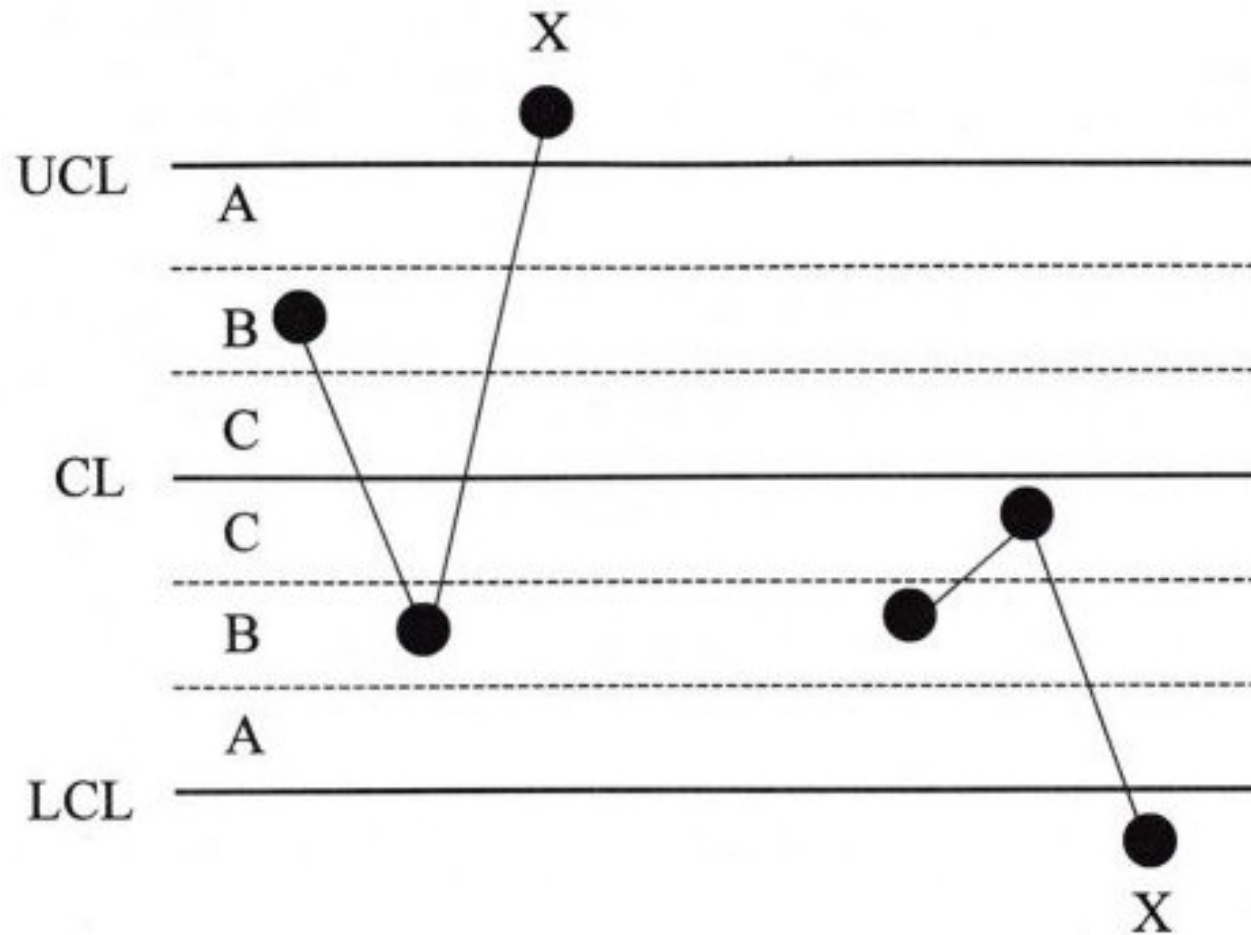
● 11467 - - - UCL - - - +2 Sigma - - - +1 Sigma
— Center Line - - - -1 Sigma - - - -2 Sigma - - - LCL



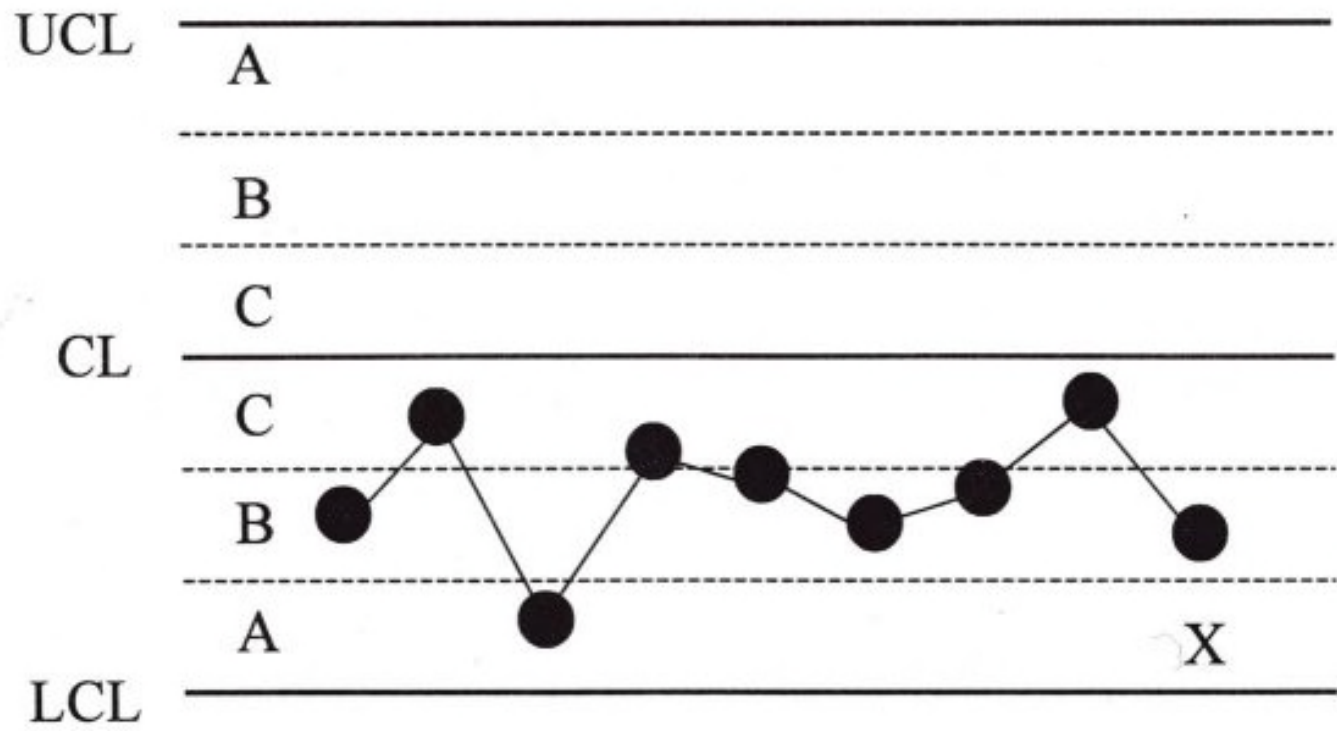
Regole di Nelson

1. 1 punto al di là dei 3σ (fuori controllo)
 2. 9 o più punti sullo stesso lato dalla line centrale (cambiamento durevole)
 3. 6 o più punti in ascesa o discesa (trend)
 4. 17 o più punti su e giù (oscillazione non casuale)
 5.
- altro set: regole Western Electric

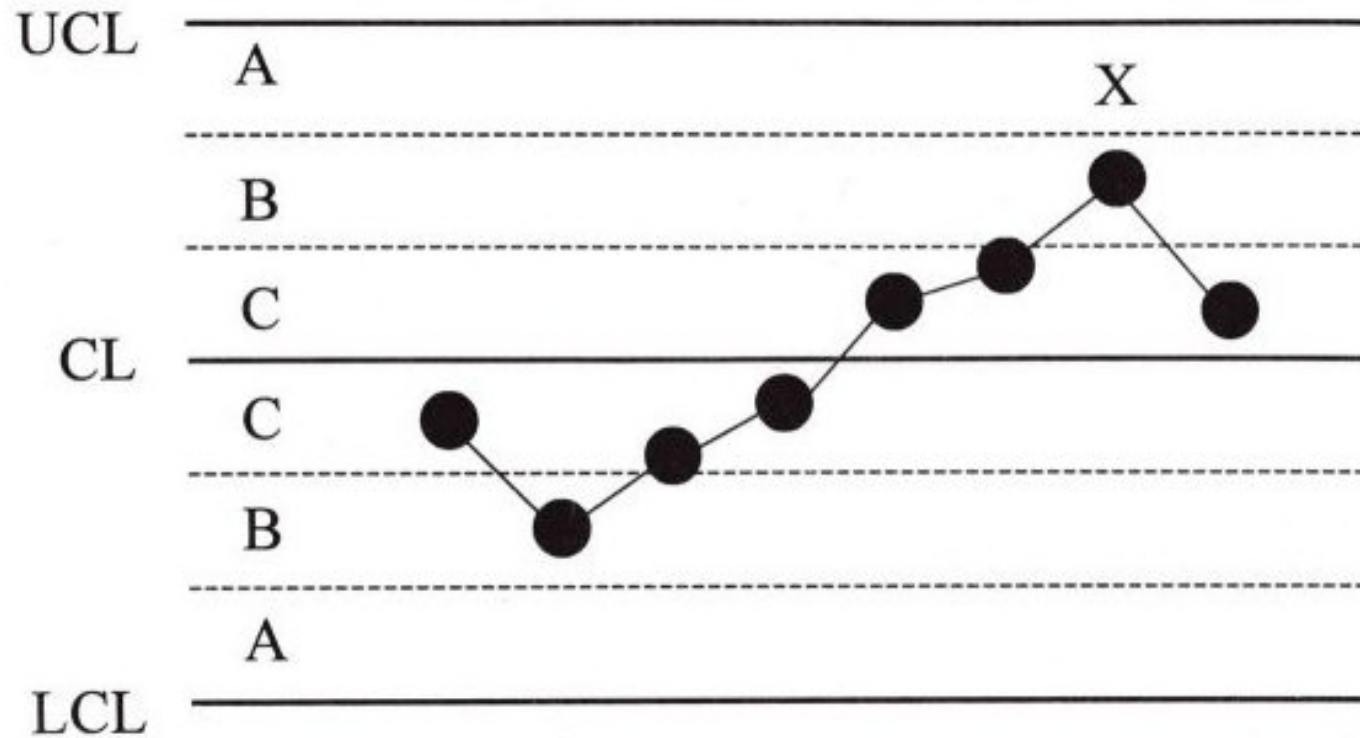
One point beyond zone A, that is, 3-sigma



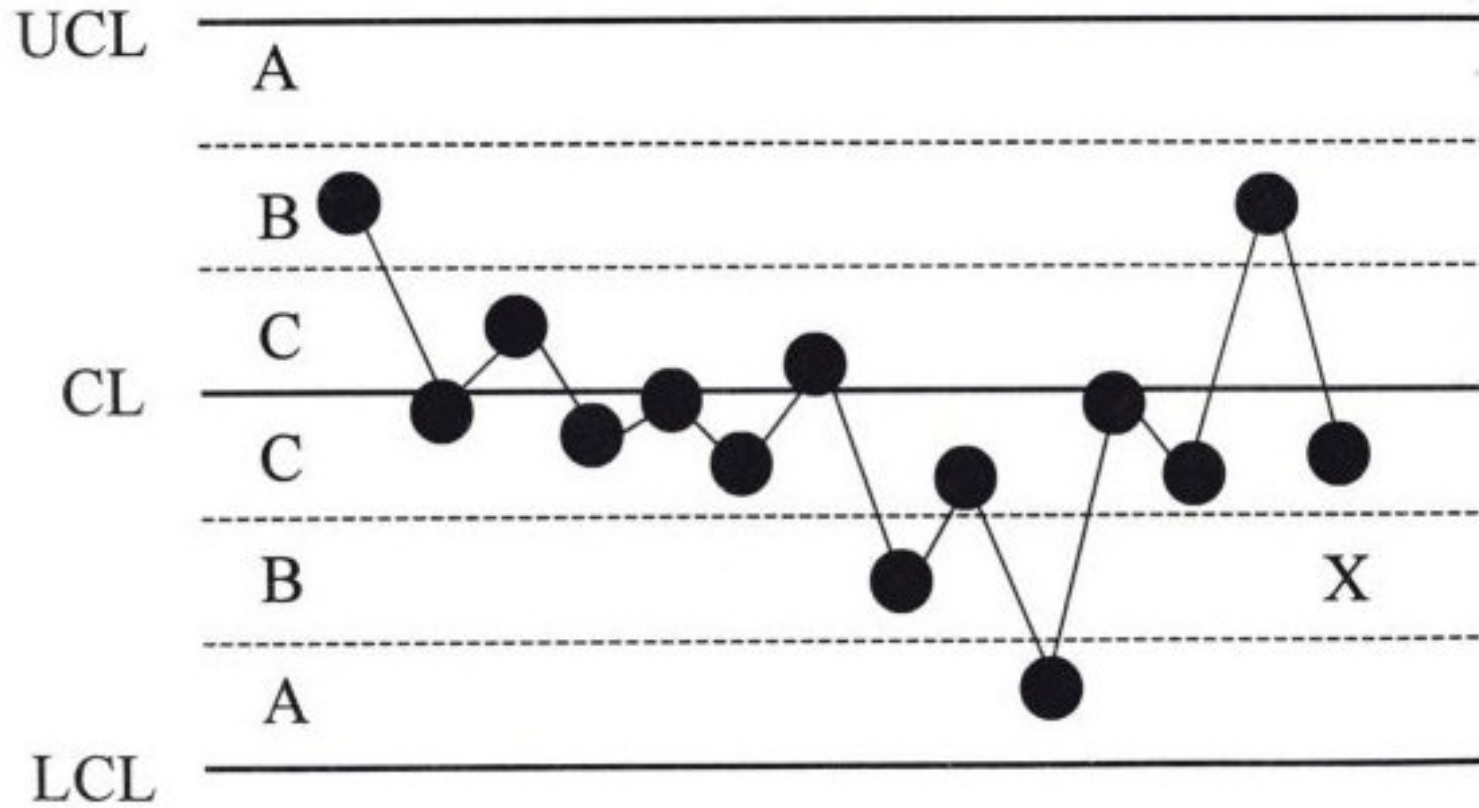
Nine points in a row in zone C or beyond, that is, on either side of the centerline



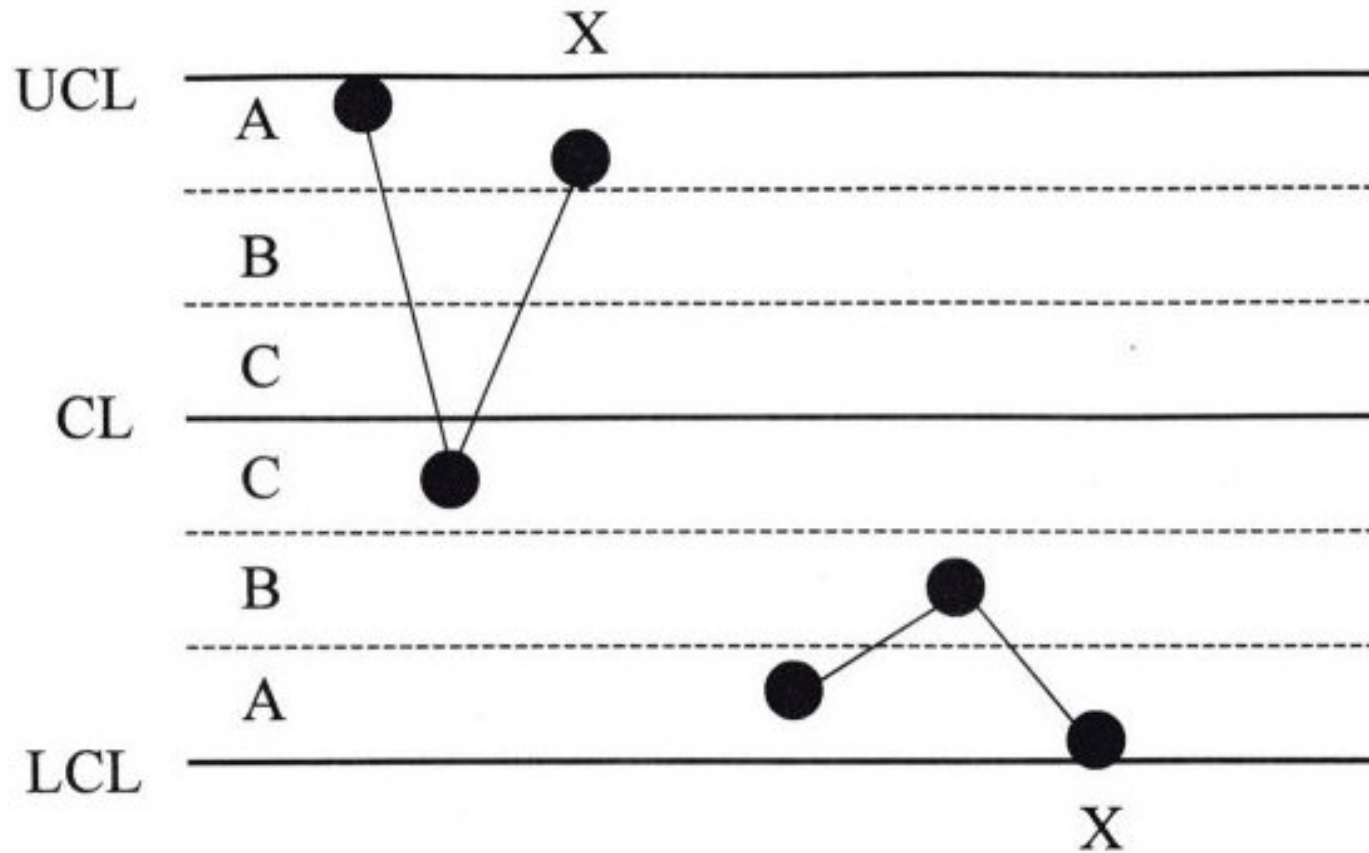
Six points in a row (including endpoints)
steadily increasing or decreasing



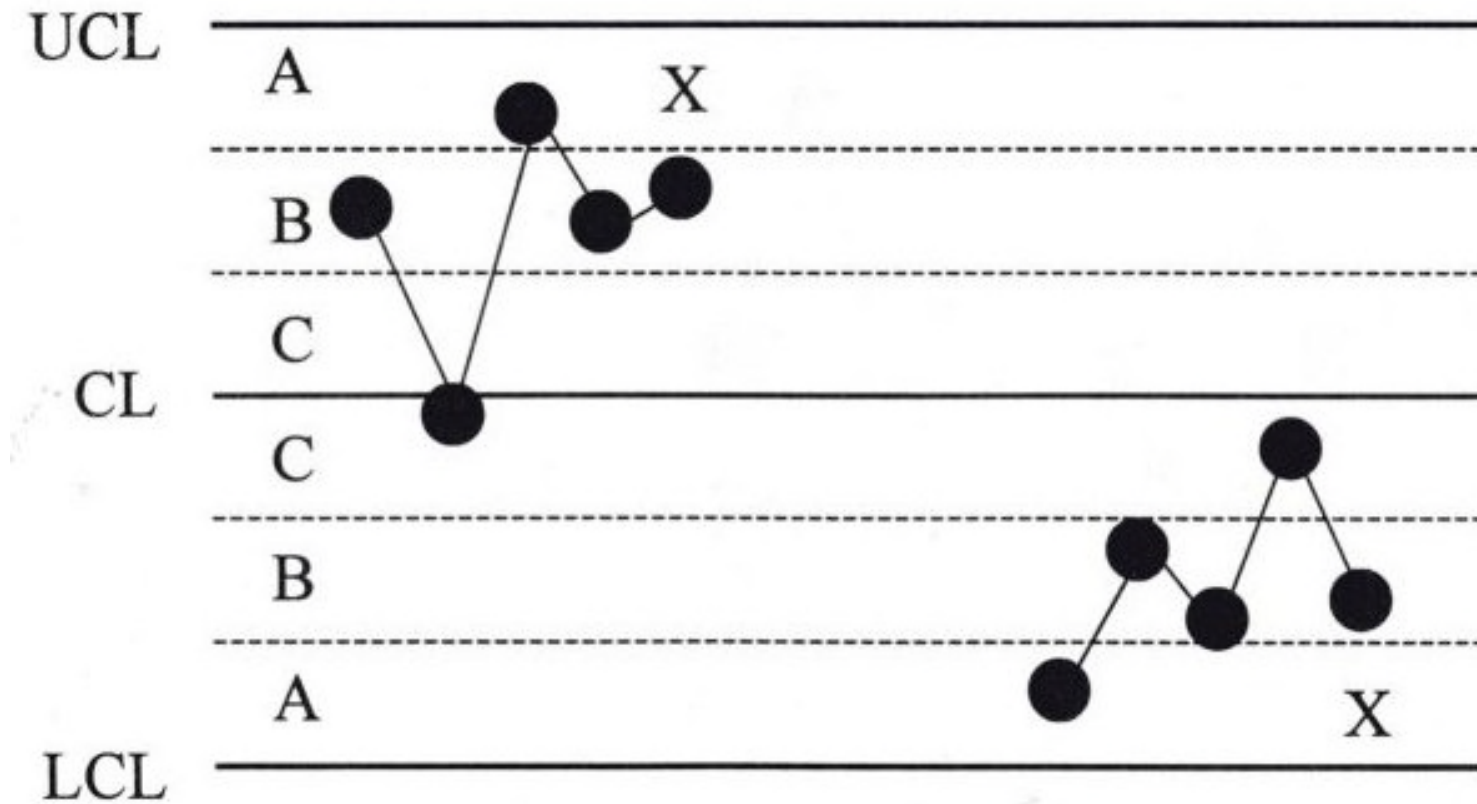
Fourteen points in a row alternating up or down



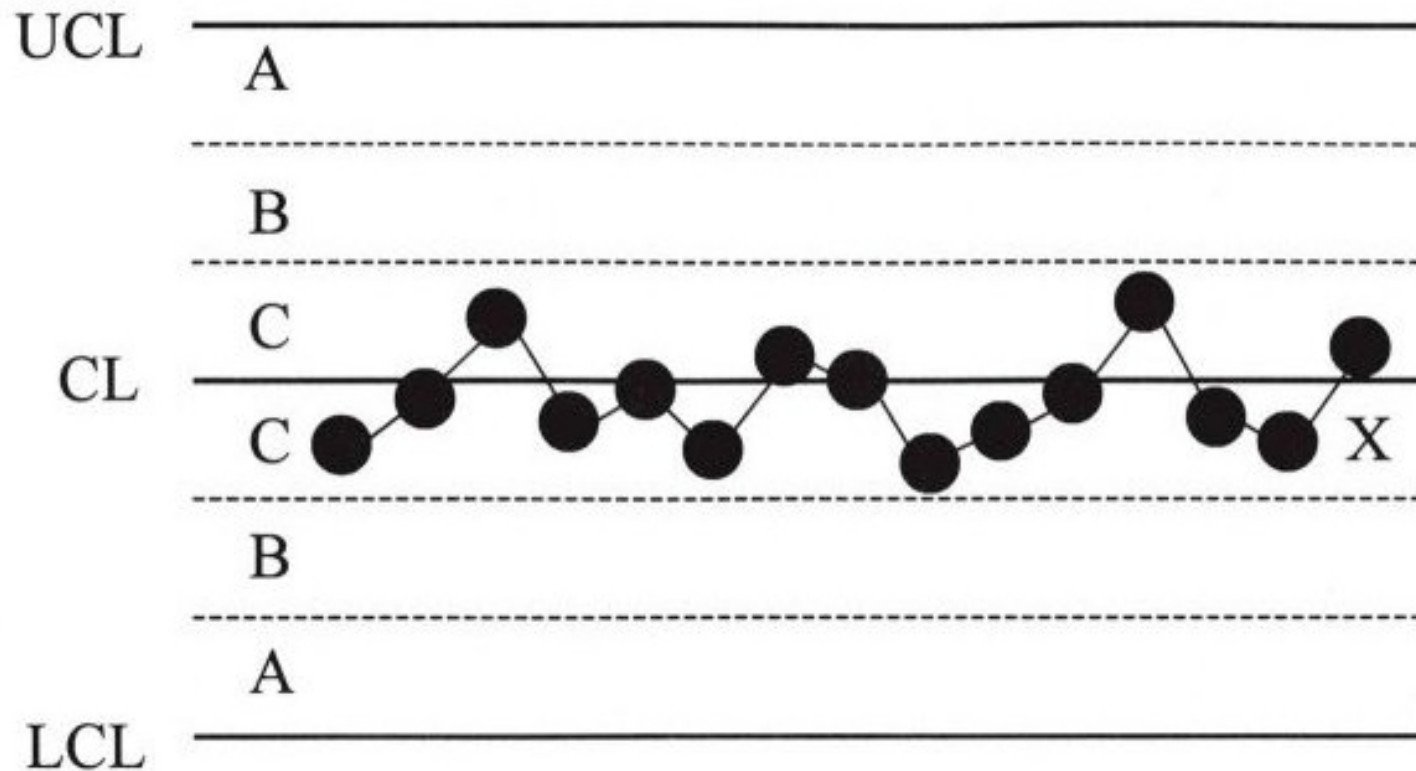
Two out of three points in a row in zone A or beyond, that is, outside the same 2-sigma



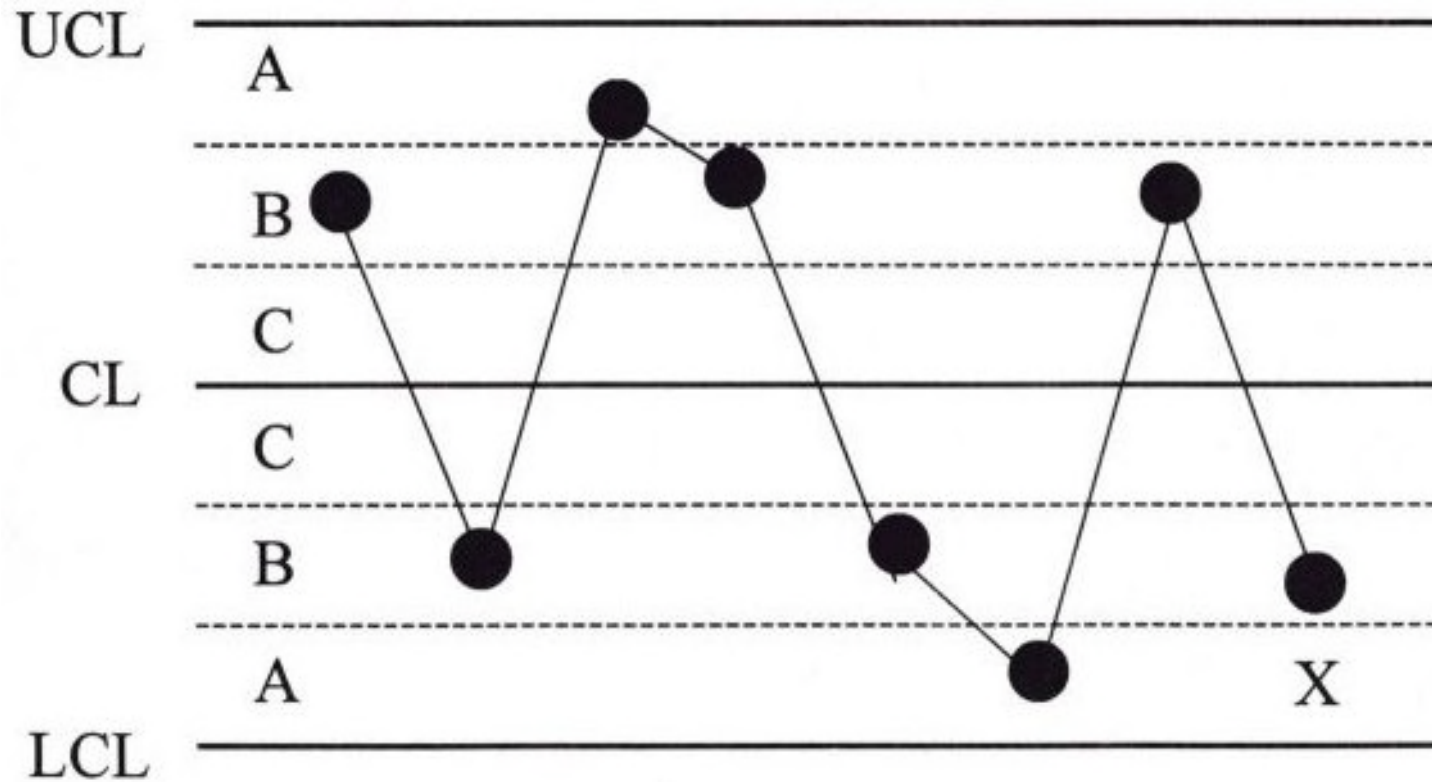
Four out of five points in a row in zone B or beyond, that, outside the same 1-sigma



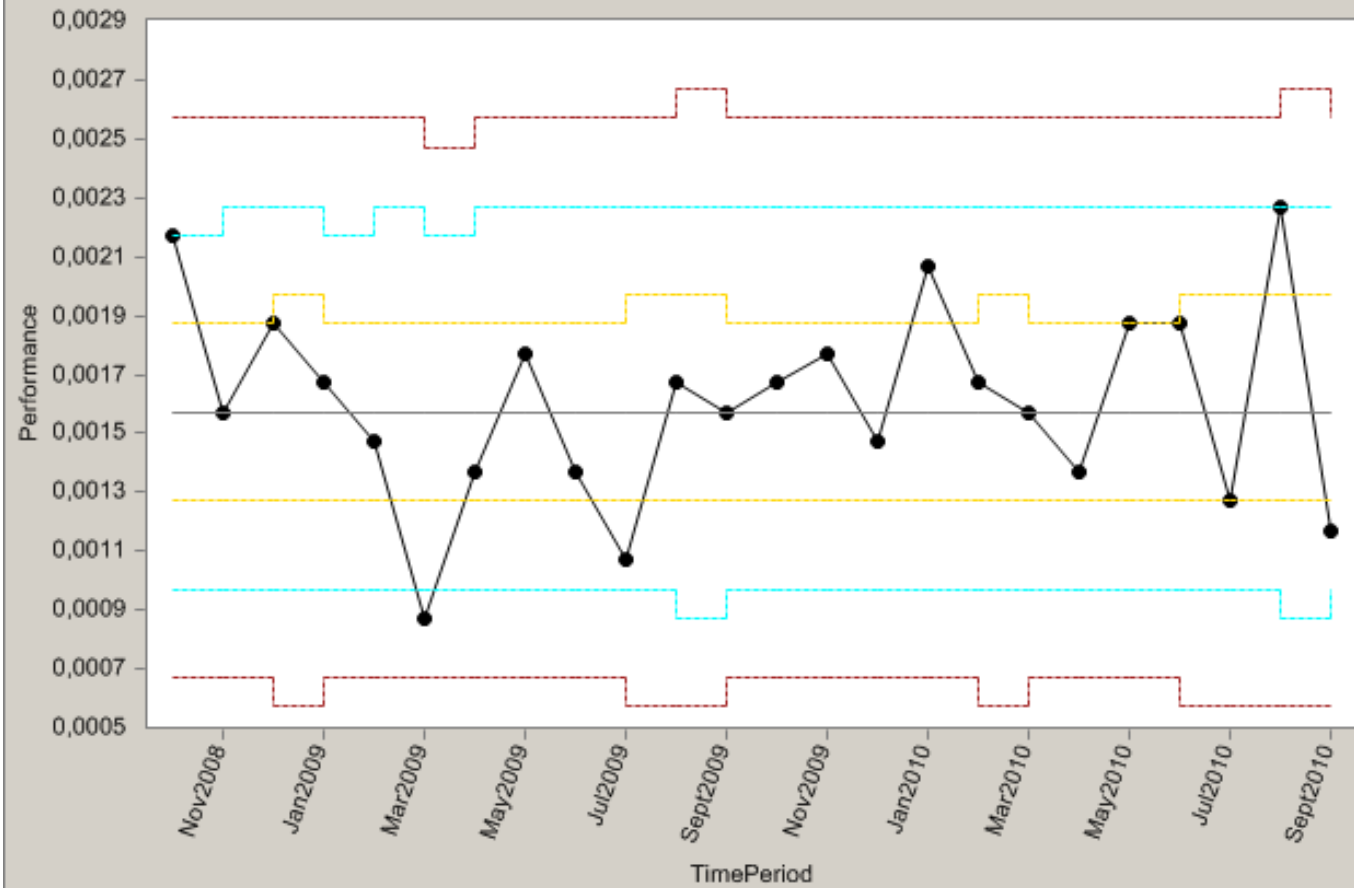
Fifteen points in a row in zone C (above or below the centerline), that is, within 1-sigma



Eight points in a row on both sides of the centerline with non in zone C, that is, none within 1-sigma



AC 13.1 Documented falls in acute care



● 11467 - - - UCL - - - +2 Sigma - - - +1 Sigma
 — Center Line - - - -1 Sigma - - - -2 Sigma - - - LCL

In God we trust
all others bring data.

Deming

