

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

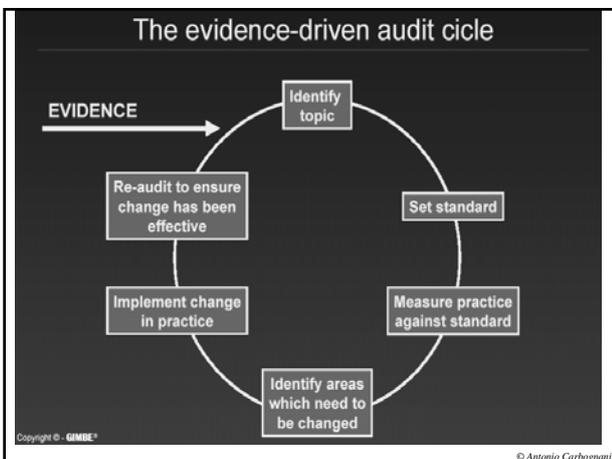
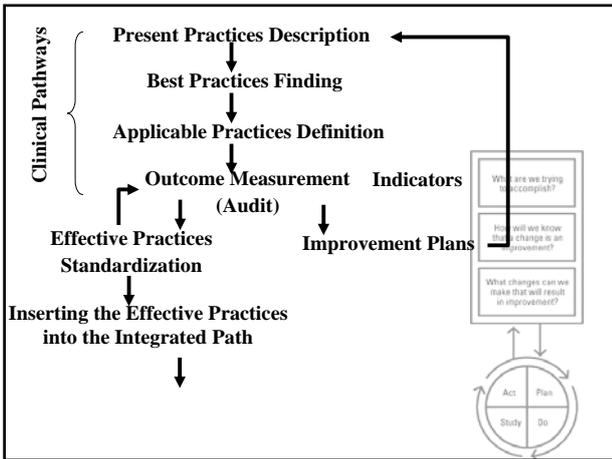
Daniilo Orlandini
Staff Qualità, Accreditamento e Unità Efficacia Clinica

Revisione tra pari degli indicatori di governo clinico per valutare la qualità dell'assistenza e migliorare la formazione professionale

4a Conferenza Nazionale GIMBE®
Dall'Evidence-based Practice alla Clinical Governance
Bologna, 6 febbraio 2009

"Every system is perfectly designed to achieve the results it gets" DON BERWICK

<http://go.to/funpic>



**Baylor Health Care System
Performance Award Program**

Process of Care Measure 1 (01/01 through 01/02)	Hosp A	Hosp B	Hosp C	Hosp D	Hosp E	Total BHCS
Early Aspirin	94%	76%	93%	85%	94%	89%
Early Beta Blockers	90%	75%	84%	65%	94%	82%
Timely Repertorio	72%	X	50%	X	42%	55%
Aspirin at Discharge	97%	X	97%	88%	97%	94%
Beta Blockers at Discharge	94%	X	91%	75%	95%	90%
ACEI or ARB at Discharge	94%	X	97%	X	95%	97%
Smoking Cessation (for CHF, AMI, CAP, & Stroke)	85%	96%	84%	89%	79%	89%
TOTAL						84%

© Antonio Carbognani

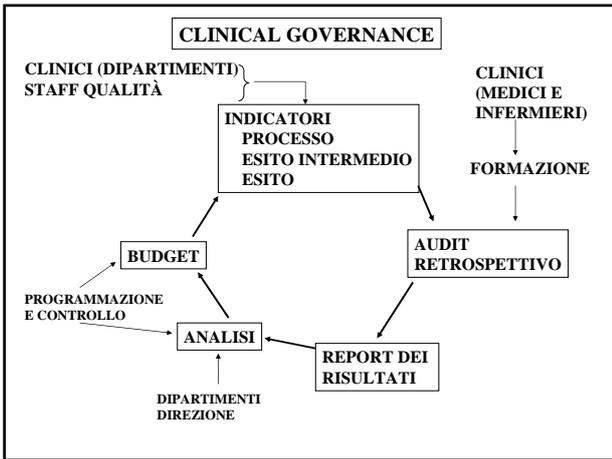
A	B	C	D	E	F
INDICATORI 2004					
		Obiettivo 2004	Performance corrente	Standard	Stato rispetto allo standard
SICUREZZA					
AFFIDABILITÀ E TEMPESTIVITÀ					
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA					
EFFICIENZA					
SODDISFAZIONE					
DOCUMENTAZIONE					
<p>Nota: Gli indicatori clinici saranno misurati prevalentemente con audit documentali ogni volta che un indicatore verrà misurato sarà esplicitato con precisione il numeratore ed il denominatore che verrà utilizzato</p> <p>Nota per Standard: Per alcuni indicatori l'obiettivo sarà quello di rilevare il livello di performance corrente per poter determinare lo standard aziendale applicabile</p>					
<p>Standard da determinare</p>					

© Antonio Carbone



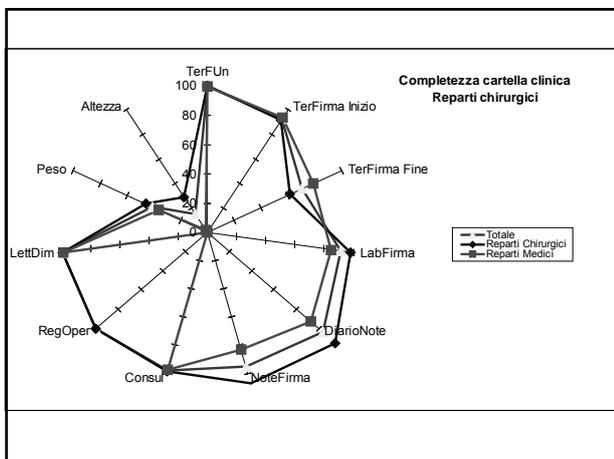
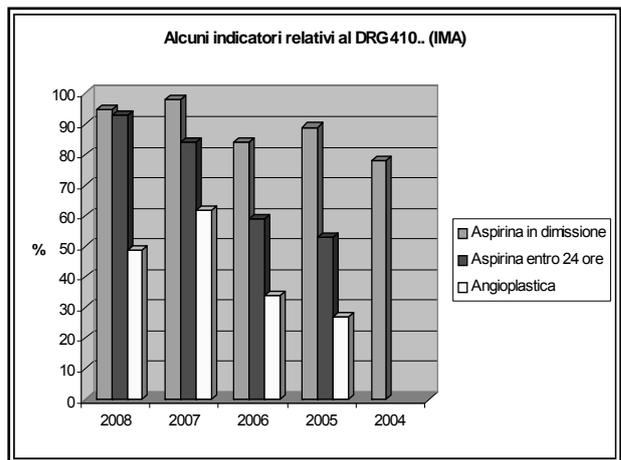
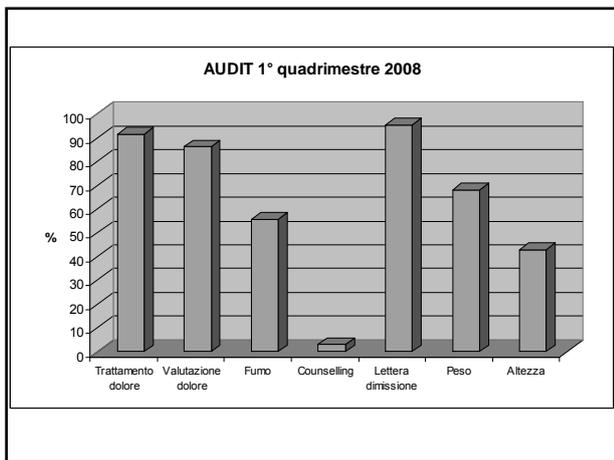
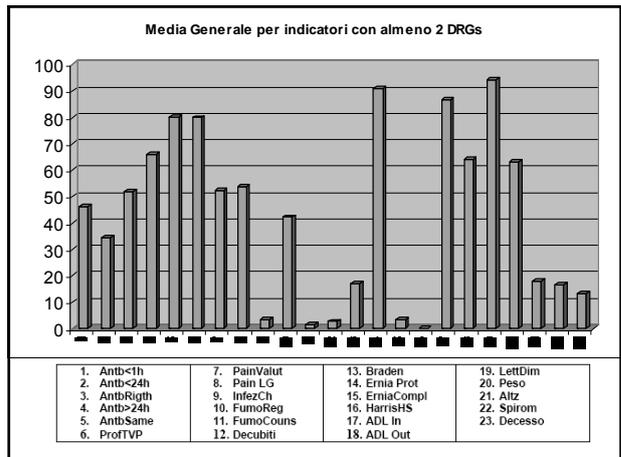
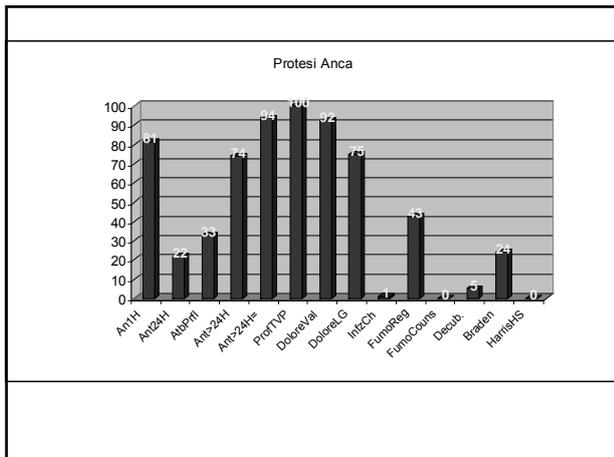
La formazione dei valutatori

- 140 facilitatori (1-2 per ogni uuoo) formati con un corso di 30ore
- 80 valutatori formati sulla conduzione dell'audit della qualità (ISO 19011)
- 90 auditor (professionisti sanitari) per effettuare gli audit clinici + 40 esperti in E.B.M.



AREA	CRITERI E INDICATORI DI VALUTAZIONE	LIBERAMENTE INTERESSATI	RESPONSABILE VERIFICA
<p>ACCREDITAMENTO</p> <p>Con il mese di febbraio 2008 si concludono le visite per la valutazione di fine dell'accertamento. Con questo passaggio si dà avvio allo stato dell'applicazione del sistema di garanzia della qualità: si indicano punti di forza, punti di debolezza e spazi di miglioramento: ne conseguono programmi di lavoro finalizzati alla correzione delle non conformità e al consolidamento del sistema di garanzia delle dimensioni della qualità tecnica, organizzativa e dell'interazione con i clienti, e dell'equità/prestigi.</p> <p>Il 2008 impone tutte le strutture organizzative di consolidamento del sistema attraverso le azioni di miglioramento: individuare come viene di accreditamento e con i programmi specifici.</p> <p>In particolare a Servizi amministrativi si chiede di dare continuità al percorso: impegno degli indicatori che di essi sono stati individuati: sono monitorati e utilizzati per la verifica dei risultati e la ricerca di miglioramento.</p>	<p>INDICATORI</p> <p>Ciascun Servizio ha definito propri indicatori ed è supposto che si chiede la verifica, attraverso l'evidenza della predisposizione di un sistema di raccolta dati, del loro soddisfacimento i tempi definiti, di valutatori su risultati raggiunti a partire dai risultati che essi portano.</p> <p>MODALITÀ DI VERIFICA</p> <p>Tramite la parte di Responsabili al Responsabile Aziendale per l'accertamento di un rapporto con gli indicatori calcolati, che comprende la descrizione di come sono stati raccolti i dati, di come gli operatori sono coinvolti nel processo di misurazione e di condivisione dei risultati, di quali considerazioni e di quali azioni in merito l'analisi dei risultati si fare di miglioramento del servizio.</p>	<p>Servizi Amministrativi Cattedre UUOO cliniche</p>	<p>Dir. Danilo Ottolenghi Rep. Accreditamento</p>

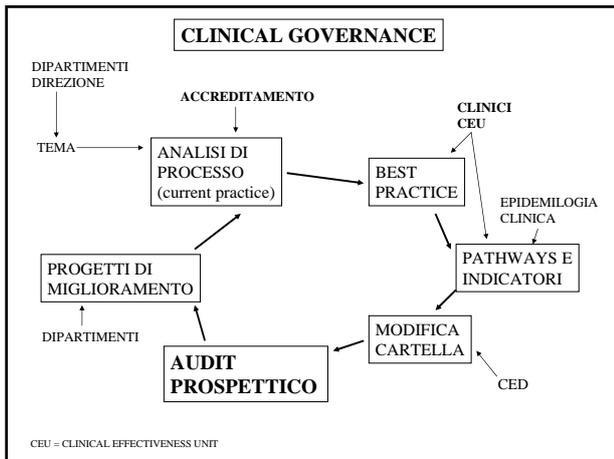
<p>ATB</p> <p>Applicazione della Linea guida CEU ANTIBIOTICOPROFILASSI IN CHIRURGIA.</p> <p>ATB1</p> <p>Profilassi antibiotica iniziata nell'ora precedente l'incisione chirurgica (indipendentemente dal tipo di anestesia)</p> <p>Interventi:</p> <p>Emia, proctocoelomia, Appendicectomia, (chirurgia) (Day Surgery)</p> <p>Protesi Femorale e di ginocchio; Fratture di femore (ortopedici)</p> <p>Parto Cesareo, Isterectomia (Ginecologia e ginecologia)</p> <p>Prostatactomia (Urologia)</p> <p>Cataratta (Oculistica)</p> <p>Si applica a tutti i reparti chirurgici e ai reparti anestesiologia del presidio ospedaliero per i ricoveri ordinari, i day-hospital e i day-service.</p> <p>Non applica:</p> <p>N° cariche con interventi con DRG corretto per la patologia in esame e antibiotici iniziati nell'ora precedente l'incisione chirurgica</p> <p>Popolazione esclusa: nessuna</p> <p>Rilevamento dei dati</p> <p>Fonte: copia del foglio operatorio scheda anestesiologica contenuta nella cartella clinica del paziente scheda cartella</p> <p>ricerca di annotazione di ora e antibiotico somministrato sulla scheda infermieristica della sala operatoria</p> <p>Di norma nell'ora precedente l'incisione chirurgica il paziente si trova nei locali del blocco operatorio, pertanto la somministrazione dell'antibiotico per la profilassi antibiotica deve essere iniziata nel blocco.</p> <p>antibiotico viene di norma prelevato dal chirurgo nella scheda legata della cartella clinica con la corretta indicazione del tipo, della dose, della via di somministrazione (che deve essere endovenosa), e con l'indicazione della durata della profilassi come numero di dosi ed intervallo medio.</p> <p>Nella copia del foglio operatorio deve essere annotata l'ora di inizio dell'intervento; nella scheda dell'anestesia è annotata l'ora di inizio dell'anestesia, che di solito precede di poco l'ora di inizio dell'intervento.</p> <p>L'ora di inizio della somministrazione dell'antibiotico deve essere annotata all'infermiere di sala operatoria che ha controllato che il farmaco somministrato sia quello prescritto e che ha materialmente effettuato la somministrazione; l'ora di inizio della somministrazione può essere annotata anche dal medico anestesista nella cartella anestesiologica.</p> <p>Se la somministrazione di un antibiotico è avvenuta nella giornata precedente l'intervento non deve essere rilevata come antibiotico-profilassi.</p> <p>Anche se il paziente sta effettuando un trattamento antibiotico dai giorni precedenti l'intervento, l'antibiotico-profilassi va effettuata e registrata con le stesse modalità.</p>	<p>Verrà rilevata la somministrazione di Cefazolin, Cefotaxim, Ampicillin/Sulbactam oppure di Metronidazole e Gentamicina in associazione nel caso in cui sia indicata allegata ai Bilanetti Farmaci presenti nel prontuario aziendale.</p> <p>ANTIBIOTICOPROFILASSI ANTIBIOTICI</p> <p>gA/1000 Cefotaxim sodicam e Cefotaxim fe 1 g e AEU/Tobacif e Cefotaxim fe 1 g e 2 gA</p> <p>MAR/1000 Ampicillin + Sulbactam/Naipen fe 1,5 g e im/Naipen fe 1,5 g e v/Naipen fe 3 g</p> <p>Gentamicina/GENTALIN PED/ATROIC 10 MG FIALE, Gentamicina/GENTALIN PED/ATROIC 40 MG FIALE, Gentamicina/GENTAMICINA 80 MG FIALE</p> <p>Metronidazole/METRONIDAZOLO PHAT 0,5/100 ML, Iodopovidone Osestet CIG</p> <p>Sono esaminate 20 cartelle consecutive con codice ICD/ICM corretto per la patologia in esame (i cui numeri vengono selezionati dallo staff programmazione e controllo).</p> <p>Denominatore:</p> <p>N° cariche con interventi con DRG corretto per la patologia in esame valutate</p> <p>Standard</p> <p>Riferimento: 100%</p> <p>Accettabile x 2008 >70%</p> <p>Bibliografia</p> <p>*BRISQZ DW, Houck PM, for the Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Group. Antimicrobial prophylaxis for surgery. An advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. CID 2004;38:15 July:1706-1715</p> <p>*Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guidelines for prevention of surgical site infection. 1999. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:247-280</p> <p>*Silver A, Echols A, Kiss I, et al. Timeliness and use of antibiotic prophylaxis in selected inpatient surgical procedures. Am J Surg. 1996;171:548-552</p> <p>*Larson RA, Evans RS, Burke JP, et al. Improved perioperative antibiotic use and reduced surgical wound infections through use of computer decision analysis. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;24:215-220</p> <p>*Frikkelstein P, Reinherz G, Embson A. Surveillance of the use of antibiotic prophylaxis in surgery. Br J Med Sci. 1998;32:1090-1097</p> <p>*Mabuzka PR, Chaele WG, Burke JD, et al. A new standard of care: administration of prophylactic antibiotics in the operating room. Am Surg. 1997;63:500-503</p> <p>*Doneski P, Schein M, Rucinski JC, et al. Antibiotic administration in patients undergoing elective surgical procedures in a community teaching hospital: the case continues. Wound J Surg. 1999;23:428-432</p> <p>*Reinherz G, Cole WR. The prophylaxis of surgical infections: the effect of prophylactic antimicrobial drugs on the incidence of infection following potentially contaminated operations. Surgery. 1984;94:151-157</p> <p>*Polk HC, Lopez-Mayor JF. Postoperative wound infection: a prospective study of 4000 patients in a community teaching hospital. Surgery. 1989;99:37-50</p> <p>*Stone HA, Hooper CA, Kohn LD, et al. Antibiotic prophylaxis in gastric, biliary, and colonic surgery. Am Surg. 1978;14:443-452</p>
---	--



Ospedale di ?????????????? Estratto scheda budget 2008

OSTETRICIA GINECOLOGIA 3703

INDICATORE DI GOVERNO CLINICO	Cens. al 31/03/2007	Cens. al 30/06/2007	Cens. al 30/09/2007	Cens. 2007	Budget 2008	Cens. al 31/03/2008	Cens. al 30/06/2008	Cens. al 30/09/2008
N° cartelle cliniche (documenti clinici) esaminati con registrazione della terapia su foglio unico e con firma del medico sulla prescrizione, modifica e soppressione dei singoli farmaci/N° cartelle esaminate	-	-	-	8,0%	> 70%	8,0%		0,0%
N° referti di esami di laboratorio (archiviati) presenti nelle cartelle esaminate, effettuati durante il ricovero (compresi gli esami preoperatori) firmati/N° totale di referti di esami di laboratorio (archiviati) presenti nelle cartelle esaminate, effettuati durante il ricovero (compresi gli esami preoperatori)	-	-	-		> 80%	92,0%		82,0%
N° cartelle esaminate con tutti i referti di esami di laboratorio (archiviati) effettuati durante il ricovero (compresi gli esami preoperatori) firmati/N° cartelle esaminate	-	57,0%	-	92,0%	100%	85,0%		60,0%
N° cartelle con intervento e infezione della ferita chirurgica/N° cartelle con intervento per parto cesareo e intraoperatorio esaminate	-	0,0%	-	0,0%	> 5%	0,0%		2,0%
N° pazienti con evidenza in cartella della valutazione del dolore postoperatorio nelle prime 24 ore dopo l'intervento/N° cartelle esaminate	-	54,0%	-	98,0%	> 80%	98,0%		93,0%
N° parti cesarei non ripetitivi/N° totale parti (al netto di esami iterativi)	20,2%	20,3%	22,6%	20,5%	> 25%	23,9%	18,6%	18,5%
N° pazienti sottoposti ad intervento chirurgico che hanno effettuato profilassi della TVP nelle cartelle esaminate/N° pazienti sottoposti ad intervento chirurgico nelle cartelle esaminate	-	-	-		100%	100,0%		100,0%
N° di cartelle con evidenza del riscontro delle abitudini al fumo/N° cartelle esaminate	-	-	-		> 80%	80,0%		49,0%
N° di cartelle con evidenza di tabagismo e registrazione di attività di counseling antifumo/N° cartelle esaminate	-	-	-		> 50%	0,0%		2,0%



Microsoft Office InfoPath 2003

Diagnostica Specialistica (paziente: Fagnola, Gianmario) Tabella 1

Digitare una domanda...

ANAMNESI CARDIOLOGICA REMOTA

PTCA: SI NO NON DISPONIBILE

BAC: SI NO NON DISPONIBILE

Progresso IMA: SI NO NON DISPONIBILE

Angina pectoris in trattamento: SI NO NON DISPONIBILE

Vasculopatia aterosclerotica periferica: SI NO NON DISPONIBILE

Iperensione arteriosa in trattamento: SI NO NON DISPONIBILE

Aterosclerosi Carotidea: SI NO NON DISPONIBILE

FATTORI DI RISCHIO CARDIO VASCOLARE

1. Fumo: SI NO S

2. Progresso cardiopatia ischemica: SI NO NON DISPONIBILE

3. Familiarità: SI NO NON DISPONIBILE

4. Diabete mellito: SI NO ICDOM ICDOM Dieta NON DISPONIBILE

5. Iperensione arteriosa: SI NO NON DISPONIBILE

6. Ipercolesterolemia: SI NO NON DISPONIBILE

Troponina I: _____ (Valore)

Troponina I: 0 -0.10: valori nei limiti

Troponina I: < 0.15 ng/ml: non significativo danno miocardico

Troponina I: 0.15 - 0.2 ng/ml: significativo danno miocardico ma non IMA definitivo

Troponina I: > 0.2 ng/ml: più probabilità di essere un IMA ma non definitivo

Protezione modello di moduli: http://ibp.it/eng

