Accreditamento JCI | Certificazione Top Employers | Riconoscimento ESMO | Riconoscimento ABIO | Premio Innovazione Digitale in Sanità | Premio Sostenibilità Economica | Certificazione Stage 6

Credersi più di ciò che si è….
….o stimarsi meno di ciò che si vale?

Walter Gomarasca

FONDAZIONE POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

FONDAZIONE
POLIAMBULANZA
Istituto Ospedaliero

Febbraio 2019

Il profilo

Ospedale multispecialistico, privato, no-profit, di ispirazione Cattolica

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Sede di insegnamento Universitario e attività di ricerca di base

RegioneLombardia

Accreditato con il Sistema Sanitario della Regione Lombardia

Organization Accredited by Joint Commission International

Accreditamento internazionale “all’eccellenza” da parte di Joint Commission International (JCI)

L’evoluzione della struttura

Edificio principale
- Anno: 1997
- Numero piani: 6
- Superficie: 55.000 m2

Centro di ricerca - CREM
- Anno: 2001
- Numero di piani: 2
- Superficie: 2.200 m2

Torre Degenze
- Anno: 2012
- Numero di piani: 7
- Superficie: 12.000 m2

Piastra Polifunzionale
- Anno: 2016
- Numero di piani: 4
- Superficie: 14.400 m2

Highlights

600
Posti letto

32.000
Ricoveri

85.000
Accessi PS

2.700
Nascite

20.000
Interventi Chirurgici

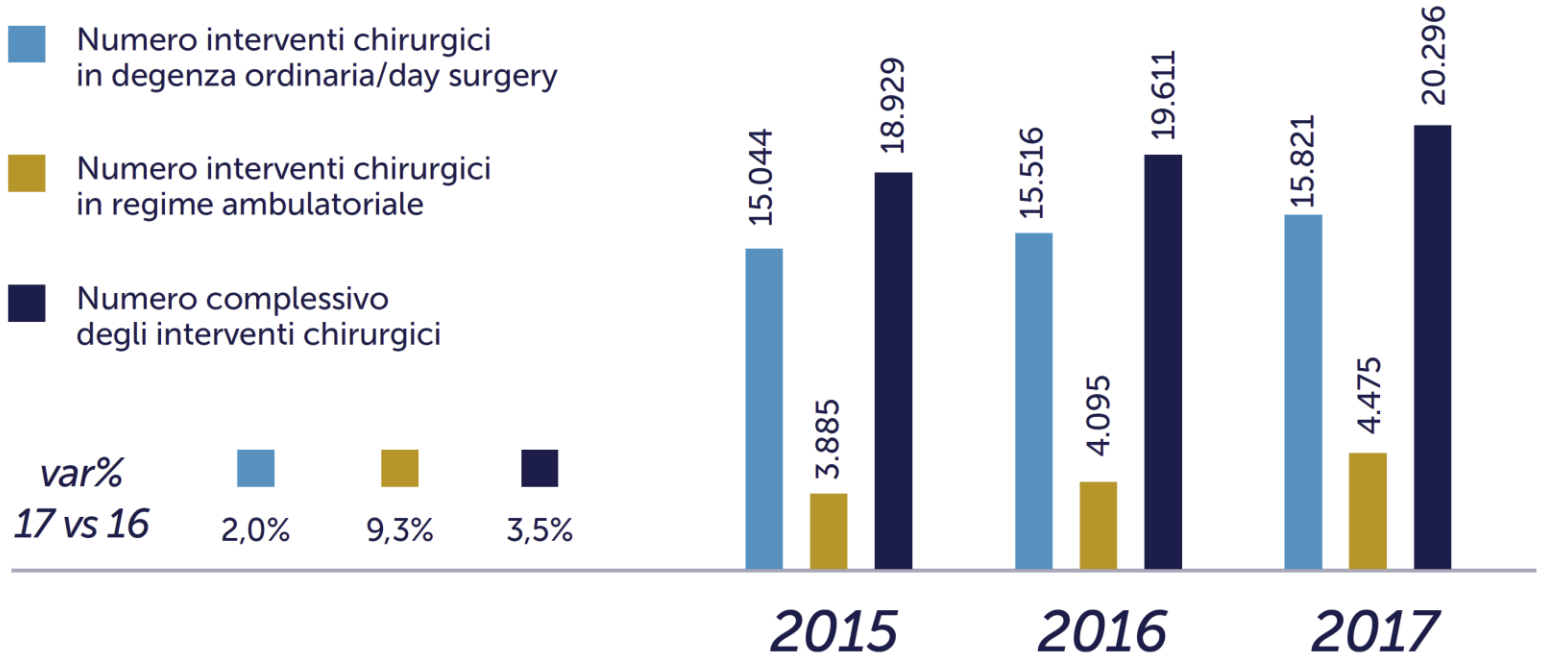
1.900
Dipendenti (400 Medici)

400.000
Pazienti ambulatoriali

Attività di Ricovero

	2015	2016	2017	var% 17 vs 16
Numero ricoveri di tipo chirurgico	15.044	15.516	15.821	2,0 %
Numero ricoveri di tipo medico	14.354	15.290	15.063	-1,5 %
Totale ricoveri per acuti	29.398	30.806	30.884	0,3 %

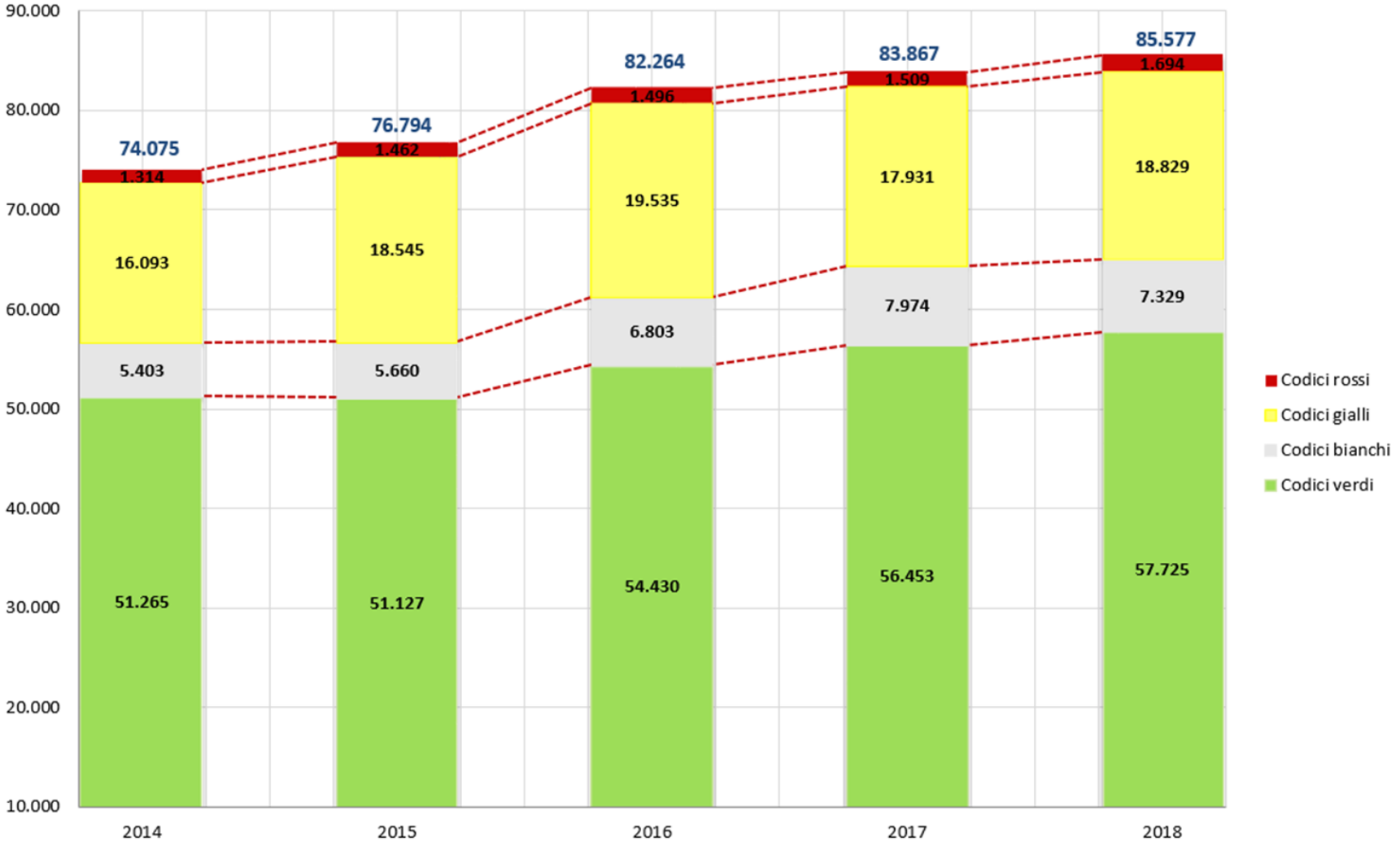
Numero interventi chirurgici



Attività chirurgica per specialità

Specialità	N° interventi chirurgici/anno
Orto & Trauma	4.370
Chirurgia Generale	3.940
Cardio	2.640
Emodinamica	1.790
Elettrofisiologia	1.780
Chirurgia Vascolare	1.350
Neurochirurgia	870
Urologia	875
Ginecologia	870
ORL	560
ENT	515
	19.560

Attività di Pronto Soccorso



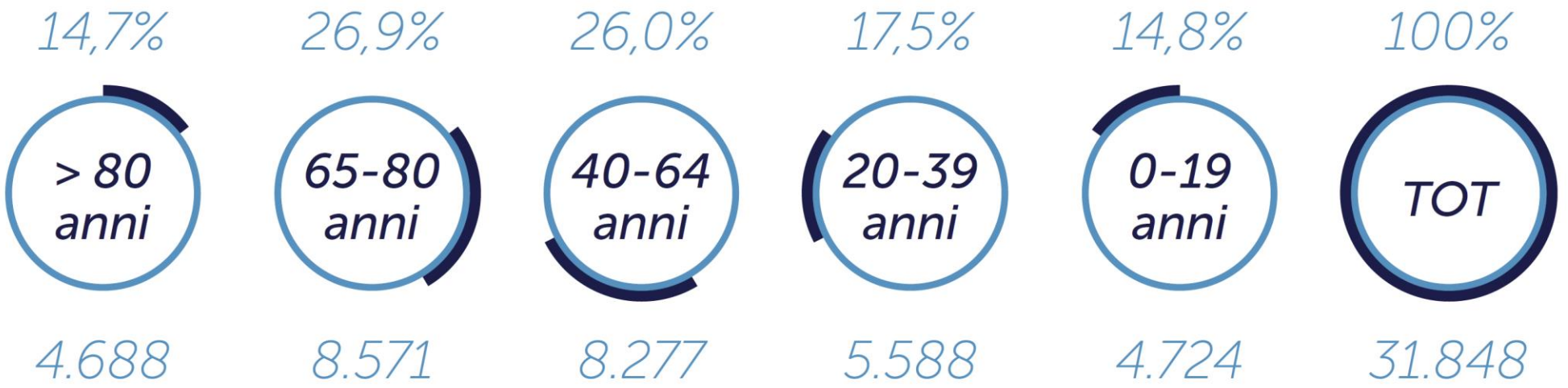
Attività ambulatoriale e diagnostica

	2015	2016	2017
Altri Ambulatori	212.969	211.580	213.484
Radiologia	71.320	68.328	70.514
Laboratorio analisi	69.930	68.434	69.186
Endoscopia digestiva	15.879	15.244	16.082
Anatomia patologica	24.572	17.200	17.028
Medicina nucleare - Radioterapia	3.975	4.045	4.247
Consultori CIDAF	-	-	3.110
Totale	398.645	384.830	393.651

Altri indicatori

	2015	2016	2017	var% 17 vs 16
Degenza media ricoveri per acuti	4,5	4,4	4,5	2,3%
% ricoveri da Pronto Soccorso	38,4%	39,4%	40,4%	2,5%
Peso medio DRG	1,1676	1,1526	1,1871	3,0%

Numero ricoveri per classi di età 2017



I dipendenti e i collaboratori

Il 95% dei collaboratori è assunto con contratto di lavoro subordinato

	ANNO 2017	ANNO 2018	18vs 17
N° COLLABORATORI	**1.905**	**1.910**	**0,3%**
di cui			
MEDICI	393	407	**3,6%**
INFERMIERI e TECNICI SANITARI	860	862	**0,2%**
AMMINISTRATIVI e TECNICI non SANITARI	268	258	**-3,7%**
OSS e AUSILIARI	384	383	**-0,3%**

Ogni giorno, in Poliambulanza...

1.558 *Persone contattano Poliambulanza per prenotare una prestazione*

128 *PERSONE PRENOTANO ONLINE*

8 *Bambini nascono*

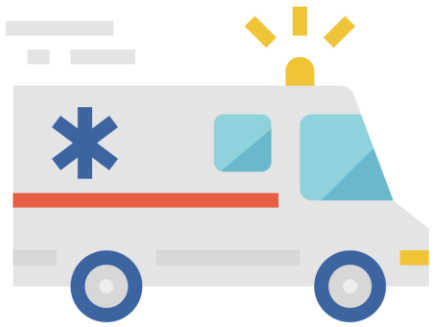
87 *NUOVI PAZIENTI VENGONO RICOVERATI*

Persone non ricoverate

1.575 *Accedono a Poliambulanza per eseguire prestazioni ambulatoriali*

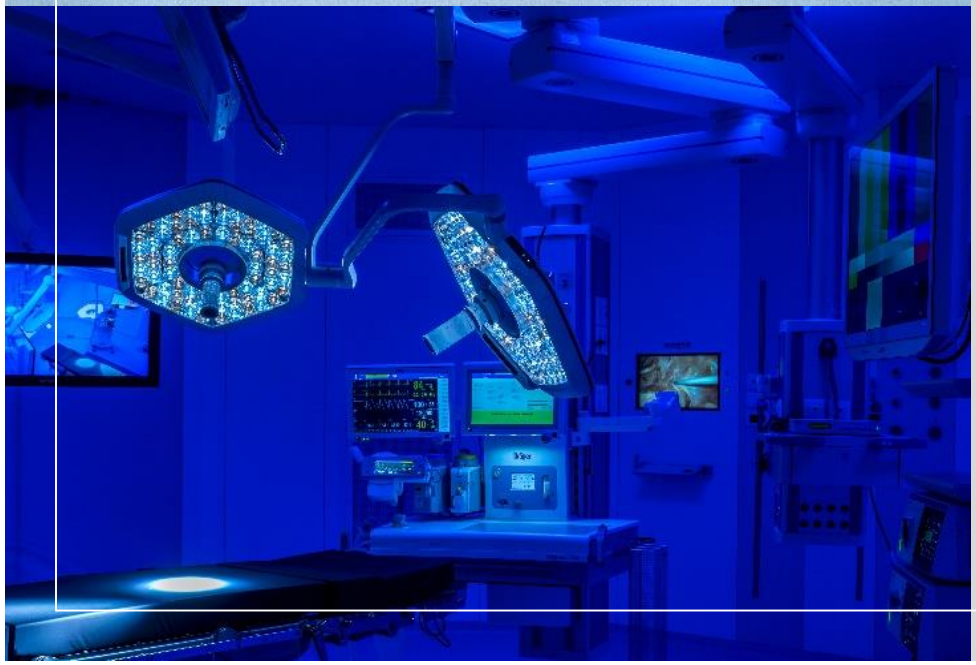
85 *interventi eseguiti in sala operatoria*

230 *Persone accedono al Pronto Soccorso*



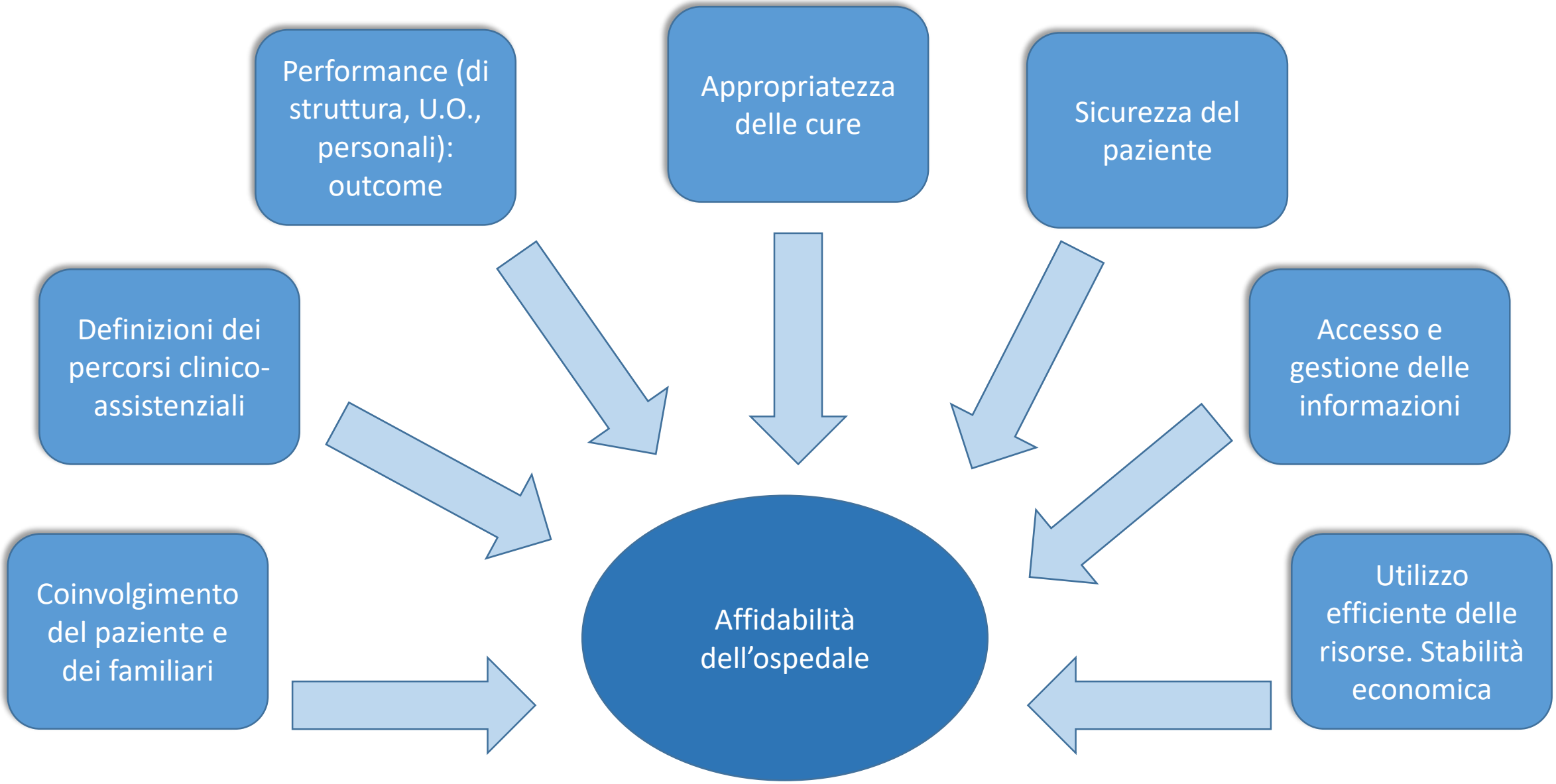
1 *Persona muore*

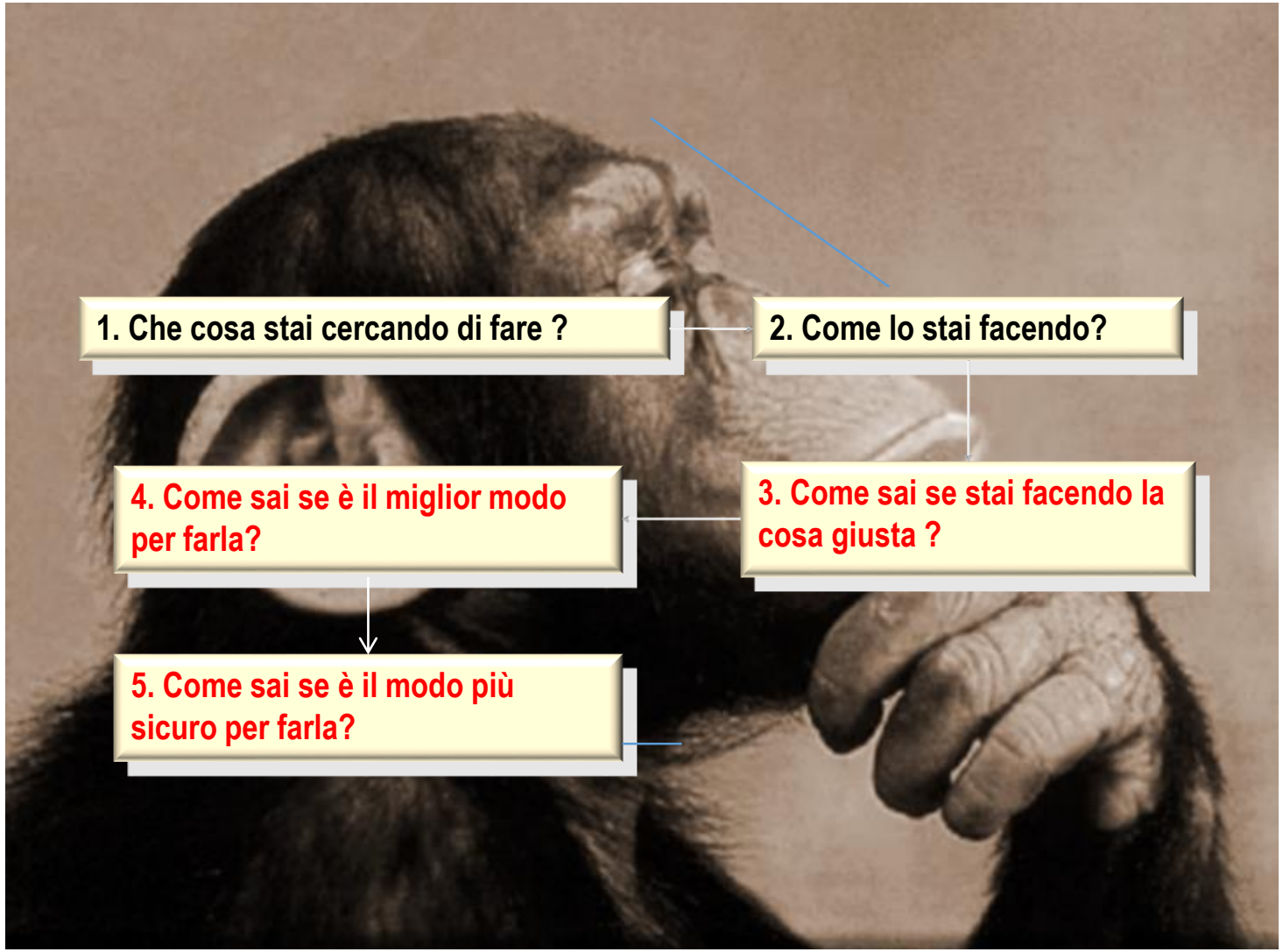
4 *Persone accedono al Pronto Soccorso in pericolo di vita*



Principali dotazioni tecnologiche

- 26 Sale Operatorie (3 BOP1, 10 BOP2, 3 BOCV, 1 EMO, 1 ELF, 2 BOCU, 2 BOCA, 2 Parto Cesareo, 2 RAD.INT.)
- 33 PL Terapia Intensiva (16 TIP, 5 TIC, 6 UTIC, 6 TIN)
- 26 PL Subintensivi (4 Stroke Unit, 12 TIN, 4 GER, 6 PS)
- 6 TAC (128, 2 x 64 slices + 2 MN + 1 RT), 3 RMN (2x1,5T + 1x0,3T), 1 PET-CT, 1 SPECT-CT, 1 Gamma Camera, 2 Acceleratori Lineari per Radioterapia, 1 Gamma Knife Icon, 70 Ecografi

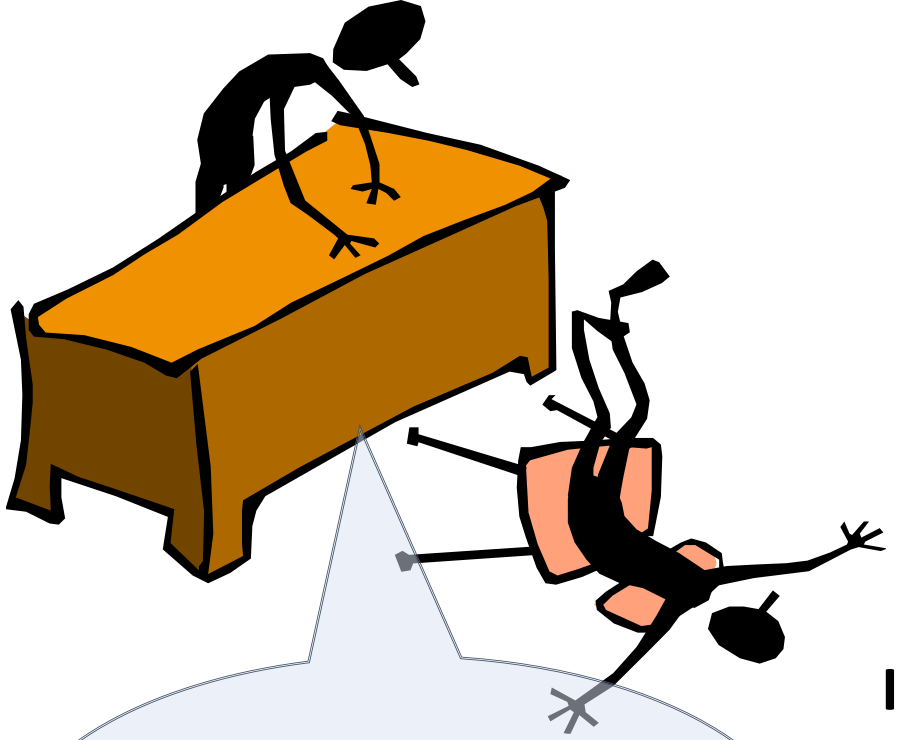

Performance (di struttura, U.O., personali): outcome
Appropriatezza delle cure
Sicurezza del paziente
Definizioni dei percorsi clinico-assistenziali
Accesso e gestione delle informazioni
Coinvolgimento del paziente e dei familiari
Affidabilità dell'ospedale
Utilizzo efficiente delle risorse. Stabilità economica


1. Che cosa stai cercando di fare ?
2. Come lo stai facendo?
3. Come sai se stai facendo la cosa giusta ?
4. Come sai se è il miglior modo per farla?
5. Come sai se è il modo più sicuro per farla?

1. Conoscere è una necessità vitale

- perché mai perdere tempo a «misurare»?

- Singoli clinici o singole Unità Operative raccoglievano dati «positivi», in genere per congressi e pubblicazioni.
- L'amministrazione teneva «i conti»
- La Direzione Sanitaria osservava



POTERE (verbo)
ORGANIZZATIVO

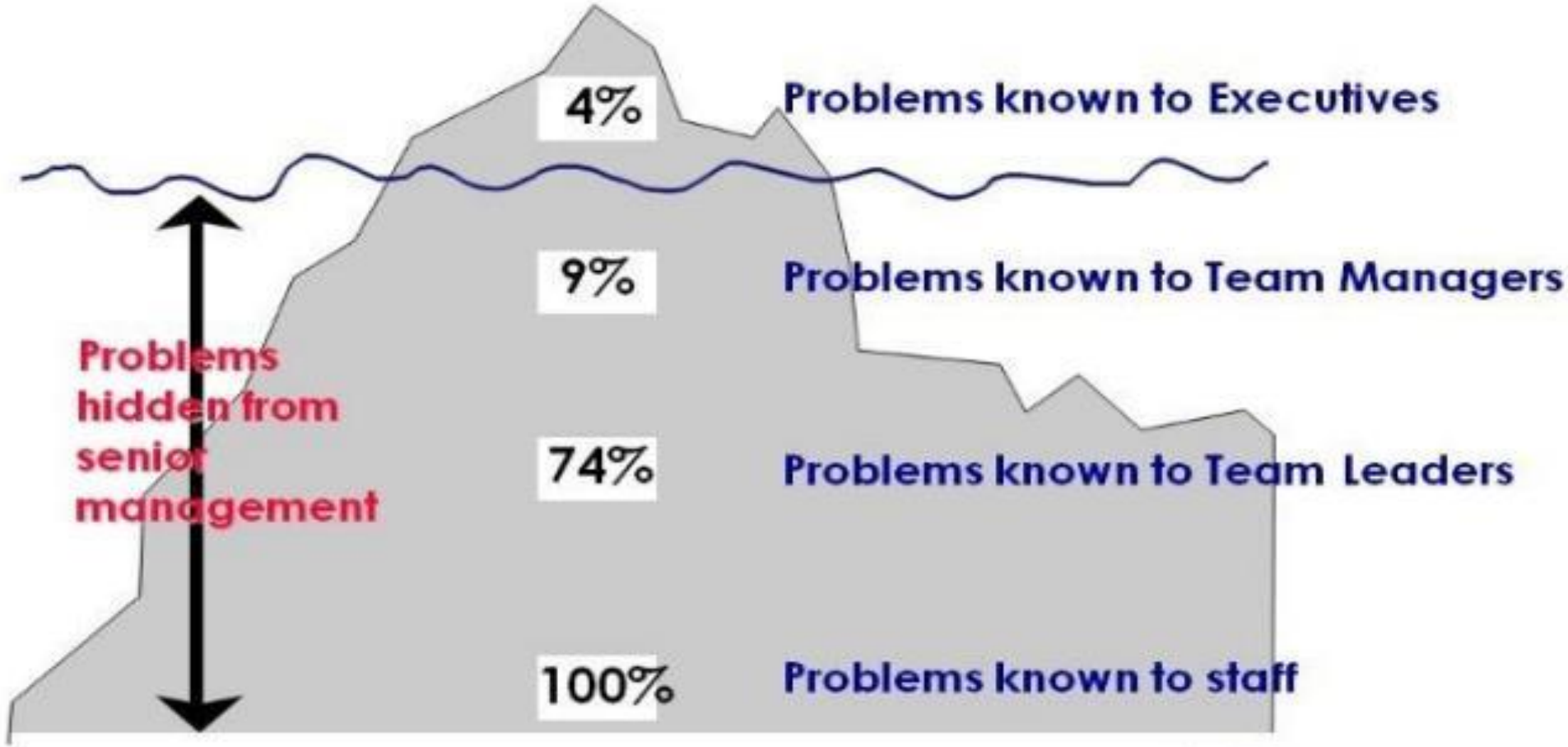
CAPACITA' / POSSIBILITA'

di orientare il comportamento di professionisti e di una organizzazione

In Funzione di :

- ✓ Competenze professionali (Autorevolezza)
- ✓ Posizione occupata all'interno della struttura (Autorità)
- ✓ **Informazioni disponibili**

The Iceberg Of Ignorance



Adapted from
"Quality Improvement and TQC Management at Calsonic in Japan and Overseas"
Sydney Yoshida

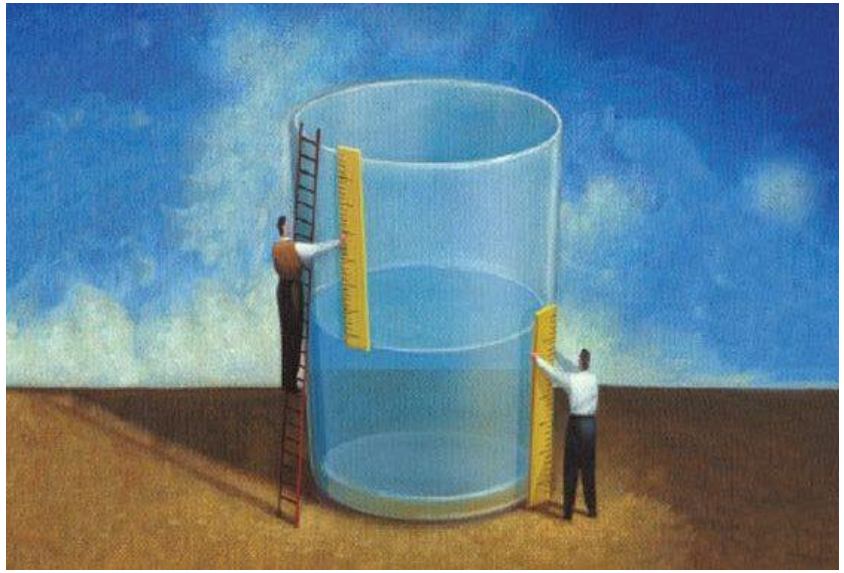
“Un grande errore è quello di credersi più di ciò che si è e stimarsi meno di ciò che si vale.”
JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

Due grandi pericoli: 1. l’autoreferenzialità

— Non capisco dove l’abbia sentita, lei, questa fesseria che la nostra azienda sia in crisi.

Siamo bravi per definizione, per appartenenza, per titolo

Due grandi pericoli: 2. il pessimismo



Un pessimista è uno che, quando sente profumo di fiori, si guarda in giro per vedere dov'è la bara

Henry Louis Mencken

Il rischio opposto a quello dell'autoreferenzialità è quello del «non va bene niente», «non ne vale la pena»

Spesso dipende dalla mancanza di consapevolezza dell'effettiva qualità dei risultati raggiunti

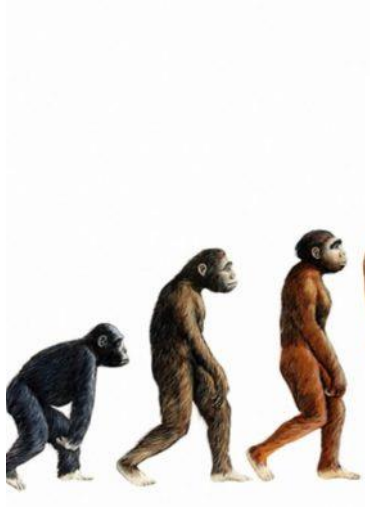
La mancanza di confronto, se è vero che non ci permette di scoprire le carenze da colmare, spesso non ci consente di dimostrare le effettive eccellenze

2. Contrastare l’autoreferenzialità ma superare anche la visione negativa

Misurare

da un lato le criticità,

dall’altro le eccellenze



3.Calare il mondo degli indicatori nella realtà quotidiana

- Garantire il feed-back
- Incidere sull’organizzazione
- Complementarietà fra area gestionale ed area clinica
- Assicurare il valore

IL PERCORSO CHIRURGICO

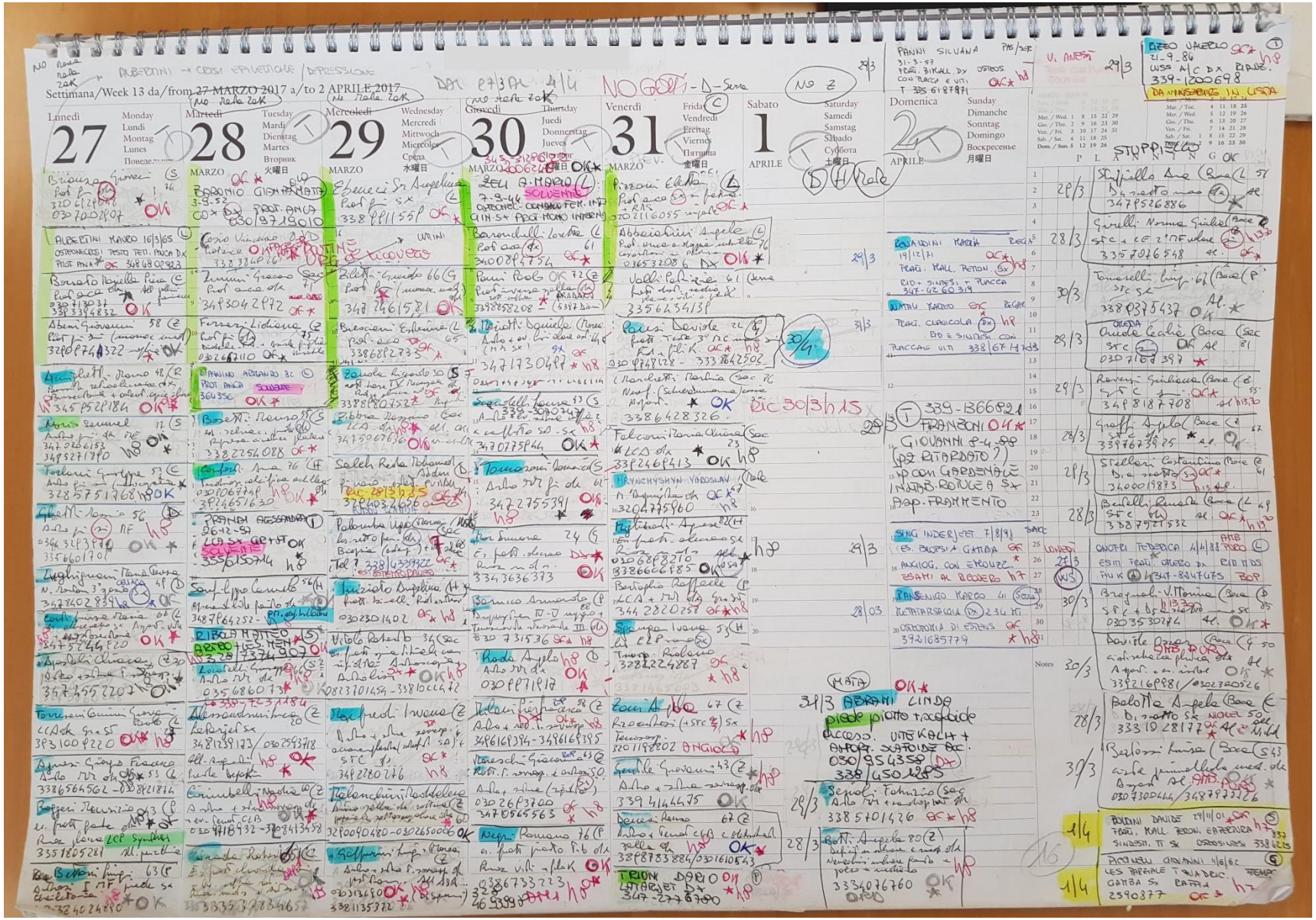
Misurare i PROCESSI

- Misurare processi sotto il profilo organizzativo. Esempio: sale operatorie.
  - **Ore assegnate**:
  - **Ore complessive effettuate**:
  - **Ore sforamento**:
  - **Ore urgenza 1 livello:**
  - **Ore urgenza 2 livello**:
  - **Tempo di preparazione**
  - **Tasso di occupazione delle sale operatorie**:
  - **Indice di rotazione**:
  - **Durata media degli interventi e deviazione standard**:
  - **Indice di sforamento**:
  - **Indice di urgenza**:
  - **Indice di inutilizzo**:
  - **Indice di sdoppiamento**:
  - **Tempi di chiamata**

Miglioramento degli aspetti organizzativi

Programmazione e Controllo delle attività

La programmazione operatoria, da così ....

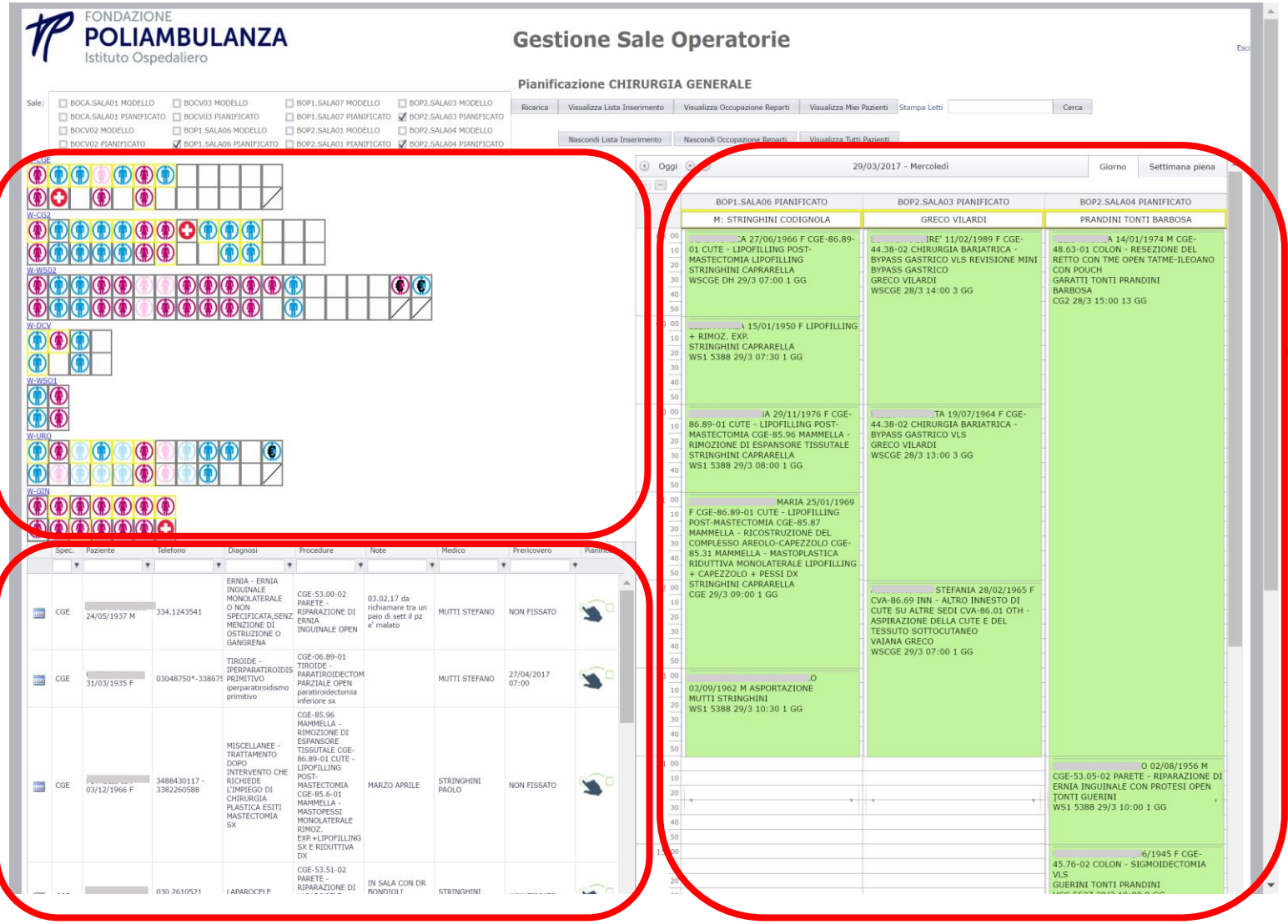


.....a così: HRP Hospital Resource Planning

Surgery planning and inpatient beds management integrated web tool

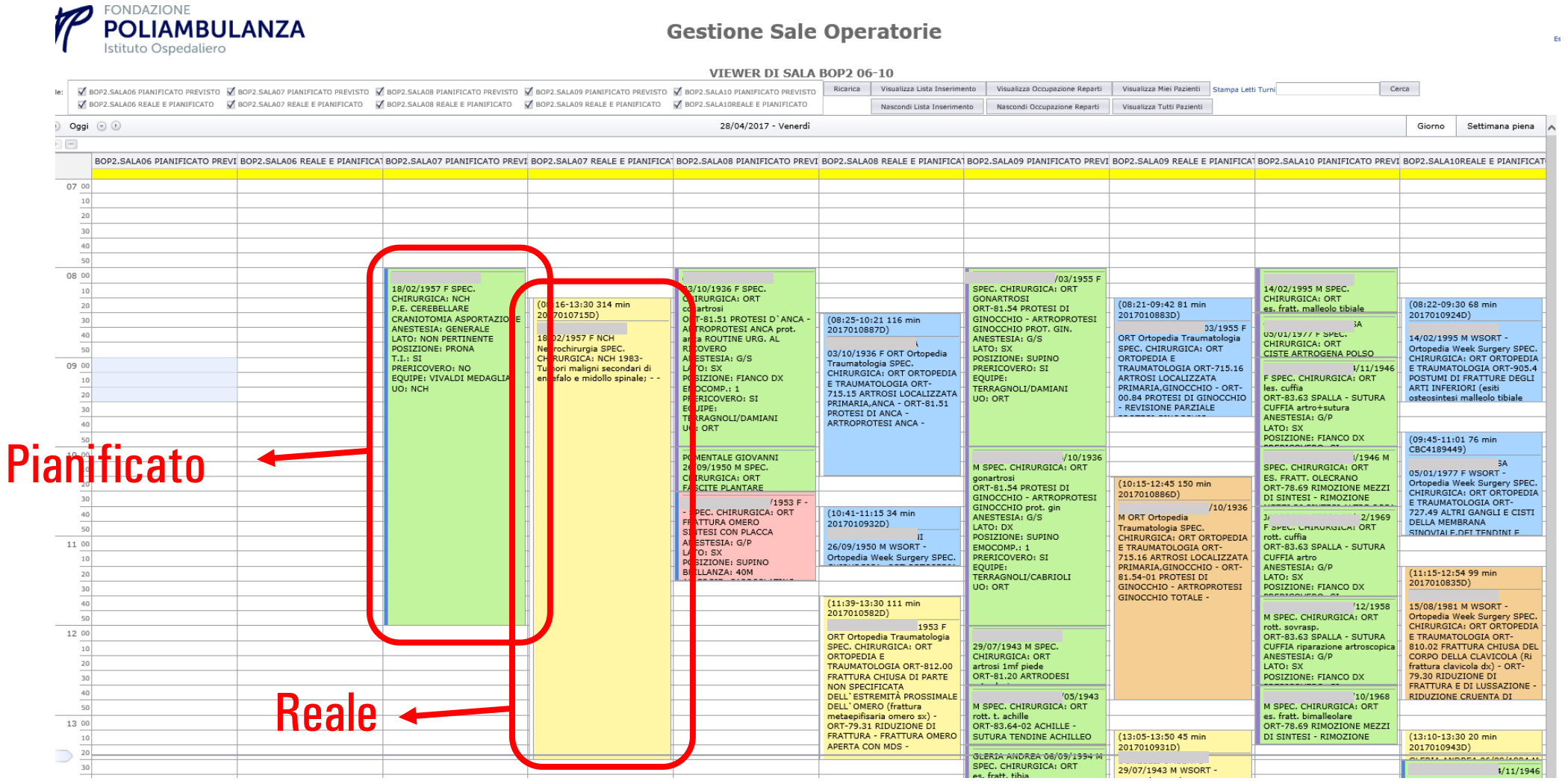
Inpatient Bed forecast

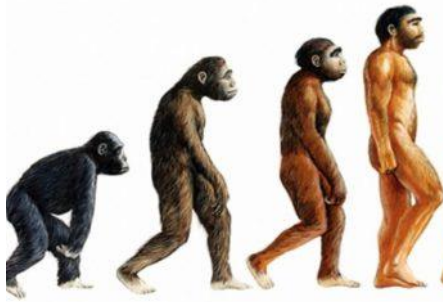
Patients waiting list



Planned patients into operating rooms

Visibilità e monitoraggio in tempo reale delle attività di sala operatoria





4. Coinvolgere i protagonisti

Quali processi ospedalieri misurare

Quali attività di miglioramento mettere in campo

Quali situazioni di rischio monitorare

Come valutare i progressi fatti

Non dovrebbe essere compito esclusivo di un Ufficio Qualità: la leadership dell'ospedale, dei Dipartimenti, delle Unità Operative deve definire le priorità di misurazione e di miglioramento.
Le funzioni di Risk Management, Qualità, Lean, fungono da facilitatori, devono essere a servizio dei leader, che dovrebbero diventare i veri protagonisti.

Misurare i PROCESSI e gli OUTCOME

I leader di dipartimento o servizio devono essere i principali attori nella selezione e nel monitoraggio dell'attività clinico-assistenziale

Abbiamo detto loro:

E' compito di chi dirige l'Unità, sotto il profilo medico, infermieristico e tecnico:

- Scegliere le priorità di misurazione
- Capire se e dove bisogna migliorare
  - per ridurre la discrezionalità e le inefficienze,
  - per incrementare la sicurezza delle procedure
  - per migliorare l'efficacia delle terapie o dei trattamenti
  - per migliorare la soddisfazione del paziente
  - per mirare all'eccellenza o per dimostrare la qualità del lavoro svolto

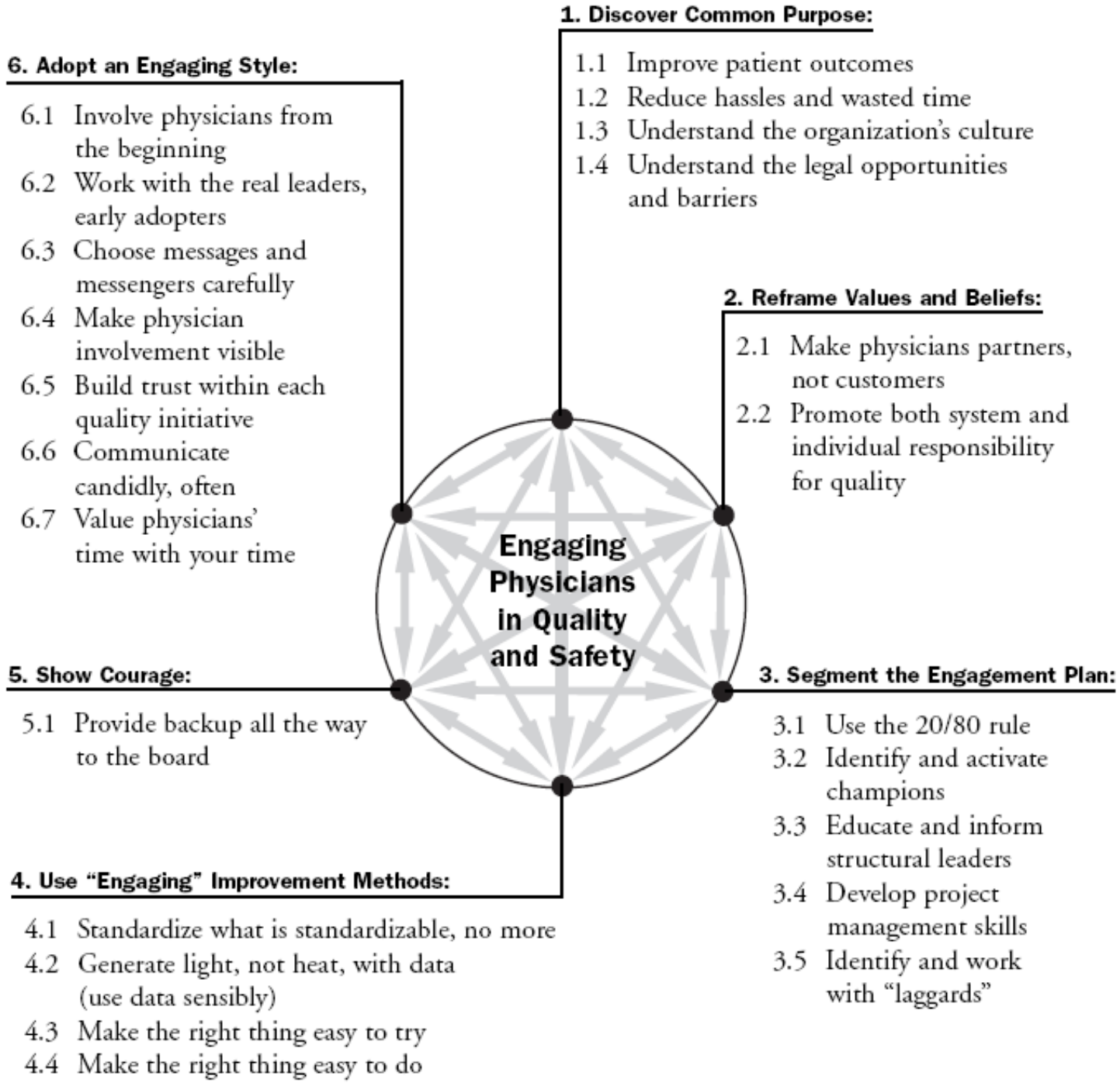
INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT

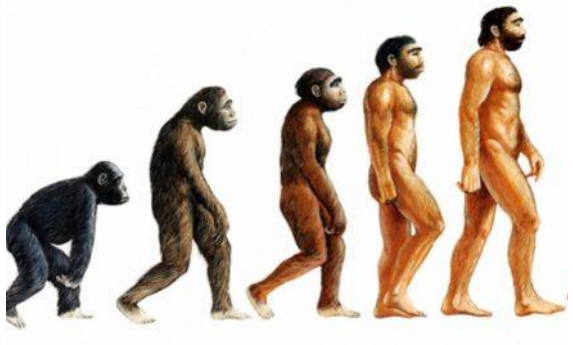
Innovation Series 2007

Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda

Authors:

James L. Reinertsen, MD: *President, The Reinertsen Group; IHI Senior Fellow*
Alice G. Gosfield, JD: *Principal, Alice G. Gosfield and Associates PC*
William Rupp, MD: *President and CEO, Immanuel St. Joseph's – Mayo Health System*
John W. Whittington, MD: *Patient Safety Officer and Medical Director of Knowledge Management, OSF Healthcare System; IHI Senior Faculty*


1. Discover Common Purpose:
1.1 Improve patient outcomes
1.2 Reduce hassles and wasted time
1.3 Understand the organization's culture
1.4 Understand the legal opportunities and barriers
2. Reframe Values and Beliefs:
2.1 Make physicians partners, not customers
2.2 Promote both system and individual responsibility for quality
3. Segment the Engagement Plan:
3.1 Use the 20/80 rule
3.2 Identify and activate champions
3.3 Educate and inform structural leaders
3.4 Develop project management skills
3.5 Identify and work with "laggards"
4. Use "Engaging" Improvement Methods:
4.1 Standardize what is standardizable, no more
4.2 Generate light, not heat, with data (use data sensibly)
4.3 Make the right thing easy to try
4.4 Make the right thing easy to do
5. Show Courage:
5.1 Provide backup all the way to the board
6. Adopt an Engaging Style:
6.1 Involve physicians from the beginning
6.2 Work with the real leaders, early adopters
6.3 Choose messages and messengers carefully
6.4 Make physician involvement visible
6.5 Build trust within each quality initiative
6.6 Communicate candidly, often
6.7 Value physicians' time with your time
Engaging Physicians in Quality and Safety



5.Creare sintesi e condivisione

- Report per Unità Operative integrando tutte le informazioni disponibili, interne (Direzione, Unità Operative) ed esterne (Regione, Agenas, ecc)
- Indicatori integrati con le attività di risk management, creando un nuovo sistema di Risk Assessment

Fonti dei dati

- Dati elaborati su S.D.O. a livello nazionale (Agenas, S.AnnaPisa?)
- Dati elaborati su S.D.O. a livello Regionale (registri patologia, patogeni, indicatori AHRQ, ecc)
- Dati estraibili da EMR internamente
- Osservazioni sul campo
- «registri» interni alle U.O.

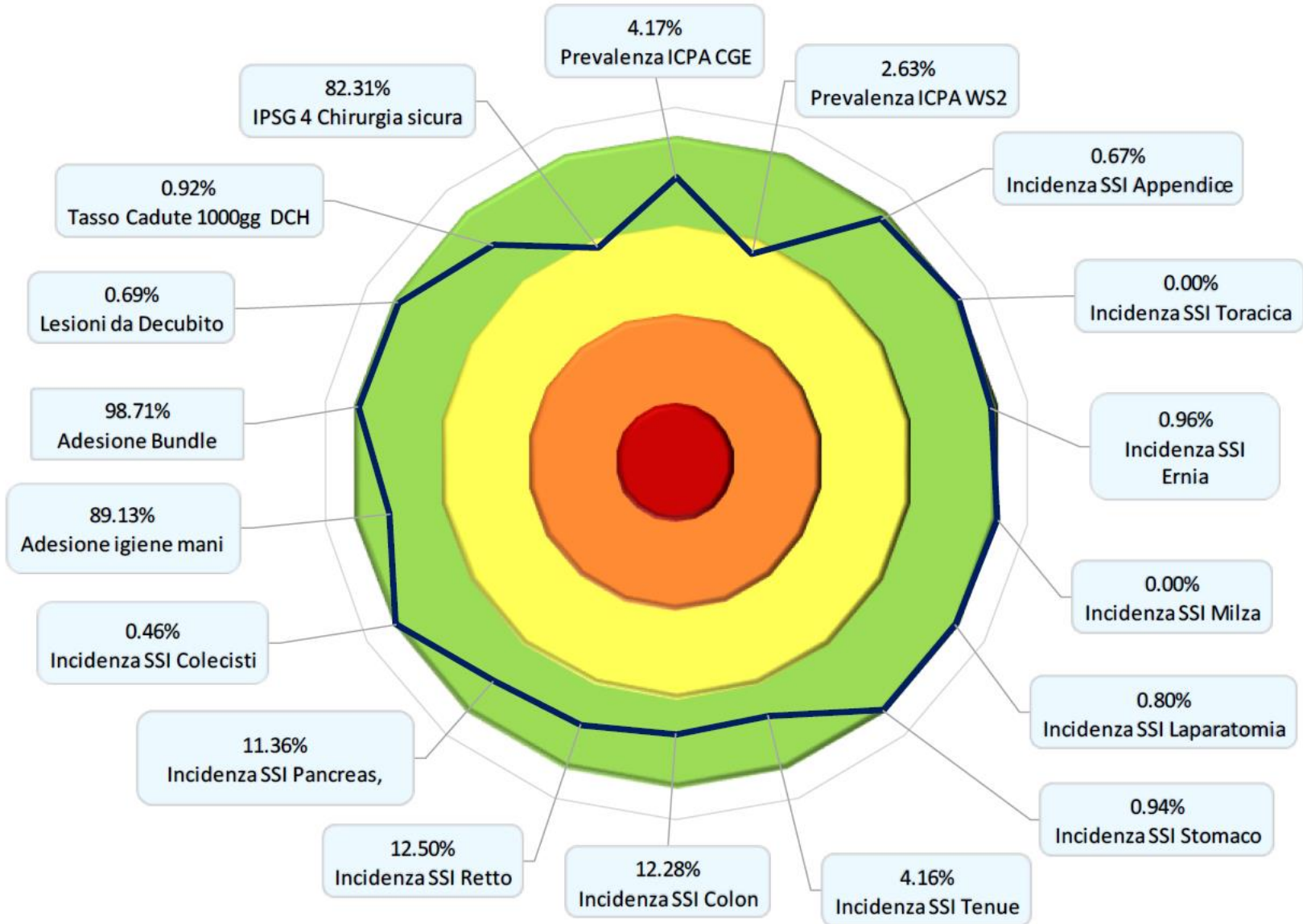
Elaborazioni

- Indicatori generali di struttura (report specifici per infezioni, cadute accidentali, near-miss, ecc)
- Indicatori per Dipartimento / Unità Operativa
- Indicatori per tipologia di «percorso»
- Indicatori individuali

Benchmarking

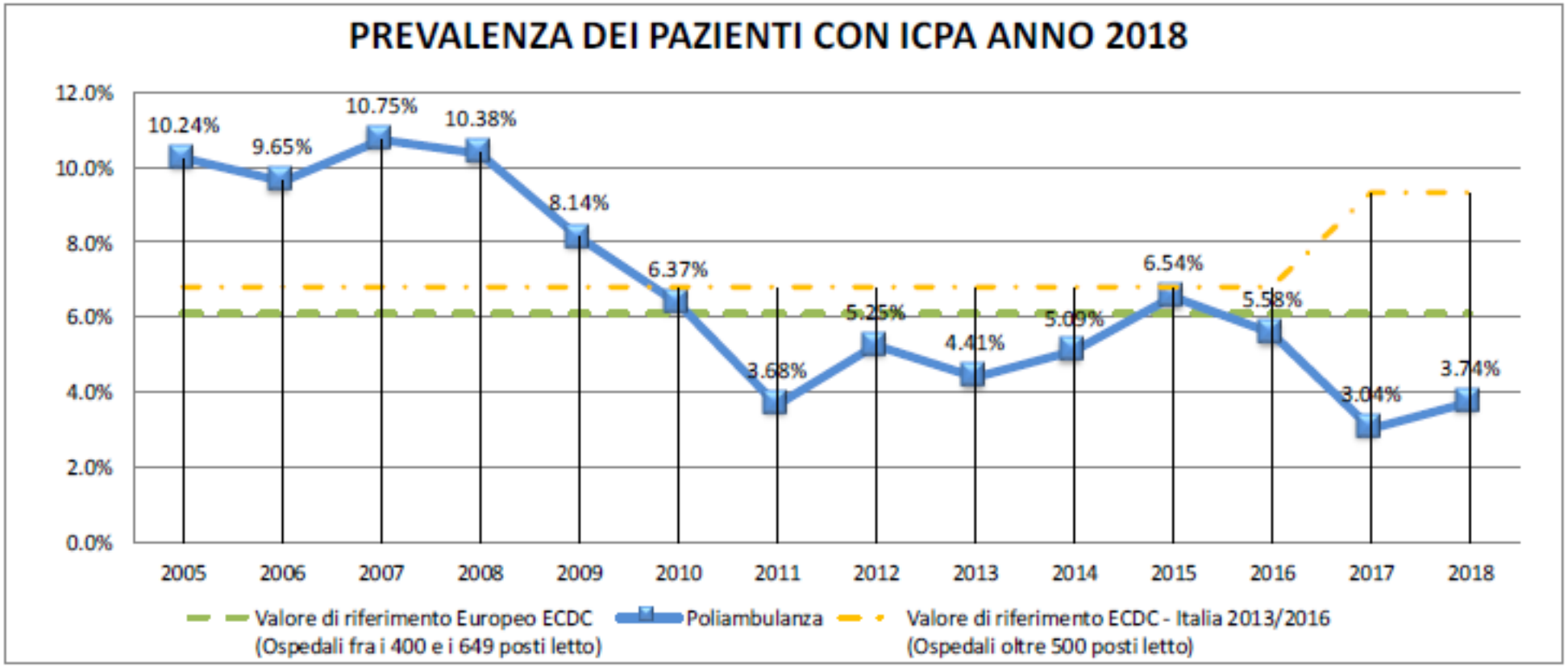
- Agenas
- Regione
- AHRQ
- International Library of Measures (JCI)
- NHS
- ECDC
- Standard di sistemi accreditanti (es: Eusoma)
- Standard società scientifiche, dati di letteratura

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI E SICUREZZA DEL PAZIENTE



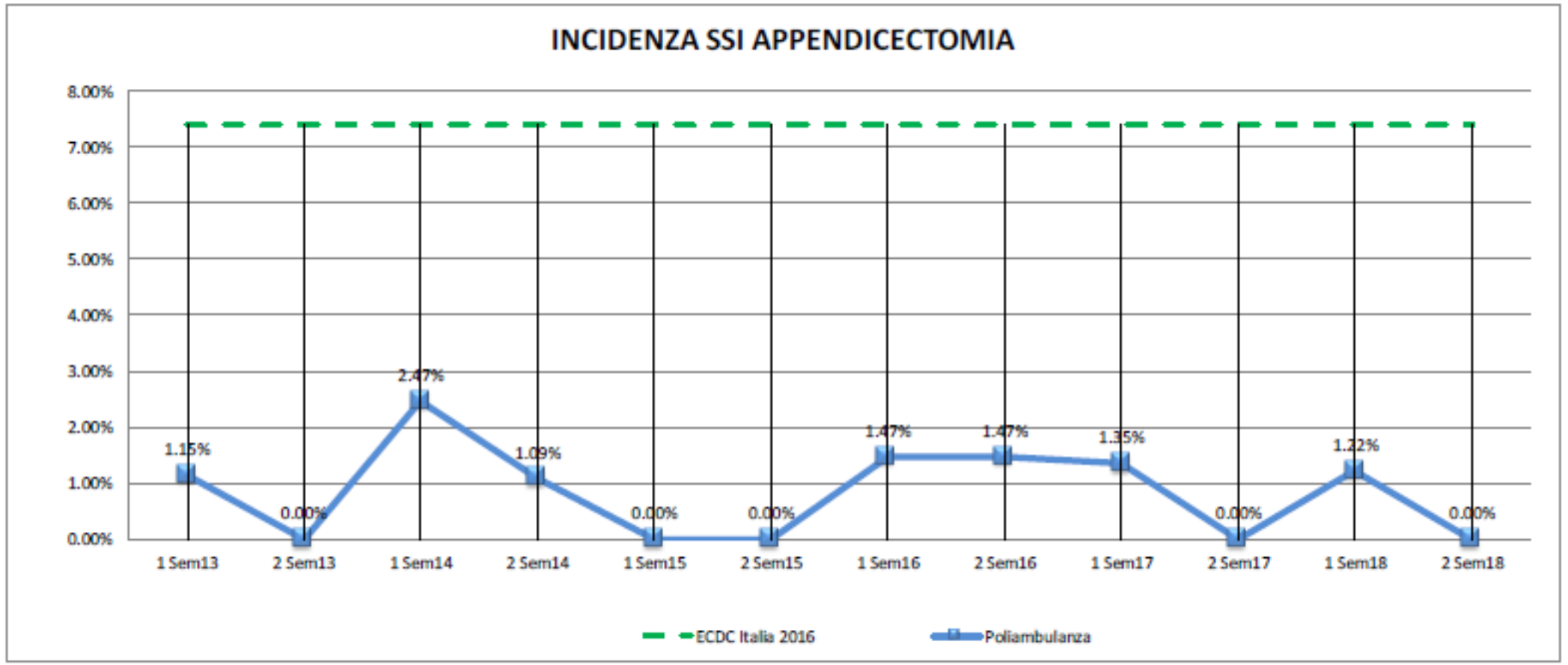
3.1.1 PREVALENZA INFEZIONI ASSOCIATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI (ICPA)

Le indagini di prevalenza consistono nella rilevazione dei casi di infezione associata alle pratiche assistenziali (ICPA) in un giorno indice, selezionato in modo casuale. I risultati di tali indagini vanno quindi presi in considerazione tenendo conto della possibile variabilità connessa a fattori casuali e, soprattutto, acquistano solidità se riferiti all'intera struttura e confrontati nel tempo. Poliambulanza effettua 6 indagini di prevalenza/anno ed i valori complessivi di struttura sono soddisfacenti, mantenendosi solitamente migliori o in linea con i dati europei, che indicano frequenze comprese fra il 2,3 e il 10,8% (valore scelto come riferimento: 6,1%,ECDC 2013 ospedali fra i 400 e i 649 posti letto, 6,8 ECDC 2013 Italia, ospedali oltre i 500 posti letto).

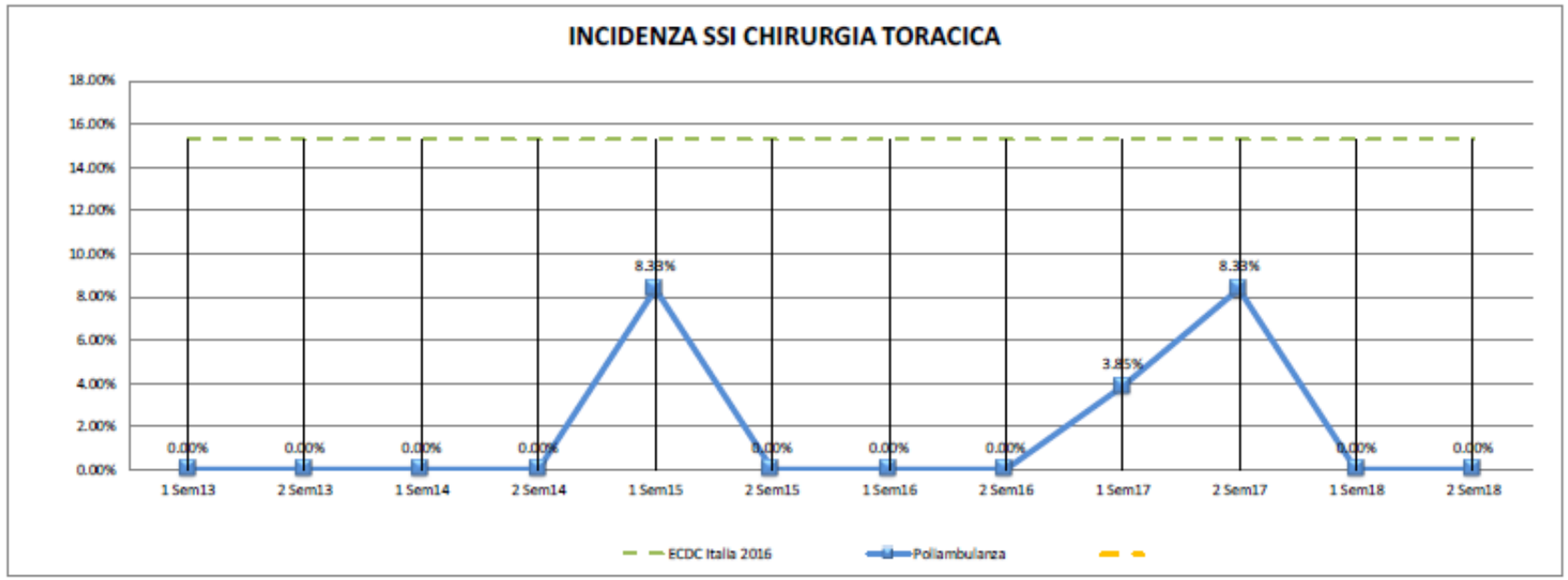


3.1.2 INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

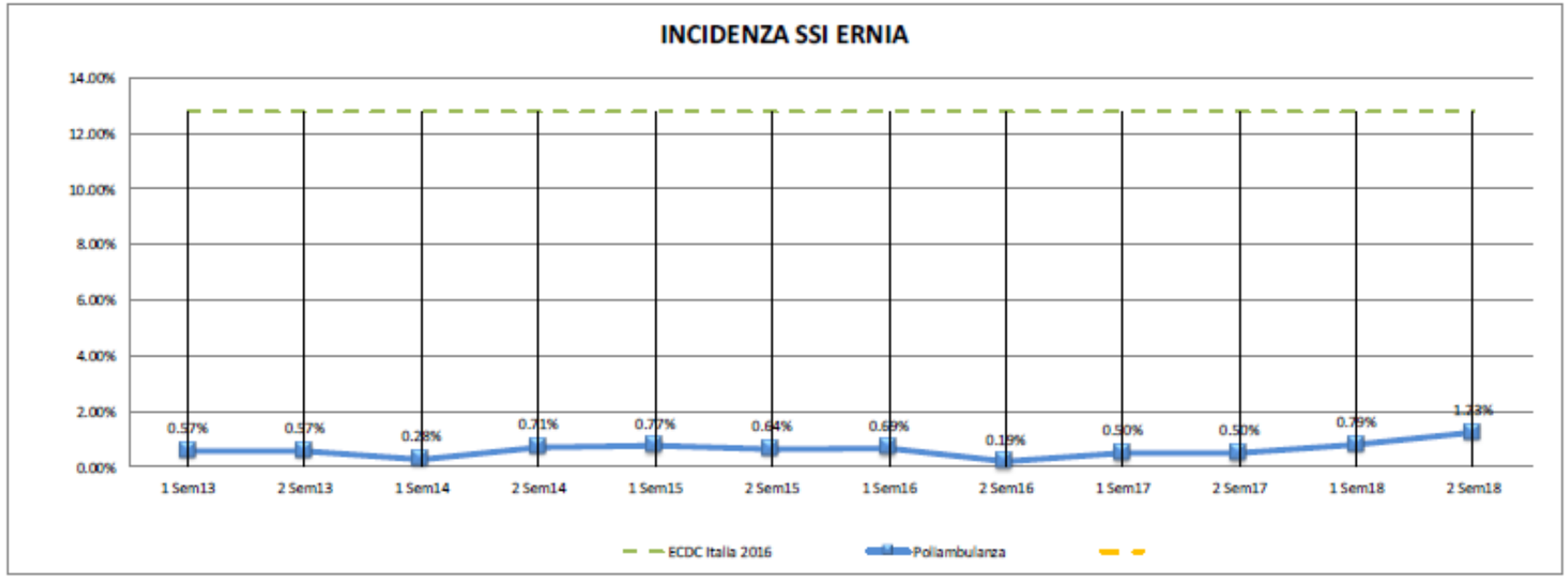
3.1.2.1 INTERVENTI ALL'APPENDICE



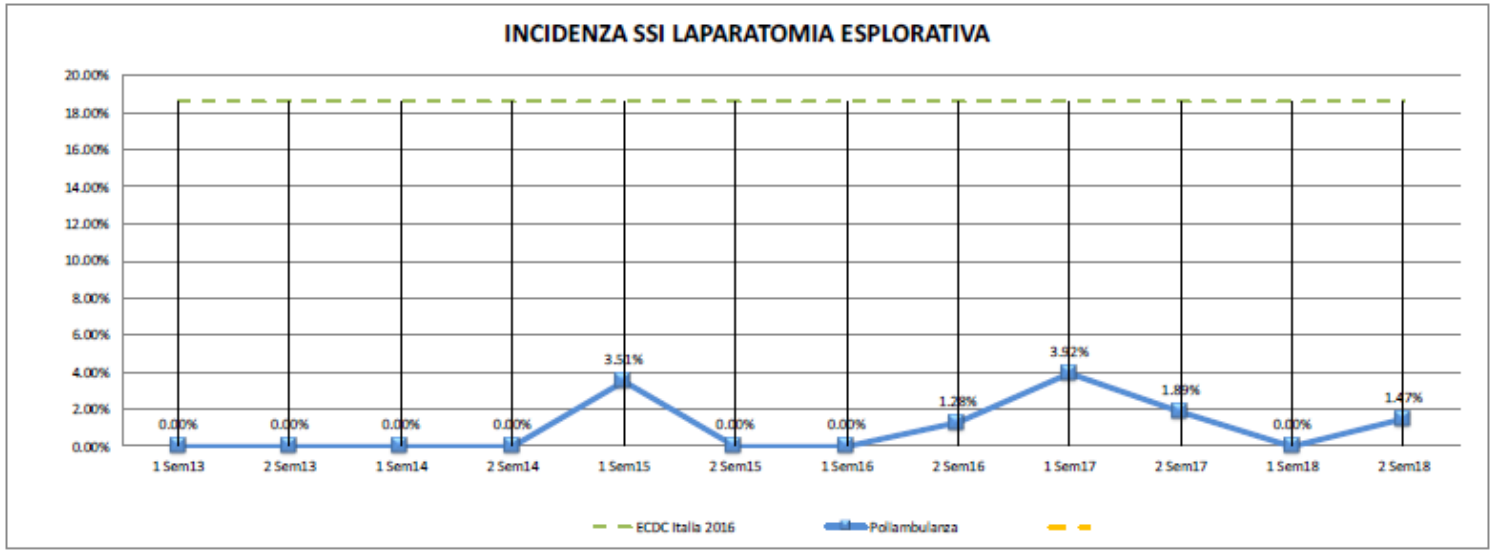
3.1.2.2 INTERVENTI CHIRURGIA TORACICA



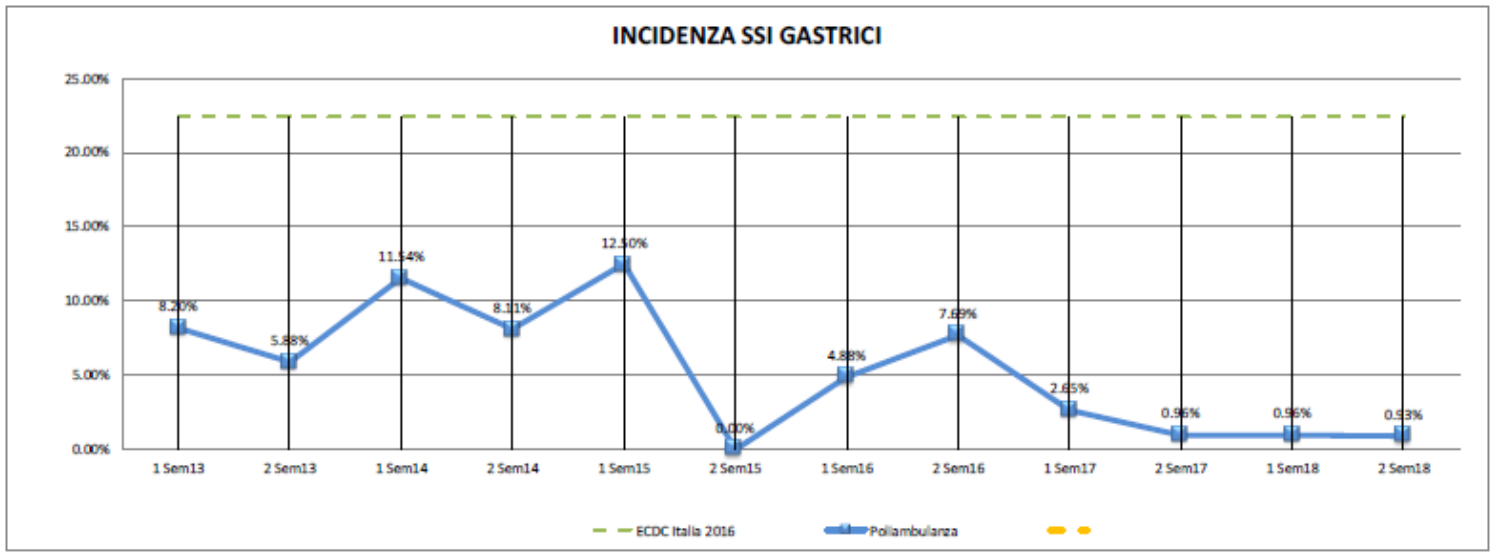
3.1.2.3 RIPARAZIONE ERNIA



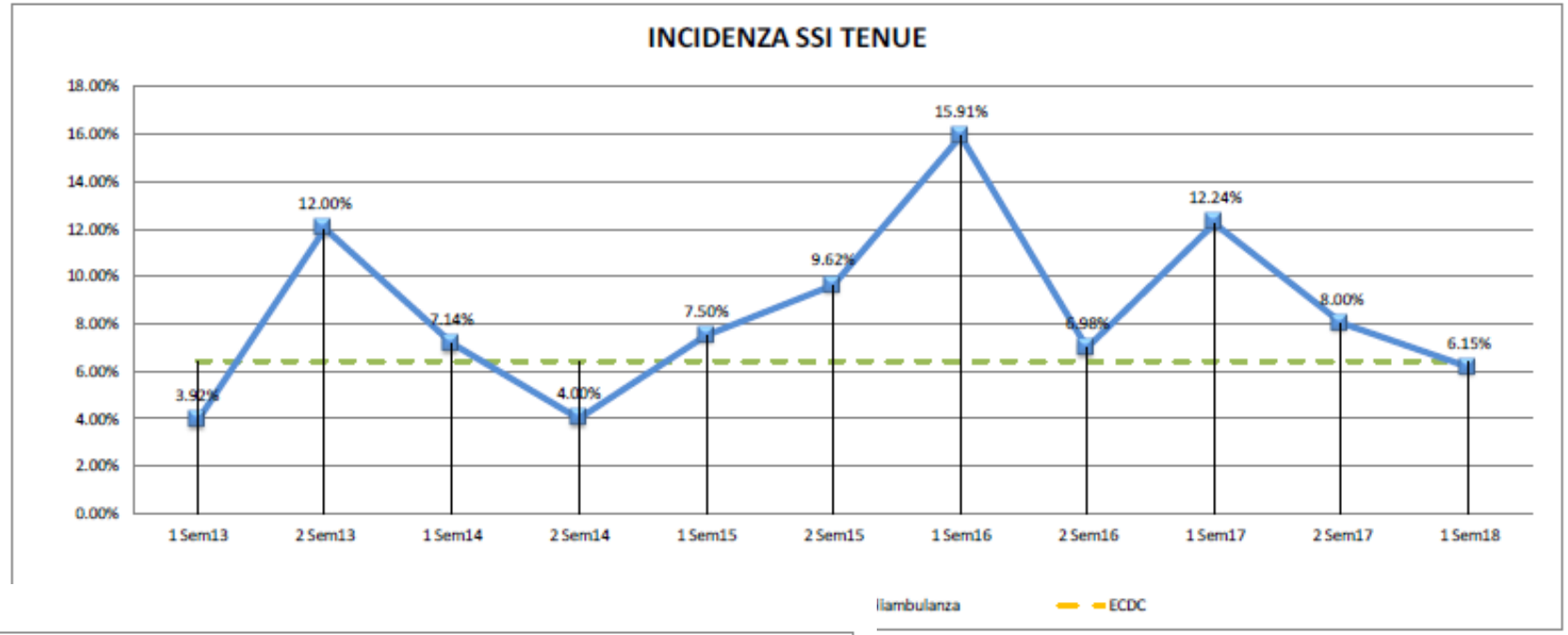
3.1.2.5 LAPARATOMIA ESPLORATIVA



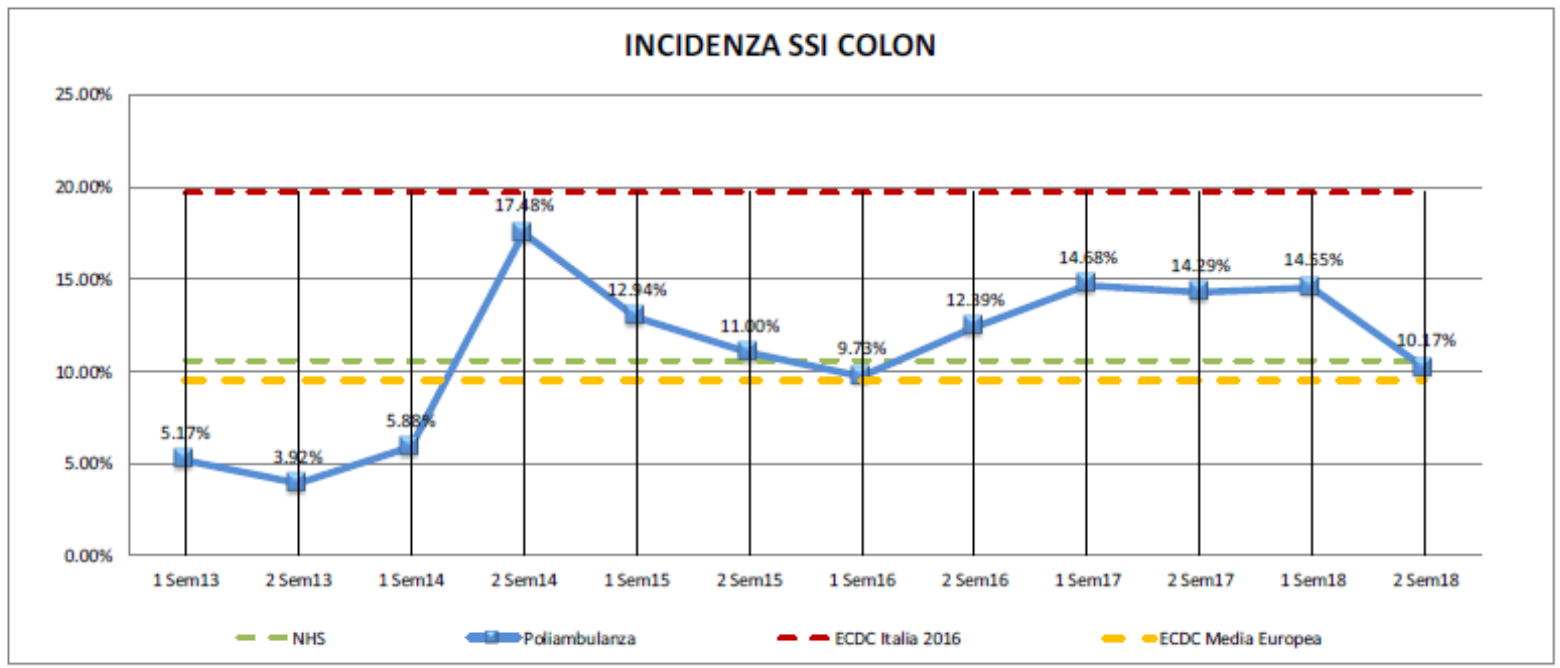
3.1.2.6 INTERVENTI ALLO STOMACO



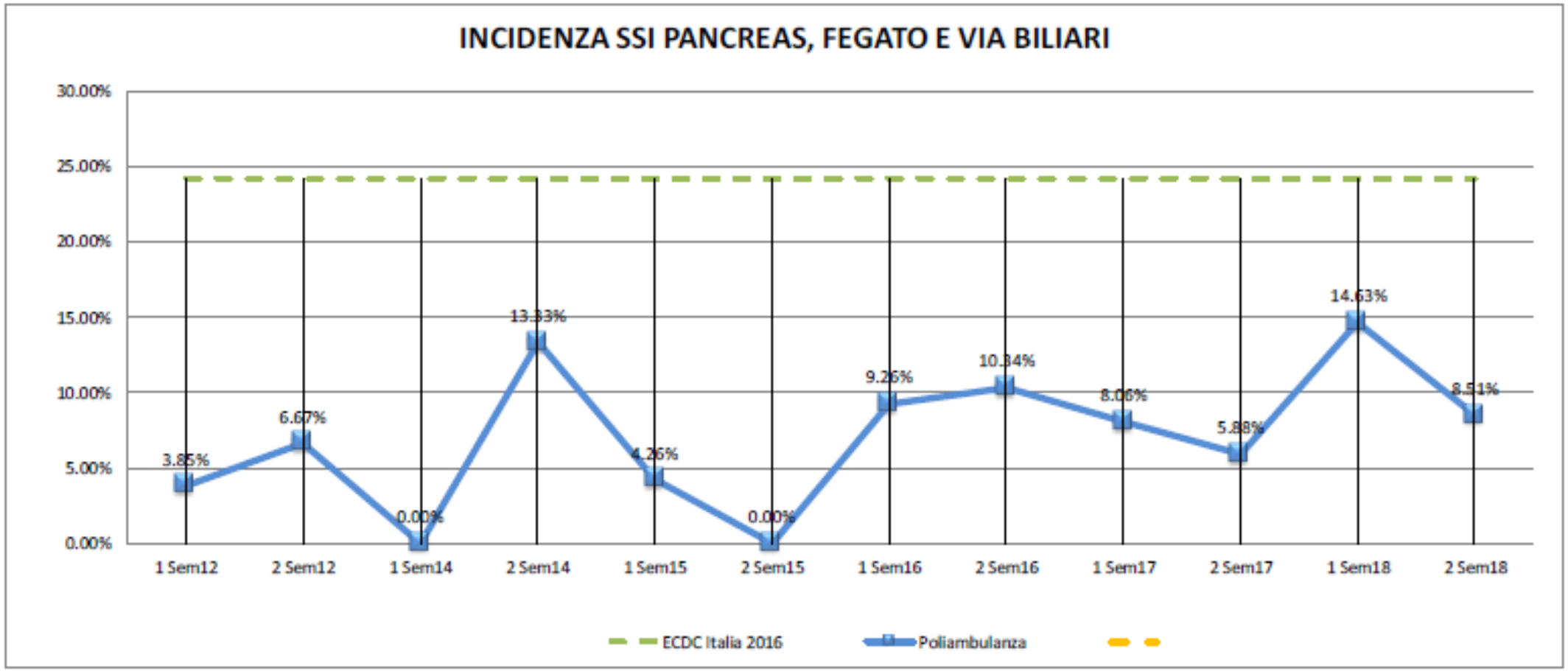
3.1.2.7 INTERVENTI ALL'INTESTINO TENUE



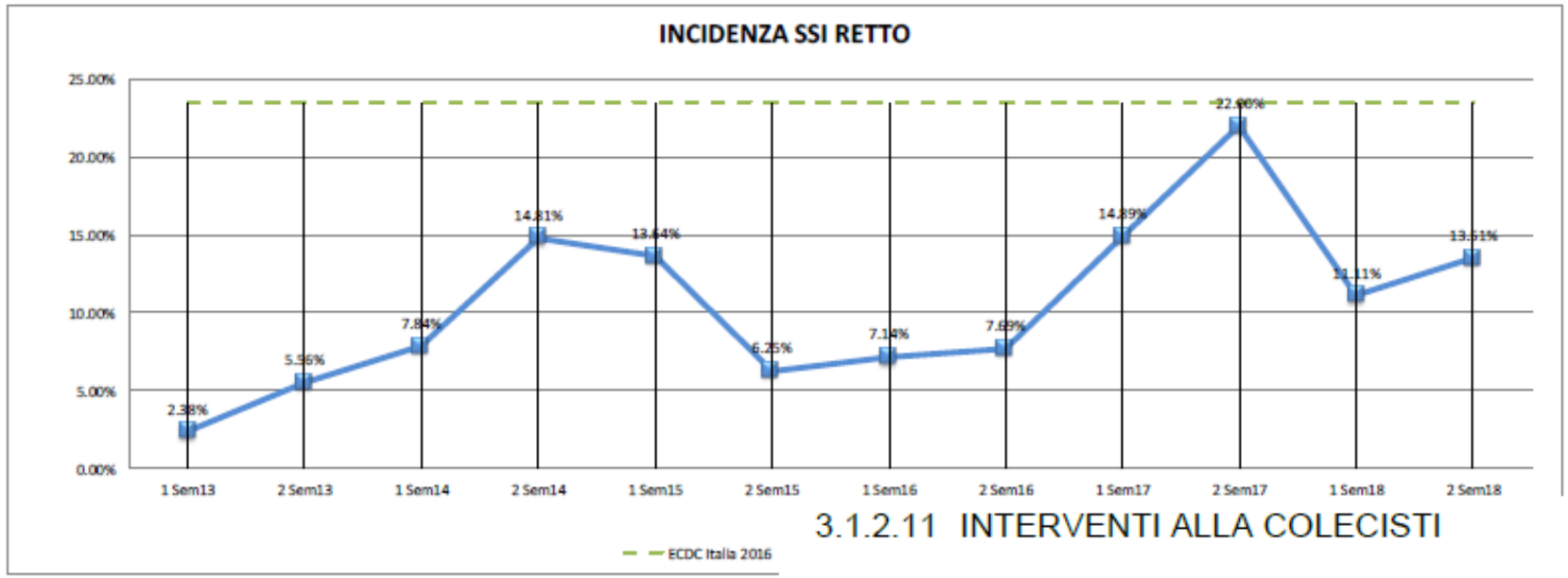
3.1.2.8 INTERVENTI AL COLON



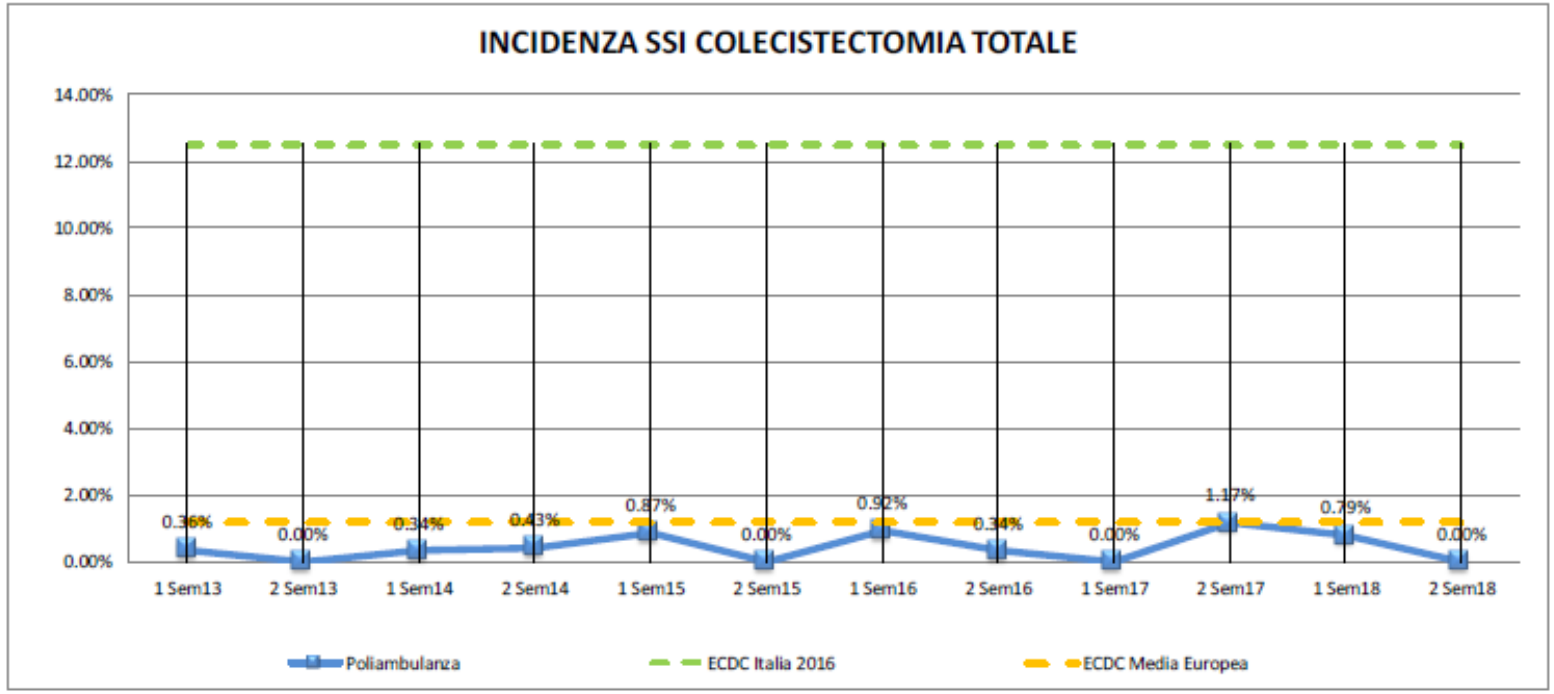
3.1.2.9 INTERVENTI AL FEGATO, PANCREAS E VIE BILIARI



3.1.2.10 INTERVENTI AL RETTO



3.1.2.11 INTERVENTI ALLA COLECISTI



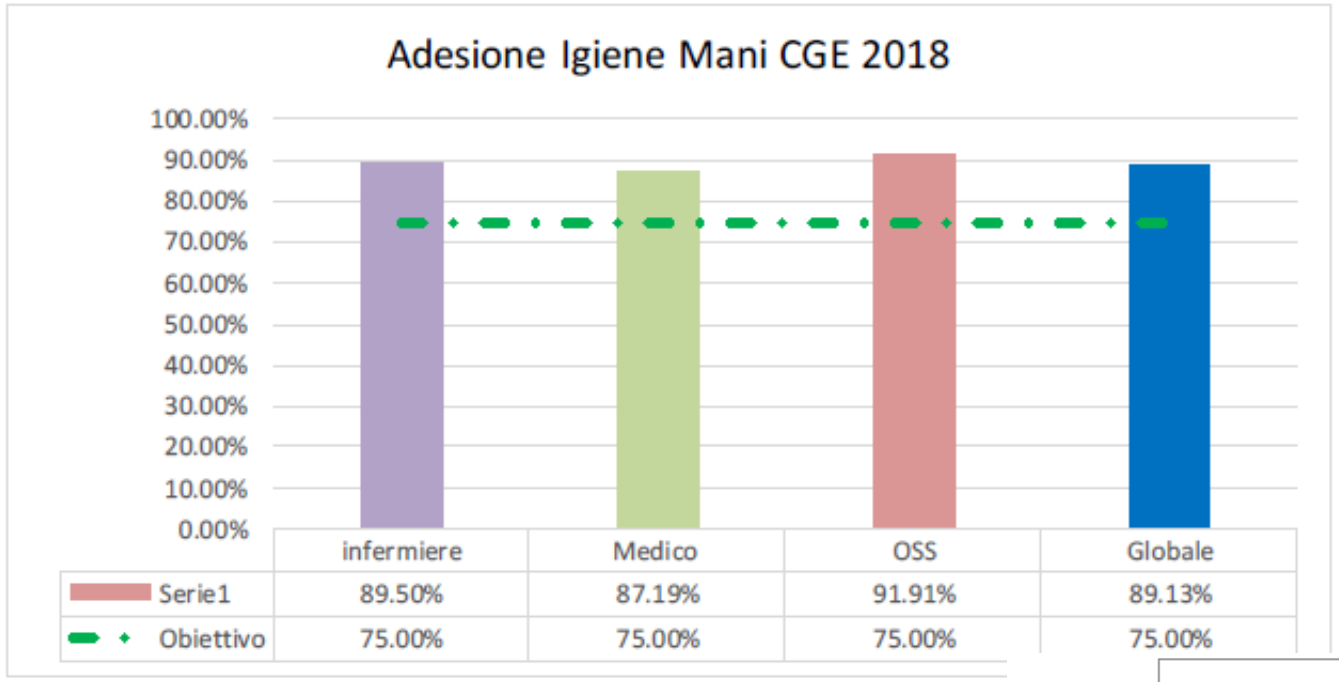
1_Patogeni più frequentemente isolati in ospedale

Analisi del rischio: Controllo delle infezioni ospedaliere PATOGENI PIU' FREQUENTEMENTE ISOLATI IN OSPEDALE									
FATTORE DI RISCHIO	GRAVITA'							PROBABILITA'	INDICE DI PRIORITA' DI RISCHIO %
	RILEVANZA				ATTENUAZIONE				
	DANNO POTENZIALE PER IL PAZIENTE	ORGANIZZAZIONE	COSTI DIRETTI	IMPATTO MEDIATICO	IDENTIFICABILITA'	COMPETENZE SPECIFICHE	PROCEDURE E PROTOCOLLI		
	1 - 5	1 - 5	1 - 5	1 - 5	1 - 5	1 - 5	1 - 5	1 - 5	0 - 100%
MRSA(Stafilococco Resistente alla Meticillina)	2	3	3	2	1	2	1	2	16,00%
VRE (Enterococcus fecium/fecalis resistente alla Vancomicina)	3	3	3	2	2	3	1	1	10,67%
CRE(Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi) e Altri microrganismi multi farmaco resistenti*	3	3	3	2	2	3	1	2	21,33%
Klebsiella pneumoniae produttrice di carbapenemasi (CPE-KPC)	3	3	3	2	2	3	1	2	21,33%
Escherichia coli produttore di carbapenemasi (CPE)	3	3	3	2	2	3	1	2	21,33%
Pseudomonas aeruginosa produttore di carbapenemasi (CPE)	3	3	3	2	2	3	1	2	21,33%
Acinetobacter MDR	4	3	3	2	2	2	2	2	25,33%
Clostridium difficile	2	3	2	1	1	2	1	2	14,67%
Legionella pneumophila	4	3	3	1	3	3	2	1	13,00%
Aspergillus fumigatus	4	4	3	1	3	3	2	2	26,67%
RSV(Virus Respiratorio Sinciziale)	3	3	2	1	2	2	2	3	30,00%
Rotavirus**	2	3	2	1	3	2	1	4	32,00%
Tuberculosi e micobatteri spp	4	3	3	1	3	2	1	2	24,67%
Neisseria meningitidis	3	4	2	3	2	2	1	1	10,67%
Epatite A	2	3	2	1	2	2	2	1	8,00%
Epatite B	3	2	2	1	2	2	2	2	19,33%
Epatite C	3	2	2	1	2	2	2	2	19,33%
HIV	4	3	3	1	3	2	2	2	25,33%
Campylobacter spp	2	3	2	1	2	2	2	4	32,00%
Salmonella spp	2	3	2	3	2	2	2	4	34,67%
Shigella spp	2	3	2	1	2	2	2	4	32,00%
Serratia	2	3	2	1	2	2	2	2	16,00%
Virus influenzale	3	2	3	1	2	2	2	3	30,00%
Stenotrophomonas maltophilia	3	3	2	1	2	2	2	2	20,00%
Zika Virus	3	2	2	5	4	4	2	1	12,33%
Ebola / Marburg	5	5	5	5	4	4	3	1	18,67%
PUNTEGGIO MEDIO	**2,96**	**3,00**	**2,58**	**1,73**	**2,27**	**2,42**	**1,65**	**2,15**	**21,41%**

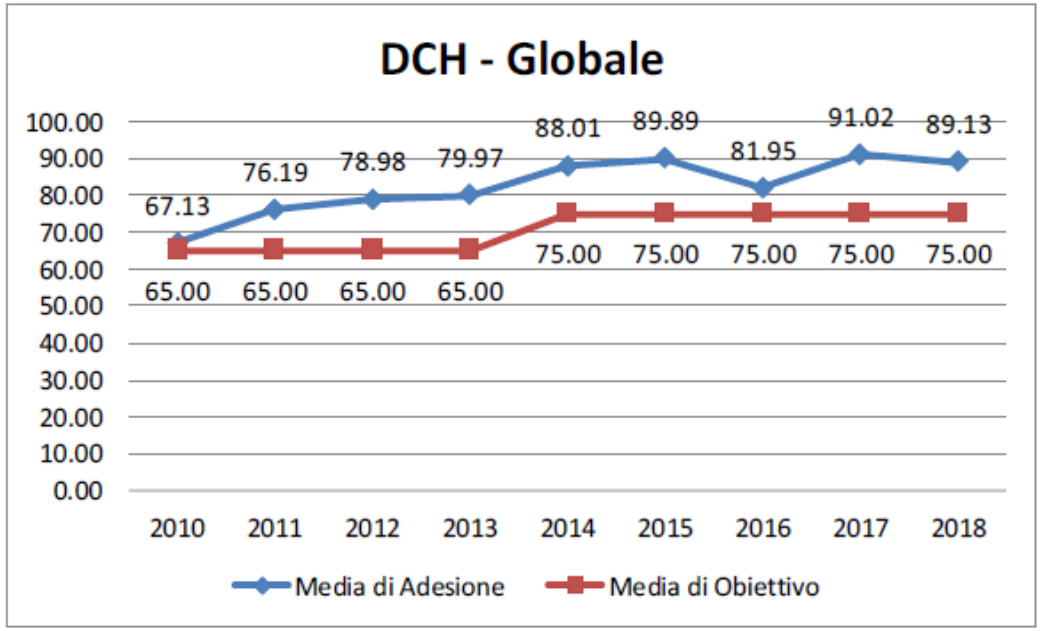
1b- criteri quantitativi per l'attribuzione dei punteggi

GERME SENTINELLA	TOTALE	2017 Tasso per 1000 ricoveri Poliambulanza	2016 Tasso per 1000 ricoveri Poliambulanza	CONFRONTO POLIAMBULANZA 2016/2017	2017 Tasso per 1000 ricoveri Lombardia	CONFRONTO REGIONE LOMBARDIA	2017 Tasso per 10000 Giornate di degenza Poliambulanza	2016 Tasso per 10000 Giornate di degenza Poliambulanza	CONFRONTO POLIAMBULANZA 2016/2017	2017 Tasso per 10000 Giornate di degenza Lombardia	CONFRONTO REGIONE LOMBARDIA
1. ASPERGILLUS FUMIGATUS	16	0.50	0.35	44.5%	0.8	-37.6%	1.00	0.71	41.8%	0.87	14.9%
1. CAMPYLOBACTER SPP	47	1.47	1.23	19.7%	0.9	62.9%	2.94	2.50	17.5%	0.97	202.8%
1. CLOSTRIDIUM DIFFICILE	28	0.87	0.82	7.0%	4.18	-79.1%	1.75	1.67	5.0%	4.5	-61.1%
1. LIEVITI DA SANGUE	13	0.41	0.91	-55.5%	1.28	-68.3%	0.81	1.86	-56.3%	1.38	-41.1%
1. N. MENINGITIDIS (EMOCOLTURA-LIQUOR)							0.00				
1. ROTAVIRUS	195	6.08	4.46	36.4%	3.55	71.4%	12.19	9.10	33.9%	3.82	219.0%
1. SALMONELLA ENTERICA	47	1.47	1.79	-18.1%	1.09	34.5%	2.94	3.65	-19.6%	1.18	148.9%
1. SALMONELLA TYPHI	4	0.12	0.03	297.3%	0.03	316.0%	0.25	0.06	289.9%	0.03	733.2%
1. SHIGELLA SPP		0.00	0.13	-100.0%	0.02	-100.0%	0.00	0.26	-100.0%	0.02	-100.0%
2. ACINETOBACTER SPP	12	0.37	1.04	-63.9%	1.84	-79.7%	0.75	2.12	-64.6%	1.99	-62.3%
2. E. COLI CARBAPENEMI RES.		0.00	0.06	-100.0%	0.21	-100.0%	0.00	0.13	-100.0%	0.23	-100.0%
2. E. FAECIUM VRE	2	0.06			0.65	-90.4%	0.12			0.7	-82.1%
2. ESCHERICHIA COLI ESBL+	212	6.61	6.88	-3.9%	12.49	-47.0%	13.25	14.04	-5.6%	13.45	-1.5%
2. K. PNEUMONIAE CARBAPENEMI RES.	24	0.75	0.66	13.5%	2.7	-72.3%	1.50	1.35	11.4%	2.91	-48.5%
2. KLEBSIELLA SPP ESBL+	63	1.97	1.10	78.8%	4.39	-55.2%	3.94	2.24	75.5%	4.73	-16.8%
2. P. AERUGINOSA CARBAPENEM RES.	25	0.78	0.69	12.9%	3.89	-79.9%	1.56	1.41	10.8%	4.19	-62.7%
2. PROTEUS MIRABILIS ESBL+	34	1.06	0.72	46.8%	1.8	-41.1%	2.12	1.47	44.1%	1.94	9.5%
2. S.PNEUMONIAE PENICILLINA RES.		0.00	0.06	-100.0%	0.07	-100.0%	0.00	0.13	-100.0%	0.08	-100.0%
2. SERRATIA SPP	21	0.66	0.75	-13.1%	1.67	-60.8%	1.31	1.54	-14.7%	1.8	-27.1%
2. STAFILOCOCCO AUREO MRSA	104	3.25	3.02	7.6%	6.91	-53.0%	6.50	6.15	5.6%	7.45	-12.8%
2. STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA	15	0.47	0.44	6.4%	1.59	-70.6%	0.94	0.90	4.4%	1.71	-45.2%
3. B. CEPACIA	1	0.03			0.07	-55.4%	0.06			0.07	-10.7%
3. LEGIONELLA											
3. M. TUBERCOLOSIS COMPLEX	9	0.28	0.19	49.0%	0.62	-54.7%	0.56	0.38	46.2%	0.67	-16.1%
3. S. AGALACTIAE (EMOCOLTURA-LIQUOR)	4	0.12			0.18	-30.7%	0.25			0.2	25.0%
3. S. PYOGENES (EMOCOLTURA-LIQUOR)	2	0.06	0.13	-50.3%	0.07	-10.9%	0.12	0.26	-51.3%	0.08	56.2%
3. VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE	69	2.15	1.48	45.8%	1.91	12.7%	4.31	3.01	43.1%	2.06	109.3%
TOTALI E MEDIE	947	1.18	1.22	-3.4%	2.12	-44.2%	2.28	2.50	-8.9%	2.28	9.5%

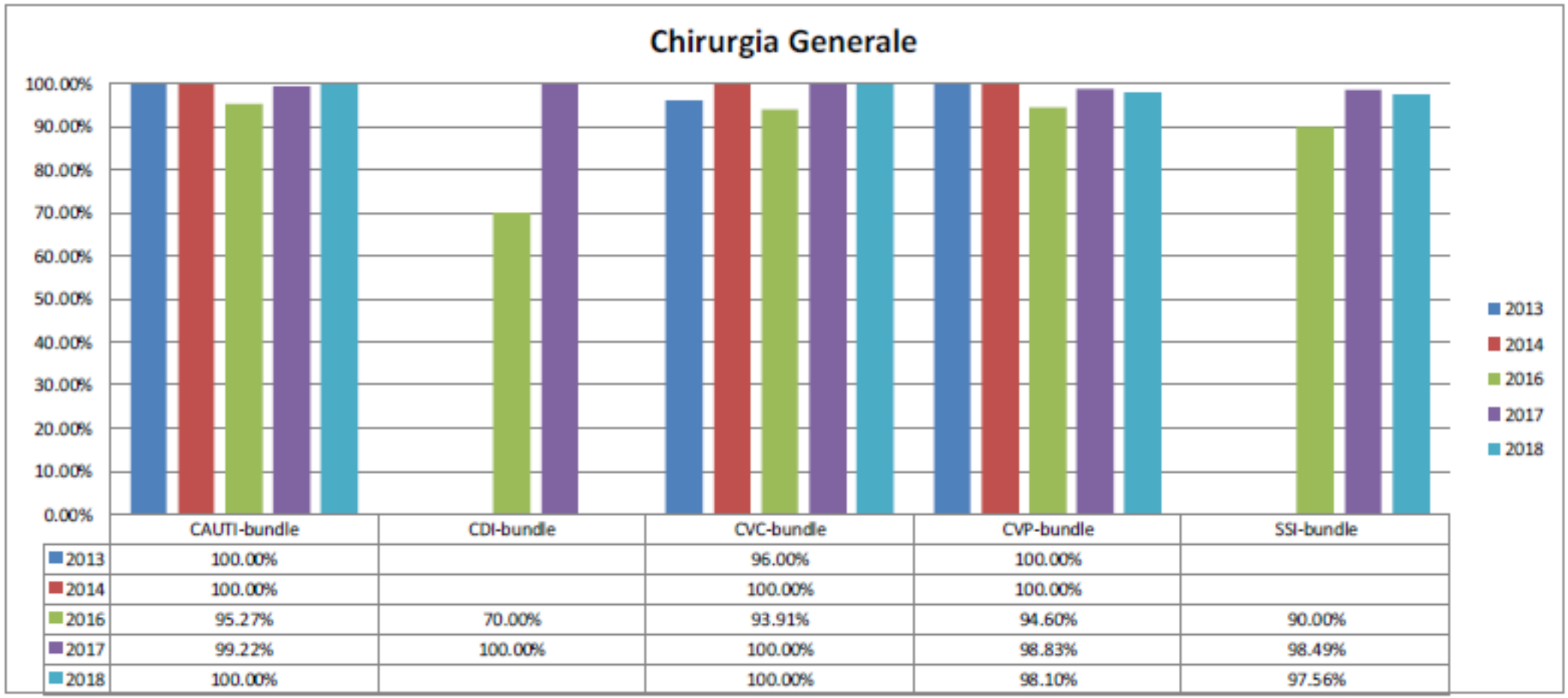
3.1.4 ADESIONE IGIENE MANI (IPSG 5)



	infermiere	Medico	OSS	Globale
Serie1	89.50%	87.19%	91.91%	89.13%
Obiettivo	75.00%	75.00%	75.00%	75.00%

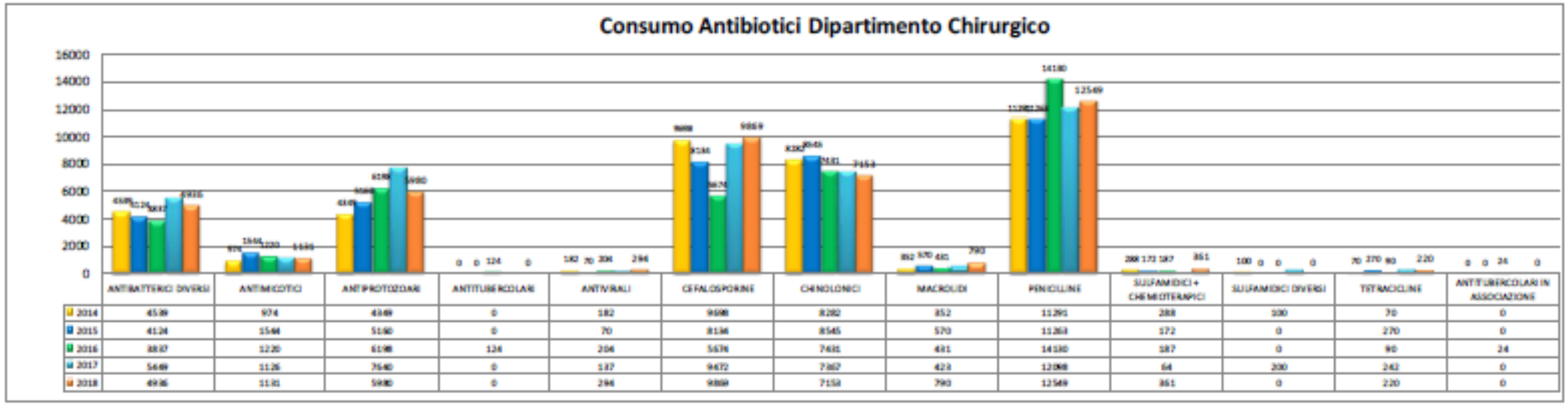


3.1.5 ADESIONE BUNDLE



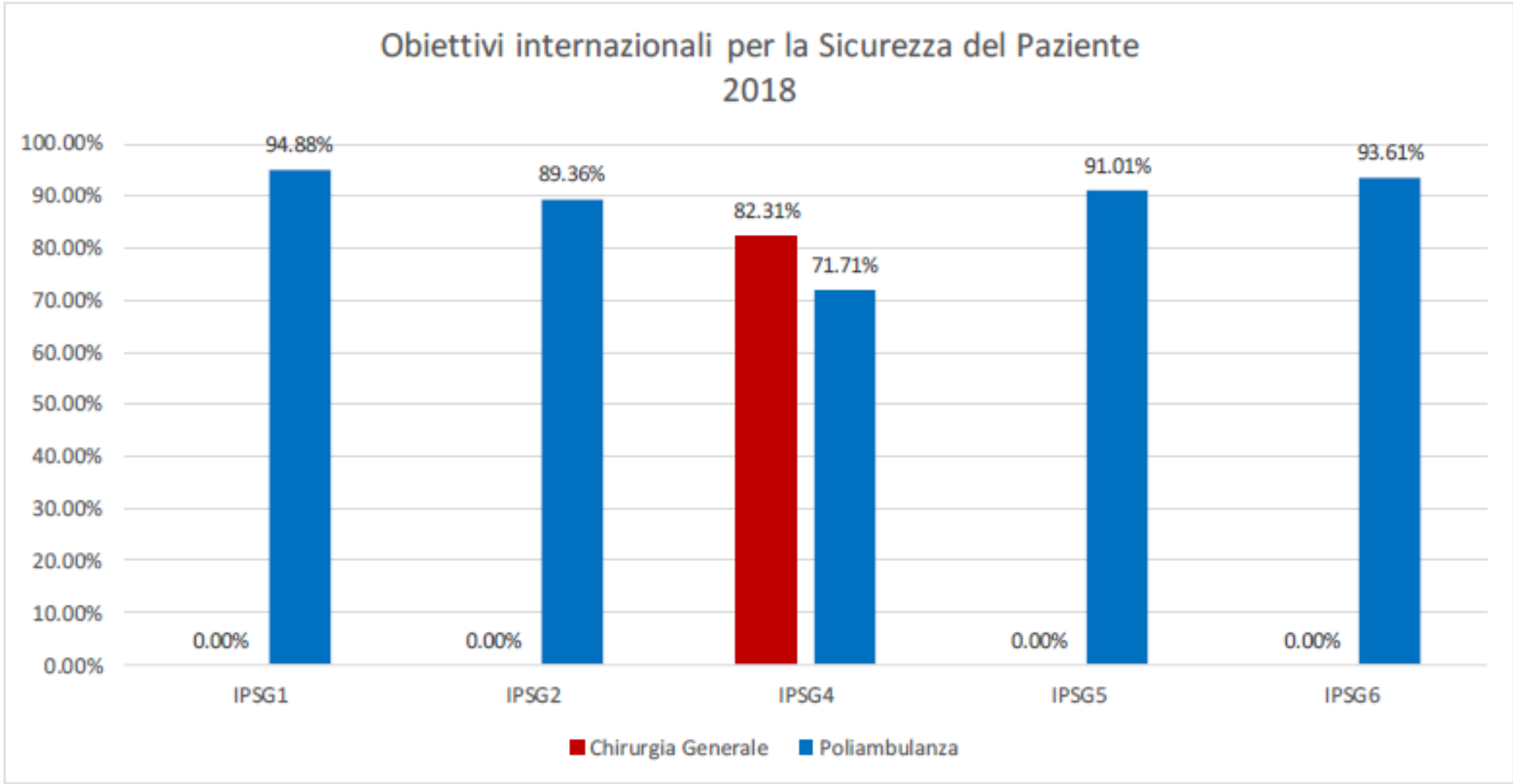
	CAUTI-bundle	CDI-bundle	CVC-bundle	CVP-bundle	SSI-bundle
2013	100.00%		96.00%	100.00%	
2014	100.00%		100.00%	100.00%	
2016	95.27%	70.00%	93.91%	94.60%	90.00%
2017	99.22%	100.00%	100.00%	98.83%	98.49%
2018	100.00%		100.00%	98.10%	97.56%

3.1.6 CONSUMO ANTIBIOTICI (anno 2018)

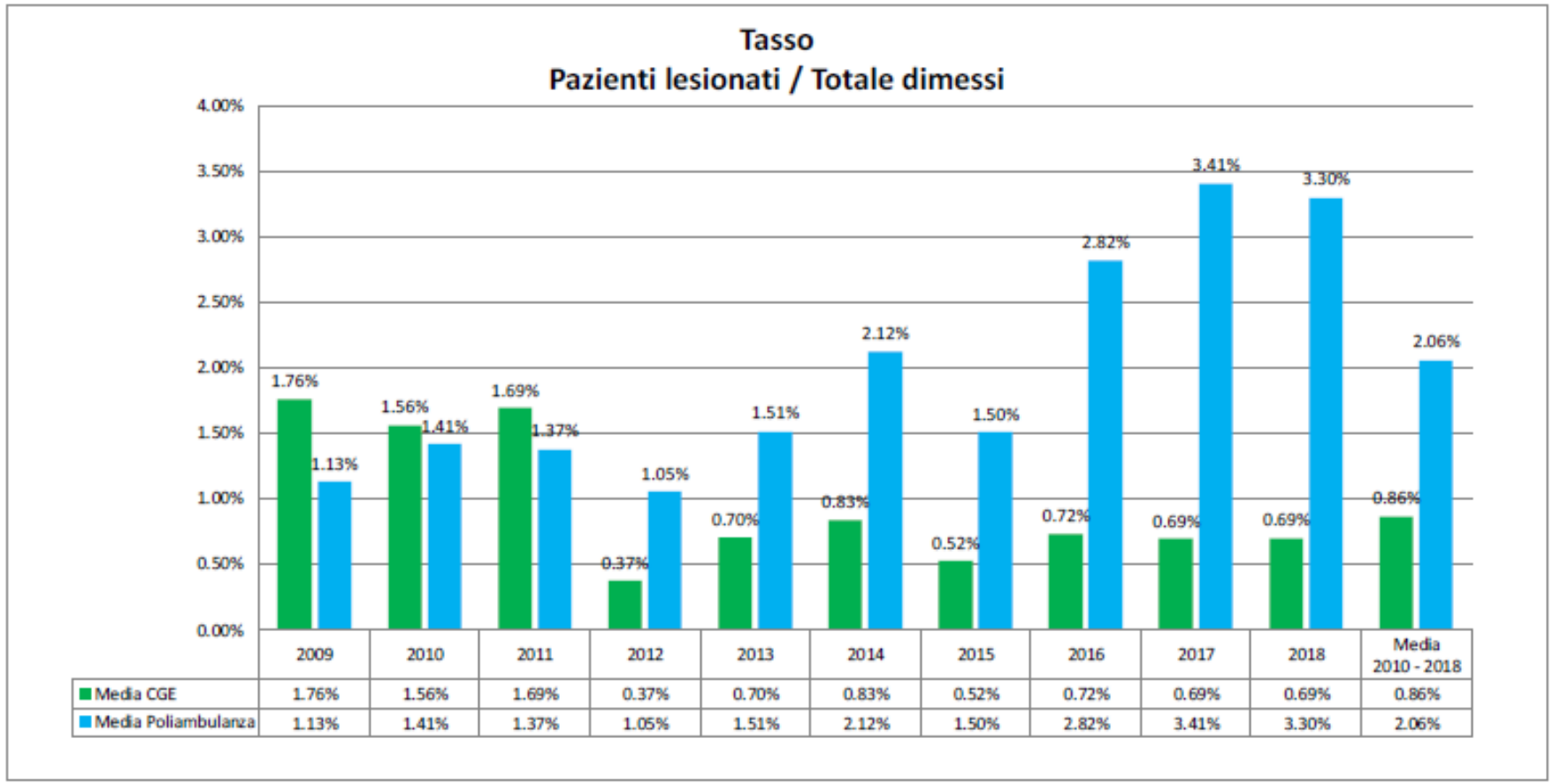


	ANTIBATTERICI DIVERSI	ANTIMICOTICI	ANTIPROTOZOARI	ANTITUBERCOLARI	ANTIVIRALI	CEFALOSPORINE	CHINOLONICI	MACROLIDI	PENICILLINE	SULFAMIDICI + CHEMIOTERAPICI	SULFAMIDICI DIVERSI	TETRACICLINE	ANTITUBERCOLARI IN ASSOCIAZIONE
2014	4589	974	4089	0	182	9698	8282	852	11291	288	100	70	0
2015	4124	1544	5180	0	70	8136	8545	570	11263	172	0	270	0
2016	3807	1220	6198	124	204	5678	7631	481	14180	187	0	90	24
2017	5689	1126	7540	0	137	9472	7367	424	12068	64	200	242	0
2018	4936	1131	5980	0	294	9869	7158	790	12569	851	0	220	0

Ai dati quantitativi si associano le valutazioni di costo (budget)


Obiettivi internazionali per la Sicurezza del Paziente 2018
100.00%
90.00%
80.00%
70.00%
60.00%
50.00%
40.00%
30.00%
20.00%
10.00%
0.00%
94.88%
89.36%
82.31%
71.71%
91.01%
93.61%
0.00%
0.00%
0.00%
0.00%
IPSG1
IPSG2
IPSG4
IPSG5
IPSG6
Chirurgia Generale
Poliambulanza

3.1.8 LESIONI DA DECUBITO



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Media 2010 - 2018
Media CGE	1.76%	1.56%	1.69%	0.37%	0.70%	0.83%	0.52%	0.72%	0.69%	0.69%	0.86%
Media Poliambulanza	1.13%	1.41%	1.37%	1.05%	1.51%	2.12%	1.50%	2.82%	3.41%	3.30%	2.06%

Questi i riferimenti considerati:

- International Pressure Ulcer Prevalence Survey, 2009: 11.9% totale, 3.1% Nosocomiali >= 2° grado
- Fourth National Pressure Ulcer Prevalence Survey, USA: 10,1%
- EPUAP, European Pressure Ulcer Advisory Panel: 8-22%
- Vanderwee et al: Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study, 2007: 18,1% (senza grado1: 10,5%)
- Studio Nazionale italiano: 10,97%

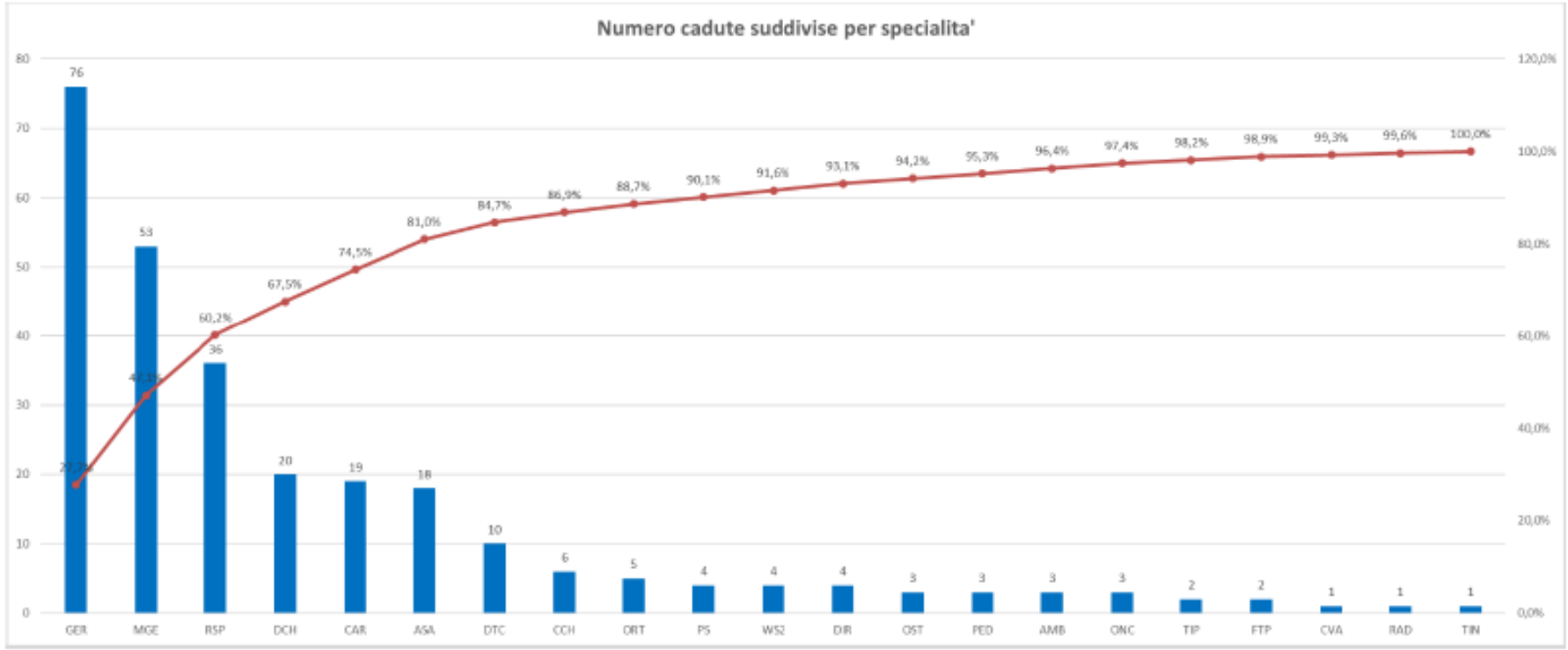
CADUTE ACCIDENTALI

REPORT ANNO 2018

FALLS IN HOSPITAL

REPORT
Anno 2018

2.3.1 POLIAMBULANZA



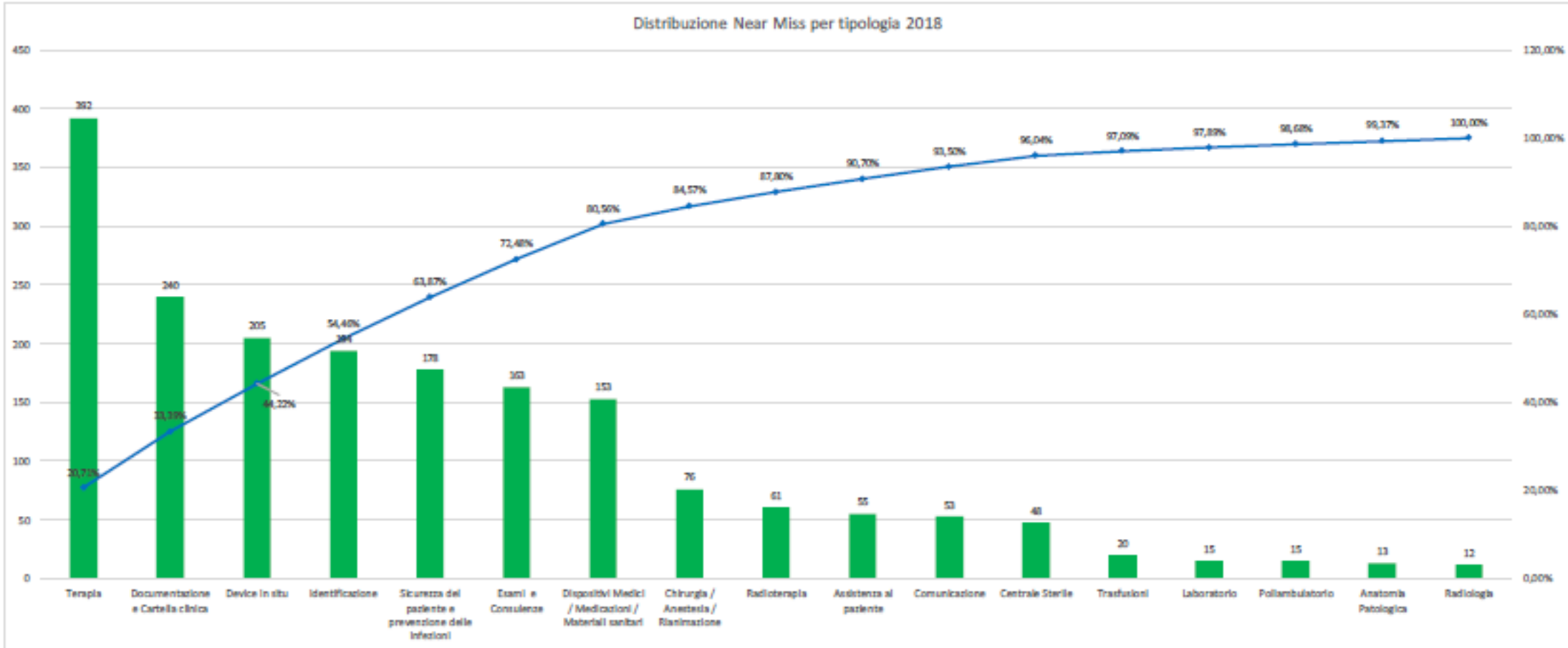
SERVIZIO RISK MANAGEMENT

QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE
NEAR MISS ED EVENTI AVVERSI
SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO
REPORT ANNO 2018

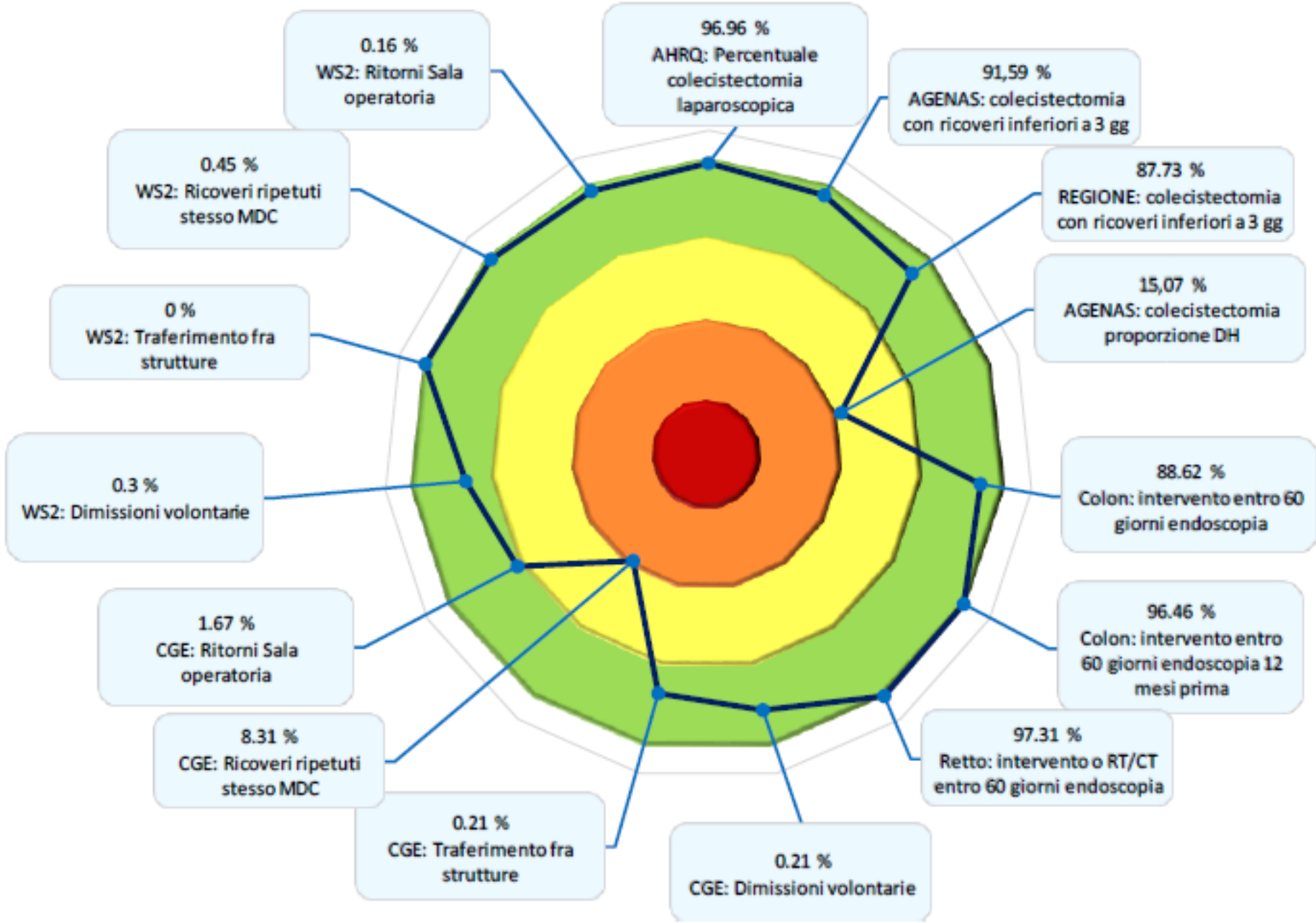
NEAR MISS AND ADVERSE EVENTS IN HOSPITAL
SURVEILLANCE, PREVENTION AND CONTROL

REPORT
ANNO 2018

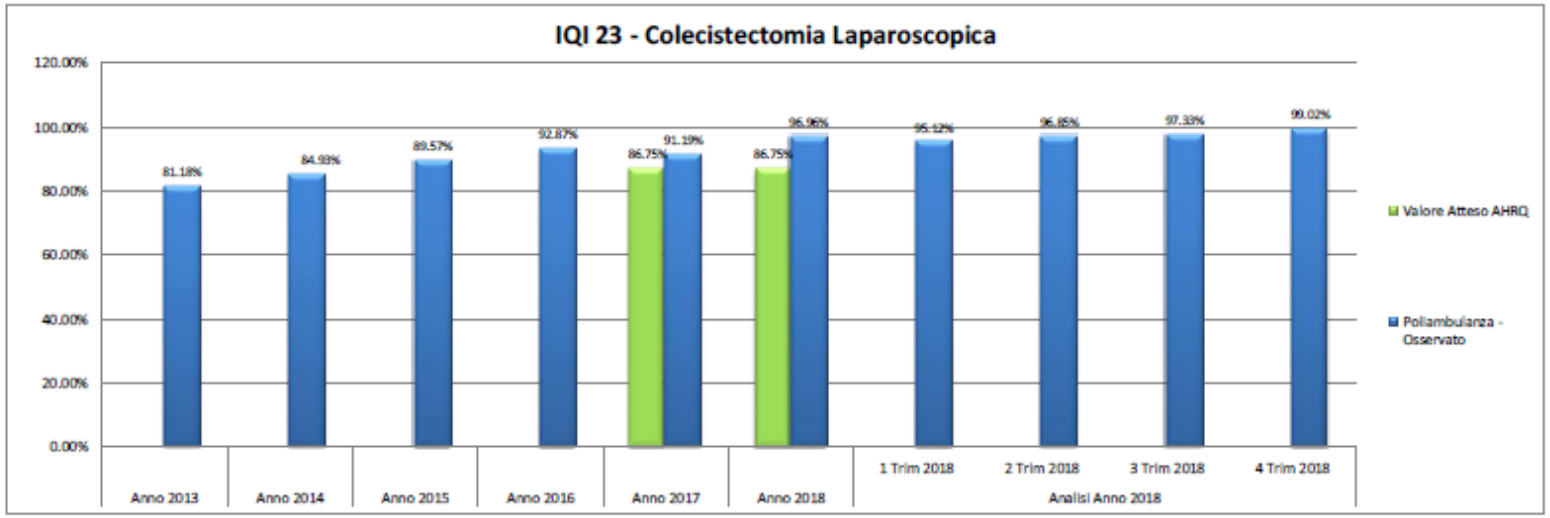
2.2 SUDDIVISIONE NEAR MISS PER TIPOLOGIA



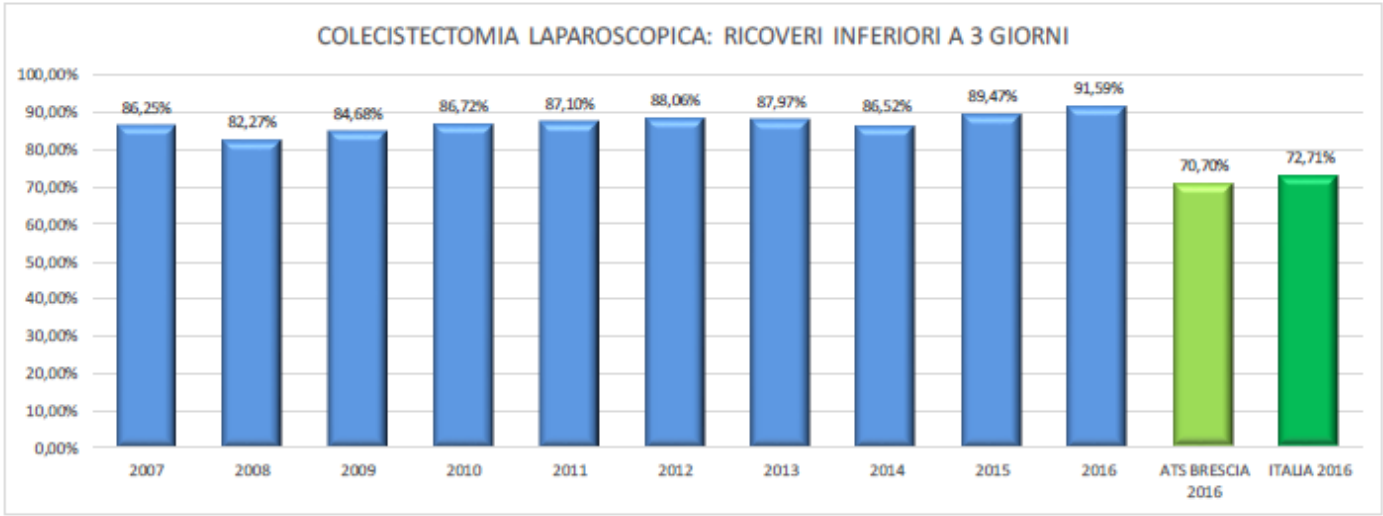
INDICATORI DI PROCESSO



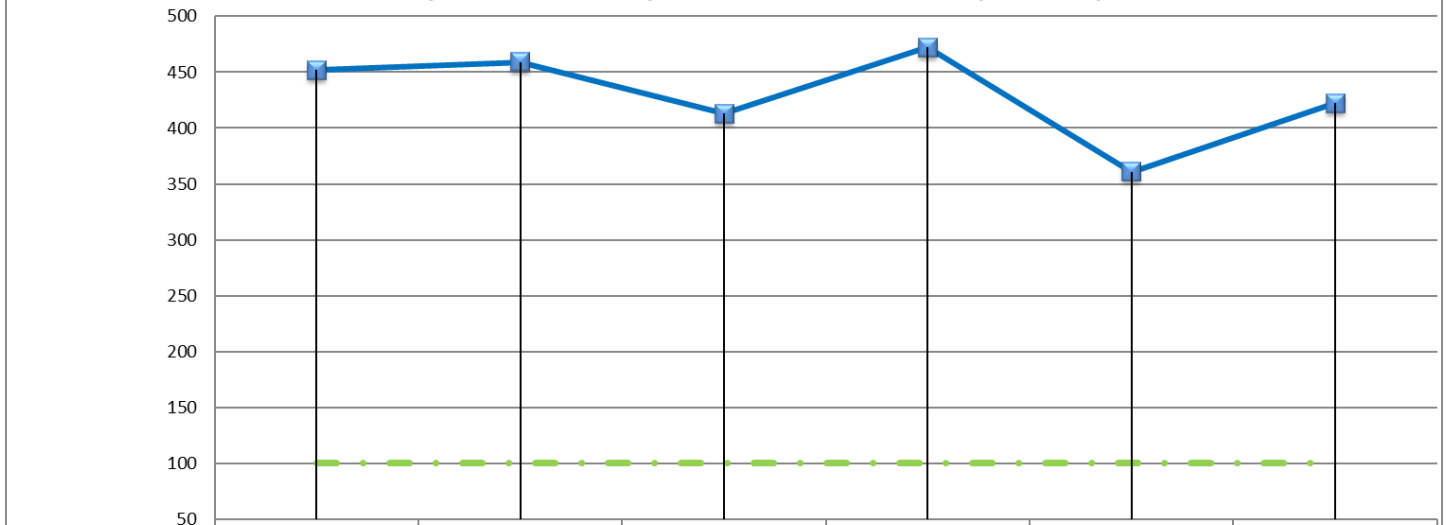
3.2.1 AHRQ: PROPORZIONE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



3.2.2 AGENAS, COLECISTECTOMIA RICOVERI INFERIORI A 3 GIORNI (2016)

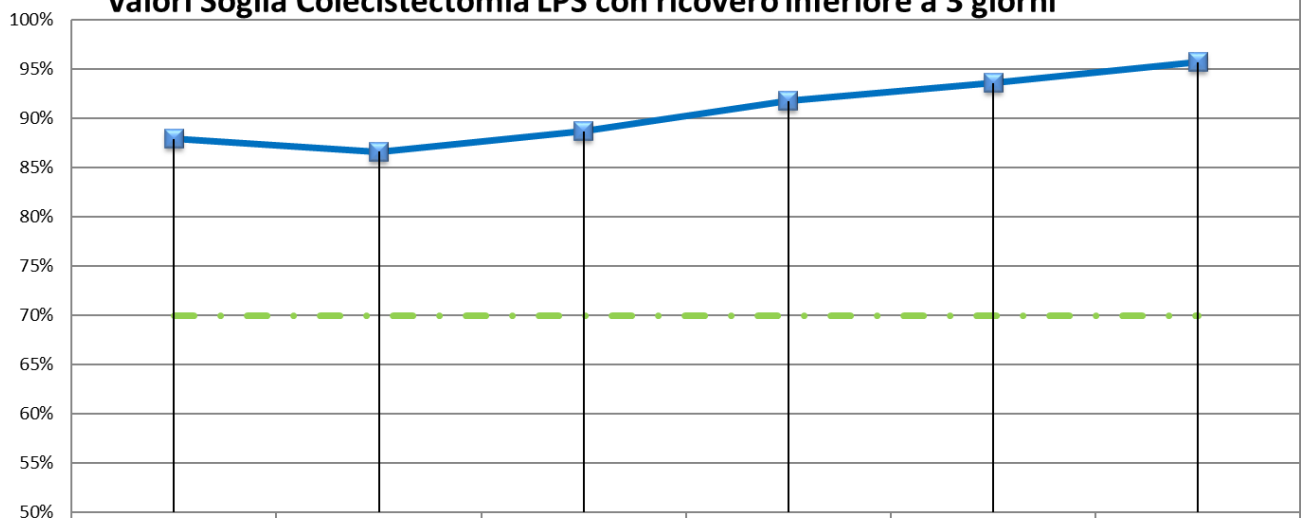


Valori Soglia Intervento per Colecistectomia Laparoscopica



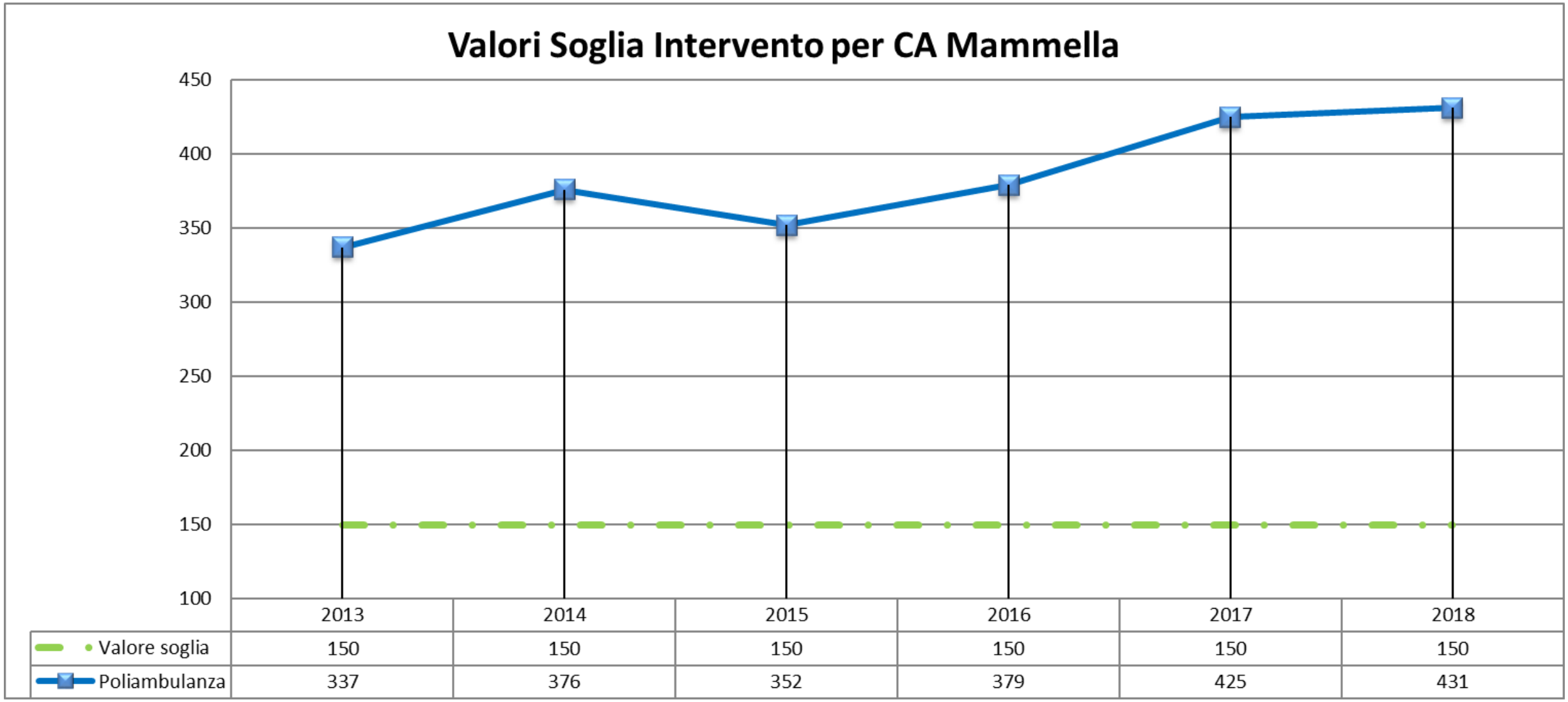
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Valore soglia	100	100	100	100	100	100
Poliambulanza	452	459	413	472	361	422

Valori Soglia Colecistectomia LPS con ricovero inferiore a 3 giorni



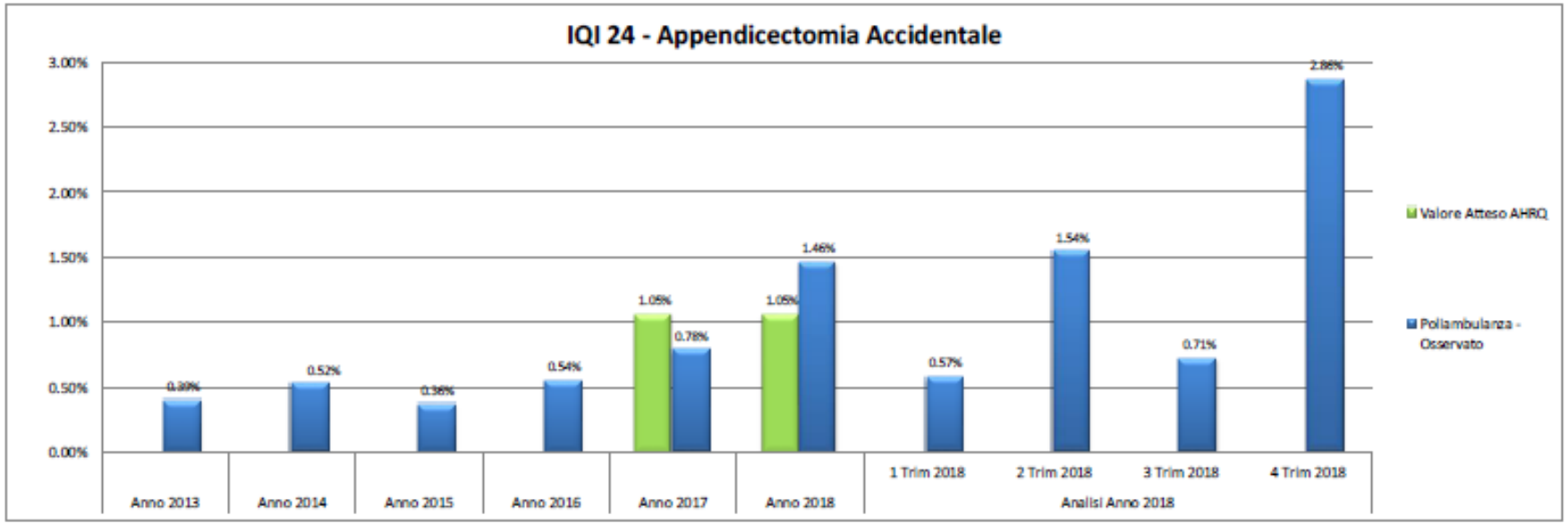
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Valore soglia	70%	70%	70%	70%	70%	70%
Poliambulanza	87.9%	86.7%	88.7%	91.8%	93.6%	95.7%

Valori Soglia Intervento per CA Mammella

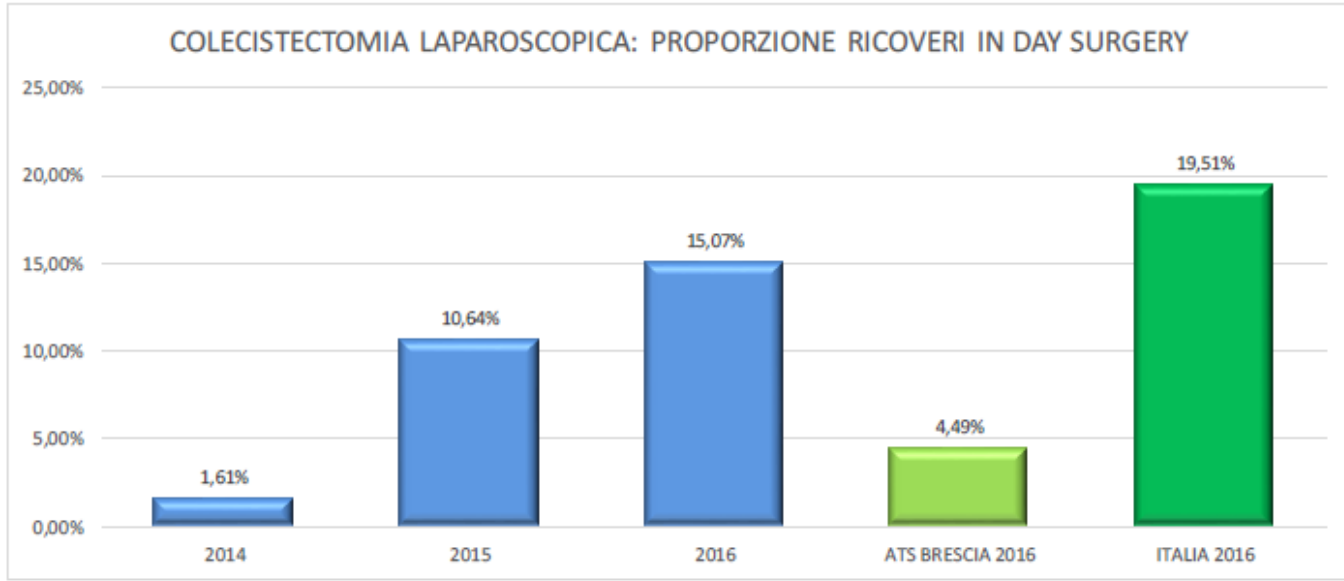


	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Valore soglia	150	150	150	150	150	150
Poliambulanza	337	376	352	379	425	431

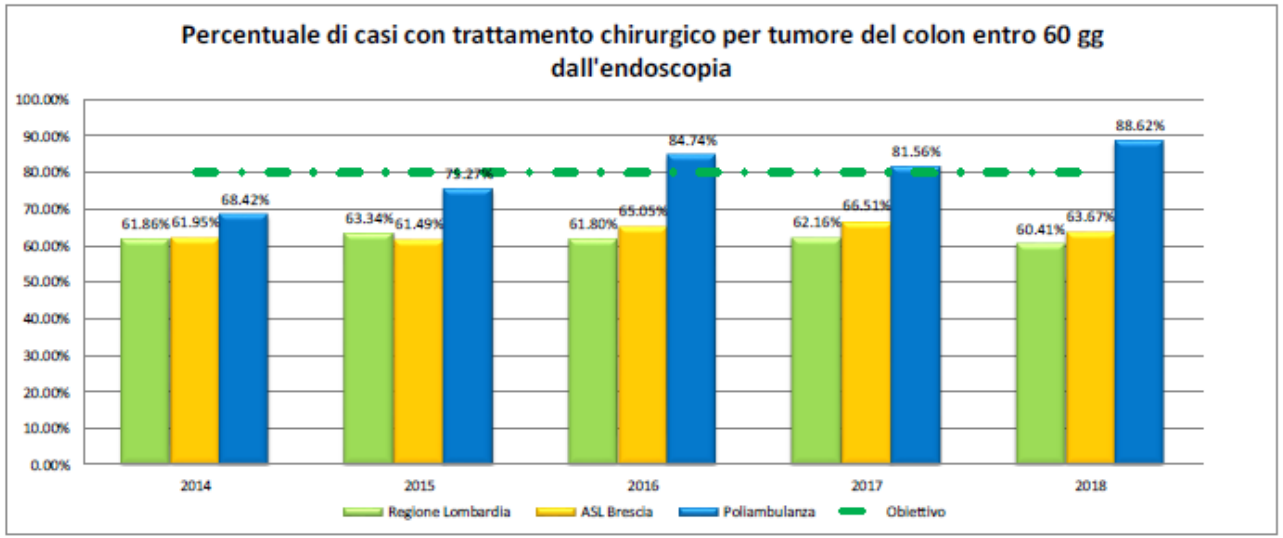
3.3.2 AHRQ: APPENDICECTOMIA ACCIDENTALE NELL'ANZIANO



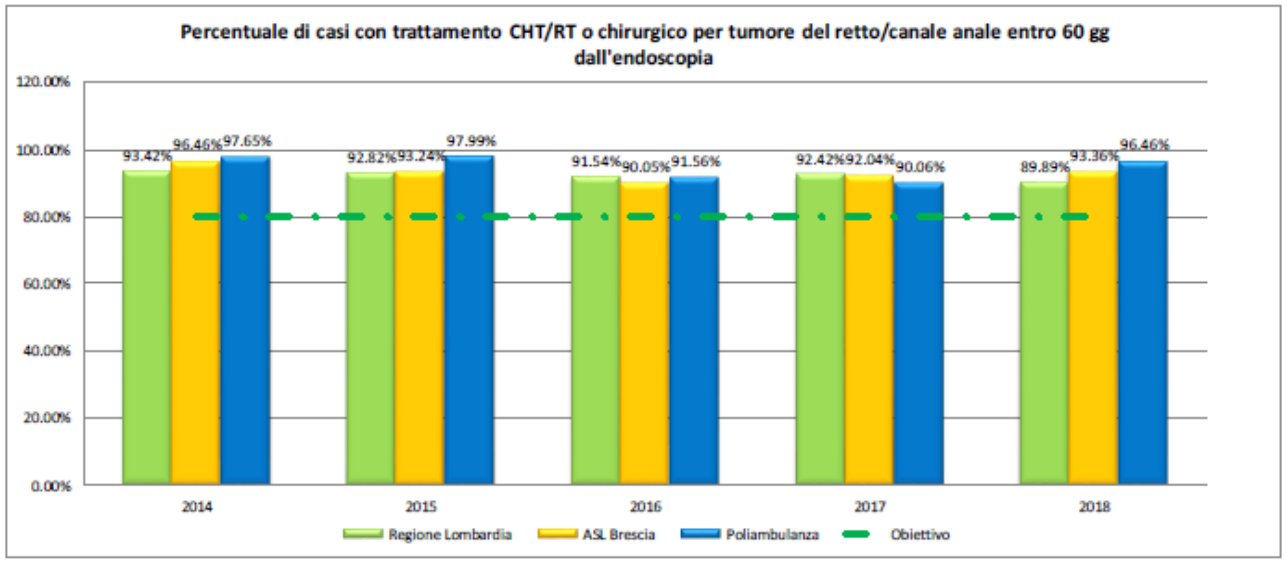
3.2.3 AGENAS, COLECISTECTOMIA RICOVERI IN DAY SURGERY



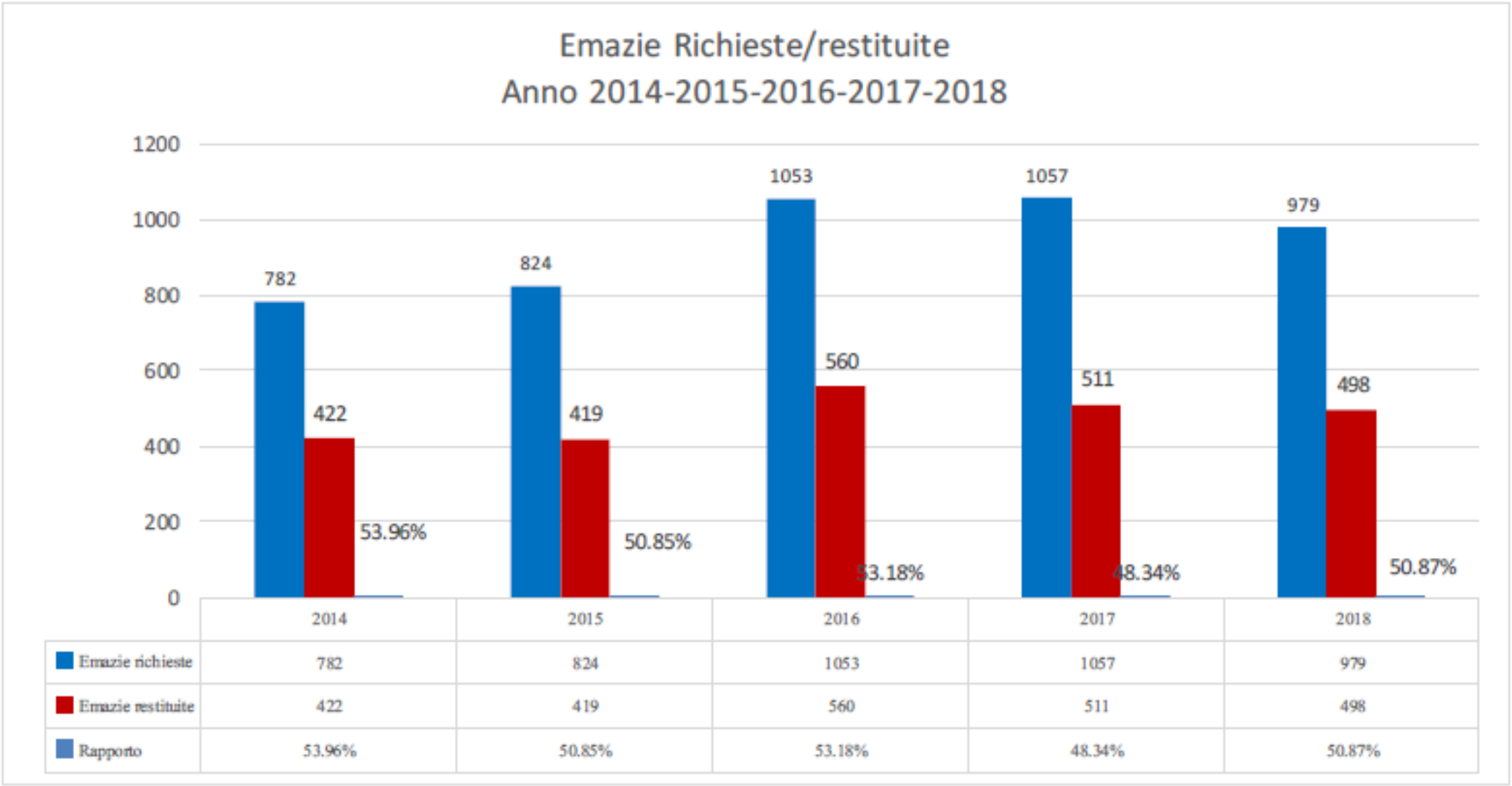
3.2.4.1 COLON: TRATTAMENTO CHIURGICO ENTRO 60GG DALLA ENDOSCOPIA



3.2.4.2 RETTO: TRATTAMENTO CHIRURGICO O CHT/RT ENTRO 60GG DALLA ENDOSCOPIA



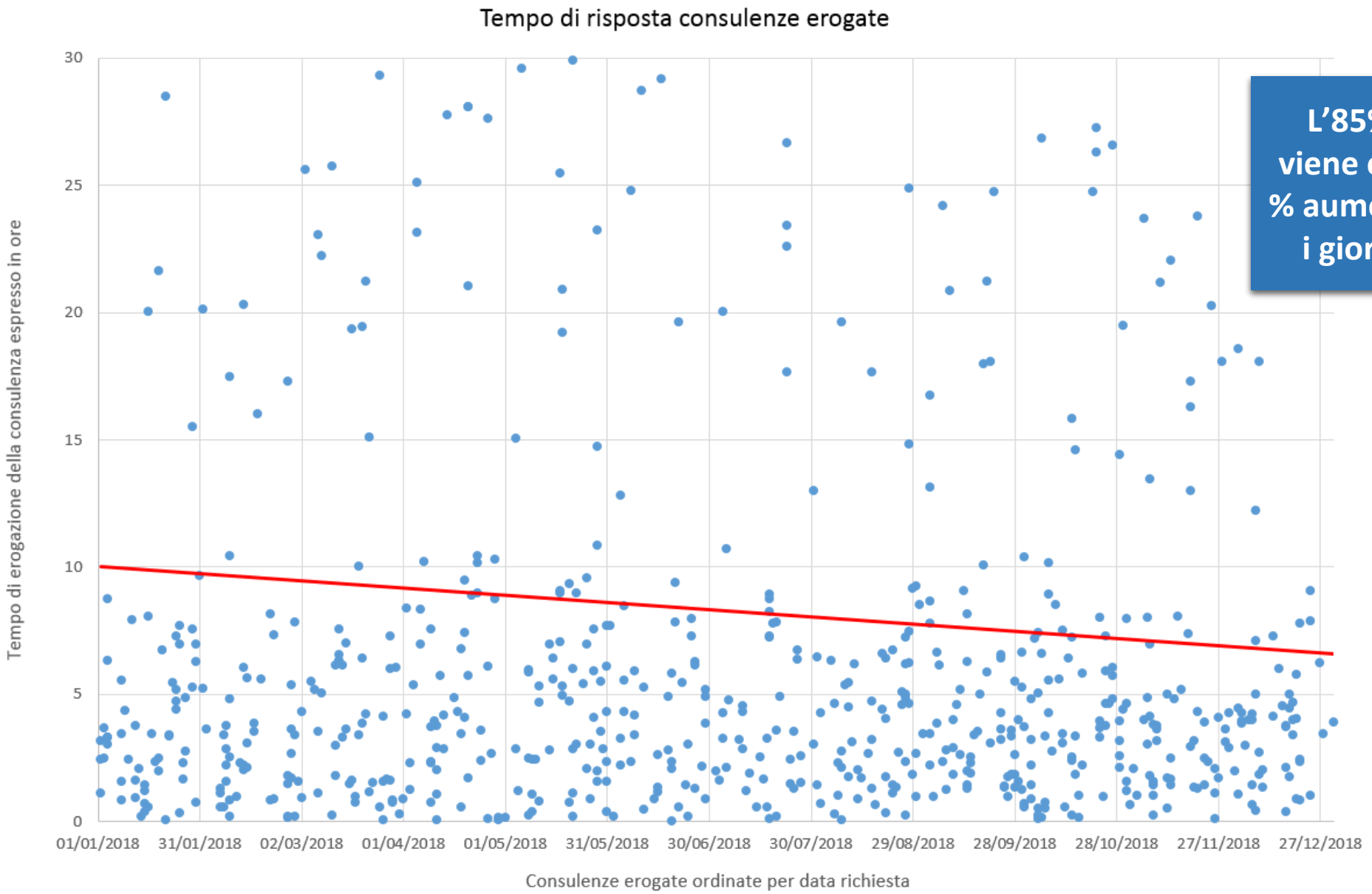
3.2.5 BUON USO DEL SANGUE



	2014	2015	2016	2017	2018
Emazie richieste	782	824	1053	1057	979
Emazie restituite	422	419	560	511	498
Rapporto	53.96%	50.85%	53.18%	48.34%	50.87%

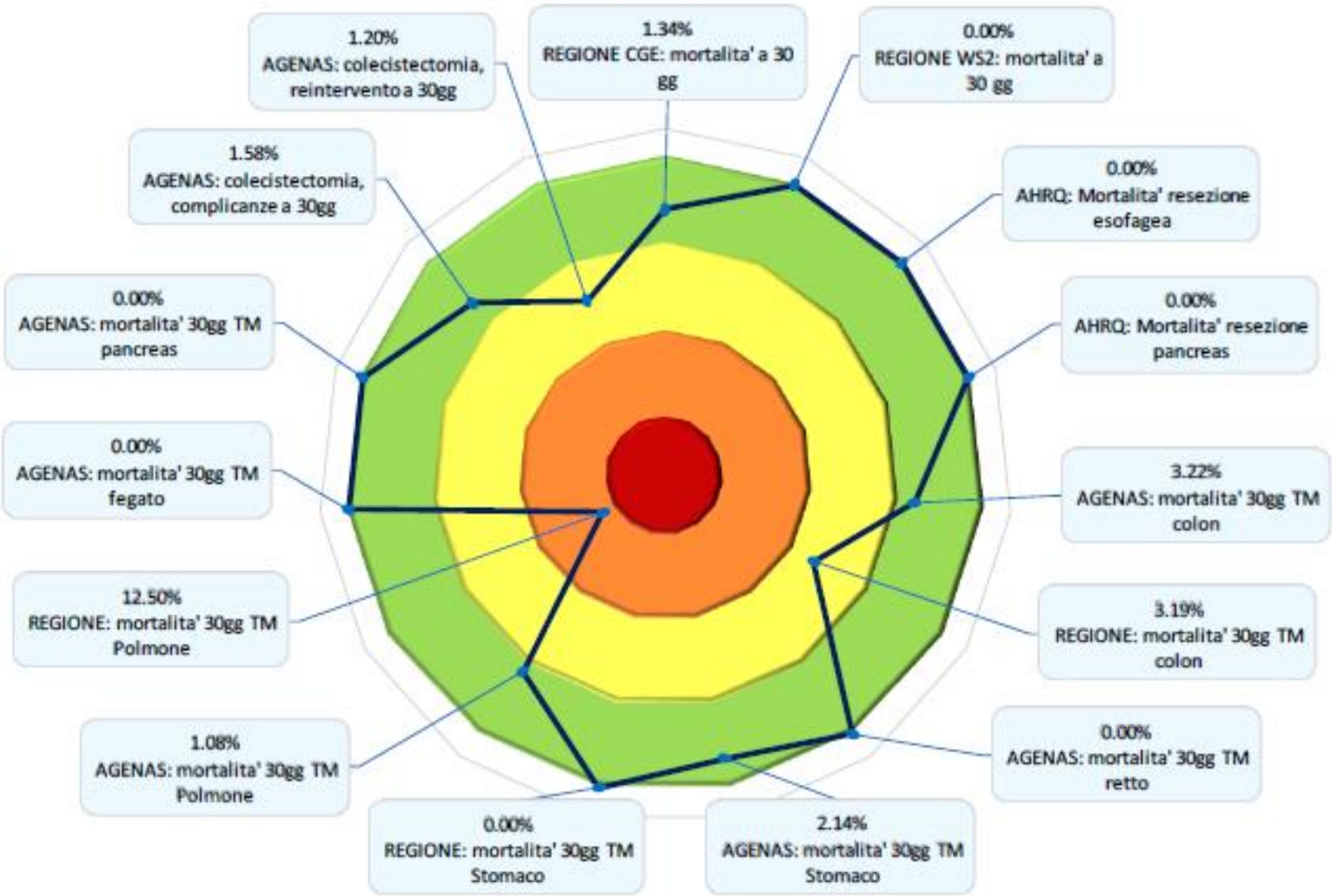
Controvalore delle Emazie restituite: circa 39000 euro

Consulenze erogate ad altre UO - Medicina Generale

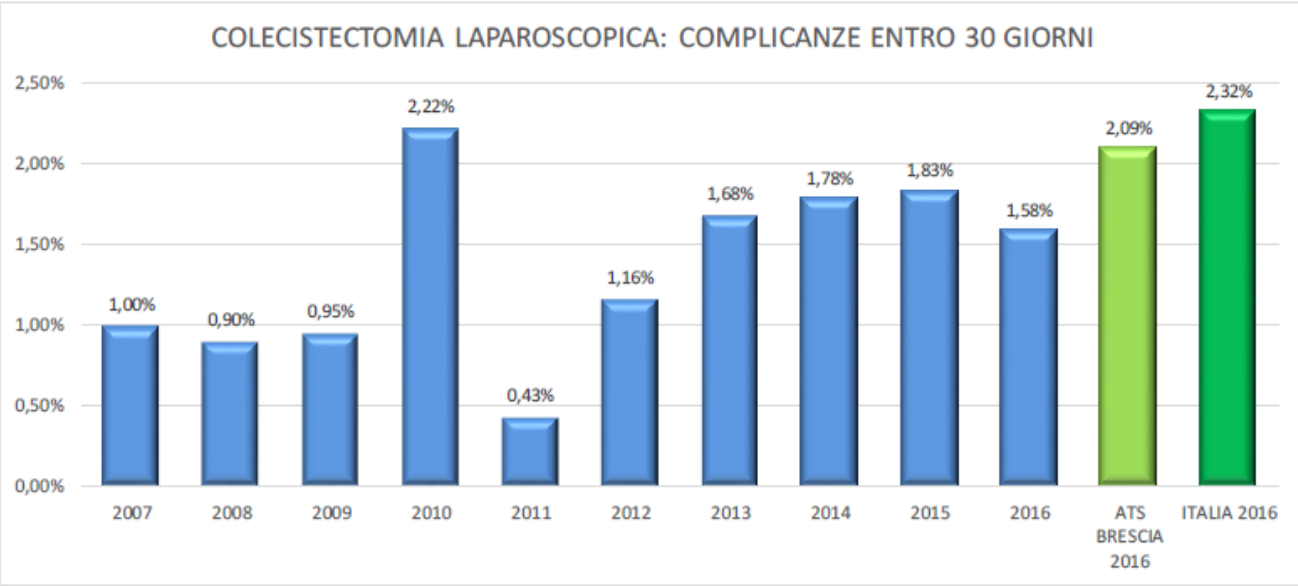


L'85% circa delle consulenze viene erogato entro le 12 ore, la % aumenta se non si considerano i giorni di sabato e domenica

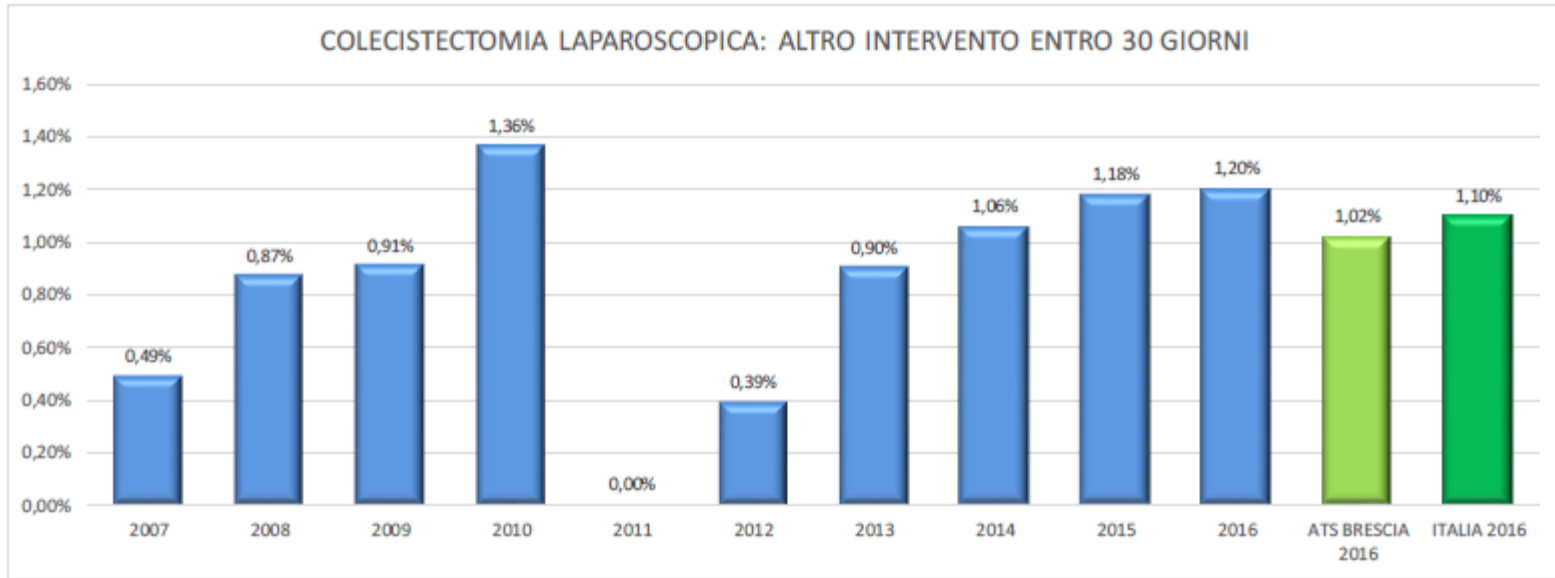
INDICATORI DI OUTCOME



3.4.2 AGENAS: COLECISTECTOMIA, COMPLICANZE ENTRO 30 GIORNI (2016)



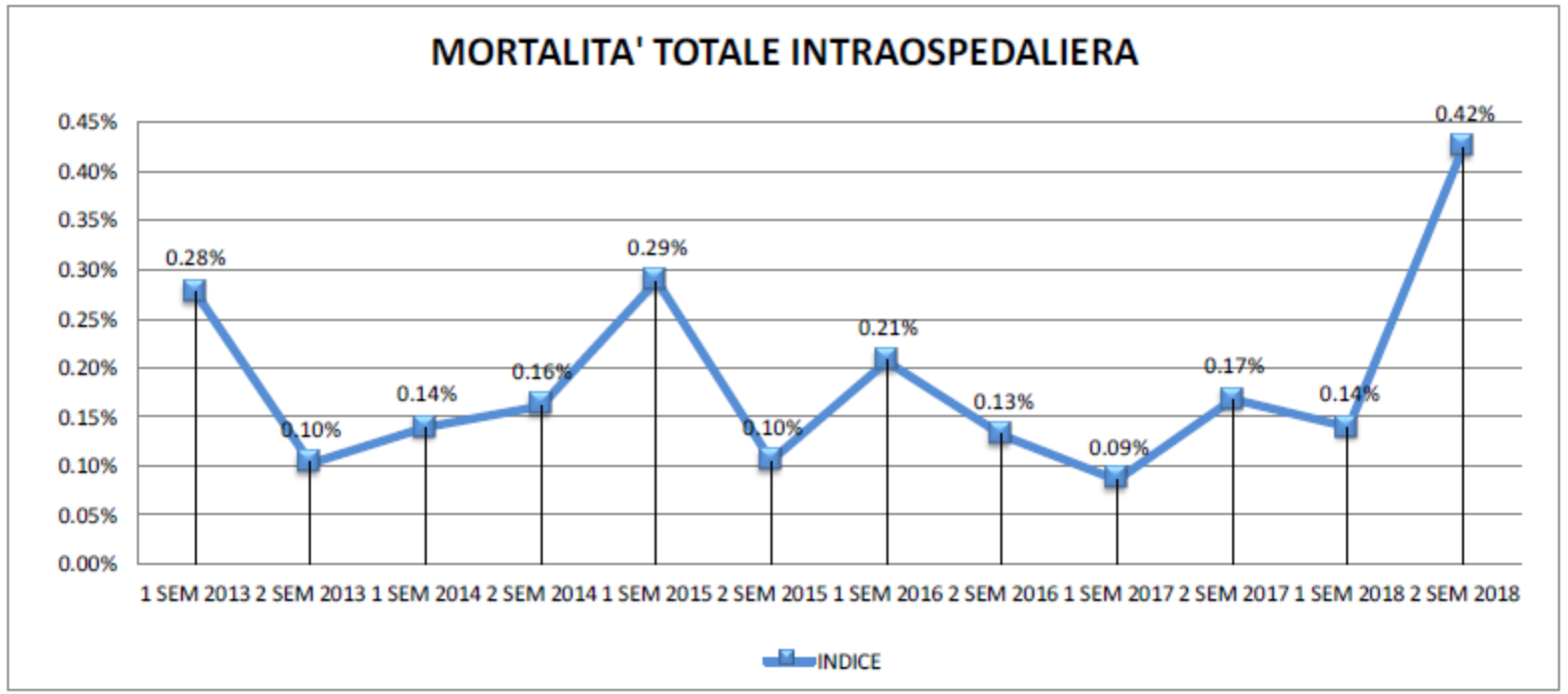
3.4.3 AGENAS, COLECISTECTOMIA, REINTERVENTO A 30 GIORNI



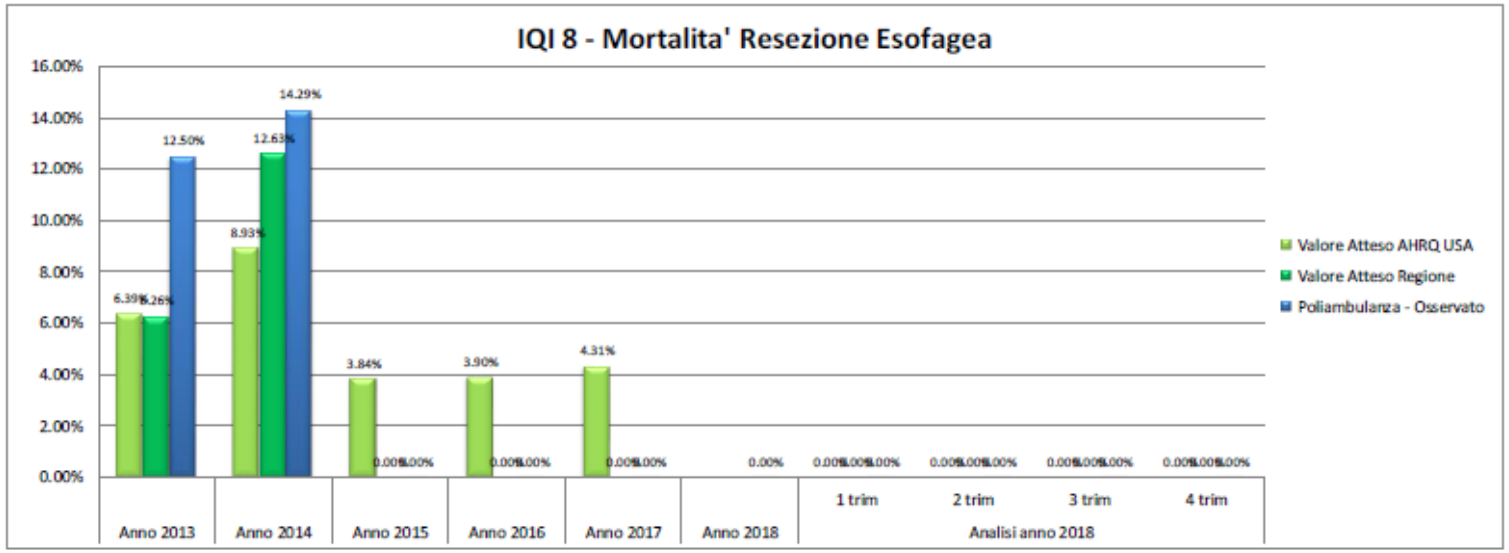
3.4.4 INDICATORI DI MORTALITA’

3.4.4.1 MORTALITA’ INTRA-OSPEDALIERA

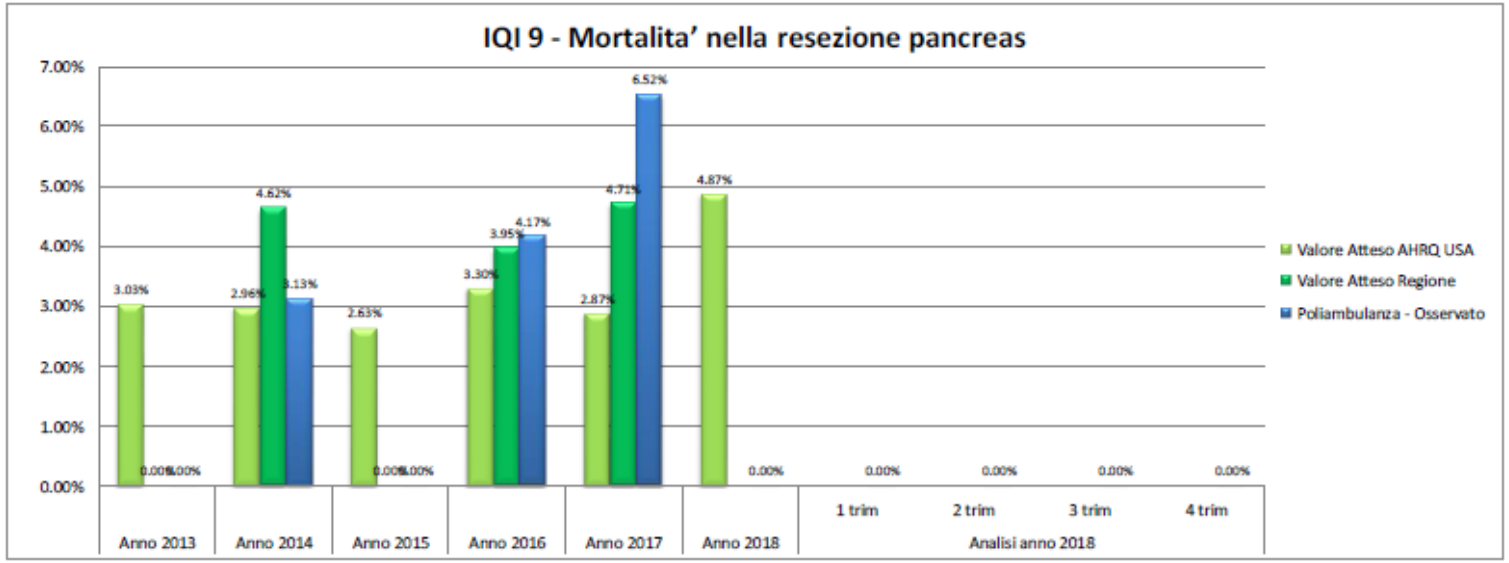
Mortalita’ totale: numero dei pazienti deceduti sul totale dei dimessi dalla Chirurgia Generale



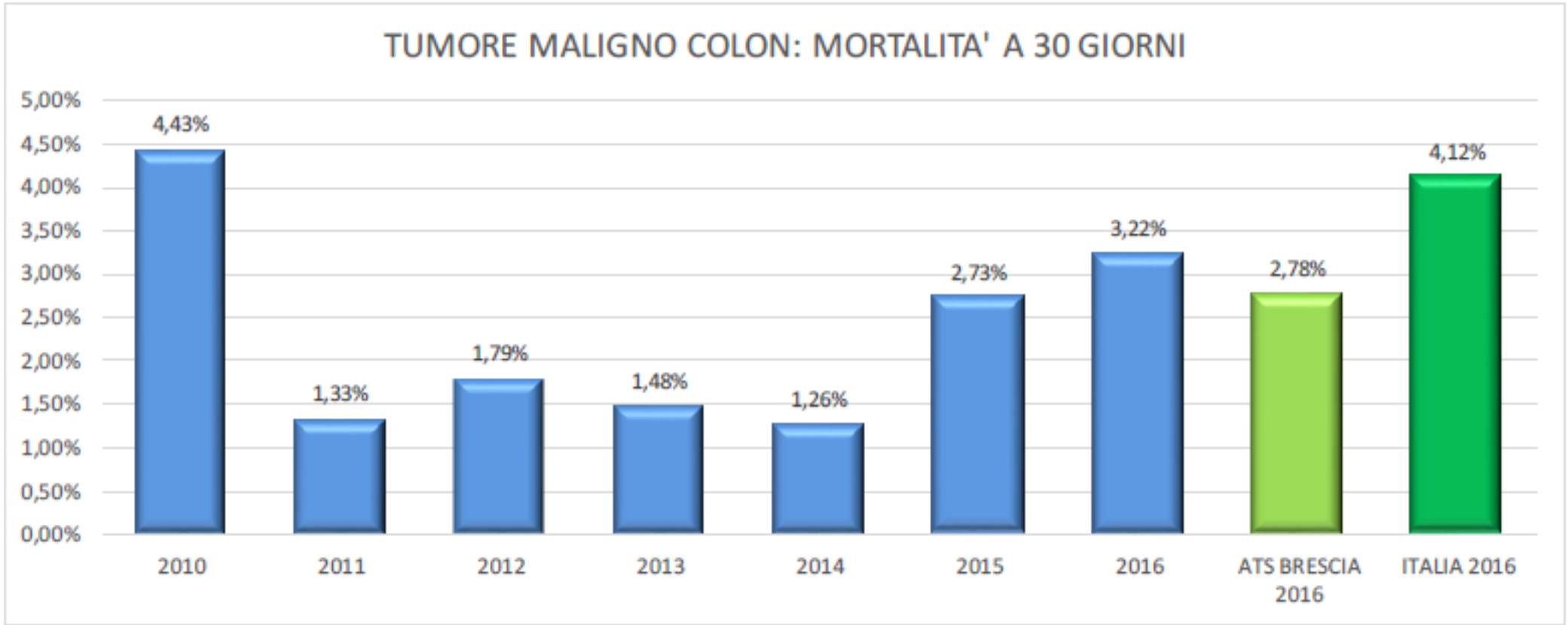
3.4.4.2 AHRQ, MORTALITA' RESEZIONE ESOFAGEA



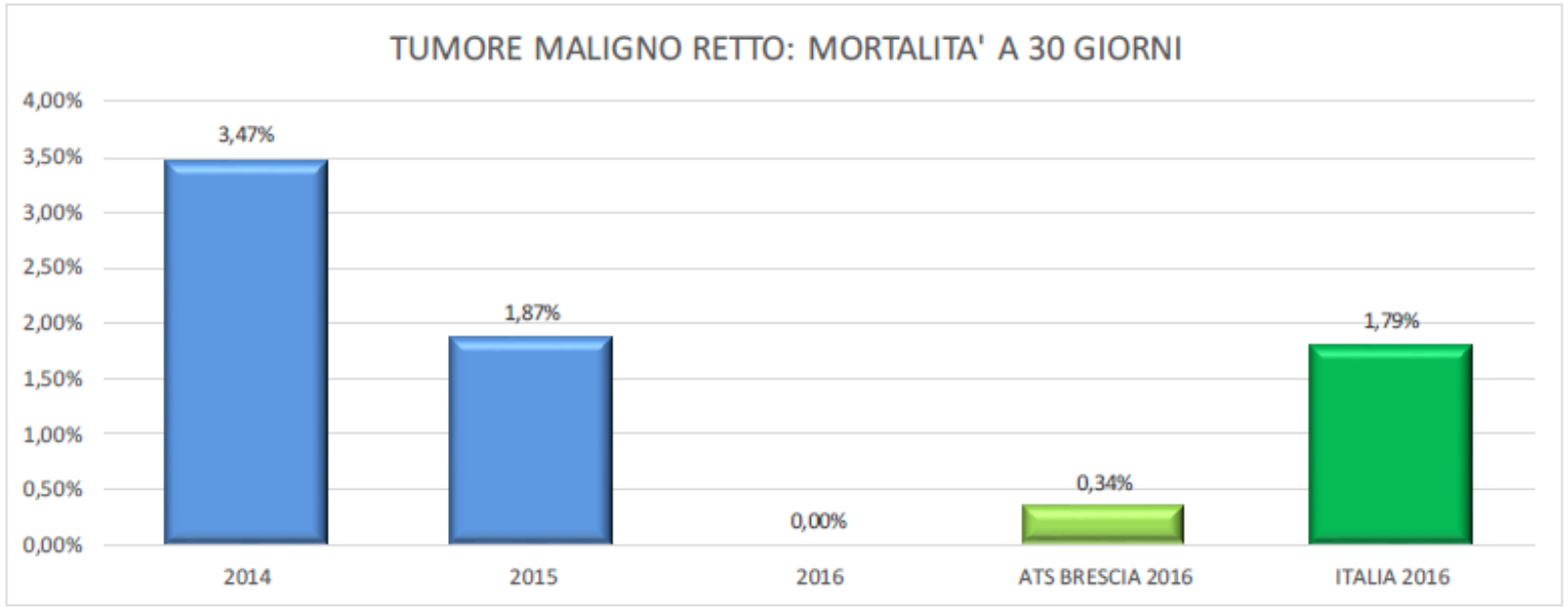
3.4.4.3 AHRQ, MORTALITA' RESEZIONE PANCREAS



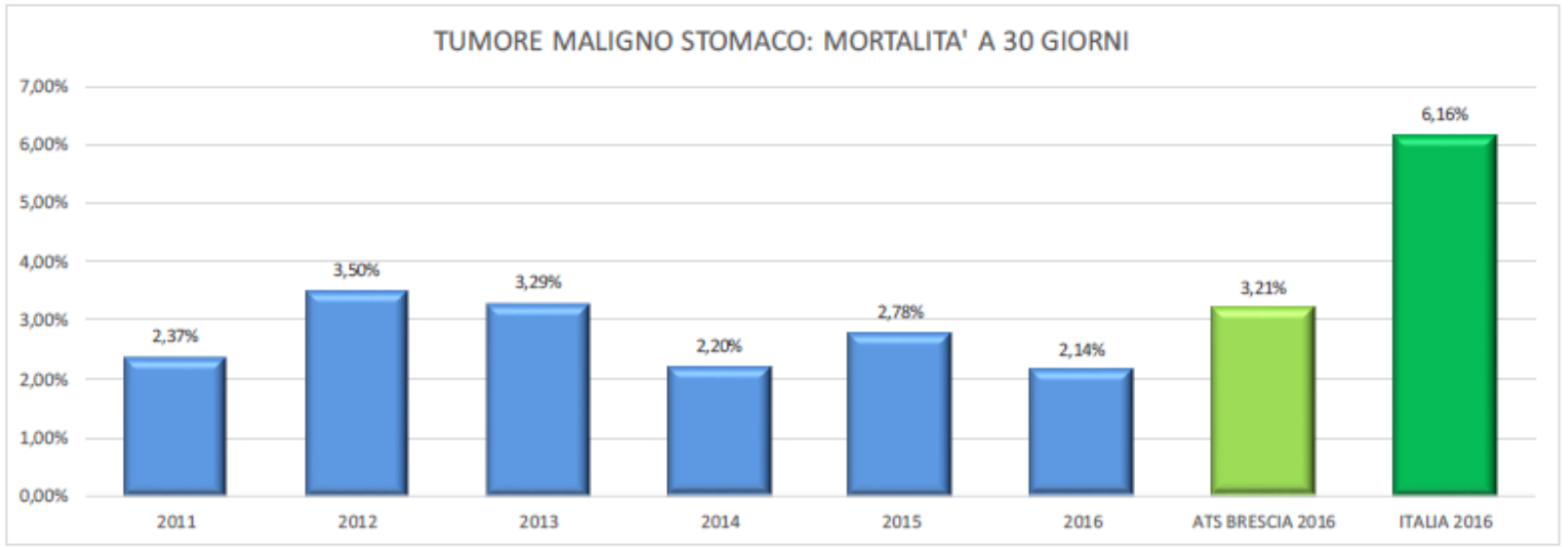
3.4.4.4 AGENAS, TM COLON MORTALITA' A 30 GIORNI



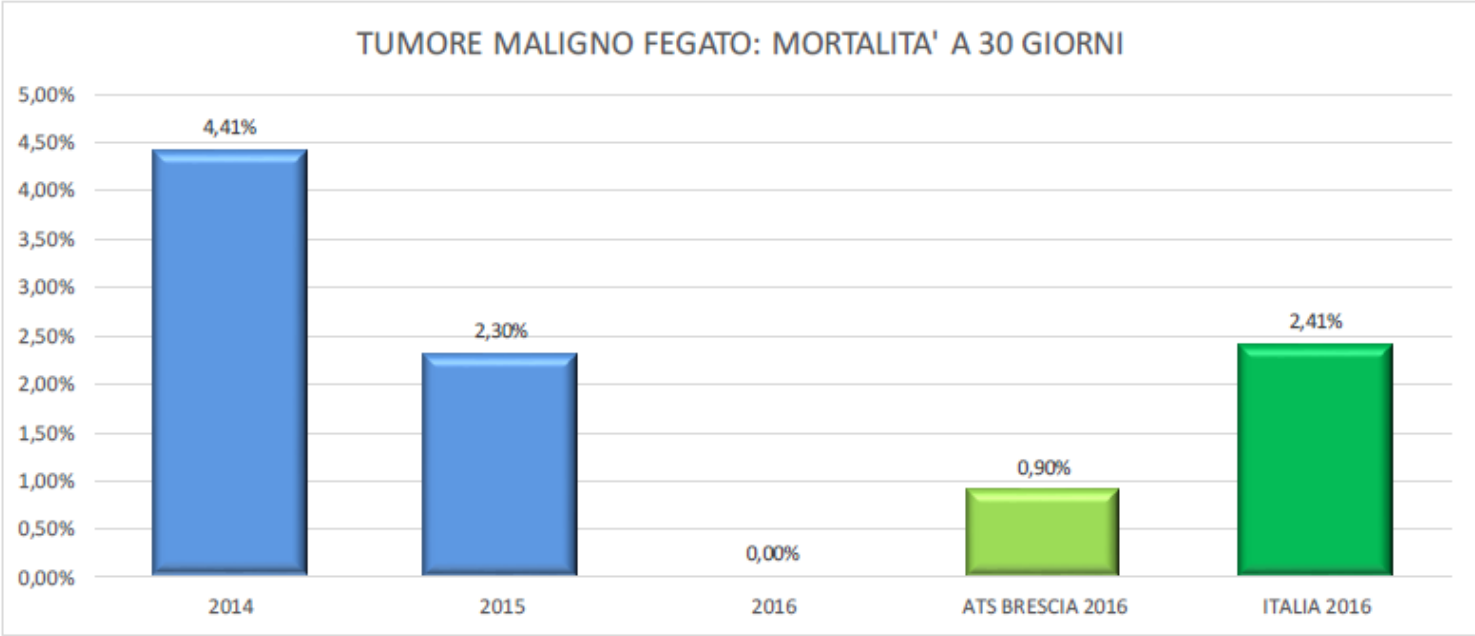
3.4.4.5 AGENAS, TM RETTO MORTALITA' A 30 GIORNI



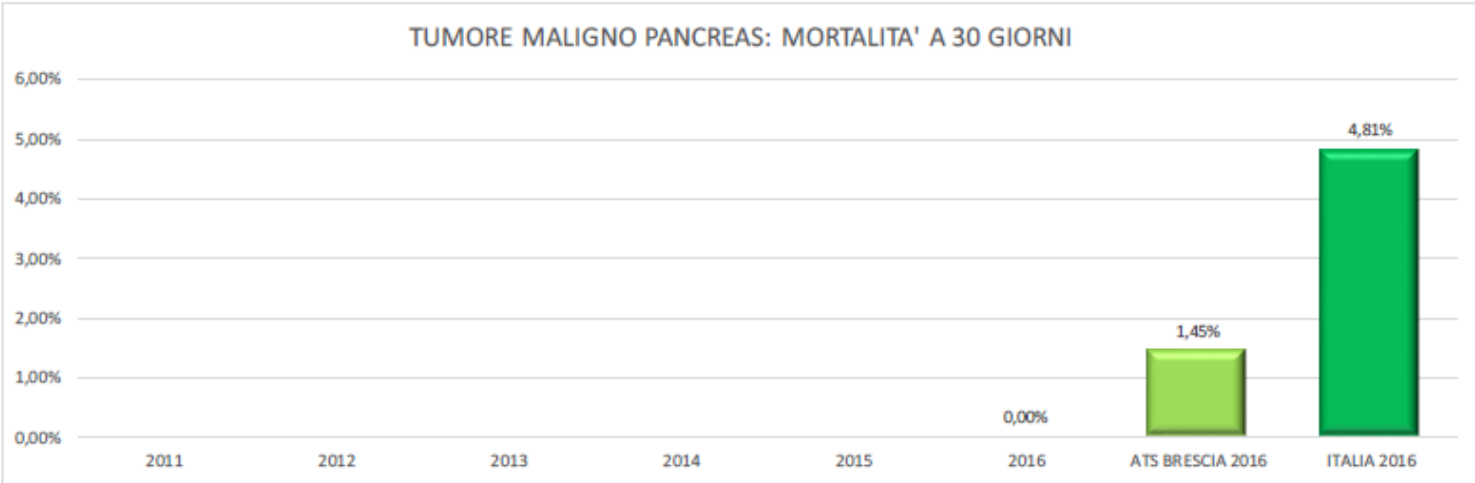
3.4.4.6 AGENAS, TM STOMACO MORTALITA' A 30 GIORNI



3.4.4.8 AGENAS, TM FEGATO, MORTALITA' A 30 GIORNI



3.4.4.9 AGENAS, TM PANCREAS, MORTALITA' A 30 GIORNI

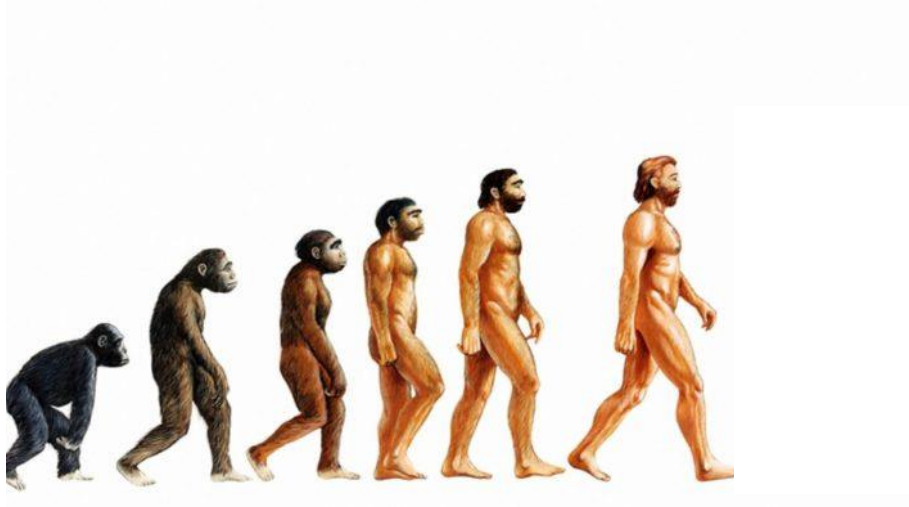


3.4.4.10 Dati PNE pubblicati da Regione Lombardia

PNE - Esito Struttura
Periodo di Riferimento: 2018
Struttura: 030286-00 - FONDAZIONE POLIAMBULANZA - BRESCIA
Dati aggiornati al 31/12/2018

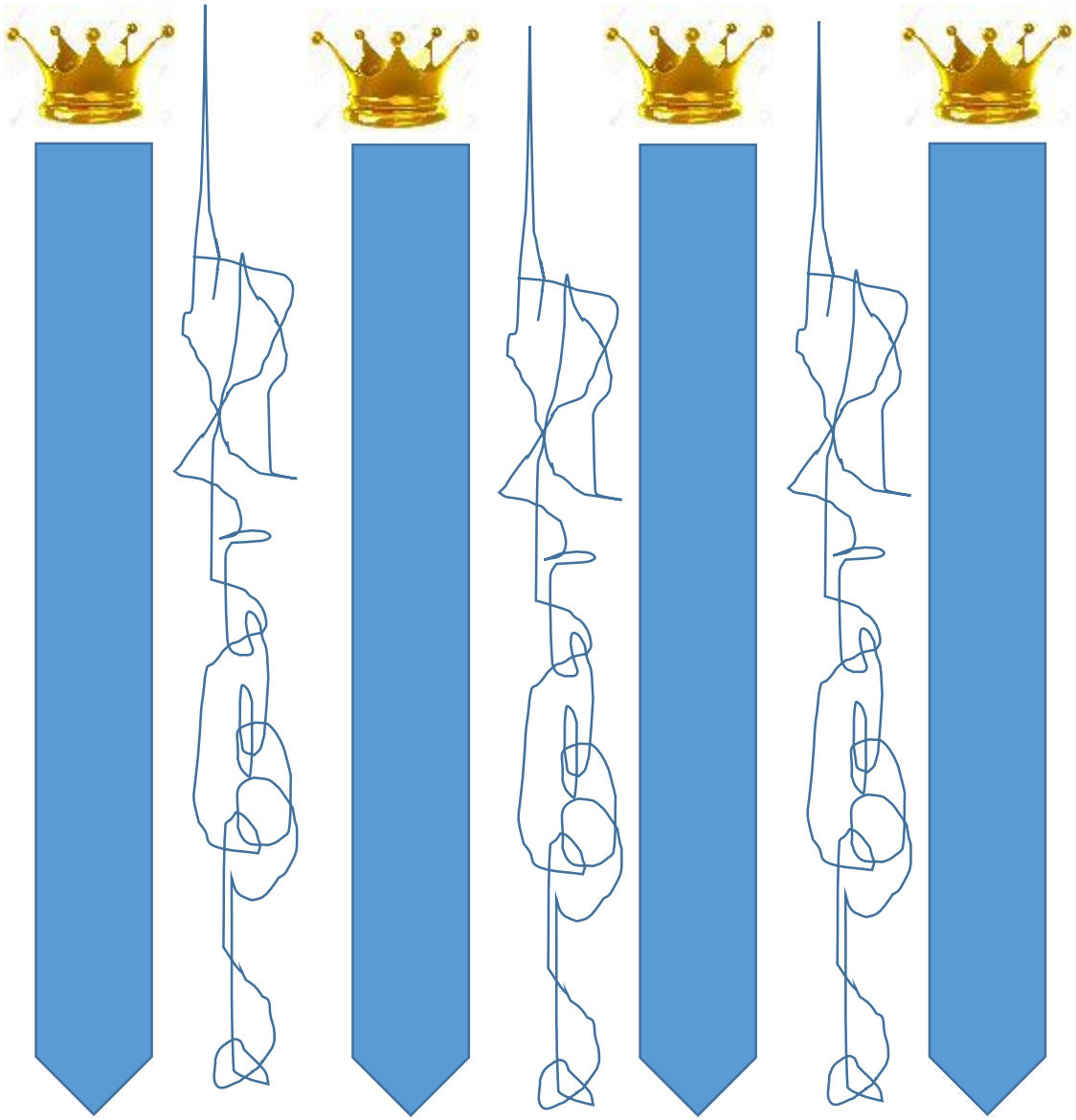
AREA CLINICA	ID INDICATORE	INDICATORE	VOLUME RICOVERI AREA	VOLUME RICOVERI SPECIFICI	NUMERATORE	DENOMINATORE	INDICATORE(VALORE)	PESO	STANDARD DI QUALITà
CHIRURGIA GENERALE	CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	841	436	329	375	87.73%	50.00%	1
CHIRURGIA GENERALE	CHGEN2	Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	841	436	436	436	100.00%	50.00%	1
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella	534	388	20	241	8.30%	17.00%	3
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO3	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a trenta giorni	534	.	1	8	12.50%	17.00%	5
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	534	.	0	36	0.00%	8.00%	1
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	534	.	3	94	3.19%	25.00%	3

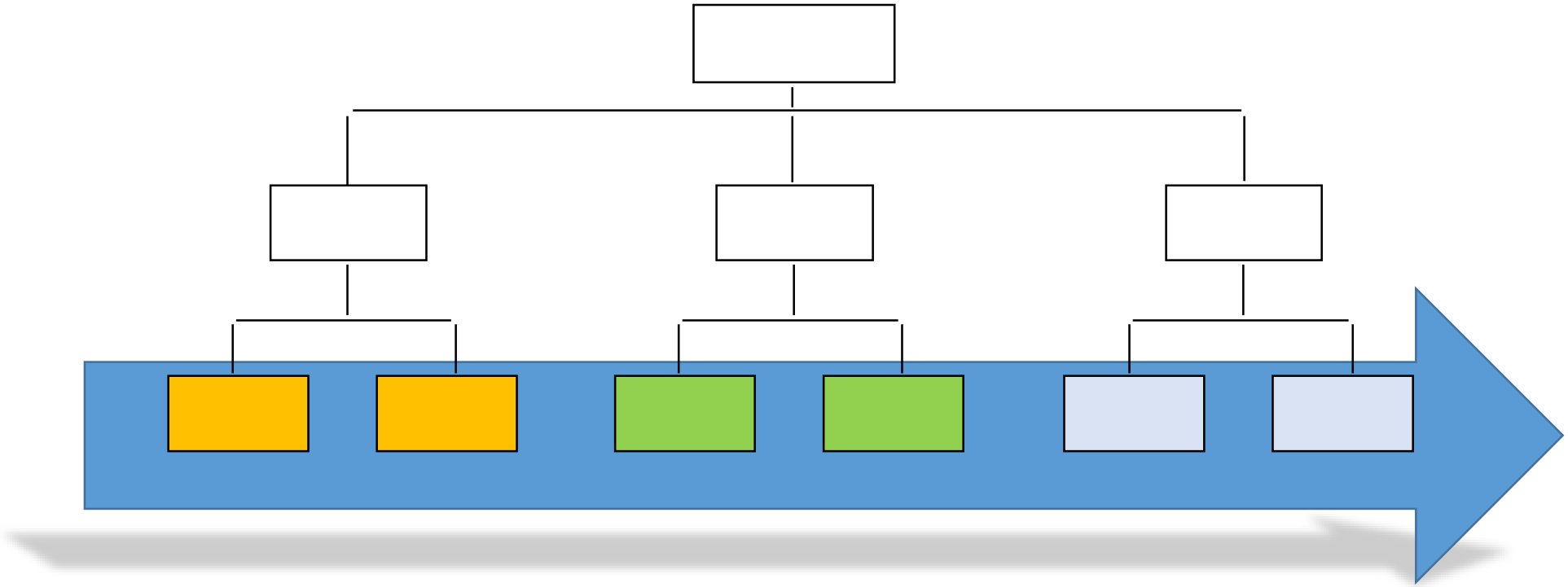
Il dato sopra riportato si riferisce al calcolo degli indicatori del "PNE-Piano Nazionale Esiti" effettuato su base regionale (e riferito quindi ai soli residenti in Regione Lombardia). Costituisce un interessante "anticipo", calcolato in tempo reale, di quelli che potrebbero essere i valori che fra un anno e più verranno pubblicati da AGENAS (pur considerando che la base dati di confronto sarà nazionale e quindi saranno possibili lievi variazioni).



6.Riorientarsi per percorsi di cura

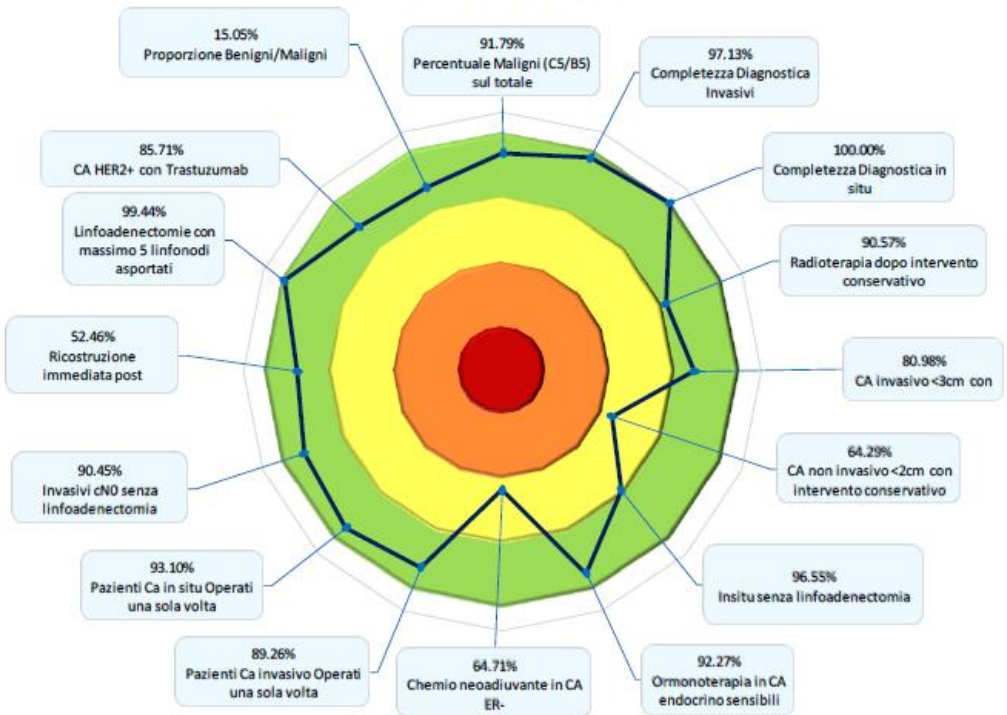
- Creazione di gruppi interdisciplinari
- Sistemi informatizzati agganciati alla cartella clinica (C.D.S.S. – Clinical Decision Support System; Health Meeting) che favoriscono la condivisione dei percorsi e la loro «misurazione»
- Report clinici (e budget) non più per U.O. ma per percorso clinico (es: Breast Cancer)
- Introduzione del VBM (Value Based Management) (es:tumore del pancreas)
- Concetto di «outcome» vissuti dal paziente



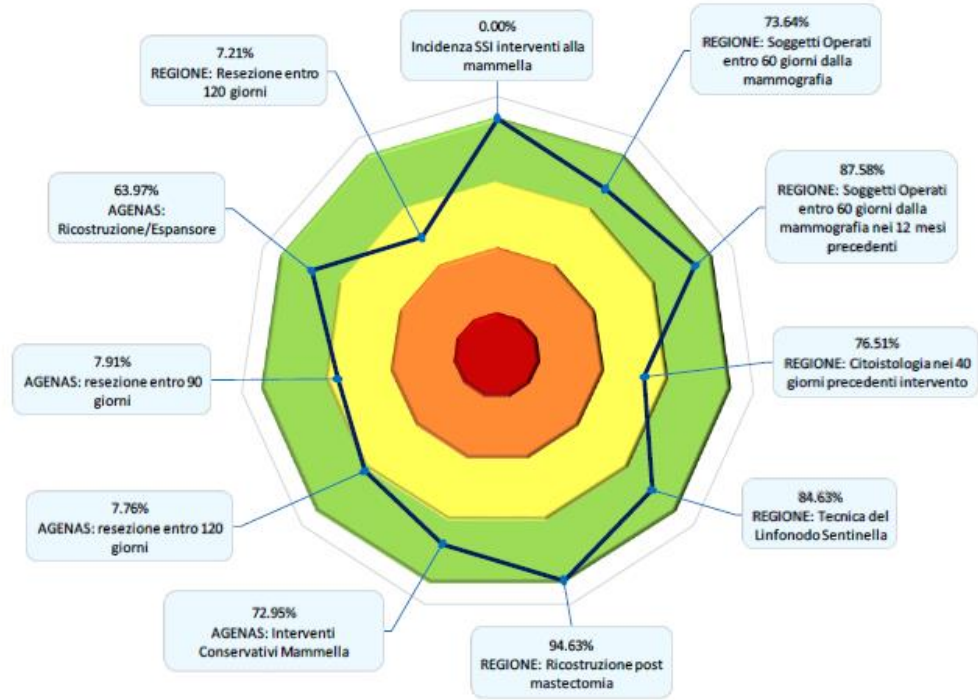


BREAST UNIT
ANALISI ANNO 2018

INDICATORI EUSOMA



INDICATORI DI PROCESSO



Il percorso del paziente con tumore del pancreas

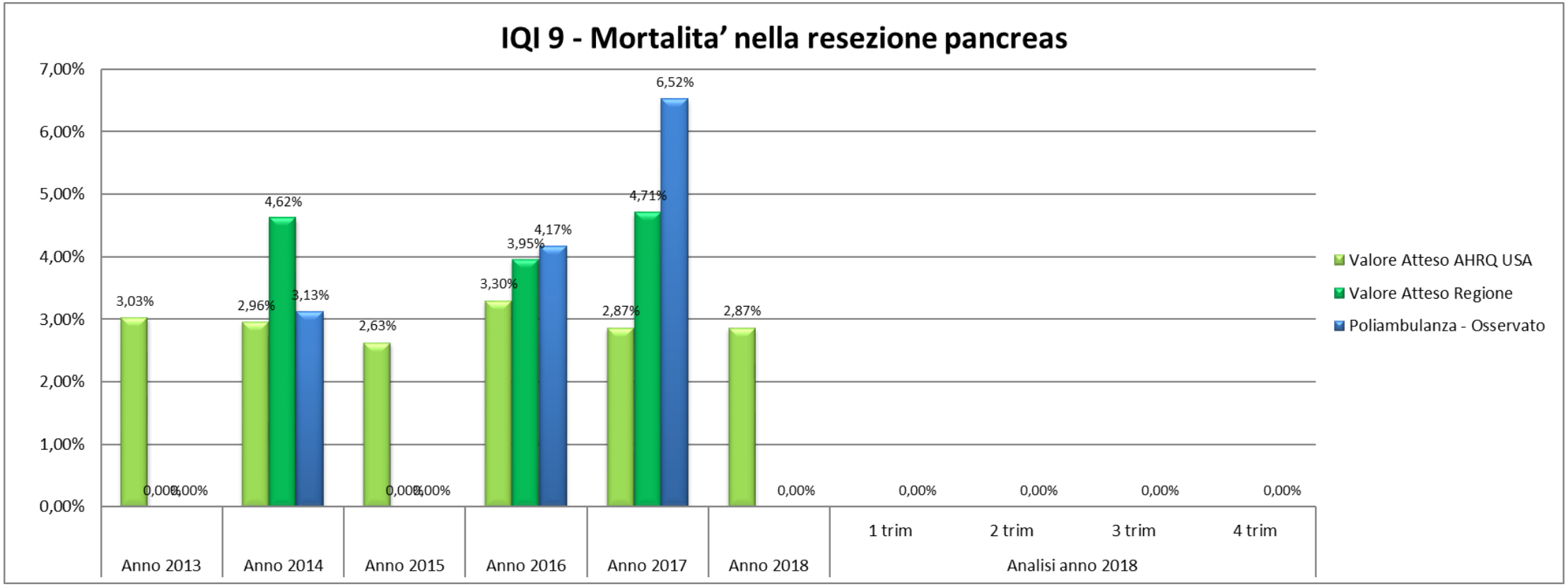
Proposta di indicatori clinici di fine percorso e di outcome

A. Manzoni, L. Orio, W. Gomarasca

Indicatori di output (fine percorso)

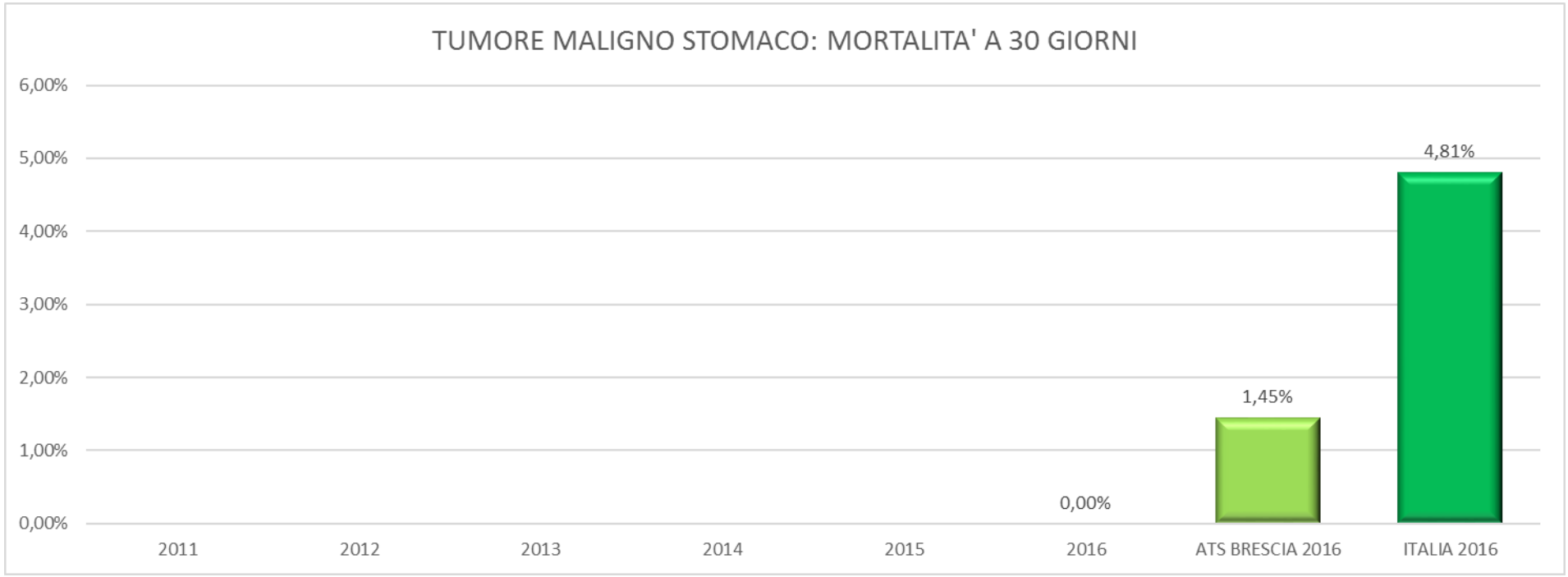
- Mortalità intraospedaliera
- Mortalità a 30 giorni
- Infezioni della ferita chirurgica
- Rientri in sala operatoria
- Complicanze
- Indicatori di esito funzionale : peso, scala di Barthel (ammiss/dimiss)
- Altri indicatori specifici? (albuminemia, circonferenza vita…)

Mortalità intraospedaliera



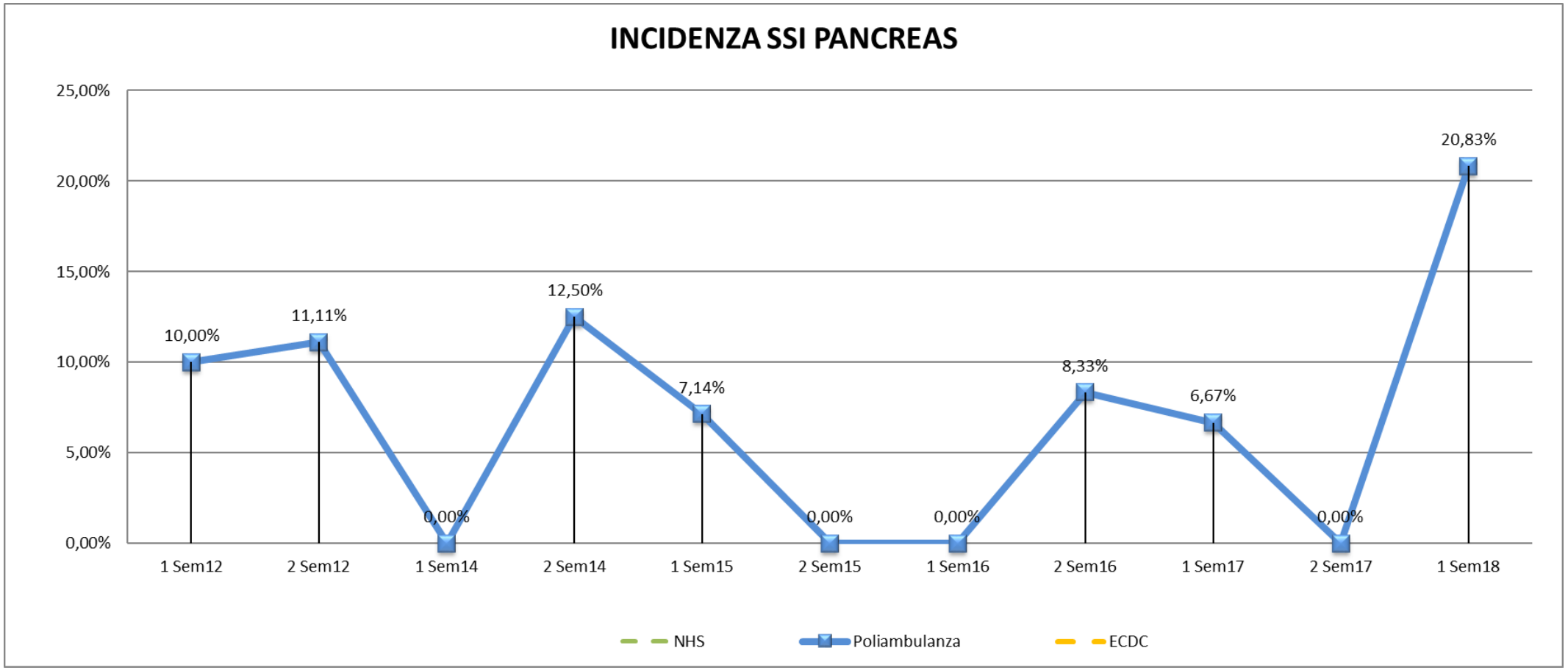
Nessun decesso nel 2018

Mortalità a 30 giorni



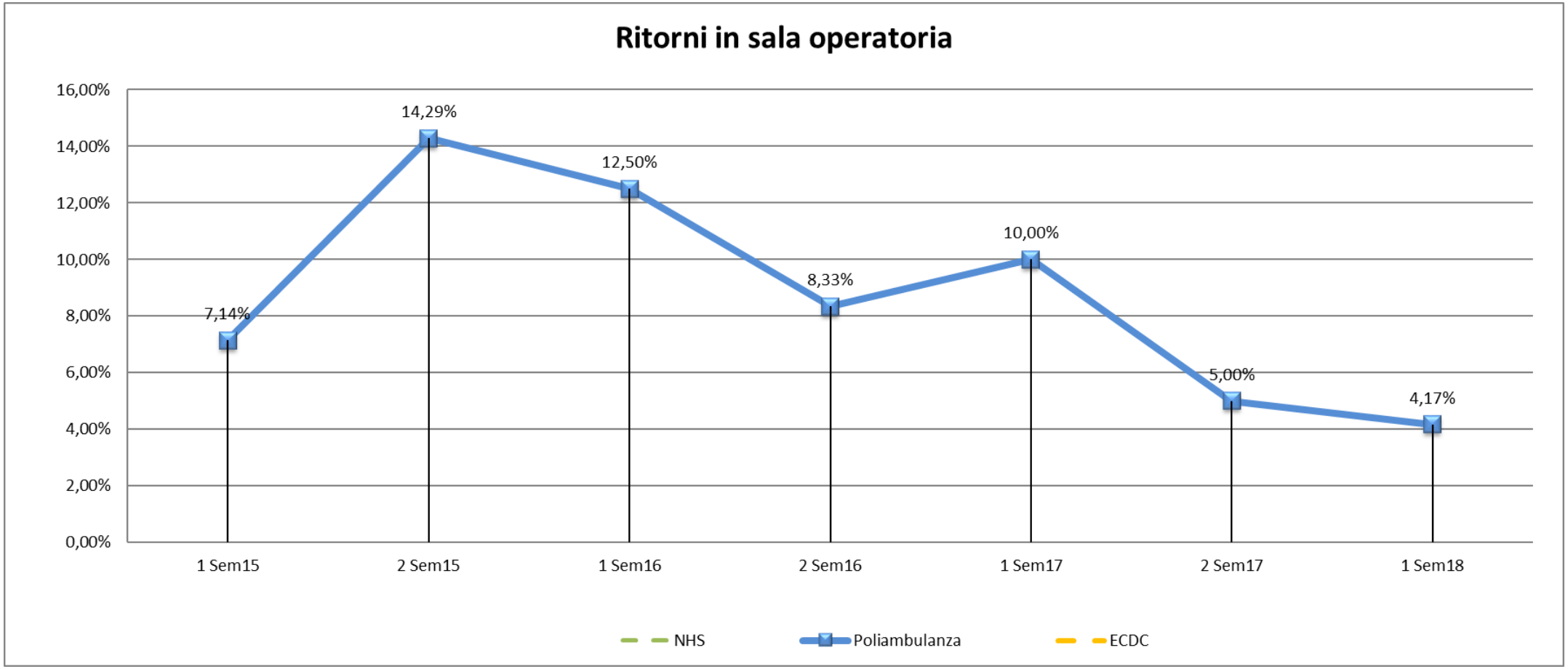
Nessun decesso nel 2016

Infezioni ferita chirurgica



Non abbiamo riferimenti per il solo Pancreas, NHS prevede 6,5% per Pancreas+Fegato+vie biliari senza colecistectomia

Rientri in sala operatoria



Complicanze

- Classificazione Dindo-Clavien

TABLE 1. Classification of Surgical Complications

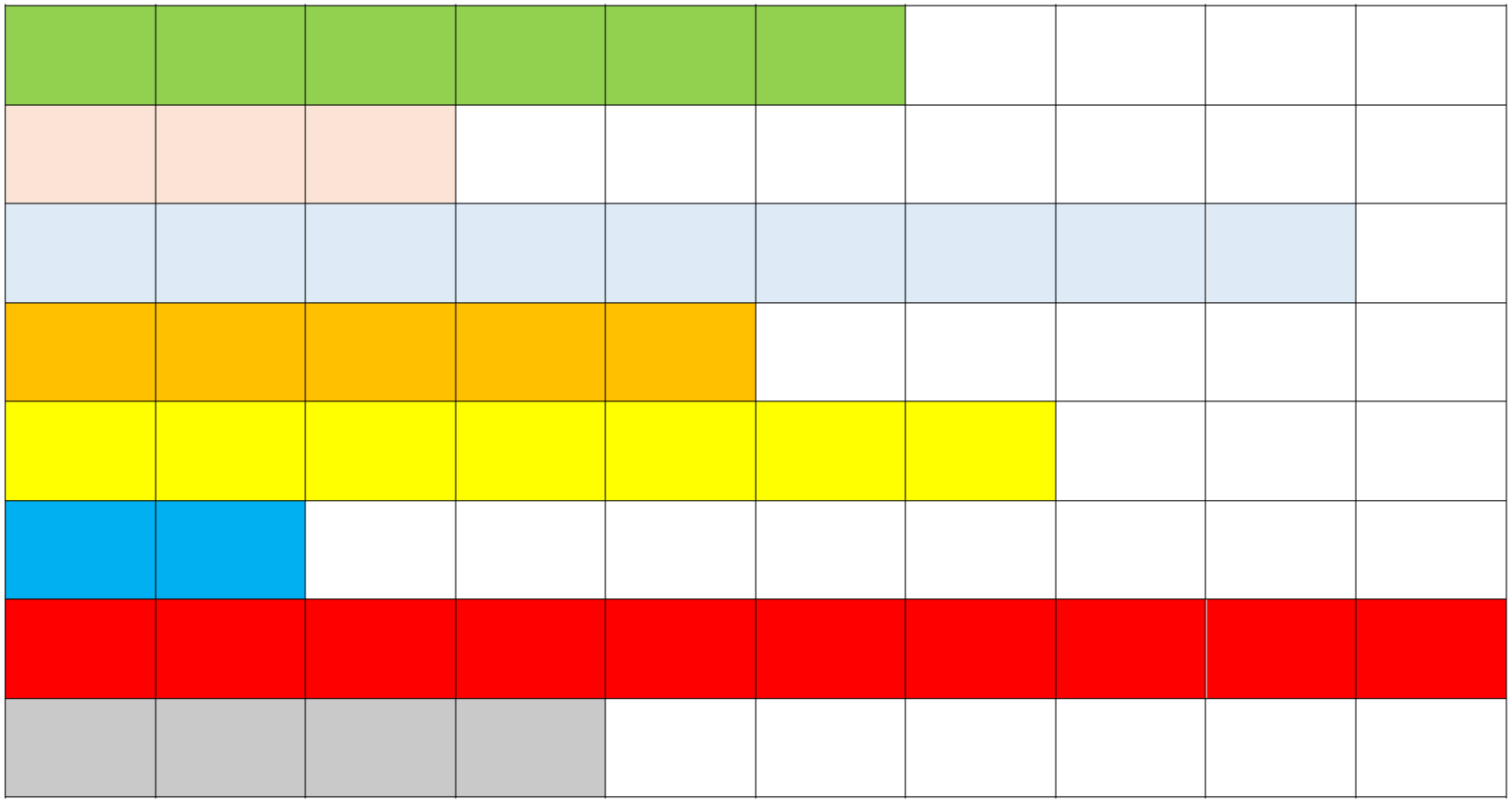
Grade	Definition
Grade I	Any deviation from the normal postoperative course without the need for pharmacological treatment or surgical, endoscopic, and radiological interventions Allowed therapeutic regimens are: drugs as antiemetics, antipyretics, analgetics, diuretics, electrolytes, and physiotherapy. This grade also includes wound infections opened at the bedside
Grade II	Requiring pharmacological treatment with drugs other than such allowed for grade I complications Blood transfusions and total parenteral nutrition are also included
Grade III	Requiring surgical, endoscopic or radiological intervention
Grade IIIa	Intervention not under general anesthesia
Grade IIIb	Intervention under general anesthesia
Grade IV	Life-threatening complication (including CNS complications)* requiring IC/ICU management
Grade IVa	Single organ dysfunction (including dialysis)
Grade IVb	Multiorgan dysfunction
Grade V	Death of a patient
Suffix "d"	If the patient suffers from a complication at the time of discharge (see examples in Table 2), the suffix "d" (for "disability") is added to the respective grade of complication. This label indicates the need for a follow-up to fully evaluate the complication.

*Brain hemorrhage, ischemic stroke, subarrachnoidal bleeding, but excluding transient ischemic attacks.
CNS, central nervous system; IC, intermediate care; ICU, intensive care unit.

INDICATORI DI OUTCOME

- Sopravvivenza (overall survival)
- Disease Control: incidenza delle recidive
- Qualità della vita
  - Esperienza fisica
  - Vita di relazione
- Qualità della morte

Sopravvivenza (overall survival)



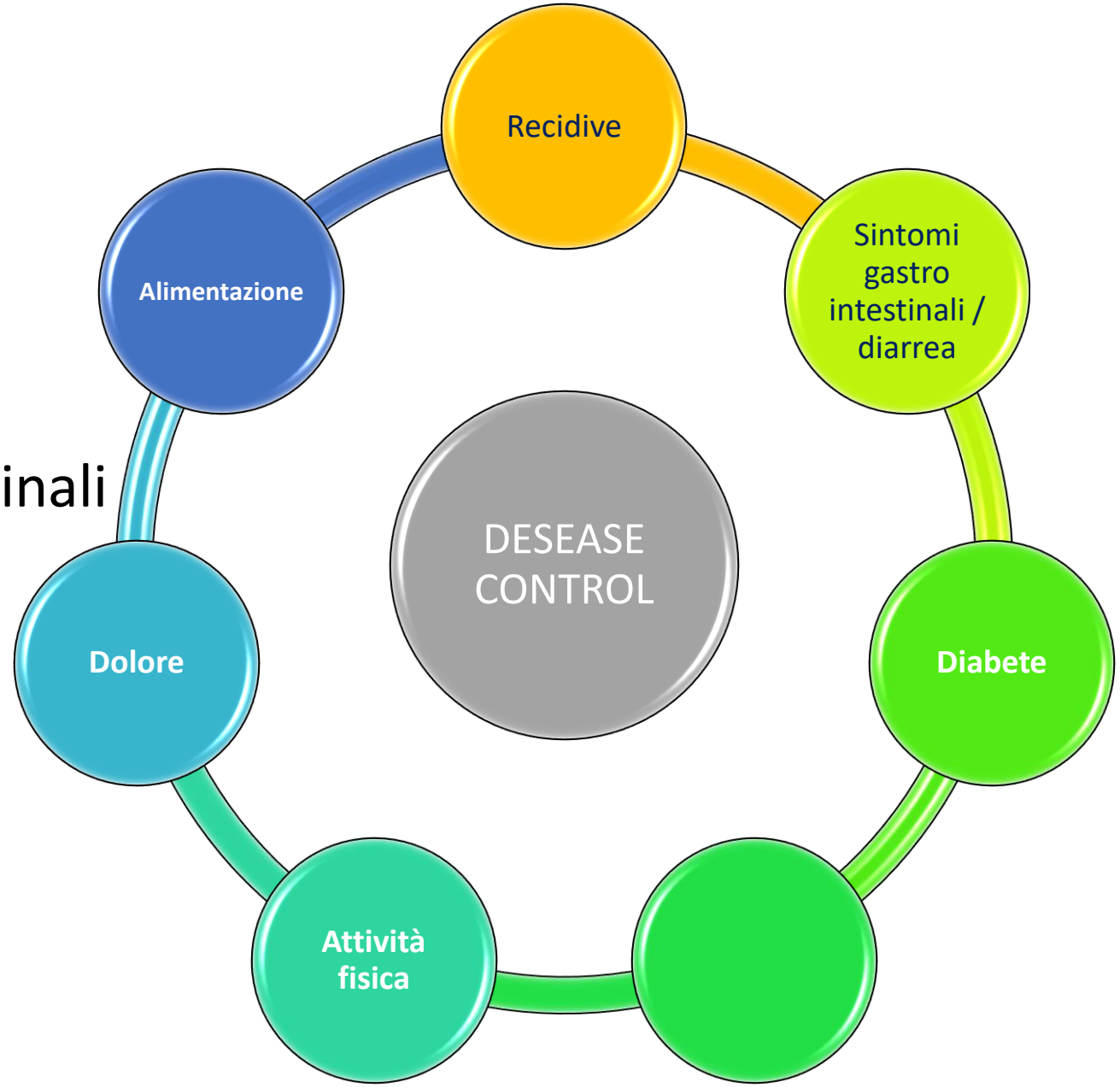
- Criticità: continuità delle informazioni (condivisione con oncologia)
- Difficoltà nel reperire informazioni esterne

- Dato SISS
- Database condiviso

Effettuare follow-up trimestrali fino a due anni, poi ogni 6 mesi

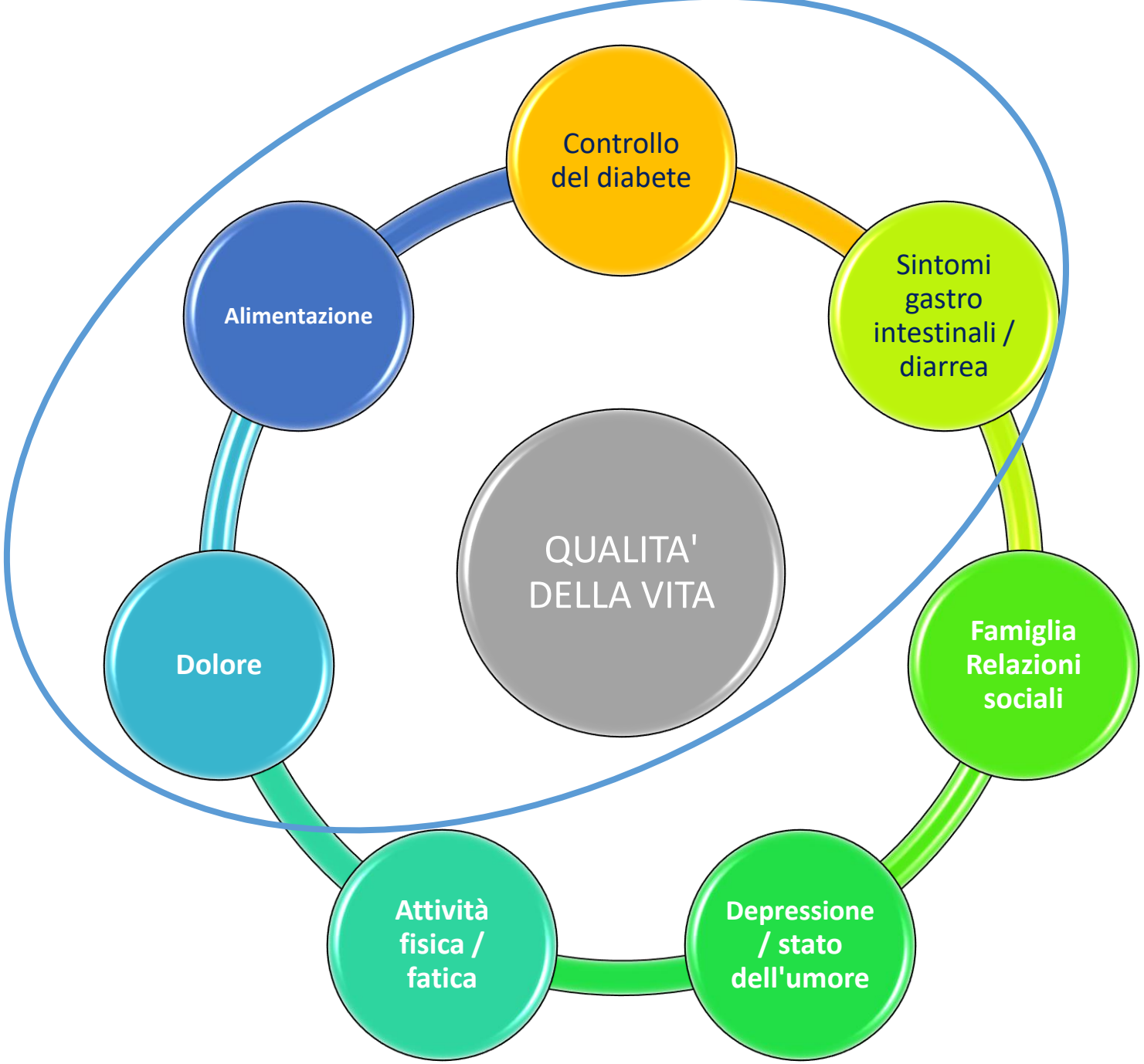
Desease Control

- Incidenza delle recidive
- Controllo del dolore
- Controllo sintomi gastro-intestinali
- Controllo del diabete

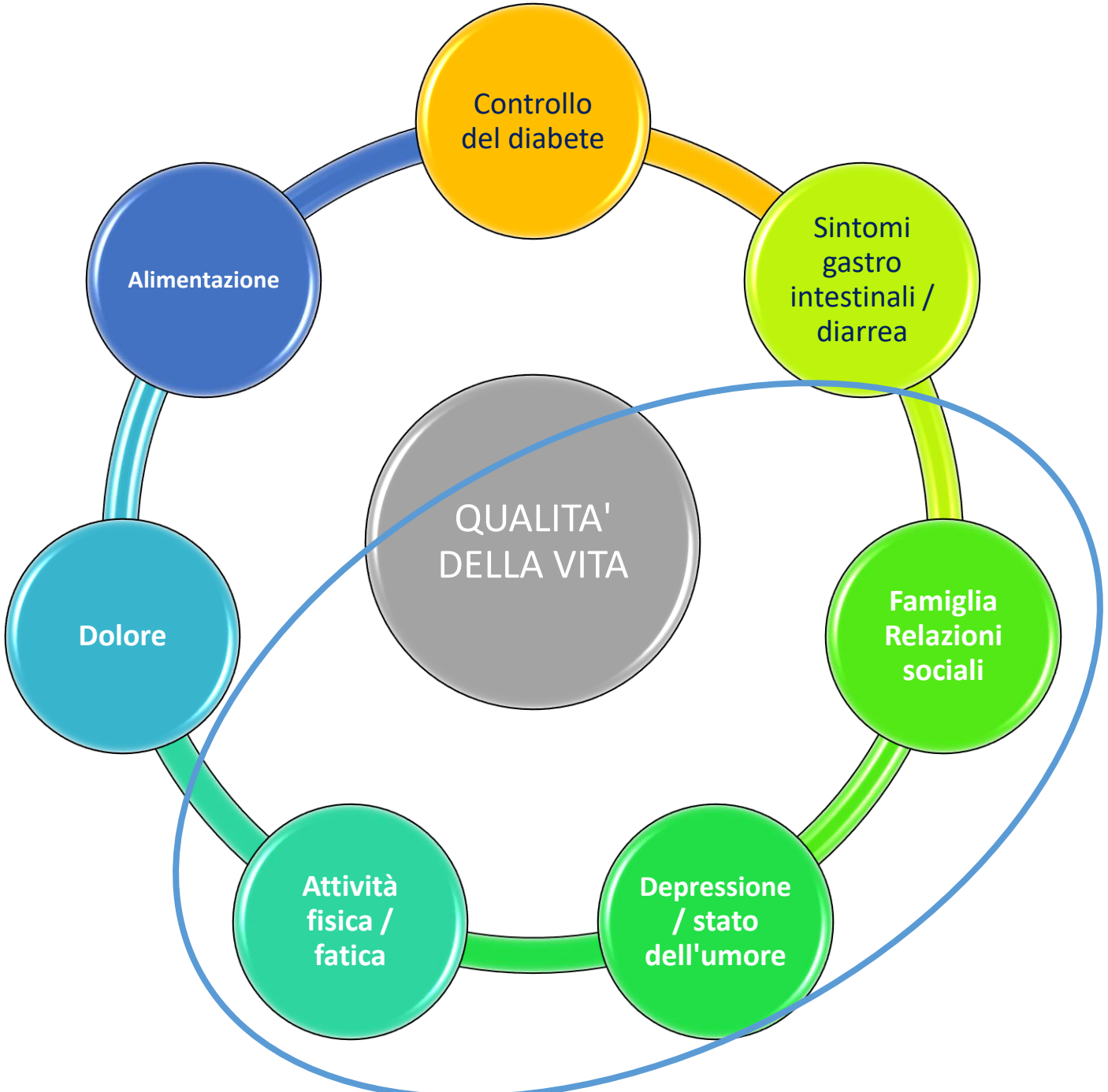


L’ESPERIENZA DEL PAZIENTE

Qualità della vita:
esperienza fisica



Qualità della vita: esperienza di relazione



L’ESPERIENZA DEL PAZIENTE

- EORTIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (QLQ C30)

		No	Un po'	Parec-chio	Moltis-simo
1.	Ha difficoltà nel fare lavori faticosi, come sollevare una borsa della spesa pesante o una valigia?	1	2	3	4
2.	Ha difficoltà nel fare una lunga passeggiata?	1	2	3	4
3.	Ha difficoltà nel fare una breve passeggiata fuori casa?	1	2	3	4
4.	Ha bisogno di stare a letto o su una sedia durante il giorno?	1	2	3	4
5.	Ha bisogno di aiuto per mangiare, vestirsi, lavarsi o andare in bagno?	1	2	3	4

Durante gli ultimi sette giorni:		**No**	**Un po'**	**Parec-chio**	**Molt simo**
6.	Ha avuto limitazioni nel fare il Suo lavoro o i lavori di casa?	1	2	3	4
7.	Ha avuto limitazioni nel praticare i Suoi passatempi-hobby o altre attività di divertimento o svago?	1	2	3	4
8.	Le è mancato il fiato?	1	2	3	4
9.	Ha avuto dolore?	1	2	3	4
10.	Ha avuto bisogno di riposo?	1	2	3	4
11.	Ha avuto difficoltà a dormire?	1	2	3	4
12.	Si è sentito debole?	1	2	3	4
13.	Le è mancato l'appetito?	1	2	3	4
14.	Ha avuto un senso di nausea?	1	2	3	4
15.	Ha vomitato?	1	2	3	4

Durante gli ultimi sette giorni:		**No**	**Un po'**	**Parec-chio**	**Moltis-simo**
16.	Ha avuto problemi di stitichezza?	1	2	3	4
17.	Ha avuto problemi di diarrea?	1	2	3	4
18.	Si è sentito stanco?	1	2	3	4
19.	Il dolore ha interferito con le Sue attività quotidiane?	1	2	3	4
20.	Ha avuto difficoltà a concentrarsi su cose come leggere un giornale o guardare la televisione?	1	2	3	4
21.	Si è sentito teso?	1	2	3	4
22.	Si è preoccupato?	1	2	3	4
23.	Si è sentito irritabile?	1	2	3	4
24.	Si è sentito depresso?	1	2	3	4
25.	Ha avuto difficoltà a ricordare le cose?	1	2	3	4
26.	Le Sue condizioni fisiche o il Suo trattamento medico hanno interferito con la Sua vita familiare?	1	2	3	4
27.	Le Sue condizioni fisiche o il Suo trattamento medico hanno interferito con le Sue attività sociali?	1	2	3	4
28.	Le Sue condizioni fisiche o il Suo trattamento medico Le hanno causato difficoltà finanziarie?	1	2	3	4

Per le seguenti domande ponga un cerchio intorno al numero da 1 a 7 che meglio corrisponde alla Sua risposta

29. Come valuterebbe in generale la Sua salute durante gli ultimi sette giorni?

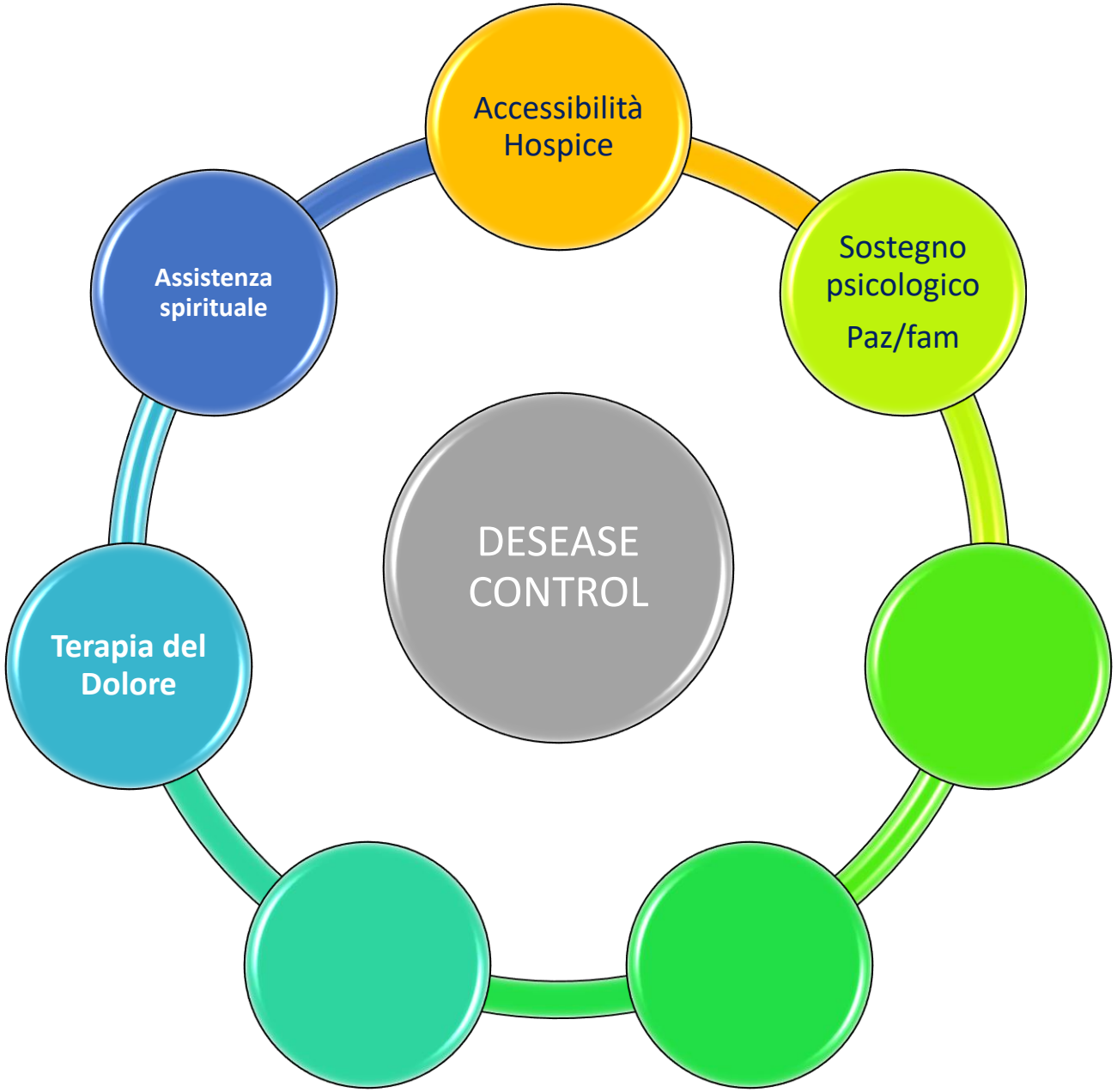
1	2	3	4	5	6	7
Pessima						Ottima

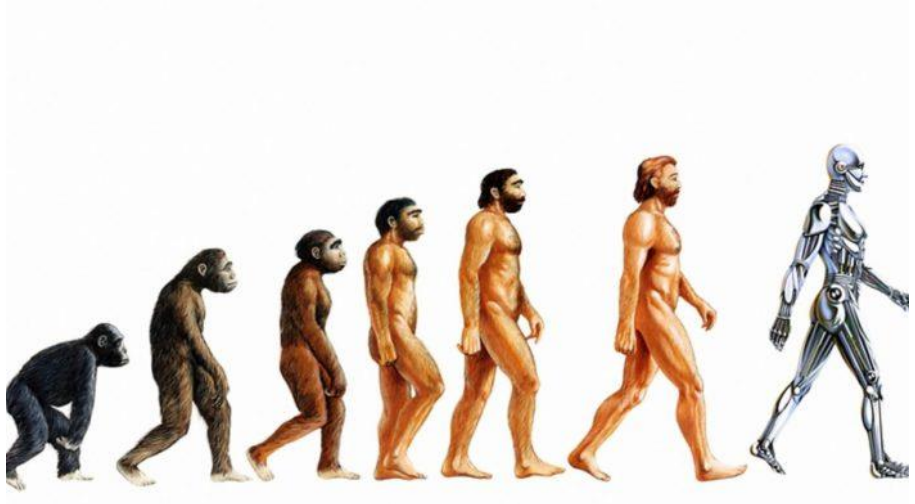
30. Come valuterebbe in generale la Sua qualità di vita durante gli ultimi sette giorni?

1	2	3	4	5	6	7
Pessima						Ottima

© Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. Tutti i diritti sono riservati. Version 3.0

Qualità della morte





7. Da qui in avanti… Dare Valore a ciò che si fa

- Selezionare quali dati
- Poter disporre di invii automatici differenziati,«personalizzati»
- Disporre di indicatori utili a misurare i Percorsi di Cura
- Coinvolgere i pazienti (superare la visione «alberghiera» della customer satisfaction)
- Predisporre un sistema totalmente integrato fra indicatori clinico-assistenziali ed indicatori organizzativo-gestionali in un’ottica di Value Based Management

La Medicina del Valore (Value Based Healthcare)

L'obiettivo è massimizzare il rapporto fra l'esito delle cure, misurabile secondo parametri importanti per il paziente, e la spesa sostenuta complessivamente per generare quel risultato.

$$VALUE = \frac{OUTCOME}{COSTS}$$

esito della cura dal punto di vista clinico e del paziente

costo dell'intero ciclo di cura

Una questione sempre più attuale

- Compatibilità di un sistema di «Qualità» che mira all'eccellenza con i costi e con le risorse economiche sempre più ridotte. Spesso ci lamentiamo per essere giudicati (v. budget) solo dal p.v. economico

- Ma noi, siamo in grado di:
  A. Mostrare i risultati clinici ed assistenziali
  B. Fare i conti?