



Gli Indicatori Clinici

Ulrich Wienand MD PhD
Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara
Università di Ferrara

Maggio 2017



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



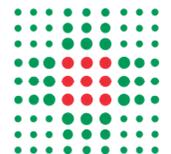
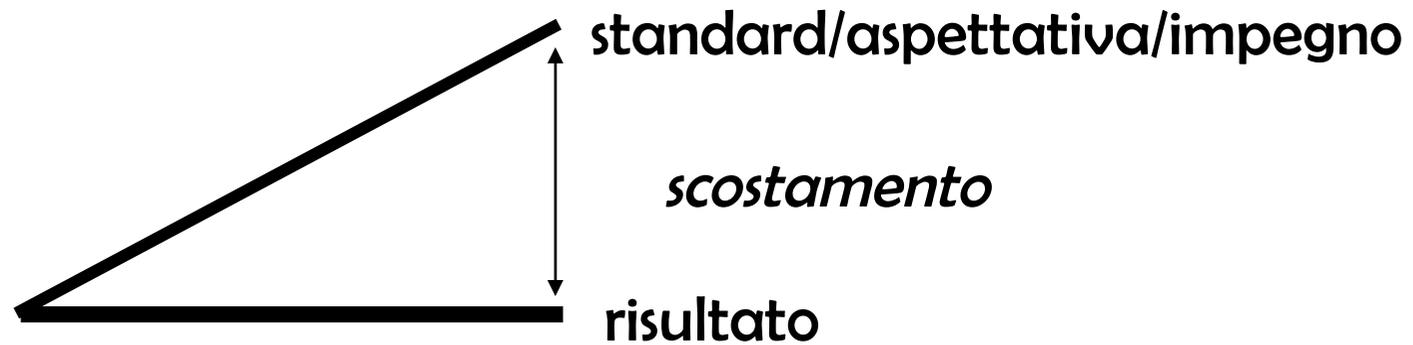
If You cannot measure it
You cannot improve it

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

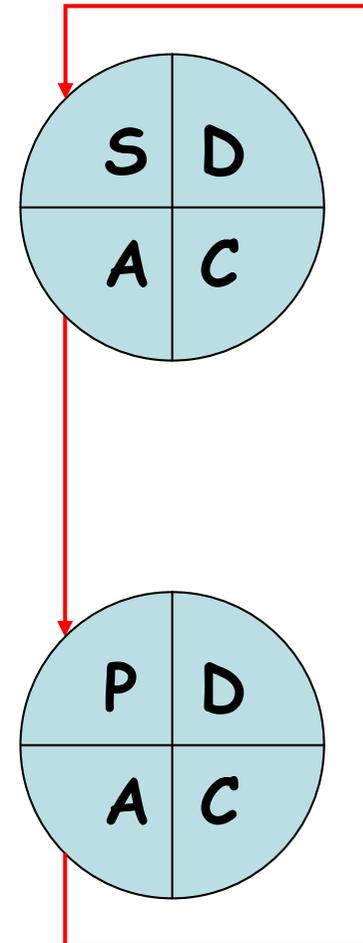
Migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi

P = (plan) pianificare un nuovo standard

D = (do) sperimentare

C = (check) valutare

A = (act) modificare/migliorare lo standard



Indicatori: Rilevazione da flussi informativi correnti



Indicatori: Rilevazione dati con strumenti "ad hoc"

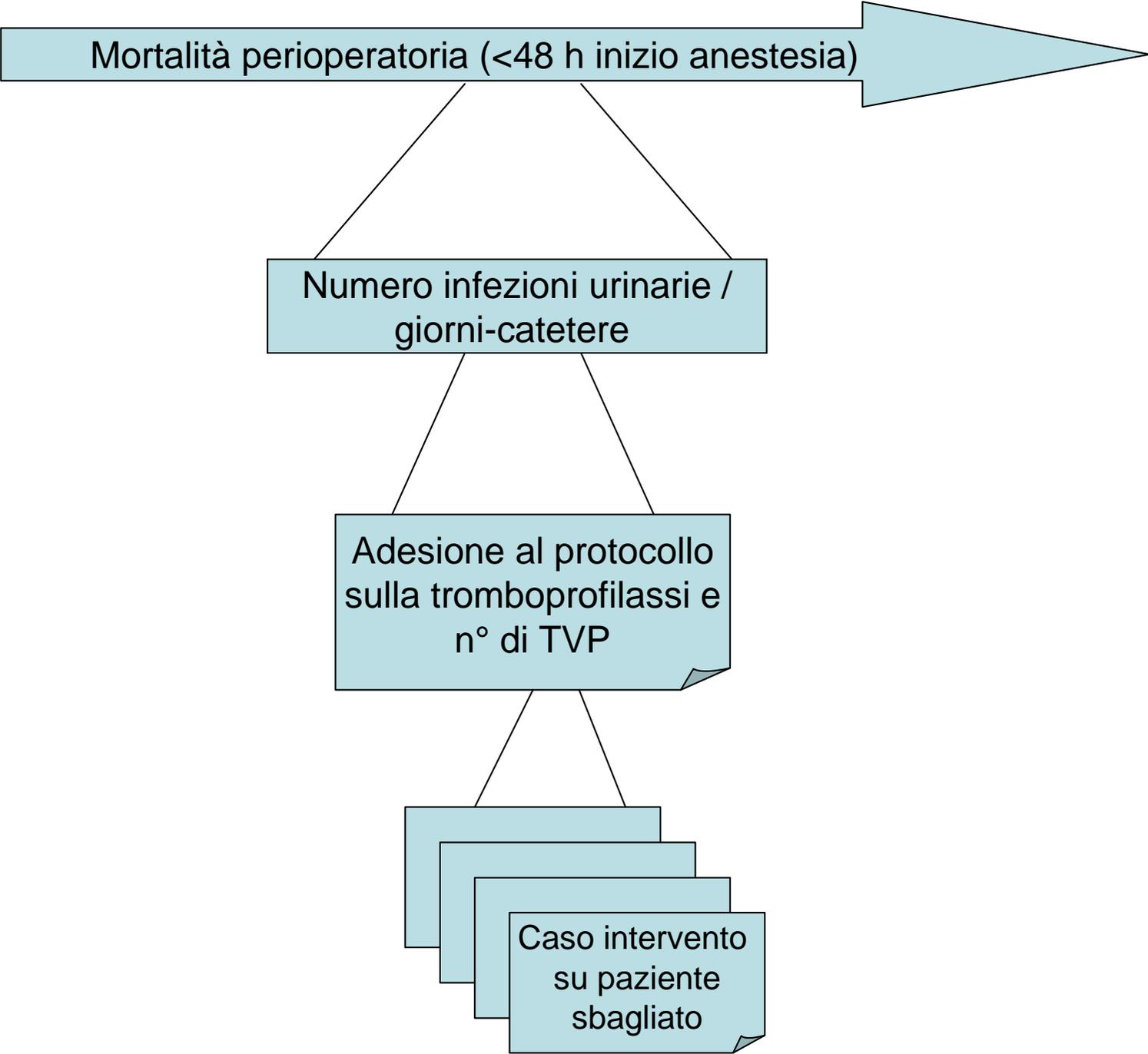


Audit Clinico:
analisi dati da
documentaz. clinica



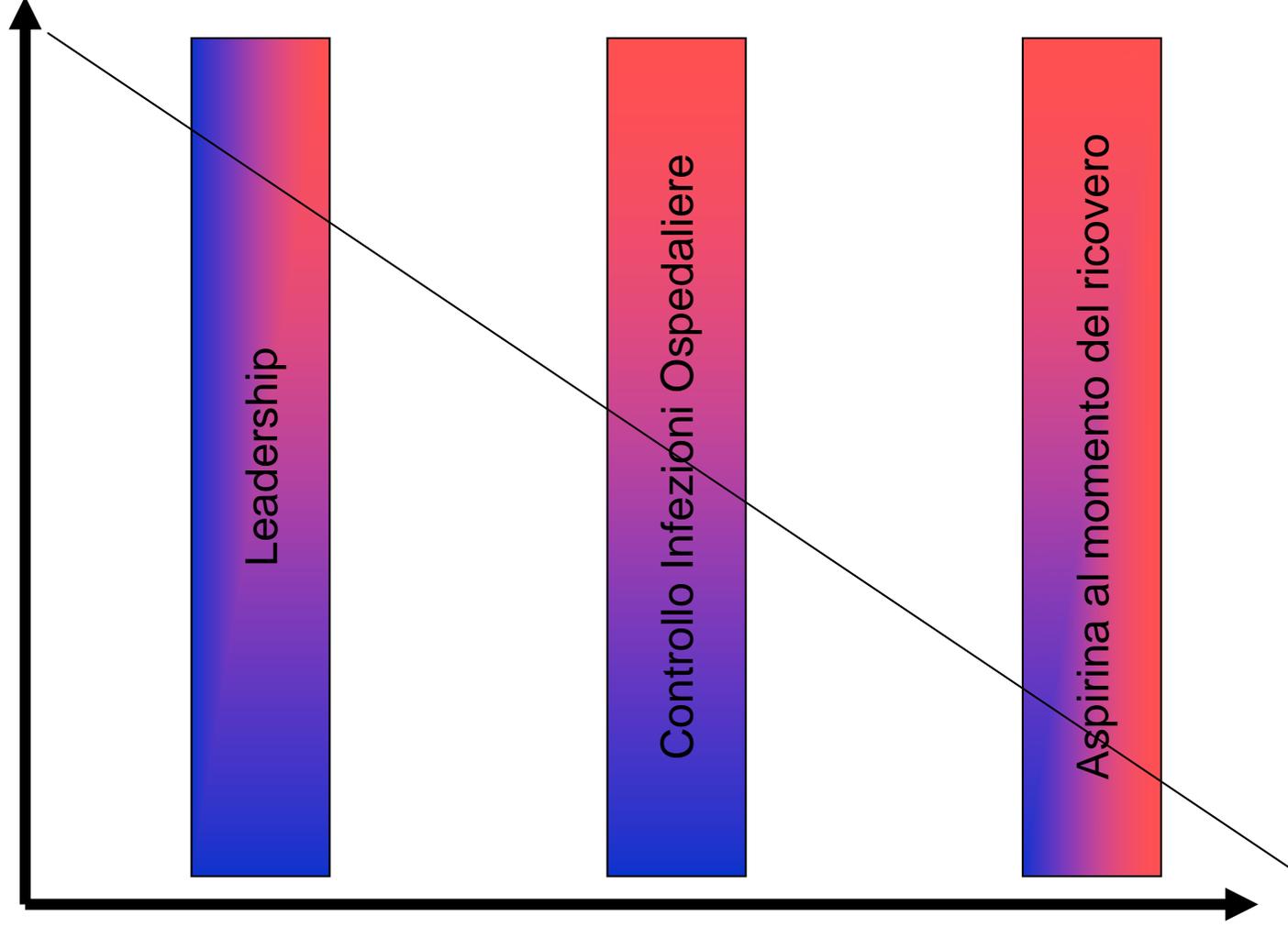
RCA: Caso singolo





da Jerod Leob, Boston 2007

Requisiti e visite accreditamento



Indicatori di Performance Clinica



Bibliografia

Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale.

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



Bibliografia

The Good Indicators Guide

Understanding how to use and choose indicators

- Coventry, 2008
- <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>



*Institute for Innovation
and Improvement*

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.

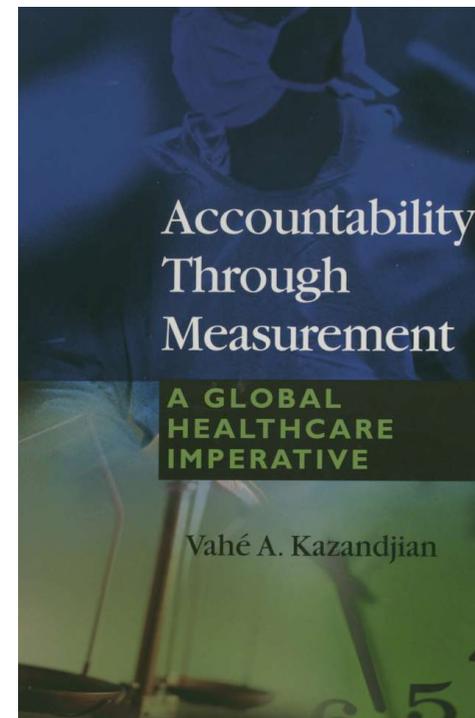


Accountability

- 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



Struttura Processo Esito

Avedis Donabedian 1980

Struttura:

- Caratteristiche stabili : metodi organizzativi, finanziamento, sistemi retributivi
- Risorse disponibili: personale, attrezzature, edifici, finanziamenti.
- Strategie di governo o *system design*:
 - esistenza di un programma di redazione e aggiornamento di linee guida,
 - presenza di un sistema premiante e di un sistema informativo orientato alla qualità,
 - attenzione all'equità e alla continuità delle prestazioni, ecc.



Struttura Processo Esito

Processo:

- *volumi di prestazioni*
- *tempi di attesa*
- *continuità dell'assistenza*
- appropriatezza
- osservanza norme professionali
- correttezza dell'esecuzione
- tempestività
- comportamento operatori



Struttura Processo Esito

- Esiti finali: riduzione malessere, sofferenza, disabilità
 - prolungamento della vita
 - qualità della vita
 - riduzione complicanze
- Esiti intermedi: modificazioni biologiche o comportamentali
- Soddisfazione degli utenti



Processo o esito ?

Criteria ed indicatori di processo: vantaggi

- Richiedono meno tempo e campioni più piccoli
- *E' relativamente facile interpretarli e quindi individuare interventi migliorativi*
- Sono più accettati dai professionisti
- Esistono molti criteri ed indicatori di processo evidence-based



Processo o esito ?

Criteria ed Indicatori di processo: svantaggi

- Non sempre è dimostrabile il nesso fra processo ed esito
- Vanno più rapidamente aggiornati dei criteri e degli indicatori di esito



Processo o esito ?

Criteria ed indicatori di esito: vantaggi

- Sono più importanti per i pazienti e per i cittadini
- Possono essere impiegati anche se non c'è accordo sul processo (sulle cose che sarebbe meglio fare)
- Permettono di comprendere l'efficacia reale (*effectiveness*)
- Dovrebbero essere eticamente inevitabili



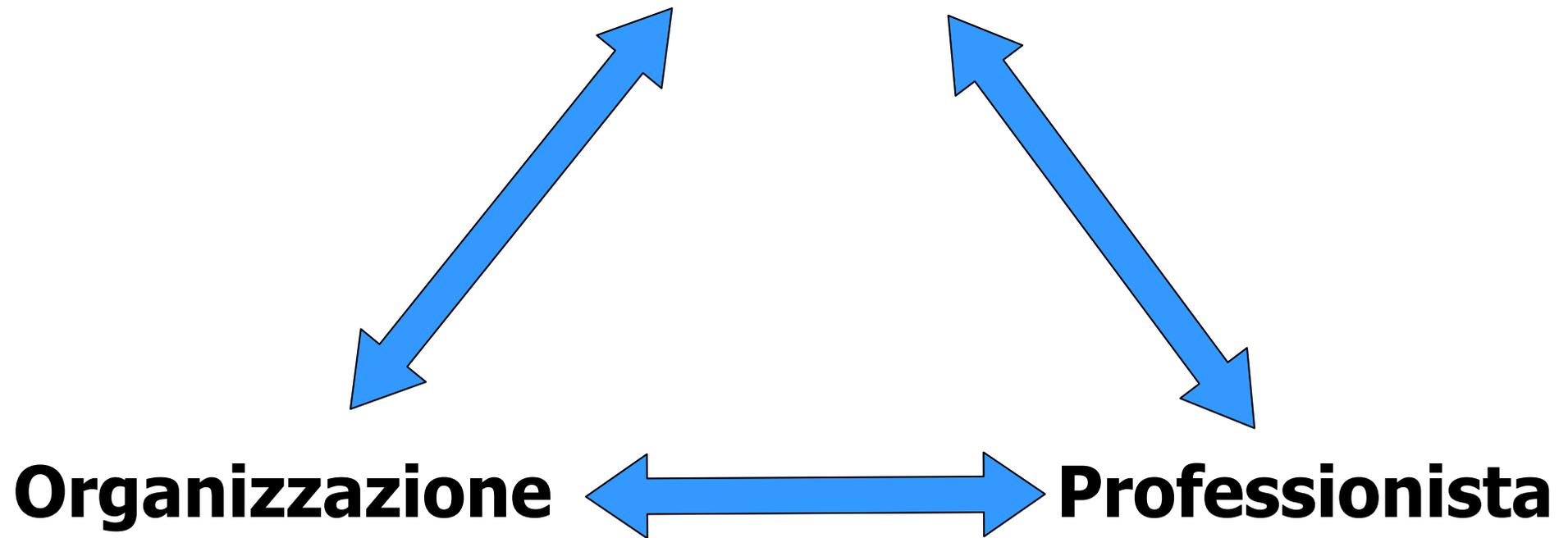
Processo o esito ?

Criteria ed indicatori di esito: svantaggi

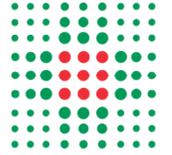
- Gli esiti si verificano spesso tardi nel tempo
- Esiti possono essere costituiti da eventi rari
- Non sempre è possibile individuare i fattori che influenzano gli esiti
- Bisogna stratificare per classi di gravità
- Non tutti i pazienti curati male hanno esiti cattivi
- *Usando solo criteri di esito, non ci saranno indicazioni concrete per il miglioramento*

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



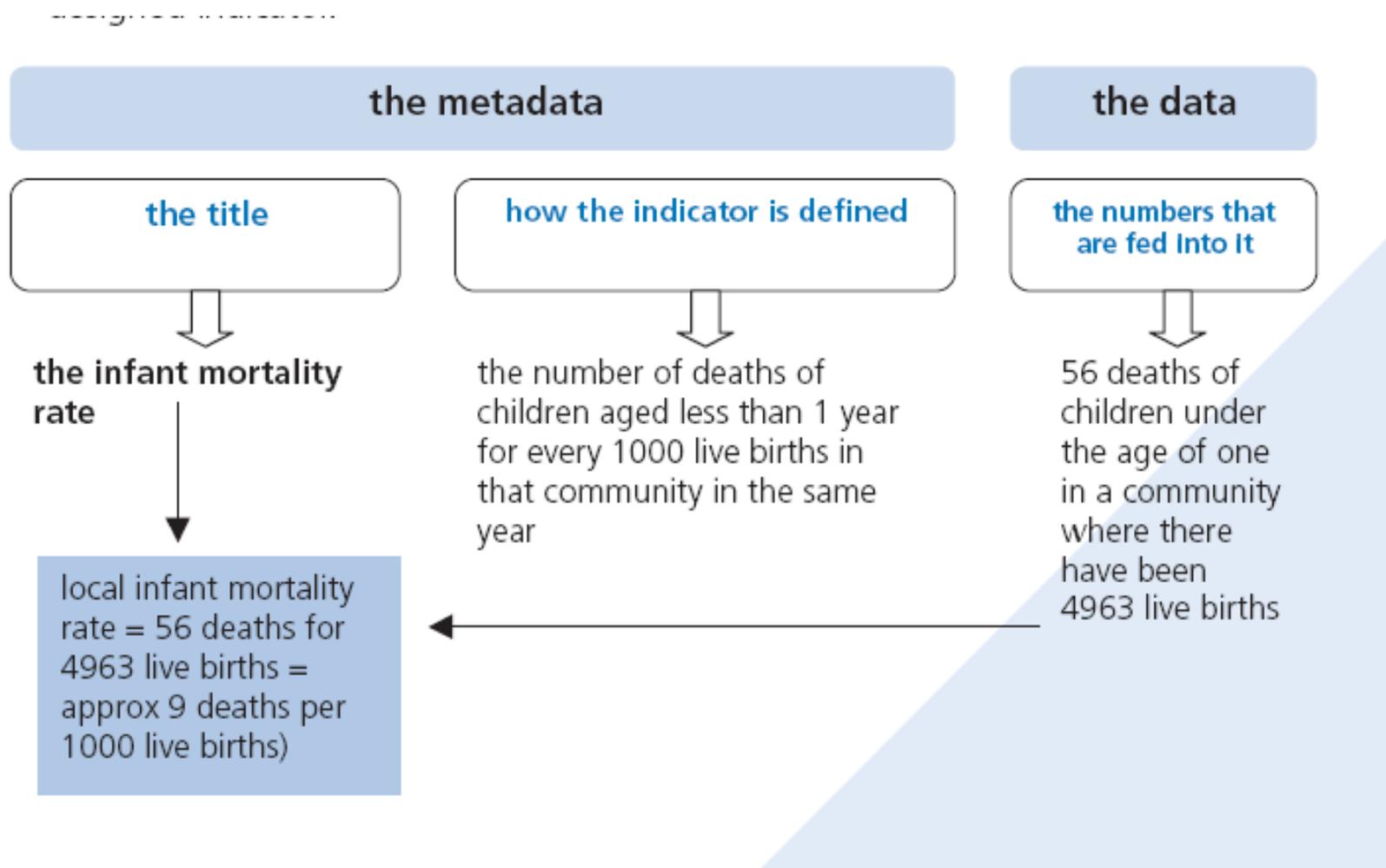
Qualità professionale

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

	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

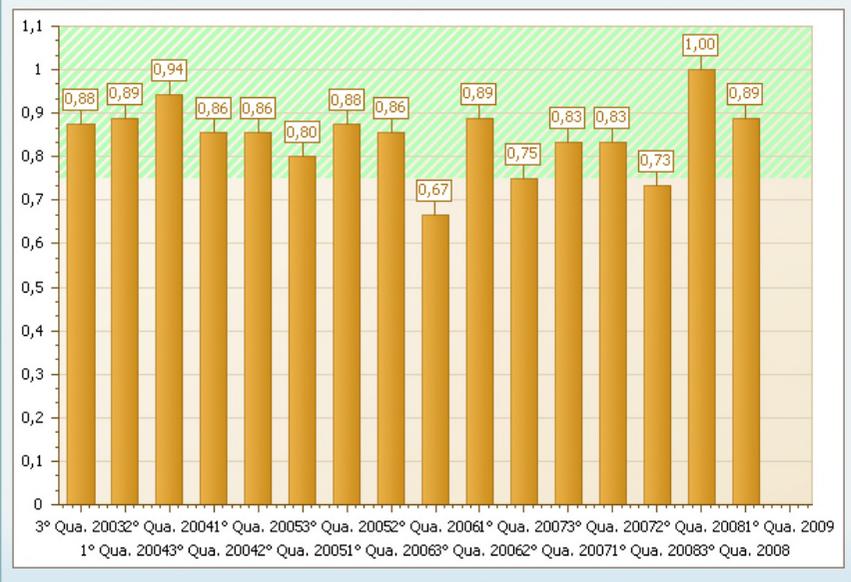
Dati Rilevamento:

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	

Grafico:





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)



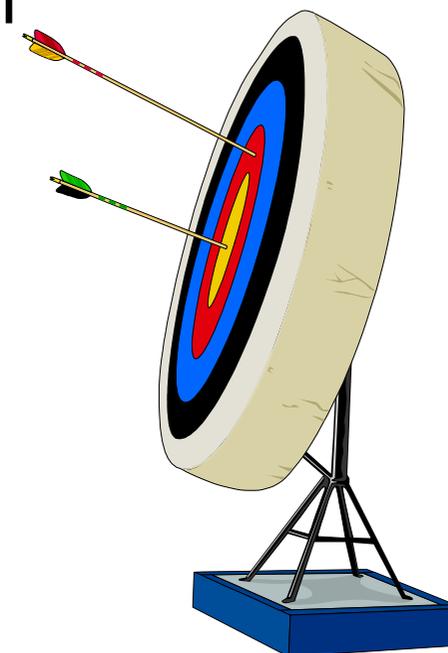
Standard al 100%

- **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

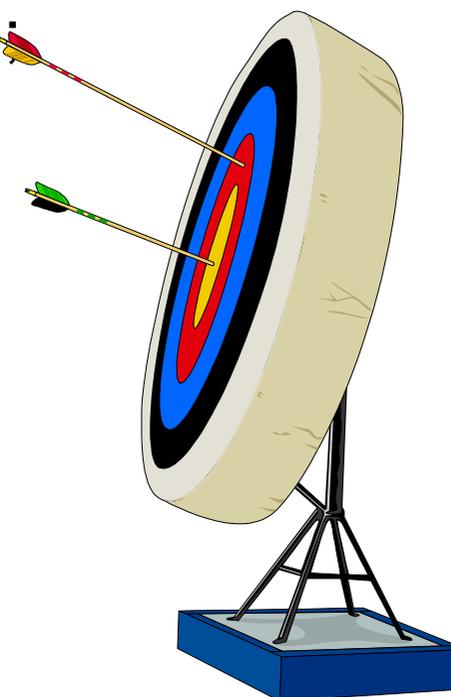




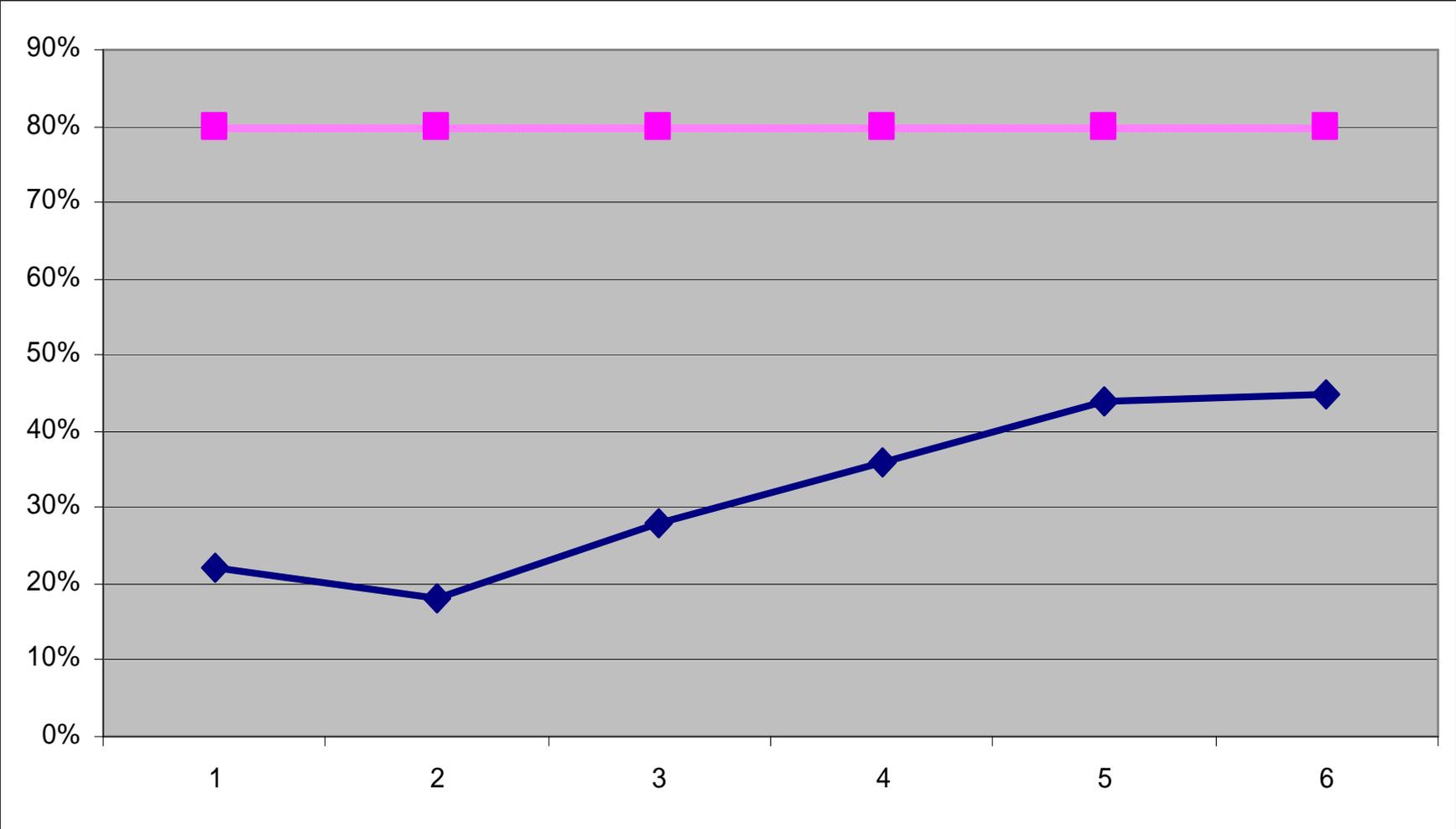
Standard accettabile

Lo standard accettabile può essere:

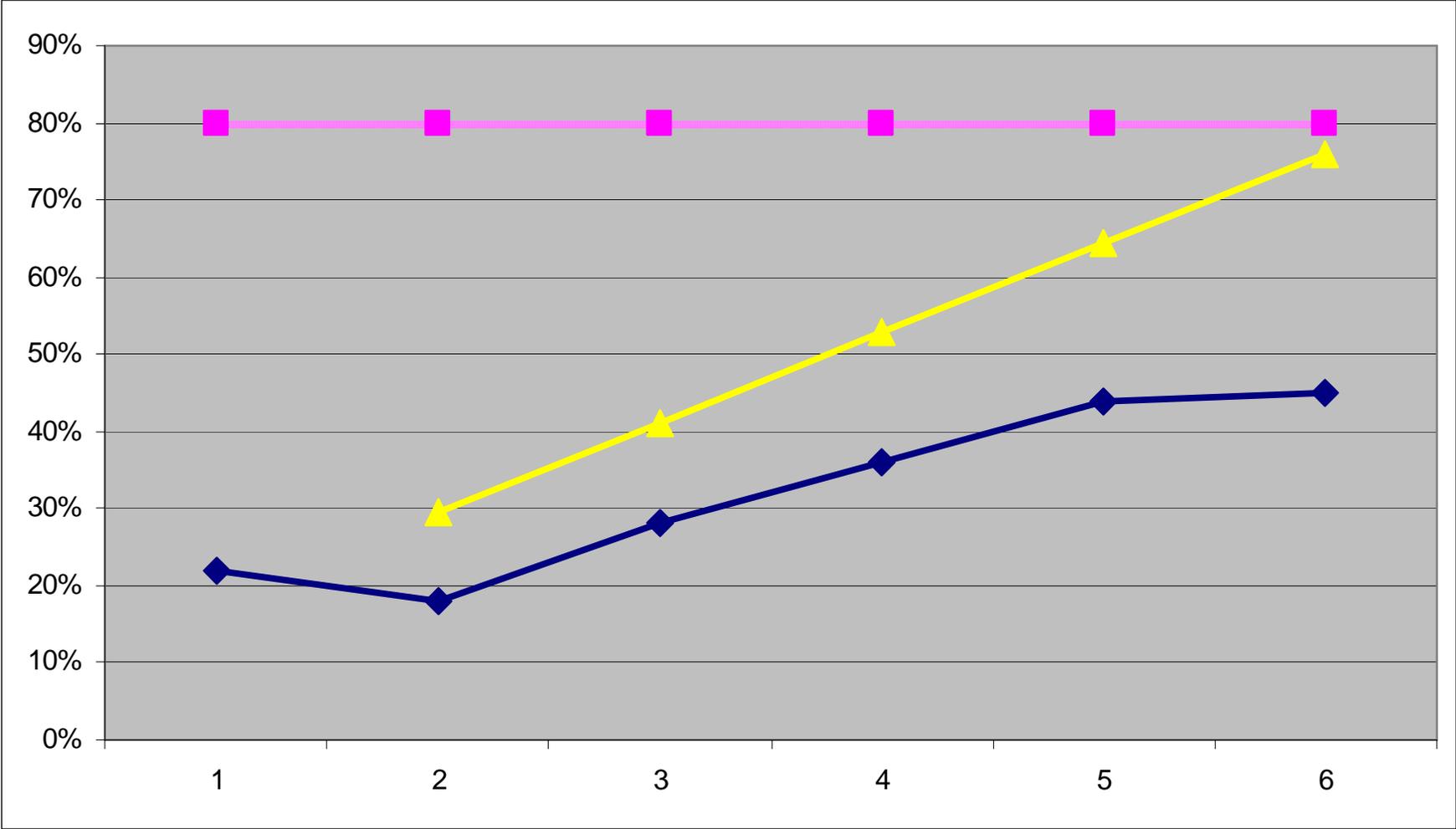
- determinato da letteratura;
- determinato da indicazioni di società scientifiche;
- ottenuto da altre organizzazioni (“benchmark”);
- calcolato su rilevazioni effettuate in periodi precedenti;
- **determinato da indicazioni di politica sanitaria.**



Standard e Obiettivi



Standard e Obiettivi



Il contesto culturale e scientifico italiano 2017



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
- Ora PNE 2016 (dati 2015)

FOCUS

Guida Salute

**SOLO
€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
- Cardiochirurgia
- Neurologia
- Chirurgia vascolare
- Chirurgia addominale
- Chirurgia del tumore al polmone
- Ortopedia
- Ostetricia
- Pneumologia

E QUALI SONO DA CHIEDERE



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](#).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

HOME

AGENAS

AREE TEMATICHE

RICERCA E SVILUPPO

PUBBLICAZIONI

DOCUMENTAZIONE



Agenas è un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche c Stato e Regioni, attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazio

AGENAS

- L'Agenzia
- Struttura
- Amministrazione trasparente
- Gare, avvisi e concorsi
- Contatti
- Posta elettronica certificata
- Elenco siti tematici

IN PRIMO PIANO

archivio primo piano

- Aperta la consultazione pubblica dello schema di Linee Guida per la Revisione delle Reti Cliniche**
AGENAS apre la consultazione pubblica dello schema di "Linee Guida per la Revisione delle Reti Cliniche - D.M. n.70/2015... [leggi di più](#)
- Reti cliniche: proroga iscrizioni fino al 15 febbraio**
È on-line dal 16 novembre 2016, la "Griglia di rilevazione delle Reti Cliniche", approvata dal Tavolo... [leggi di più](#)
- Newsletter AGENAS: Programma Nazionale Esiti 2016**
Presentiamo l'Edizione 2016 del Programma Nazionale Esiti con i risultati e tutte le novità: nuovi indicatori,... [leggi di più](#)
- Newsletter AGENAS: nuovo Quaderno di Monitor su marcatori tumorali**
Presentiamo nella Newsletter il nuovo Quaderno di Monitor, disponibile online sul sito AGENAS: "Marcatori circolanti... [leggi di più](#)

NOVITÀ

- Comunicati
- Dicono di noi

PNA - SANITÀ

Modulistica dichiaraz

- Compilazione V
- Domande Frequ
- Approfondimer

Per informazioni scrivere i

AREE TEMATICHE



Monitoraggio e Valutazione

Il Ministero della Salute, nell'ambito di un... della sanità, si avvale di Agenas per il m... variabili di qualità, efficienza ed equità. Attrav... l'Agenzia elabora gli esiti degli interventi sanitari... effettua il monitoraggio dell'erogazione dei LEA, ... dati della spesa sanitaria e della soddisfazione dei cittadini (empowerment) ... [leggi di più](#)

LEA Livelli Essenziali di Assistenza

Spesa sanitaria

PNE

Programma Nazionale Valutazione Esiti

Empowerment del Cittadino

I QUADERNI



www.agenas.it

Programma Nazionale Esiti - PNE

PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo

"PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi."

APP



PNE INFORMA

Interventi TM Polmone
Numero minimo di interventi?



Interventi TM Colon
Numero minimo di interventi?



Interventi TM Stomaco
Numero minimo di interventi?



FORMAZIONE

ECM Formazione ECM

Tutorial

Panoramica del sito

Login Entra ➔

[Registrazione - recupero password]



Struttura Ospedaliera/ASL



Sintesi per Struttura/ASL



Strumenti per audit



S.I. Emergenza Urgenza



Sperimentazioni regionali



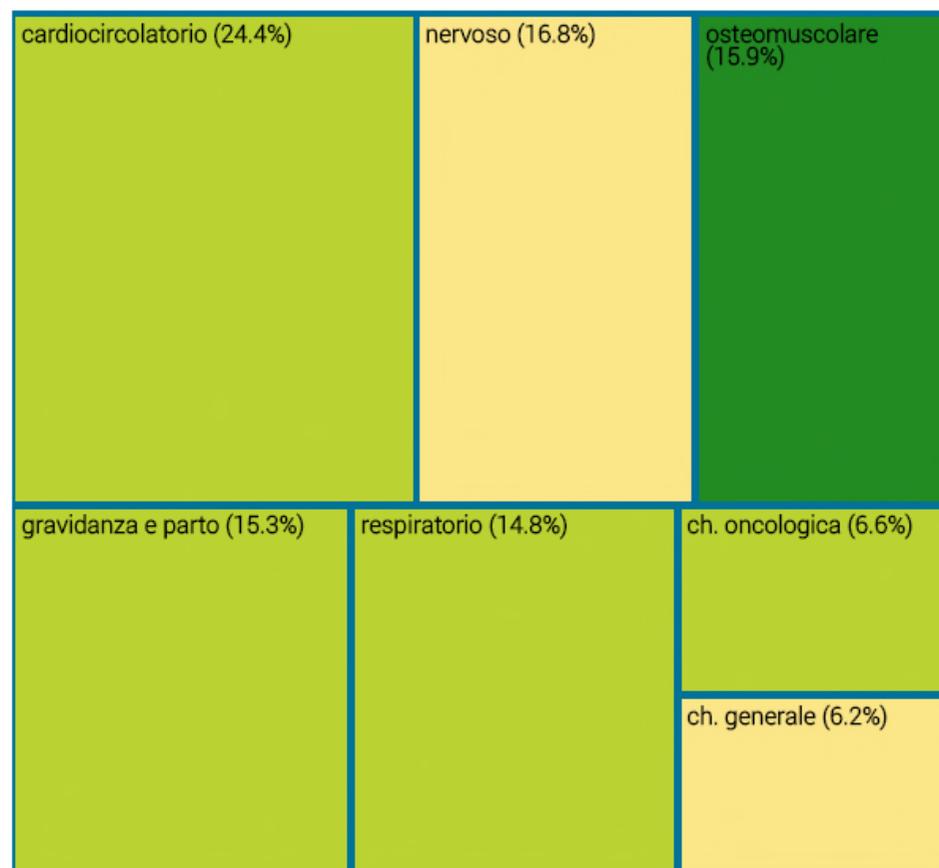
A.O.U.U. di Ferrara - Ferrara (FE). EMILIA ROMAGNA

Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Standard di qualità

Standard di qualità				MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
Area clinica	Indicatore	Peso (%)		1	2	3	4	5
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 giorni	30	%	≤ 6	6 - 8	8 - 12	12 - 14	> 14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15	%	≥ 60	45 - 60	35 - 45	25 - 35	< 25
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	10	%	≤ 6	6 - 9	9 - 14	14 - 18	> 18
	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni	20	%	≤ 1.5		1.5 - 4		> 4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	15	%	≤ 1.5		1.5 - 4		> 4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	10	%	≤ 1		1 - 3		> 3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	75	%	≤ 8	8 - 10	10 - 14	14 - 16	> 16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25	%	≤ 1.5		1.5 - 3.5	3.5 - 5	> 5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	100	%	≤ 5	5 - 7	7 - 12	12 - 16	> 16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50	%	≥ 80	70 - 80	60 - 70	50 - 60	< 50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita' > 90 casi	50	%	=100	80 - 100	50 - 80	30 - 50	< 30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	33	%	=100	80 - 100	50 - 80	30 - 50	< 30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17	%	≤ 5	5 - 8	8 - 12	12 - 18	> 18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	17	%	≤ 0.5		0.5 - 3		> 3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	8	%	≤ 2	2 - 4	4 - 7	7 - 10	> 10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	25	%	≤ 1	1 - 3	3 - 6	6 - 8	> 8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80	%	≤ 15	15 - 25	25 - 30	30 - 35	> 35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10	%	≤ 0.20		0.20 - 0.70		> 0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10	%	≤ 0.30		0.30 - 1.2		> 1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90	%	≥ 70	60 - 70	50 - 60	40 - 50	< 40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10	gg	< 2	2 - 4	4 - 6	6 - 8	≥ 8



A.O.U.U. di Ferrara FERRARA - (FE)

Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA



Area clinica	Indicatore	N	% ADJ	% Italia
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	604	7.13	9.03
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	604	66.86	43.32
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	601	12.06	11.08
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	121	2.55	1.75
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	434	10.84	12.07
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	250	1.98	2.73
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	257	5.16	9.91
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	106	74.96	69.18
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 cas	221	41.63	73.94
CH. ONCOLOGICA	Chirurgia TM mammella: % interventi effettuati in reparti con volume di attività > 135 casi	348	99.43	61.66
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	277	5.57	4.13
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	191	0.55	1.29
	% nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	246	1.27	9.14
GRAVIDANZA E PARTO	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	71	2.35	6.12
	% parti con taglio cesareo primario	1184	16.93	25.11
	Parto naturale: % complicanze durante il parto e il puerperio	1933	0.52	0.48
OSTEOMUSCOLARE	Parto cesareo: % complicanze durante il parto e il puerperio	858	0.58	0.80
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	271	73.14	54.64
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	46	3.00	4.00

Area clinica		N	% GREZZA	% ADJ	% ITALIA	RR ADJ	P-VALUE
Nome dell'indicatore							
Area Cardiovascolare / Sistema Cardiocircolatorio							
1	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	604	8,11	7,13	9,03	0,79	0,117
2	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	595	8,07	7,05	8,24	0,86	0,304
3	Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	125	13,60	11,56	16,93	0,68	0,124
4	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	604	61,26	66,86	43,32	1,54	<0,001
5	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o in un ricovero successivo avvenuto entro 7 giorni dal ricovero indice	604	78,81	81,21	60,46	1,34	<0,001
6	Infarto Miocardico Acuto con PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	370	8,38	6,48	4,50	1,44	0,057
7	Infarto Miocardico Acuto con PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	122	1,64	1,14	3,36	0,34	0,132
8	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	570	13,68	12,58	10,40	1,21	0,141
9	Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	570	25,26	24,31	21,96	1,11	0,186
10	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	601	13,31	12,06	11,08	1,09	0,449
11	Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	413	14,77	15,11	14,70	1,03	0,819
12	Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	30	13,33	17,02	5,13	3,32	0,011
13	Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: rivascolarizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	30	13,33	13,73	18,21	0,75	0,546
14	Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	42	28,57	28,82	13,87	2,08	0,022
15	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	121	3,31	2,55	1,75	1,46	0,465
Procedure Chirurgiche							
Chirurgia generale							
16	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	106	71,7	74,96	69,18	1,08	0,156
17	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	223	2,69	2,68	2,28	1,17	0,695
18	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	106	7,55	6,21	17,78	0,35	0,003
20	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	223	0	-	1,11	-	-
21	Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui	221	41,63	-	73,94	-	-
Chirurgia oncologica							
22	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	348	99,43	-	61,66	-	-

Area clinica		N	% GREZZA	% ADJ	% ITALIA	RR ADJ	P-VALUE
Nome dell'indicatore							
23 (*)	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	246	1,22	1,27	9,14	0,14	0,001
24	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	243	1,23	1,30	8,64	0,15	0,001
25	Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	70	51,43	70,57	45,92	1,54	<0,001
26	Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi	348	74,43	-	68,55	-	-
27	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	71	2,82	2,35	6,12	0,38	0,183
28	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	277	5,05	5,57	4,13	1,35	0,300
29	Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	51	1,96	2,35	1,87	1,26	0,824
30	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	191	0,52	0,55	1,29	0,43	0,398
31	Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	33	12,12	-	4,12	-	-
32	Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	123	1,63	0,82	1,09	0,75	0,706
33	Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	37	0	-	5,18	-	-
34	Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	61	6,56	7,4	2,42	3,06	0,027
Area Muscoloscheletrico / Osteomuscolare							
35	Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	273	8,06	7,08	5,82	1,22	0,373
36	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	271	70,11	73,14	54,64	1,34	<0,001
37	Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	39	0	-	1,24	-	-
38	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	97	6,19	4,09	4,29	0,95	0,909
39	Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	95	1,05	1,04	1,87	0,55	0,552
40	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	14	7,14	-	1,48	-	-
41	Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	14	0	-	2,42	-	-
42	Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	14	7,14	-	2,05	-	-
Area Perinatale / Gravidanza e Parto							
43	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1184	21,37	16,93	25,11	0,67	<0,001
44	Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	1933	0,52	0,52	0,48	1,07	0,841
45	Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	1933	0,47	0,44	0,53	0,83	0,579

Area clinica		N	%	%	%	RR ADJ	P-VALUE
Nome dell'indicatore			GREZZA	ADJ	ITALIA		
46	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	858	0,7	0,58	0,80	0,72	0,434
47	Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	858	0,82	0,74	0,84	0,89	0,758
48	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	147	12,93	13,55	8,00	1,69	0,023
Sistema Nervoso							
49	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	250	2,4	1,98	2,73	0,72	0,444
50	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	434	9,22	10,84	12,07	0,9	0,508
51	Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	410	6,1	6,3	7,28	0,86	0,455
Sistema Respiratorio							
52	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	257	6,61	5,16	9,91	0,52	0,009
53	BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	247	15,38	13,02	13,35	0,98	0,874
Pediatria							
54	Intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	6	33,33	-	2,98	-	-
55	Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	29	10,34	10,71	2,91	3,69	0,02
Altre aree cliniche							
56	(Sistema Digerente) Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni	191	2,62	2,12	3,85	0,55	0,192
57	(Area Urogenitale) Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	638	13,01	9,72	12,10	0,8	0,056

(*) E' stato richiesto di avviare una procedura di AUDIT sulla qualità dei dati.

Gli indicatori: Infarto Miocardico Acuto: proporzione di ricoveri entro 2 giorni, STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi), STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni, (grezzi), N-STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi), N-STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezza), Colectomia in regime ordinario/day surgery: proporzione di colectomie laparoscopiche, Colectomia laparoscopica: proporzione di interventi eseguiti in reparti con volume di attività superiore ai 90 casi non sono stato calcolati per l'anno 2015.



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/netv
al/start.php](http://performance.sssup.it/netv
al/start.php)



Scarica il Report 2015



Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali



Gli elementi fondanti del Sistema di valutazione del Network delle Regioni

MULTIDIMENSIONALITA'

per cogliere la complessità e agire sulle determinanti

TRASPARENZA

per rispondere alla missione del sistema pubblico con una gestione responsabile

BENCHMARKING SISTEMATICO

per superare l'autoreferenzialità e per imparare

TEMPESTIVITA'

per fornire i risultati in tempi utili alla programmazione annuale

EVIDENZE

per analizzare e comprendere i fenomeni, ed effettuare delle scelte

CONDIVISIONE VOLONTARIA

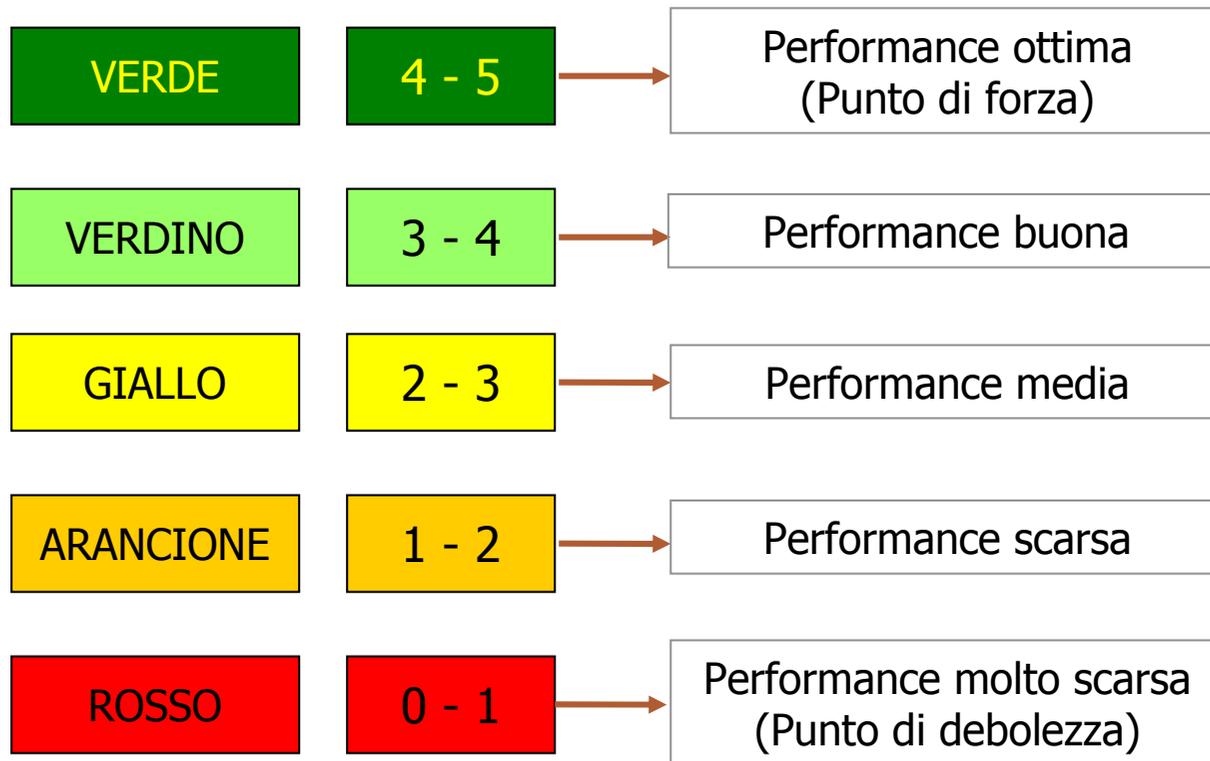
Tra le regioni e con gli operatori del processo e del metodo in viene misurata la performance

Storia del sistema di valutazione e nascita del network delle regioni

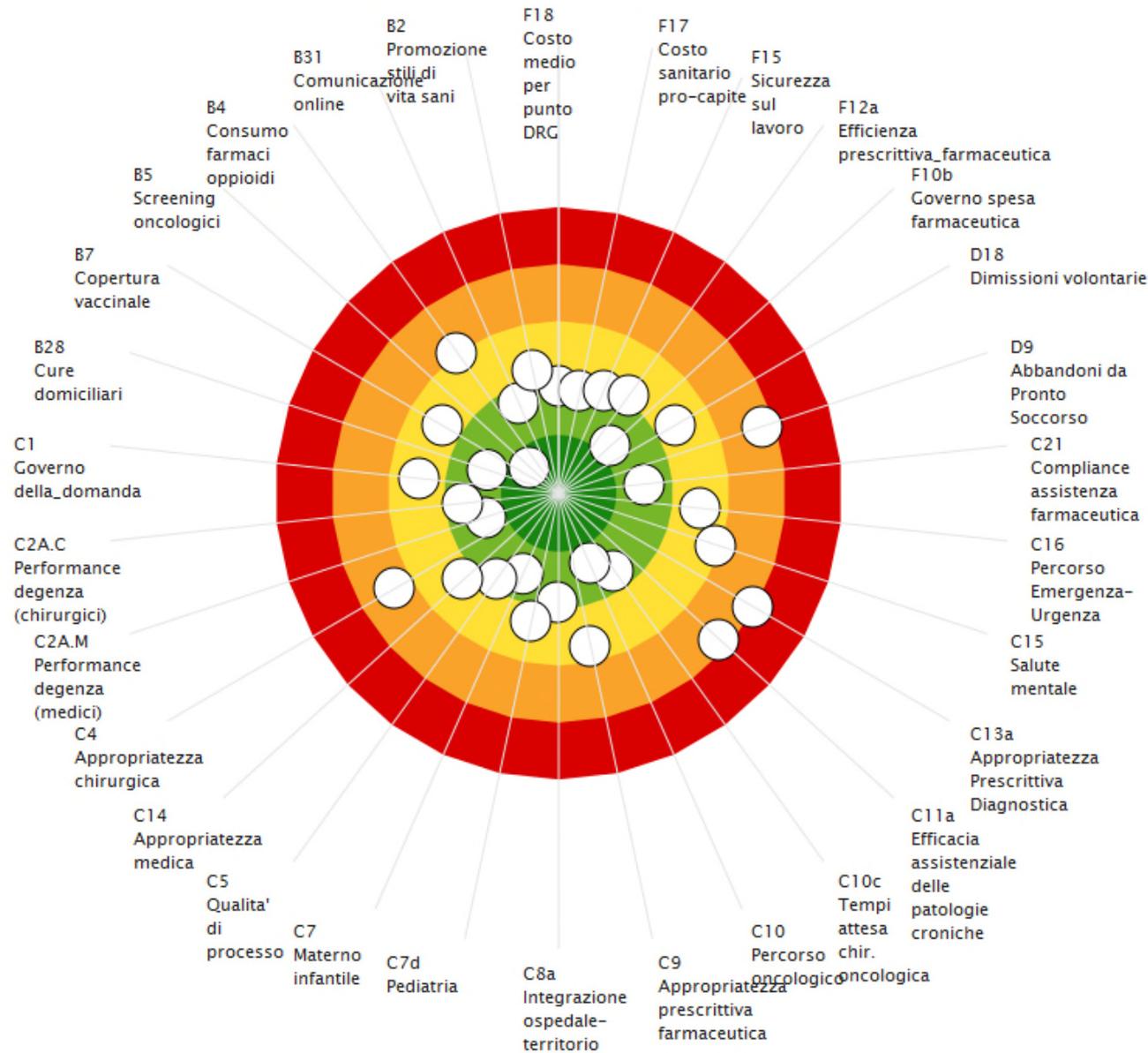
- 2004:** Il Laboratorio MeS sviluppa per la **Regione Toscana** un sistema di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie Toscane
- 2005:** Implementazione del sistema in tutte le Aziende Usl Toscane.
- 2006:** Implementazione nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie Toscane.
- 2008:** Attivazione del **network** delle regioni a confronto. Adesione di **Liguria, Umbria e Piemonte**.
- 2010:** Adesione di **Valle d'Aosta, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Marche**. Uscita del Piemonte
- 2011:** Adesione della Regione **Basilicata**.
Pubblicazione del 1 Report.
- 2012:** Uscita della Valle d'Aosta, adesione della Regione **Veneto**.
- 2013:** Adesione della Regione **Emilia-Romagna**
- 2014:** Adesione della Regione **Friuli Venezia Giulia**
- 2015:** Adesione di **Lazio, Lombardia, Sardegna, Calabria, Puglia**
- 2016:** Lazio e Sardegna non confermano l'adesione

Le fasce di valutazione nel network regioni

Colori e punteggi del bersaglio:



Bersaglio 2015



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



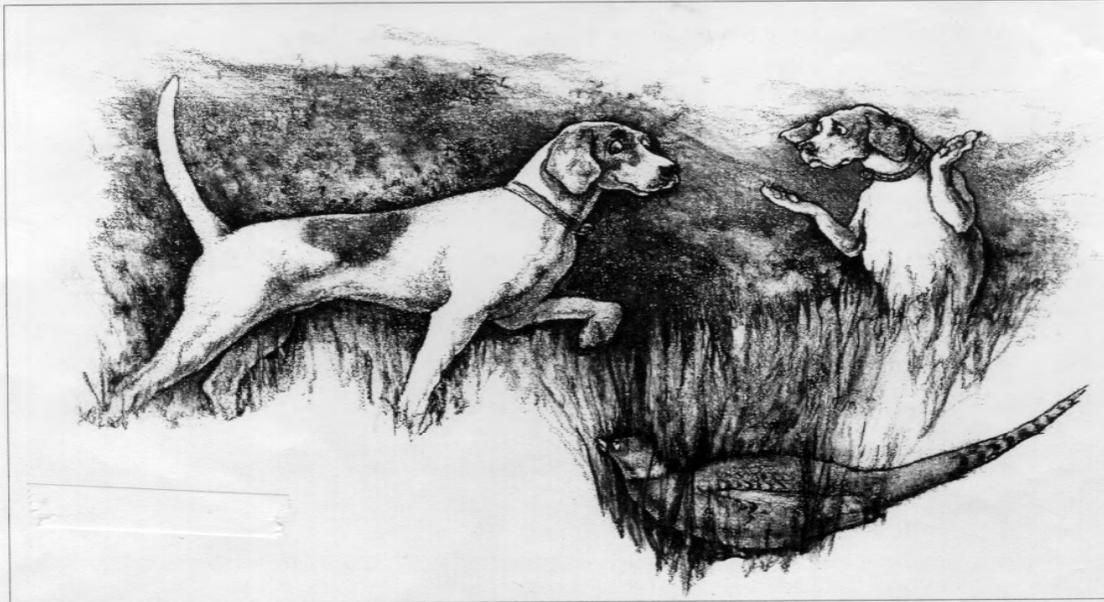
Vahé Kazandjian

JOURNAL of AMRA

AMERICA'S HEALTH INFORMATION LEADERS AMERICAN MEDICAL RECORD ASSOCIATION

SEPTEMBER 1991

62 / 9



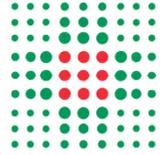
Performance Indicators: Pointer Dogs in Disguise — A Commentary
KAZANDJIAN

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).

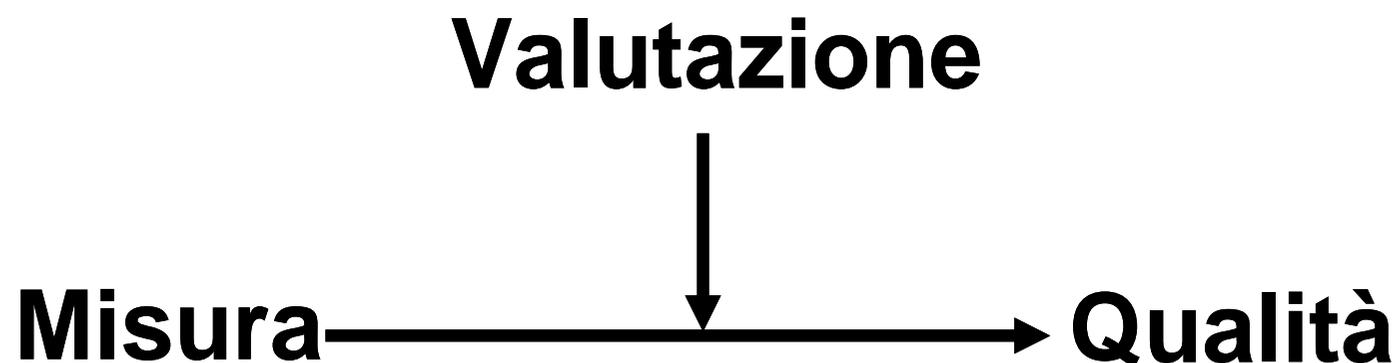


Che cosa misuriamo ?

- 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:

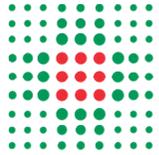




Misurare la performance

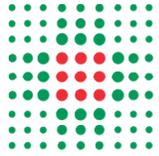
Riteniamo che:

- 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 	

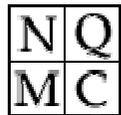


... nessuno li guarda

- 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



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

Rifare
l'Italia !



Turati

Si può
fare in casa



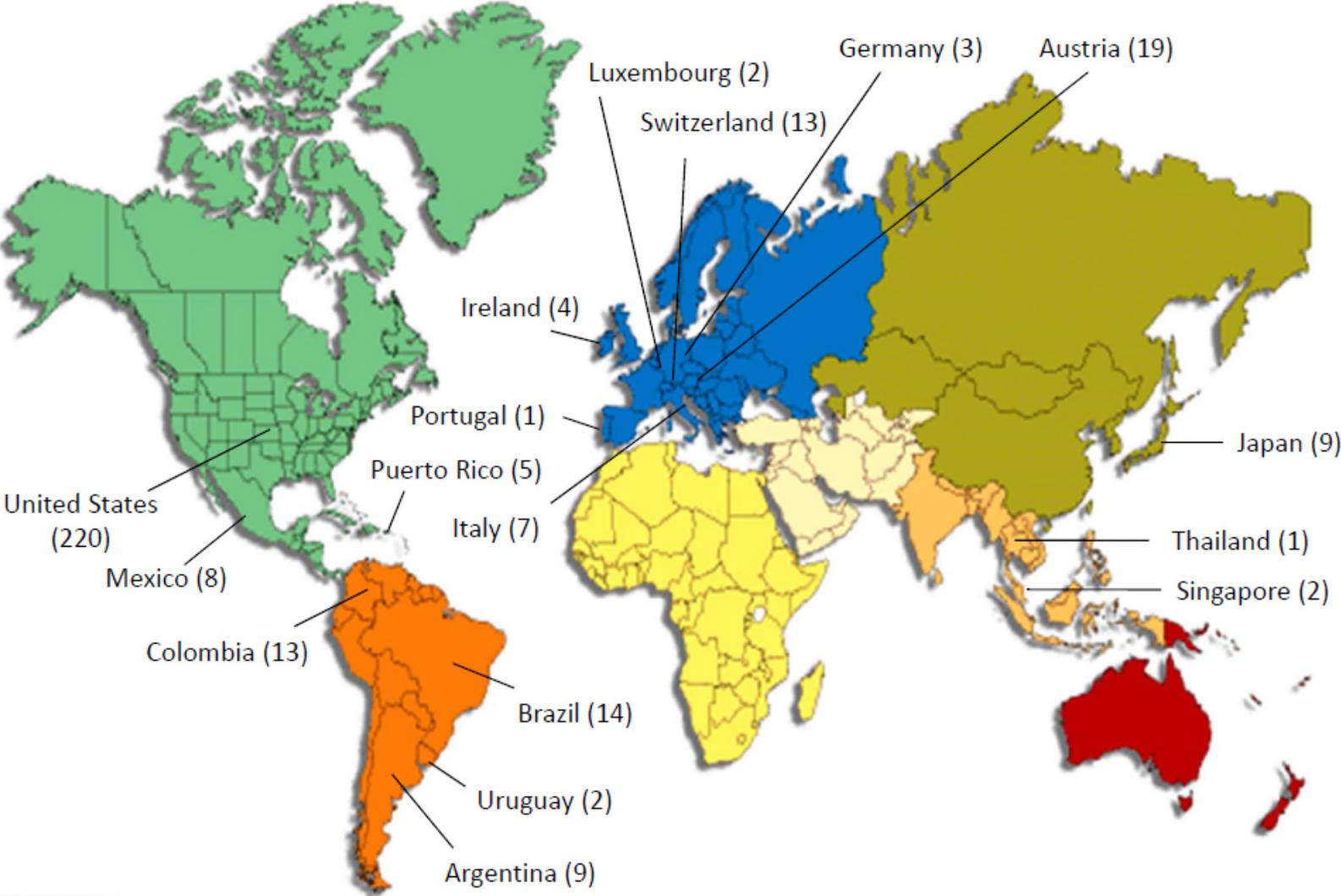
Dobbiamo
mappare
tutto !



C.F. Cassini

Sistemi e database di indicatori clinici

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



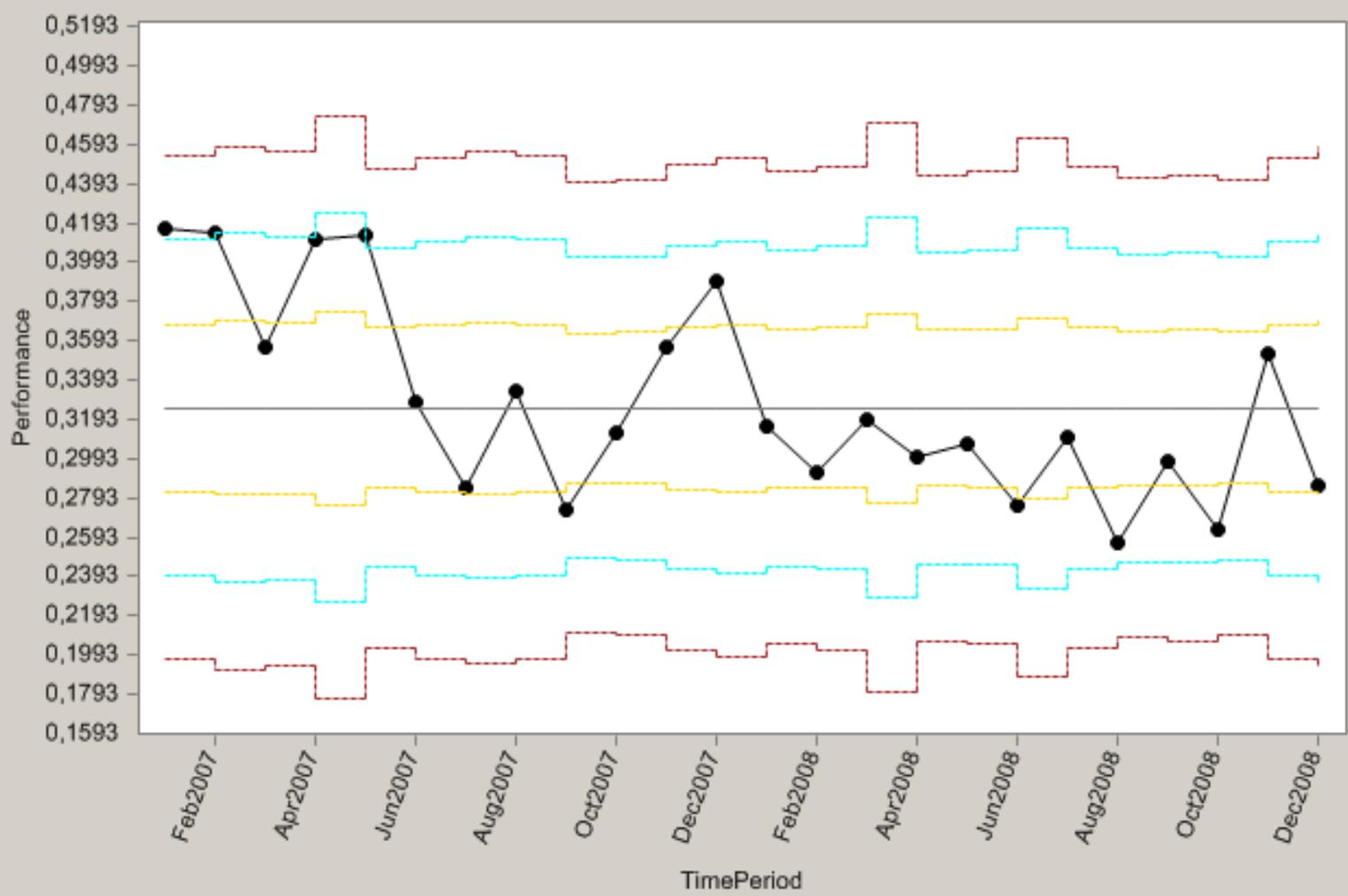
- AC 3.1 Mortalità totale nei pazienti ricoverati per acuti
- AC 3.2 Mortalità per DRG 014 - emorragia intracranica o infarto cerebrale (stroke)
- AC 3.3 Mortalità per DRG 079 - Infezioni respiratorie/inflammazioni
- AC 3.4 **Mortalità per DRG 088 - BPCO (bronco pneumopatia cronico ostruttiva)**
- AC 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 \leq 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 \geq 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 National Quality Measures Clearinghouse website. At the top, there is a header for the U.S. Department of Health & Human Services and the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The main navigation bar includes links to the National Guideline Clearinghouse, Health Care Innovations Exchange, and AHRQ Home. A search bar is prominently featured, containing the text 'acute myocardial infarction'. Below the search bar, there are options to sort results by relevance (selected) or publication date, and a filter for 'All Years'. The search results are displayed in a list format, with two items visible. Each item includes a title, a brief description, the date, and the NQMC ID. A 'Compare Measures' button is located on the right side of the results list.

U.S. Department of Health & Human Services www.hhs.gov

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care www.ahrq.gov/

Visit: National Guideline Clearinghouse | Health Care Innovations Exchange | AHRQ Home [Sign In](#)

Help | RSS | Subscribe to weekly e-mail | Site map | Contact us | For web developers

NQMC National Quality Measures Clearinghouse [Search Tips](#) [Advanced Search](#) [About Search](#) [T-](#) [T+](#)

Home
Measures
Expert Commentaries
Tutorials on Quality Measures
Compare Measures
FAQ
Submit Measures
About
My NQMC

Visit the HHS Measure Inventory

< Back

'acute myocardial infarction'

Search within:

Sort results by: Relevance Publication date

Filter results by:

1-20 of 72 [Next >](#)

- Acute myocardial infarction (AMI): risk-adjusted rate of unplanned readmission following discharge for AMI.** 2010 May. **[NQMC Update Pending]** NQMC:005390
Canadian Institute for Health Information - Nonprofit Organization. [View all measures by the developer\(s\)](#)
- 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
Centers for Medicare & Medicaid Services - Federal Government Agency [U.S.]; Oklahoma Foundation for Medical Quality - Health Care Quality Collaboration. [View all measures by the developer\(s\)](#)



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

PUBLICATIONS & RESOURCES

- EQulPNational
- EQulP5
- EQulP5 Day Procedure Centres
- EQulP5 Corporate Health Services
- EQulP 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

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



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

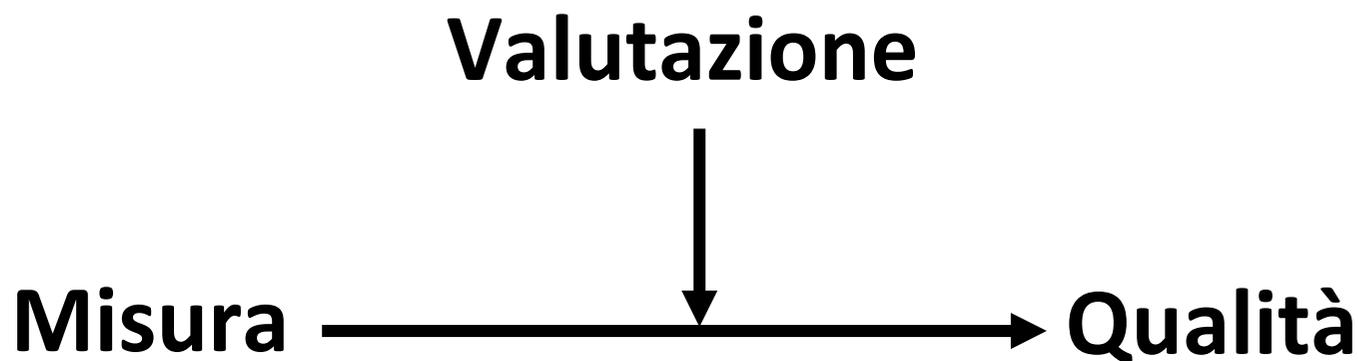


The screenshot displays the website for The Joint Commission's Performance Measurement section. At the top, the logo for The Joint Commission is on the left, and navigation links for 'Log In | Request Guest Access', 'Contact Us | Careers | JCR Web Store | Press Room', and 'Forgot password? | Log In Help' are on the right. A search bar is also present. Below the header is a blue navigation bar with tabs for 'Accreditation', 'Certification', 'Standards', 'Measurement' (which is highlighted), 'Topics', 'About Us', and 'Daily Update'. The main content area shows a breadcrumb trail 'Home > Measurement > Performance Measurement' and a date 'Friday 8:28 CST, November 16, 2012'. The central focus is the 'Venous Thromboembolism' article, which includes an image of a hand typing on a keyboard and a text snippet: 'The Joint Commission Response to the Annals of Internal Medicine Editorial Regarding VTE. [Learn More](#)'. To the left of the main content is a sidebar with a 'Measurement' menu containing links for 'Performance Measurement', 'Health Services Research', 'Accountability Measures', 'Annual Report - Improving America's Hospitals', and 'Top Performers on Key Quality Measures™'. To the right is a 'Quick Links' section with links to 'Performance Measurement Network', 'Performance Measurement Extranet', 'Core Measure Solution Exchange', 'WikiHealthcare', and 'Quality Check'. At the bottom, there are sections for 'Core Measure Information' and 'Performance Measurement Initiatives', each with several sub-links. A 'Pause' button and a 'Next' button are also visible at the bottom of the main content area.



Che fare -1-

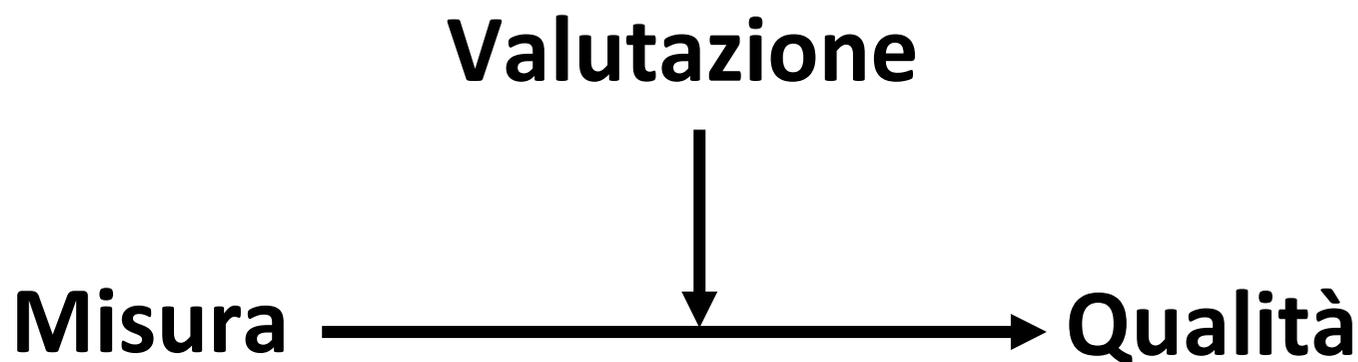
- Diffondere e discutere i dati all'interno dell'organizzazione
- Creare occasioni di valutazione





Che fare -2-

- Non “ciò che possiamo misurare”, ma “ciò che è importante”
- .. che faccia parte di un processo di valutazioni e decisioni





Che fare -3-

- Non fare il bricolage in casa,
- ma attingere ai sistemi già esistenti



Walter A. Shewhart

1891 - 1967

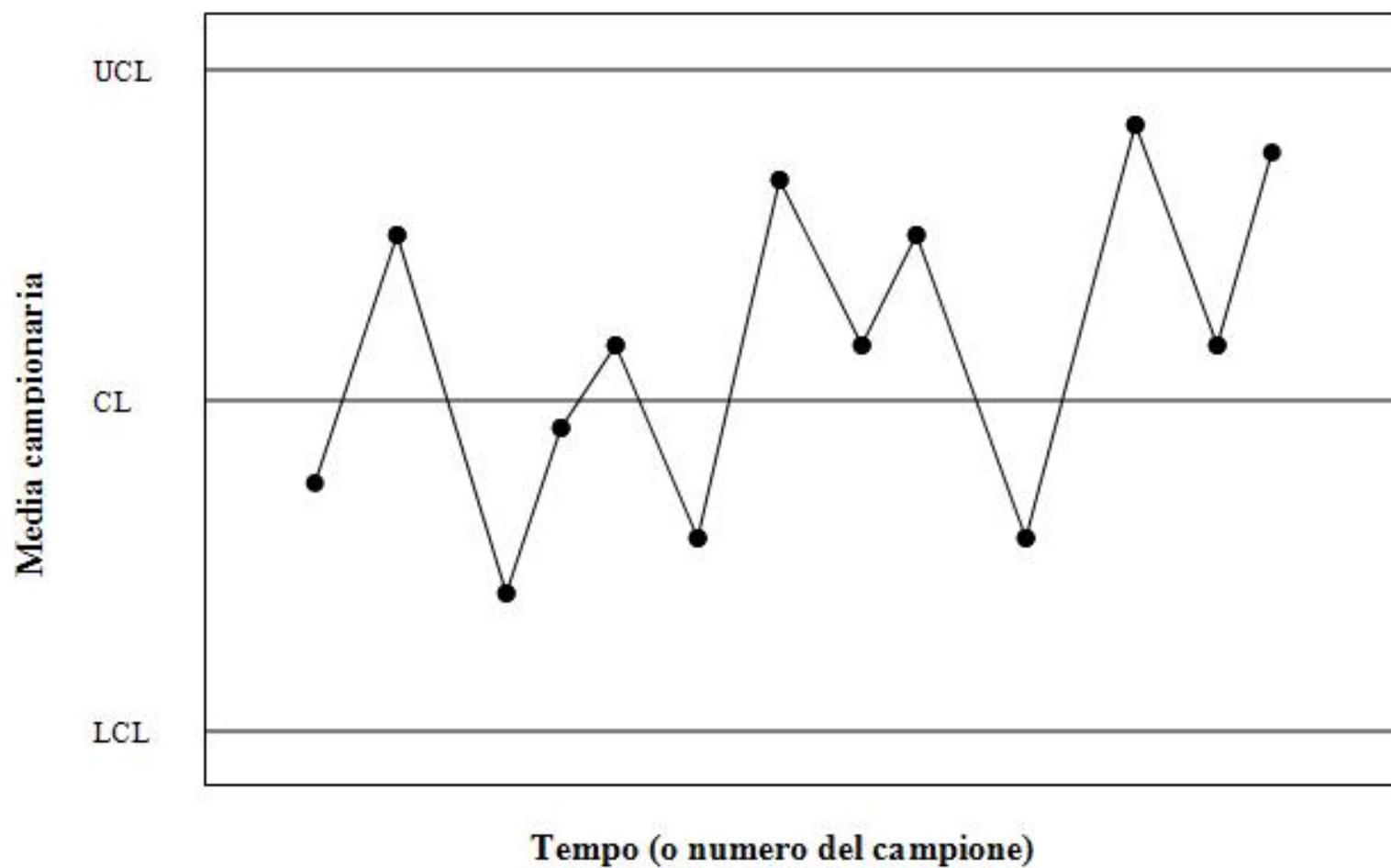


- Fisico, ingegnere
- Bell Telephone Laboratories
- Prima control chart circa 1924
- “... a phenomenon will be said to be controlled when, through the use of past experience, we can predict, at least within limits, how the phenomenon may be expected to vary in the future. Here it is understood that prediction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

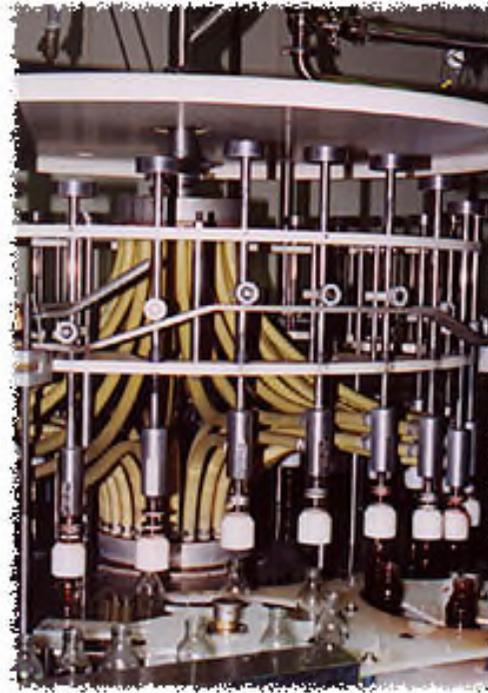




Carte di Controllo

- Il processo si considera ad un livello di qualità accettabile finchè i valori si collocano entro le due linee di azione, ad un livello di qualità non accettabile quando si collocano esternamente ad esse.

Example Production Line





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.

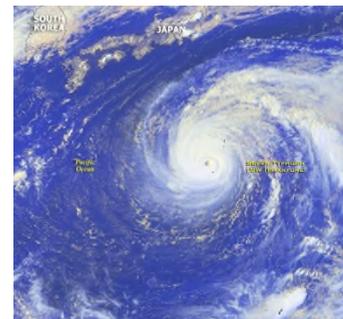
Driving to Work

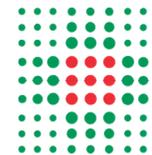
- Common-cause variation



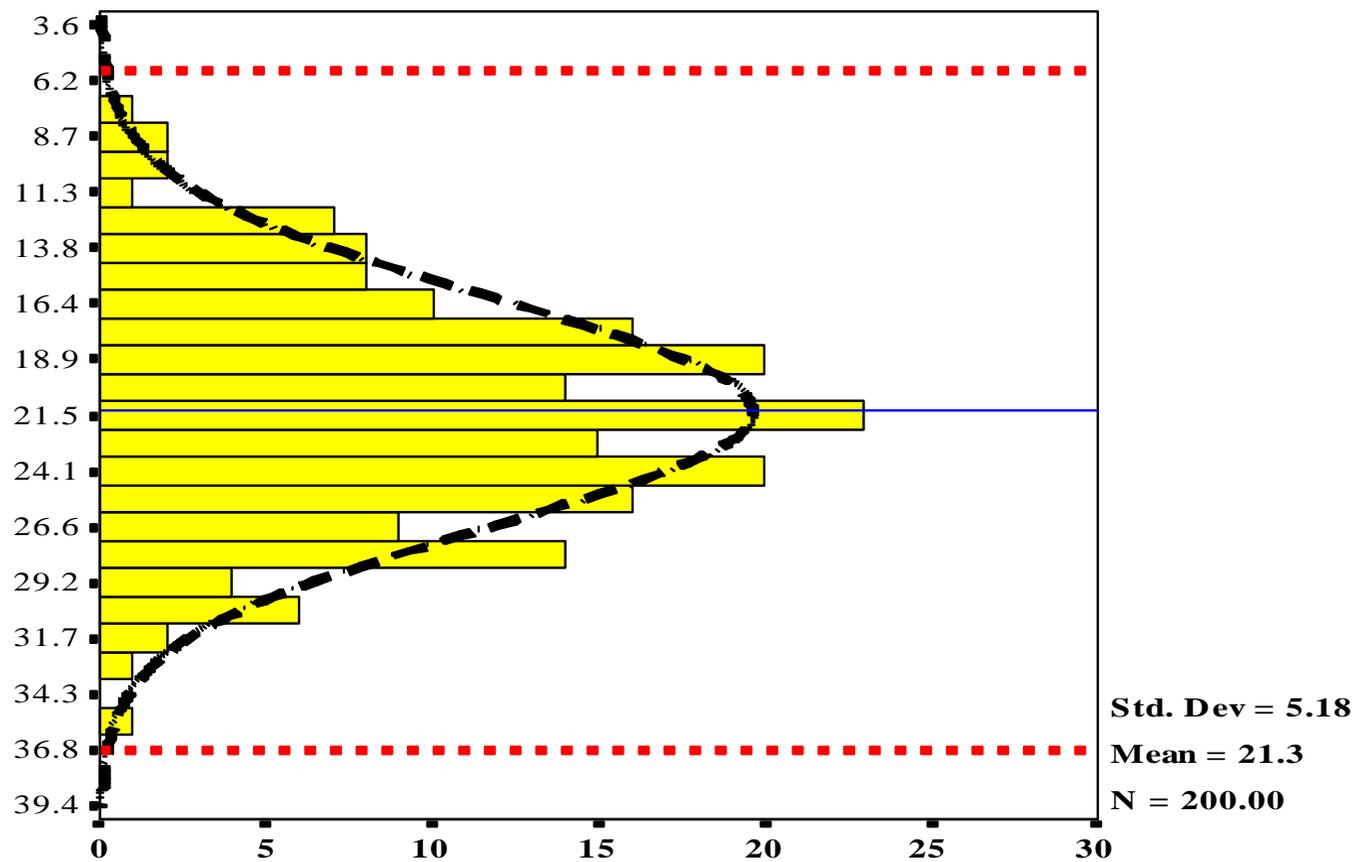
Driving to Work

- Special-cause variation

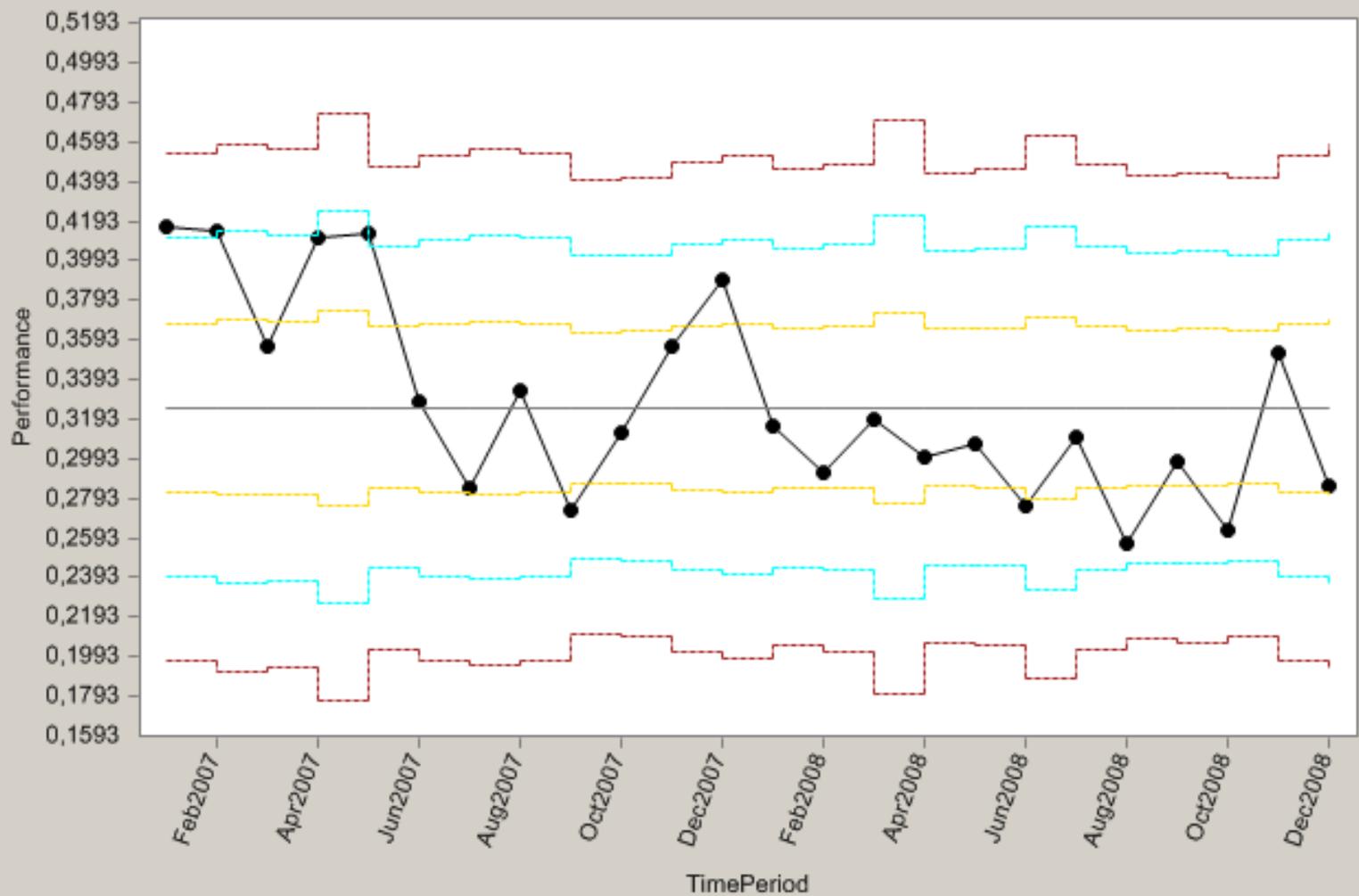




Control Chart Analysis

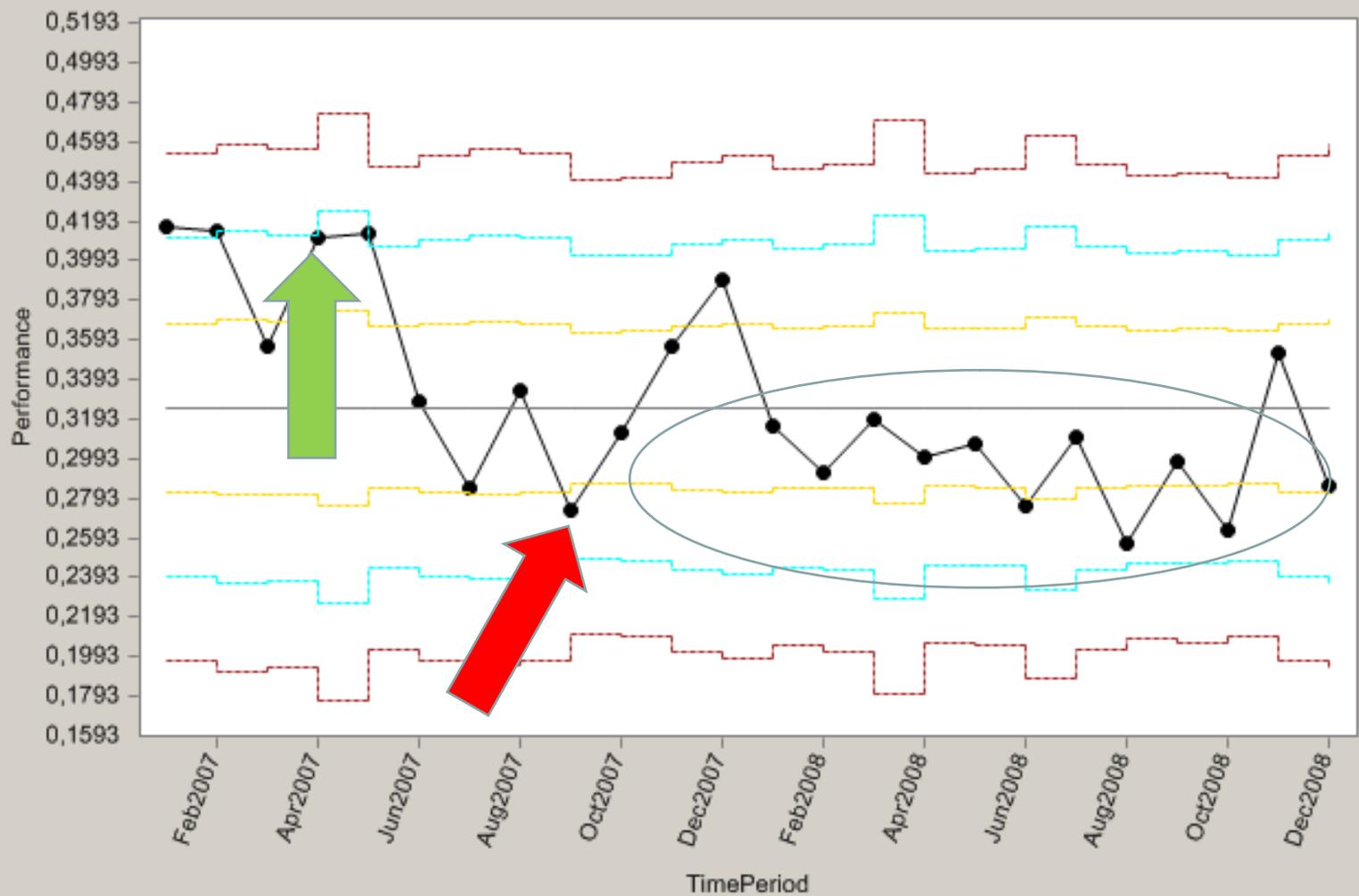


AC 6.3 Total C-sections

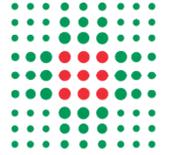


● 11467 - - - UCL - - - +2 Sigma - - - +1 Sigma
 - - - Center Line - - - -1 Sigma - - - -2 Sigma - - - LCL

AC 6.3 Total C-sections



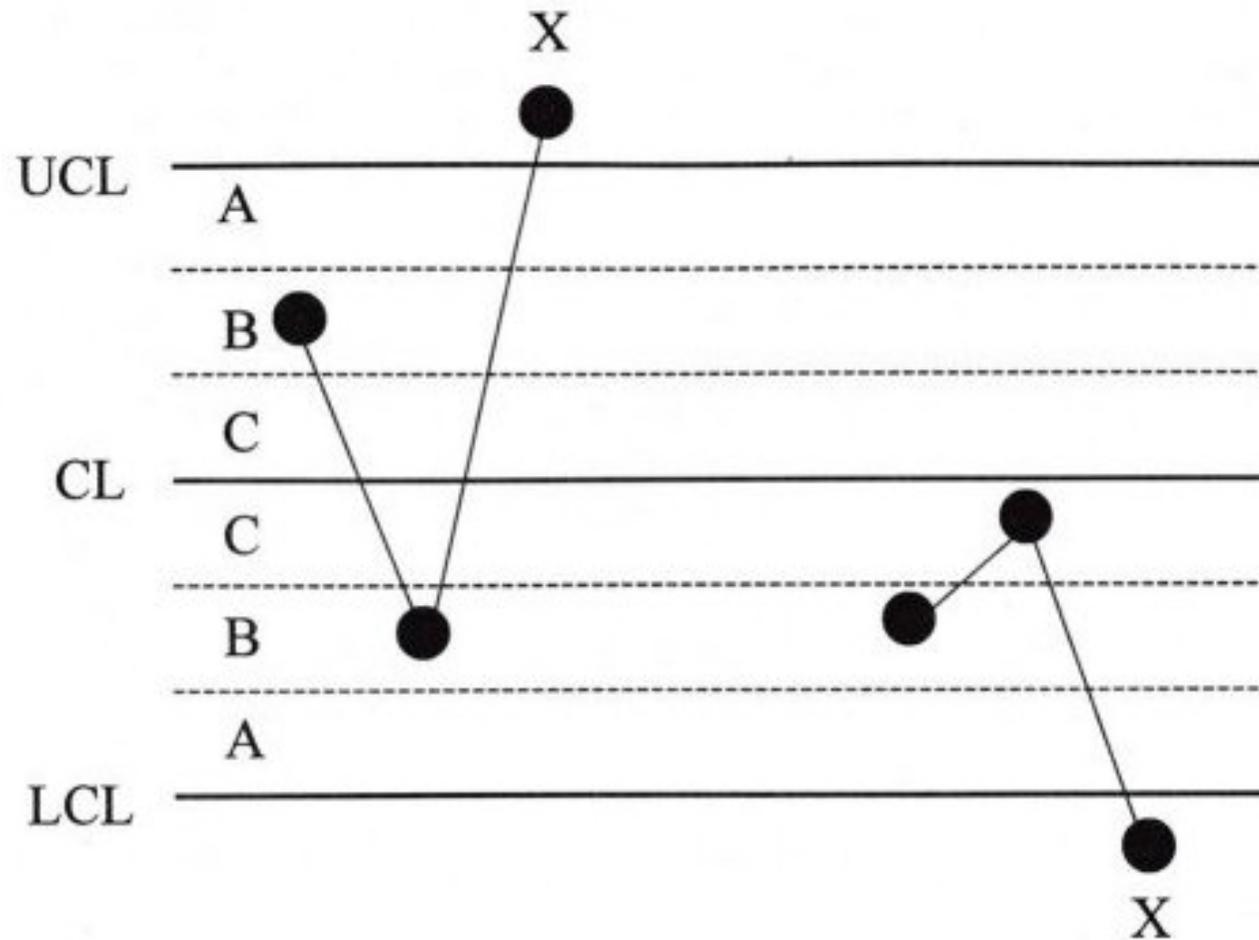
● 11467 - - - UCL - - - +2 Sigma - - - +1 Sigma
— Center Line - - - -1 Sigma - - - -2 Sigma - - - LCL



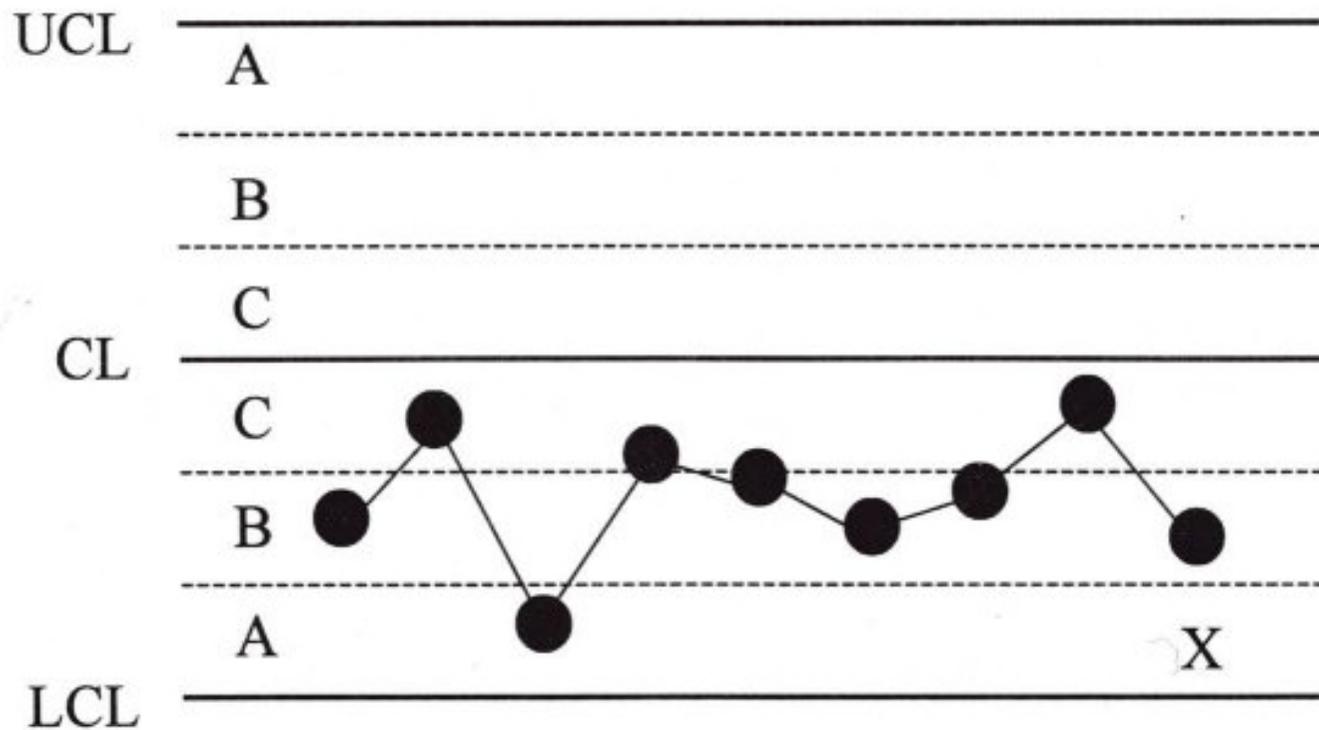
Regole di Nelson

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

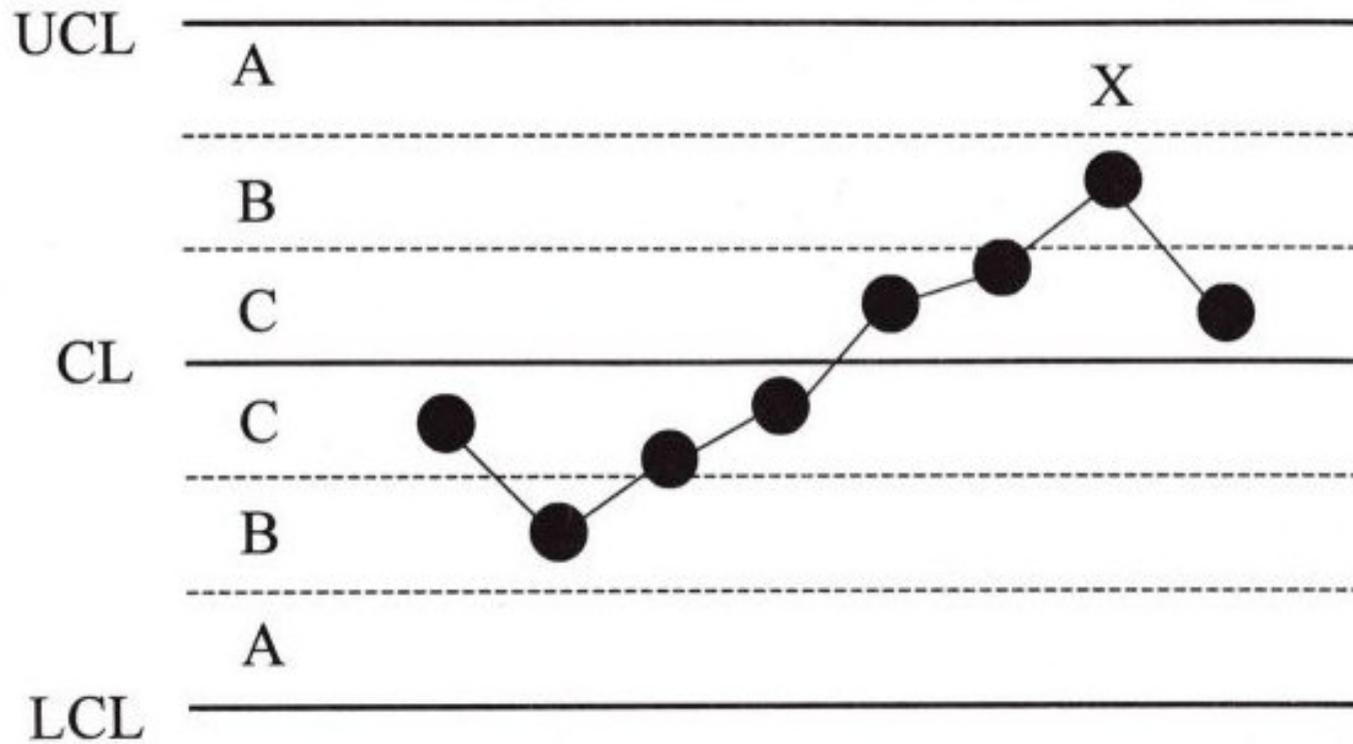
One point beyond zone A, that is, 3-sigma



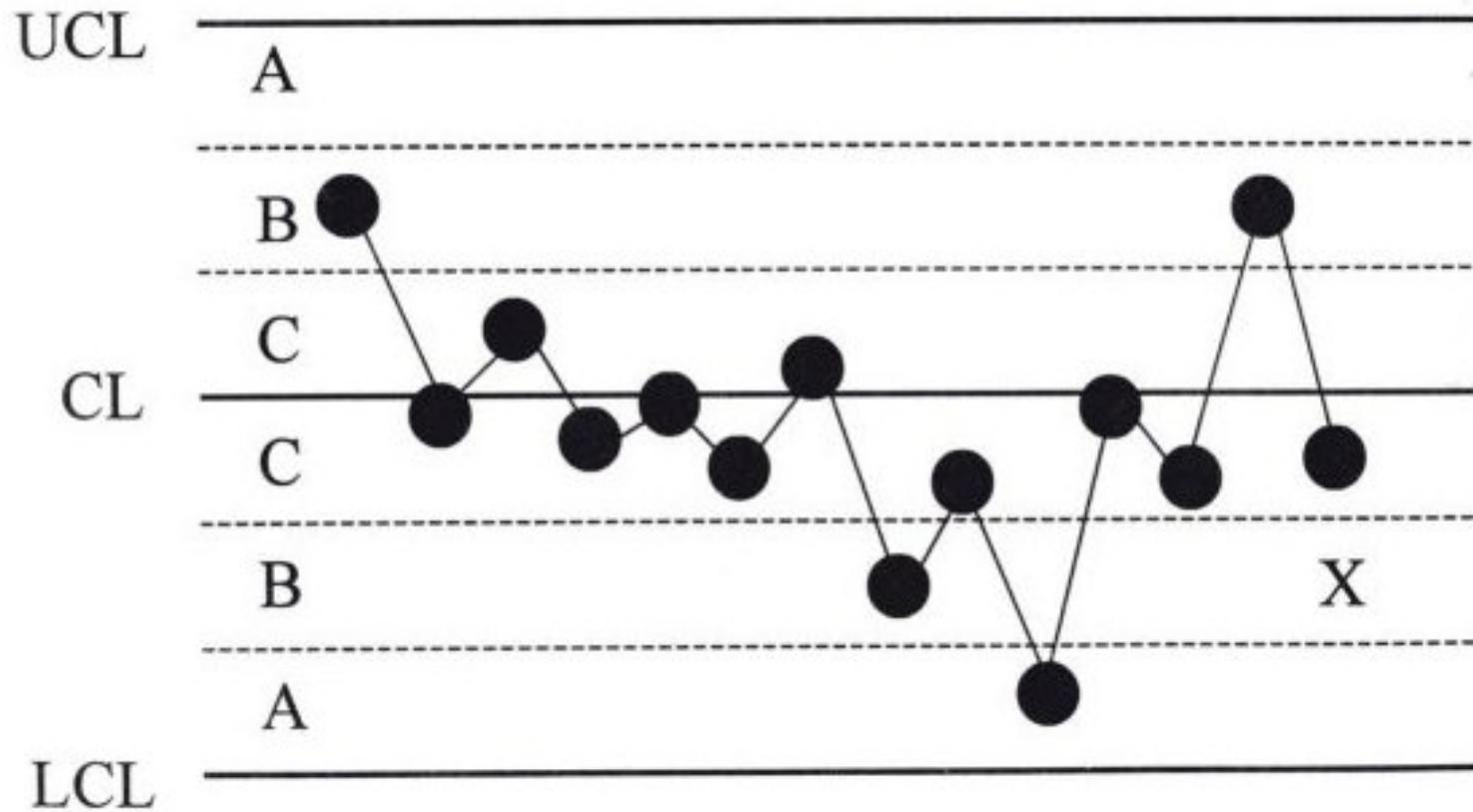
Nine points in a row in zone C or beyond,
that is, on either side of the centerline



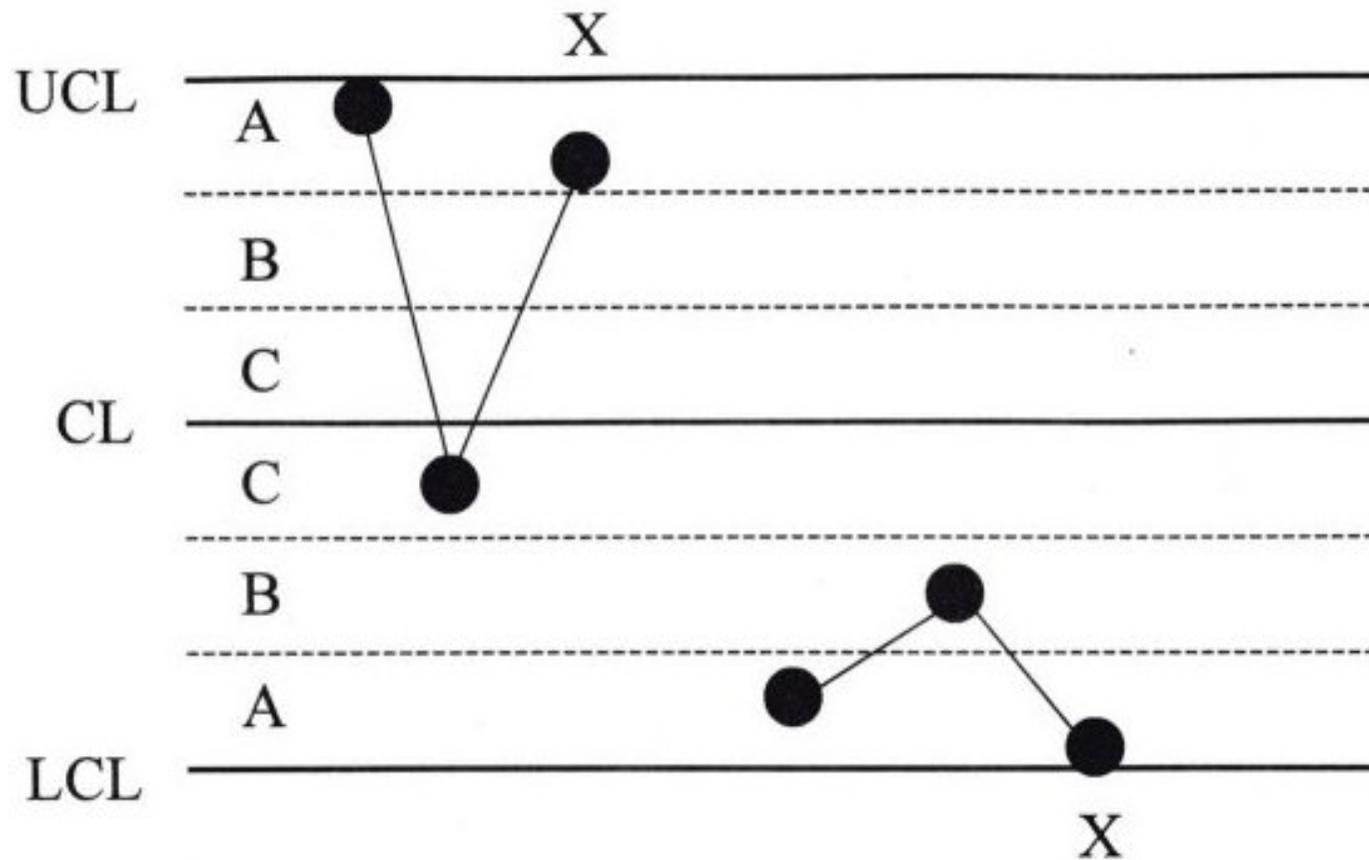
Six points in a row (including endpoints)
steadily increasing or decreasing



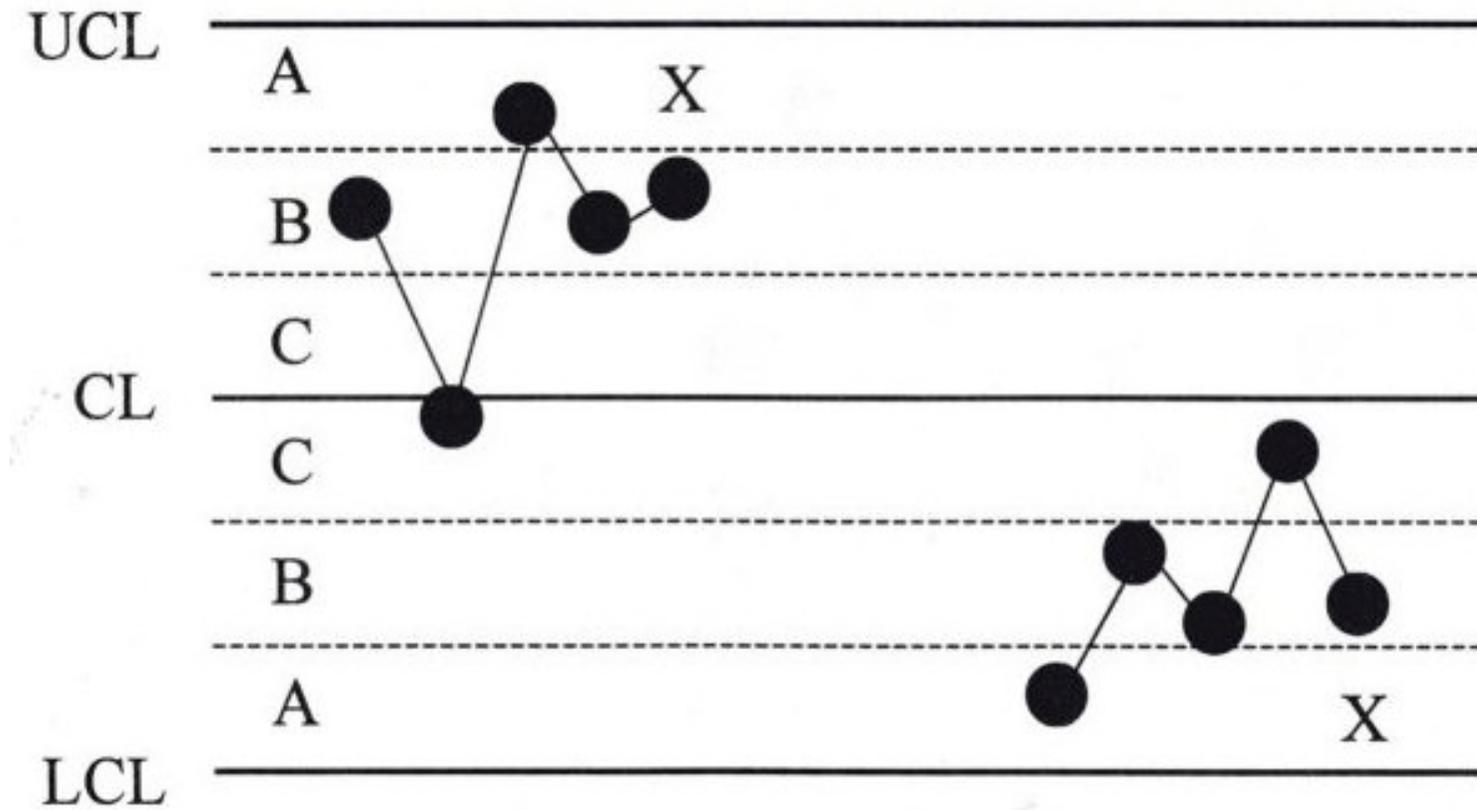
Fourteen points in a row alternating up or down



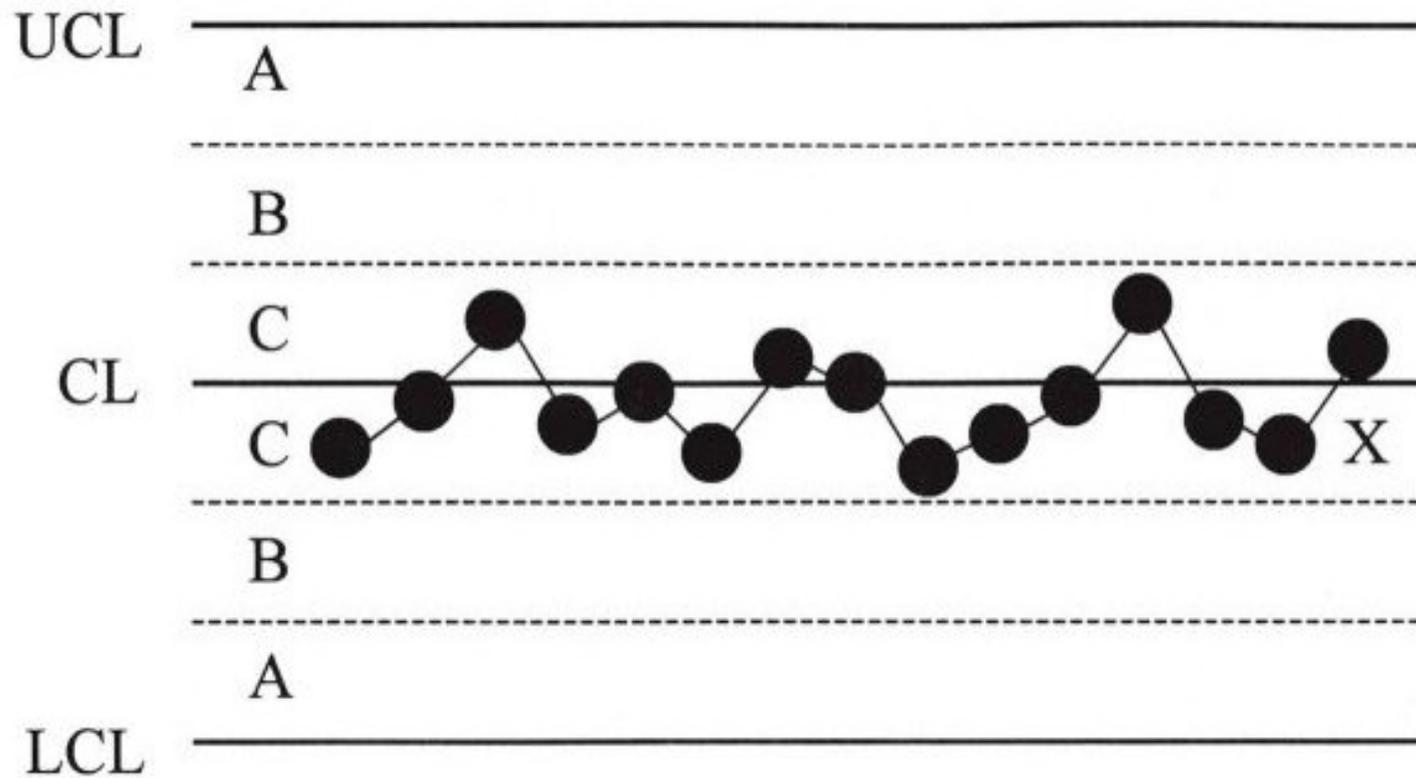
Two out of three points in a row in zone A or beyond, that is, outside the same 2-sigma



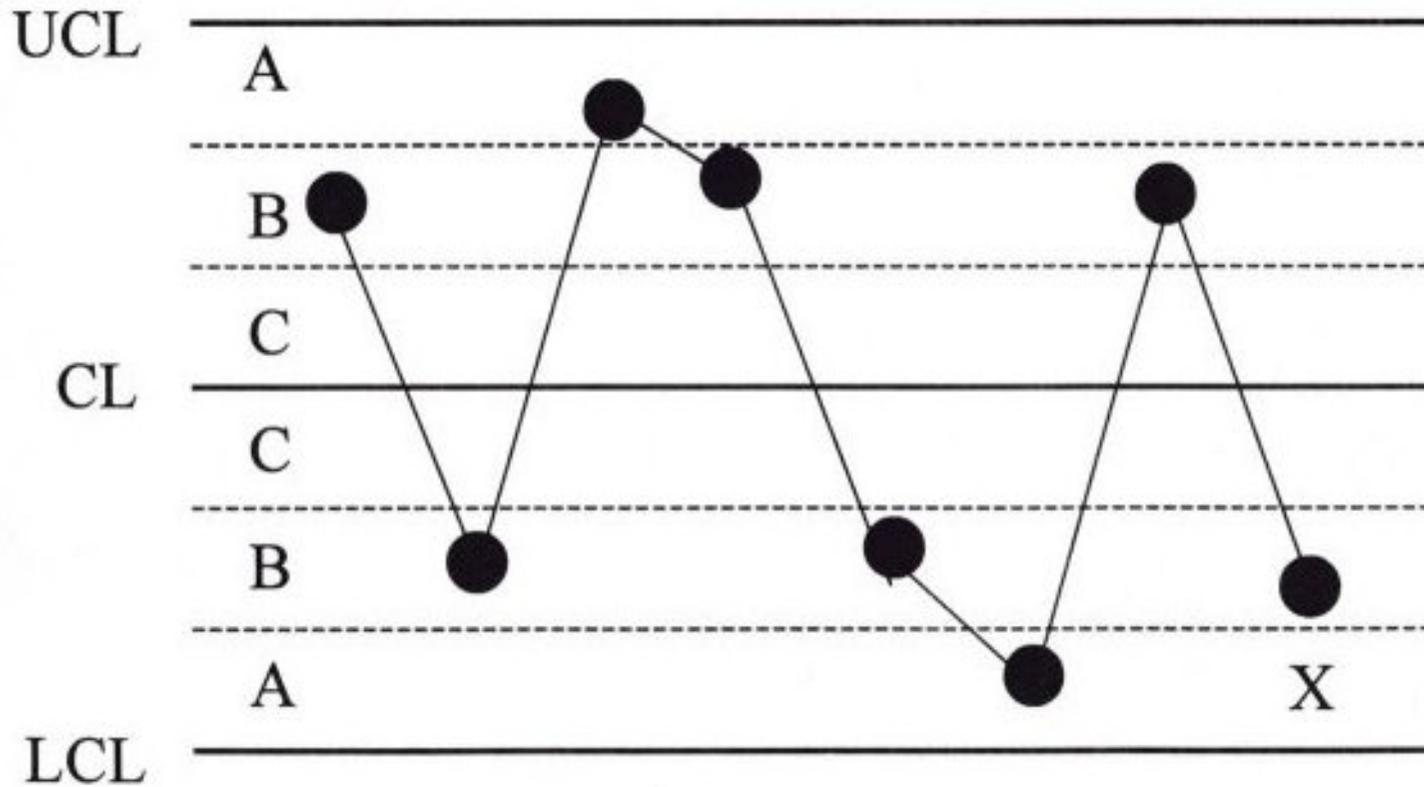
Four out of five points in a row in zone B or beyond, that, outside the same 1-sigma



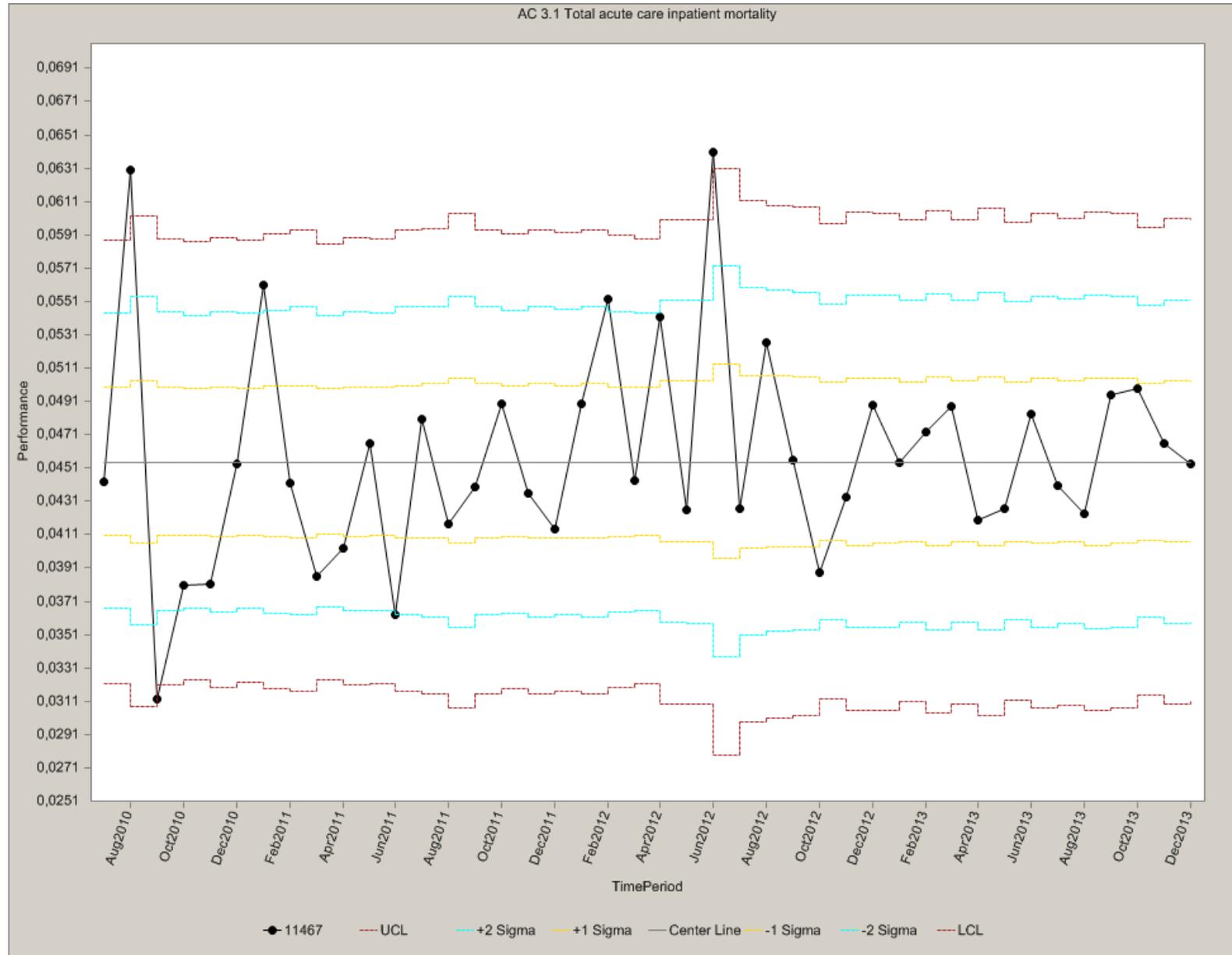
Fifteen points in a row in zone C (above or below the centerline), that is, within 1-sigma



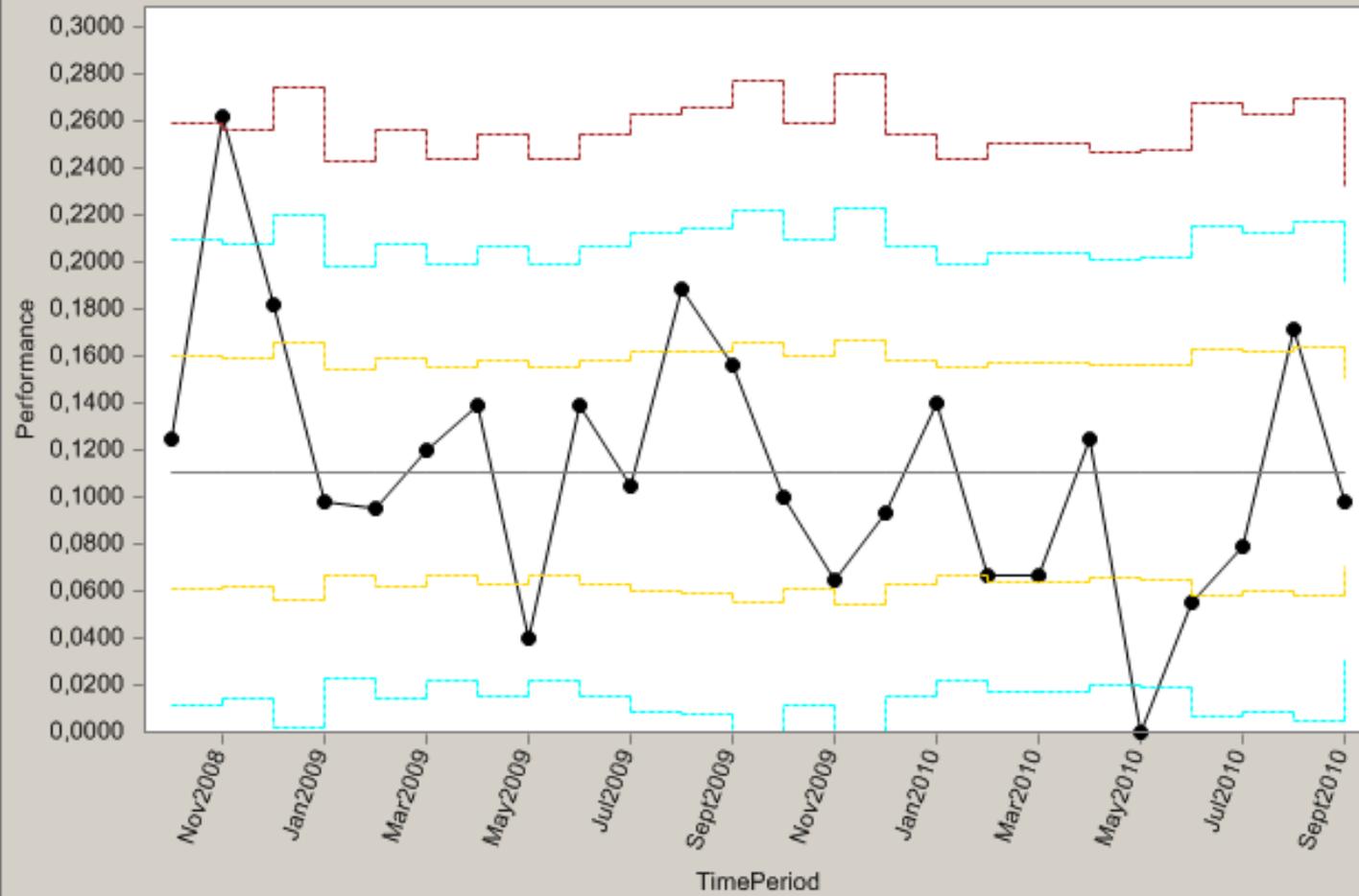
Eight points in a row on both sides of the centerline with non in zone C, that is, none within 1-sigma



Total acute care inpatient mortality

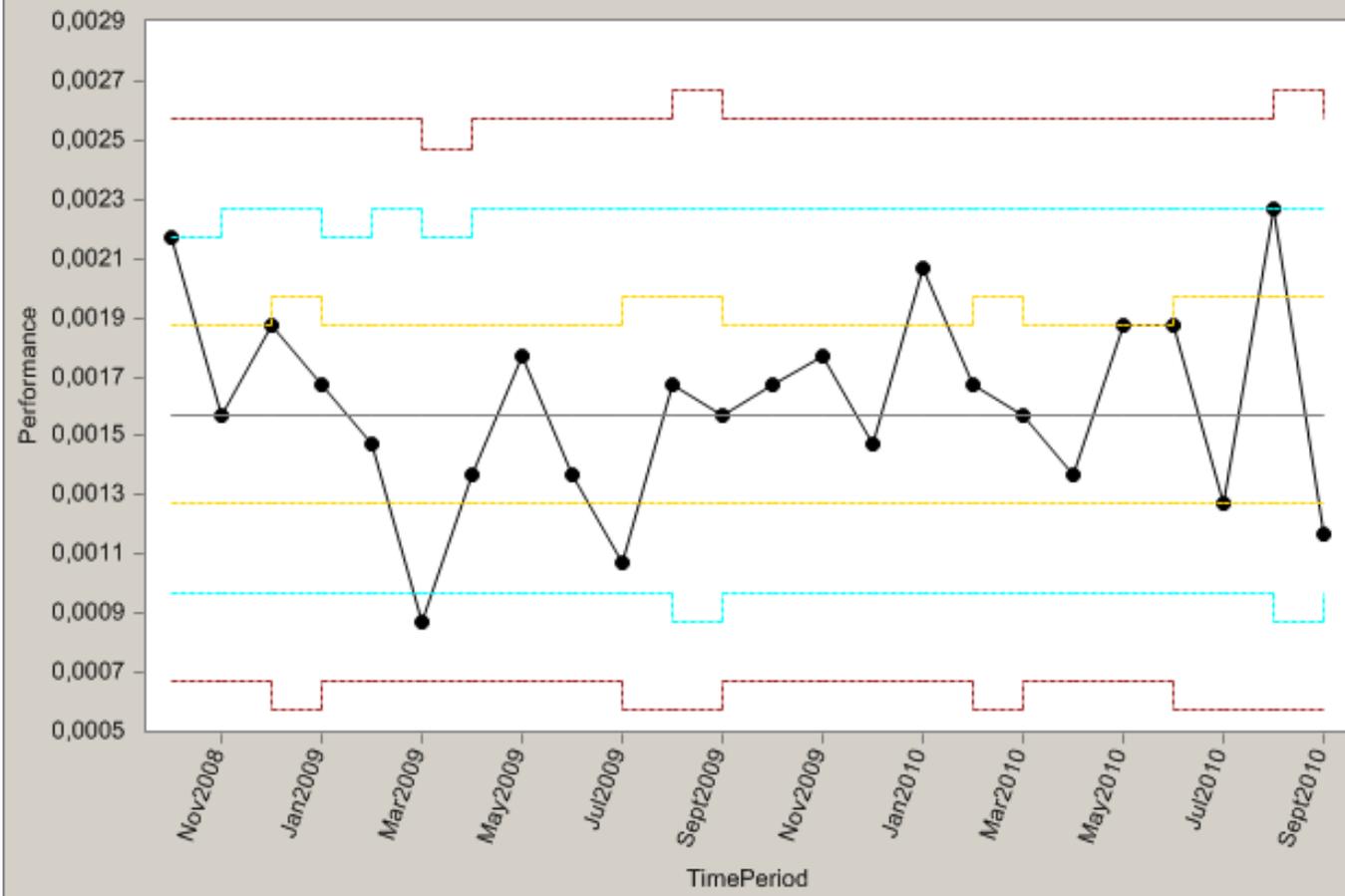


AC 3.13 Acute inpatient care mortality for patients with a primary diagnosis of acute myocardial infarction



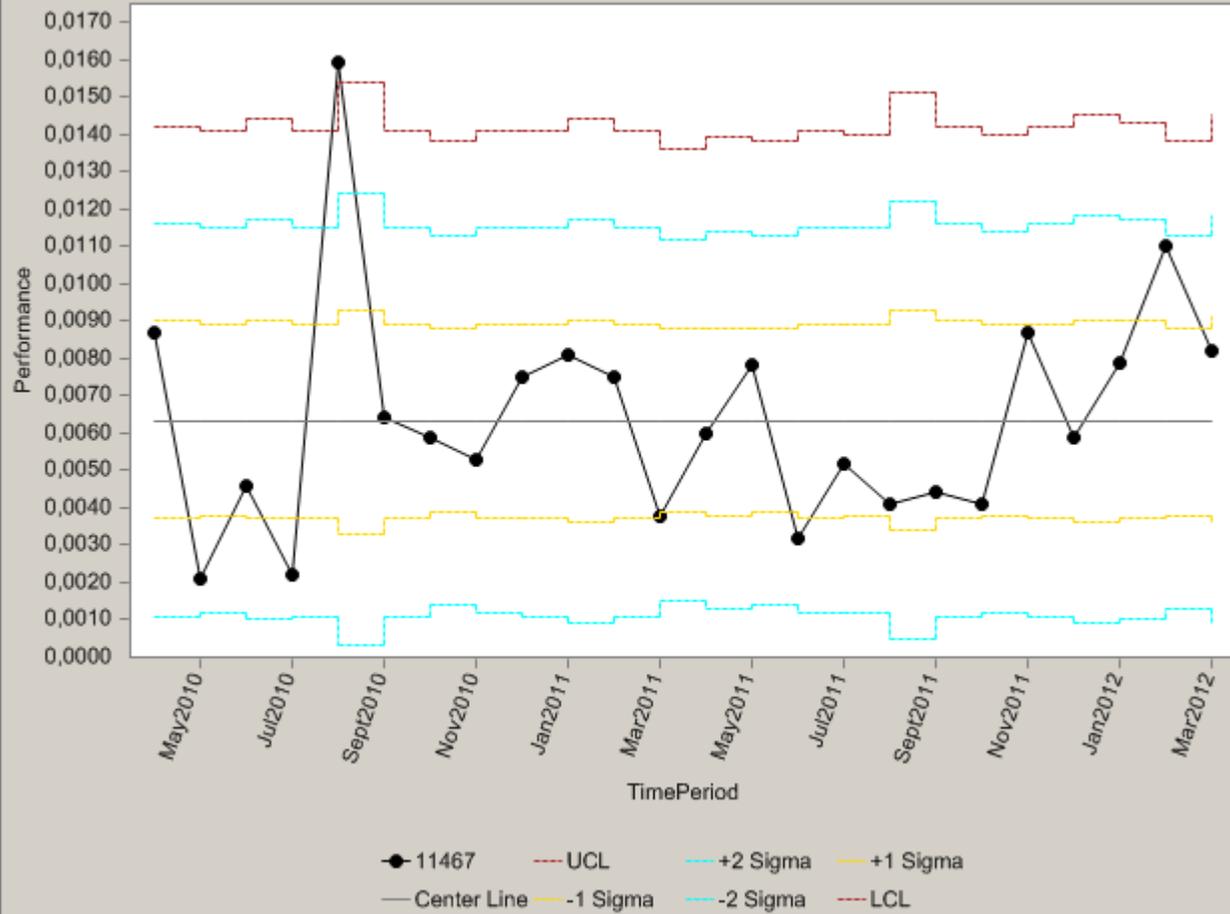
● 11467 - - - UCL - - - +2 Sigma - - - +1 Sigma
 — Center Line - - - -1 Sigma - - - -2 Sigma - - - LCL

AC 13.1 Documented falls in acute care



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

AC 5.1 Total perioperative mortality



In God we trust
all others bring data.

Deming

