



**GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO:
DAL PIANO NAZIONALE ESITI AL PORTALE DI
GOVERNO CLINICO DI REGIONE LOMBARDIA**

DOCENTI:

- **Anna Patrizia Barone**

Dirigente Medico – ASL Brindisi

UO gestione Rischio clinico

- **Pietro Barbieri**

Dirigente Medico – AO Melegnano

Responsabile di Terapia Intensiva e Coronarica

Ospedale di Cernusco sul Naviglio.

- **Pierfranco Mirabile**

Biologo - UO Accreditamento e qualità – AO Pavia.

Componente del tavolo di lavoro «Indicatori» di Regione Lombardia.

PROGRAMMA DEL CONVEGNO

Manuela Gosio	Il PIMO: Piano integrato di miglioramento dell'organizzazione
Patrizia Barone	PNE (Piano Nazionale Esiti) metodi e caratteristiche
Pietro Barbieri	Il sistema di indicatori " AHRQ " in Regione Lombardia
Pierfranco Mirabile	Portale di governo clinico e PDTA regionali

PIMO - REGIONE LOMBARDIA

d.d.g. n. 1041 del 14.2.2012 di costituzione del “Gruppo di Lavoro Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente” – composto dai Responsabili aziendali della Qualità di tutti gli ospedali lombardi.

DGR X/1185/2013 Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2014

Prevede la **Predisposizione** del Piano Integrato per Il Miglioramento dell’Organizzazione e degli strumenti di monitoraggio e valutazione.

d.d.g. n. 1685 del 28.02.2014 di ricostituzione del “Gruppo di Lavoro Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente” - composto dai Responsabili aziendali della Qualità di tutti gli ospedali lombardi - con l’obiettivo di sviluppare il “Piano Integrato di Miglioramento dell’Organizzazione (PIMO)” nonché di predisporre il “Manuale per il supporto e l’accompagnamento delle strutture nella realizzazione del Piano integrato di miglioramento”.

PIMO - REGIONE LOMBARDIA

DGR X/2989/2014 Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015

Stabilisce la **Realizzazione** del Piano Integrato per Il Miglioramento dell'Organizzazione e degli strumenti di monitoraggio e valutazione:

- la Check list di **autovalutazione** applicata a tutte le strutture ospedaliere lombarde;
- indicatori** di valutazione degli ospedali e di monitoraggio interno dei processi.

DGR N° X/3652 del 05/06/2015 DETERMINAZIONI RELATIVE AL "PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (PIMO)"

PIMO: PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

1. Cosa non è:

UN DOCUMENTO descrittivo

2. Cos'è:

UNO STRUMENTO DI LAVORO

**finalizzato a supportare le aziende nella
programmazione annuale e pluriennale delle attività, di
miglioramento della qualità.**

3. Com'è

E' un insieme di indicatori che concorrono a misurare tutti i processi: clinici, amministrativi, gestionali messi in atto a livello delle aziende ospedaliere.

Sono grandezze ricavate da data base amministrativi o da attività di monitoraggio puntuale su aspetti che presentano criticità.

Cos'è un Indicatore

‘Variabile ad alto contenuto informativo, che consente una valutazione sintetica di fenomeni complessi e fornisce gli elementi necessari ad orientare le decisioni’

Caratteristiche di un buon indicatore

Riproducibile (Ridotta variabilità tra ed entro osservatori)

Accurato (La rilevazione è priva di errori sistematici)

Sensibile al cambiamento

Specifico per il fenomeno indagato

Facilmente rilevabile e calcolabile

Poco costoso da rilevare e d analizzare

Tempestivo (Rilevabile e rilevato in tempo per le decisioni)

INDICATORI DEL PIMO:

- **Indicatori di sistema (43),**
- **Indicatori selezionati dalla check-list di autovalutazione,**
- **Indicatori di performance clinica,**
- **Indicatori PDTA (reti di patologia),**
- **Indicatori di monitoraggio interno (AHRQ),**
- **Indicatori selezionati dal PNE,**
- **Indicatori del Piano Aziendale di rischio clinico,**
- **Indicatori degli obiettivi compresi nel contratto con l'ASL,**
- **Indicatori del Piano Aziendale delle Performance,**
- **Indicatori del Piano Trasparenza ed Anticorruzione,**
- **Indicatori di budget.**

INDICATORI DI SISTEMA

AMBITO

**ECONOMICO –
FINANZIARIO**

STRUTTURA

Situazione economico-finanziaria

requisiti di accreditamento

**manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della
sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori**

verifiche impianti

documento di valutazione dei rischi

INDICATORI DI SISTEMA

AMBITO

TECNOLOGIE

SISTEMI INFORMATIVI

governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)

farmacovigilanza

Dispositivo sorveglianza

uso in sicurezza dei farmaci

valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale

Progetto SISS

disaster recovery

continuità operativa

INDICATORI DI SISTEMA

AMBITO

RISORSE UMANE

ORGANIZZAZIONE

requisiti di accreditamento

analisi del fabbisogno di personale

governo del clima aziendale *CUG / Stress lavoro correlato*

sorveglianza sanitaria dei lavoratori

analisi dell'attività formativa erogata

rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi

valutazione e sviluppo delle competenze

accreditamento provider (ove presente in azienda)

obiettivi di mandato

segnalazioni dei cittadini

INDICATORI DI SISTEMA

AMBITO

ORGANIZZAZIONE

rilevazione della qualità percepita (*customer*)

strategie della comunicazione aziendale

gestione del rischio clinico

gestione del contenzioso

verbali e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale

indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza

qualità della documentazione sanitaria

qualità dei flussi informativi

monitoraggio liste d'attesa

recepimento delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del d.lvo 231/01

adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo

prevenzione della corruzione, dell'illegalità e trasparenza

ESEMPI di alcuni INDICATORI DI SISTEMA

Indicatori	Formula	FONTE DATI	PERIODO	U.M	VALORE	OBIETTIV O	PRIORITA'
1.1.1 Indicatore economico gestionale di bilancio ECONOMICO – FINANZIARIO	Costo personale/produzione lorda	4° CET/ricavi gestione caratteristica	2014	Tasso %	42,48%	Dim.	Bassa
	Spesa per beni e servizi/produzione lorda	4° CET/ricavi gestione caratteristica	2014	Tasso %	59,25%		
	Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio	voce B del conto economico/voce A del conto economico	2014	Tasso %	96,09%		
2.1.1 Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento STRUTTURA	Requisiti non ancora raggiunti con incremento =>5% /Requisiti non ancora raggiunti	Schede monitoraggio proroga all'adeguamento dei requisiti strutturali/tecnologici	2013	Tasso %	66,66%	aumento	Media
2.2.1 Manutenzione impianti STRUTTURA	Numero verifiche eseguite nei tempi/Numero verifiche pianificate	rapporti di verifica/contratto di manutenzione+cogenze	2014	Tasso %	99,30%	aumento	Alta
3.1.1 Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica TECNOLOGIE	Num. di ore di fermo macchina TC e RMN nell'anno/ Num. ore di servizio atteso TC e RMN	rapporti di interventi effettuati programmati+guasti/ore periodo	2014	Tasso %	6,20%	dim.	Alta
3.2.1 Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa FARMACOVIGILANZA	Num. di segnalazioni di sospetta ADR/ Giornate di degenza	DB farmacovigilanza	2014	Tasso %	0,33%	aumento	Alta
6.11.1 Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa ORGANIZZAZIONE	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	28 SAN/GESTIONE RICOVERI/SDO	2014	Tasso %	99,18%	mantenim	Media
4.1.1 Documenti sanitari disponibili on line SISTEMI INFORMATIVI	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS/ N. di referti da pubblicare secondo target RL	SISS	2014	Tasso %	99,00%	mantenim	Bassa

ESEMPI di alcuni INDICATORI DI SISTEMA

Indicatori	Formula	FONTE DATI	PERIODO	U.M	VALORE	OBIETTIV O	PRIORITA'
5.2.1 Copertura fabbisogni del personale RISORSE UMANE	Organico medio FTE (si consiglia di calcolare anche l'organico minimo e massimo nell'anno) Organico FTE da fabbisogno approvato/ Richiesta personale da scheda di budget annuale approvato	organico medio ricavato dai CET anno 2014 come teste FTE/fabbisogno trasmesso agli uffici competenti con DGR 9933 del 29.7.2009	2014	Num.	93	aumento	Bassa
6.5.1 Percentuale di implementazione delle raccomandazioni RISCHIO CLINICO	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	database Agenas/ indicatori procedure PDTA	2014	Tasso %	46,60%	aumento	Alta
6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità ORGANIZZAZIONE	Num. PDTA implementati/ Num. di DRG scelti (almeno 1 criterio vedi rationale)	sistema documentale aziendale	2014	Tasso %	83,00%	aumento	Media
6.9.1 Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria ORGANIZZAZIONE	Valore delle cartelle non confermate (anche in invarianza DRG) al controllo NOC/ Valore delle cartelle campione controllo NOC	report verbali NOC riferiti ai controlli di congruenza- autocontrollo qualità- autocontrollo congruenza	2014	Tasso %	2,71%	diminuzione	Alta



Regione Lombardia

SMAF - MODULO ACQUISIZIONE FLUSSI

Utente: MANUELA GOSIO (IDPC.FRANCESCA82)

Gruppo: ospedali.pavia.it

Ruolo: Utente

Logout (JobID: 9180)

MODULI SANITA (2)

AUDITING INVII

PIMO

Invio flusso

Invio flusso di Test

Cruscotto invii

Cruscotto invii di Test

Archivio Documenti

Autovalutazione Ospedali

MODULI GENERALI (1)

DOCUMENTAZIONE

RICERCA

ID Invio

Data Invio



Codice Fiscale

Ente Gestito

Periodo di Riferimento

Stato Validazione

Stato Invio

CONFERMA

ANNULLA

Record estratti: 1

ID INVIO	DATA INVIO	CODICE FISCALE	ENTE GESTITO	PERIODO DI RIFERIMENTO	STATO INVIO	STATO VALIDAZIONE	SCHEDA
174056887892	26-Feb-15 11:22	G50MNL52D44D969R	[979] A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	2015			



Salva xls



Salva csv

INDICATORI DEL PIMO:

- Indicatori di sistema (43),
- **Indicatori selezionati dalla check-list di autovalutazione,**
- Indicatori di performance clinica,
- Indicatori PDTA (reti di patologia),
- Indicatori di monitoraggio interno (AHRQ),
- Indicatori selezionati dal PNE,
- Indicatori del Piano Aziendale di rischio clinico,
- Indicatori degli obiettivi compresi nel contratto con l'ASL,
- Indicatori del Piano Aziendale delle Performance,
- Indicatori del Piano Trasparenza ed Anticorruzione,
- Indicatori di budget.

CHECK-LIST DI AUTOVALUTAZIONE

le 17 aree tematiche

- Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente (OBI)
- Accesso ai servizi di cura e assistenza (ACA)
- Processo di valutazione del paziente (PVP)
- Coordinamento e continuità delle cure (CCC)
- Informazione e diritti del paziente (IDP)
- Processo di cura (PDC)
- Servizi di medicina di laboratorio (SML)
- Servizi di diagnostica per immagini (SDI)
- Processo di gestione del farmaco (PGF)
- Assistenza anestesiologicala e chirurgica (AAC)
- Trasferimento del paziente (TDP)
- Educazione dei pazienti e famigliari (EPF)
- Dimissioni (DIM)
- Documentazione clinico-riabilitativa (DCR)
- Acquisizione attrezzature e supervisione dei contratti (AAS)
- Qualificazione del personale (QDP)
- Processo di gestione del miglioramento dell' organizzazione (PGM)

LA CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE

Aree e score di valutazione

AREE TEMATICHE 17

STANDARDS 85

ITEMS 370

ITEM DOCUMENTALI

DOCUMENTO Conforme	DOCUMENTO parz.conforme	DOCUMENTO non disponibile	NA
1	0,5	0	
100%	50%	0%	

ITEM ORGANIZZATIVI

Applicato con verifica	Rispetta parzialmente	Applicato in parte	Item descritto solo nei doc.	Item non assolto	NA
1	0,75	0,5	0,25	0	
100%	75%	50%	25%	0%	

OBIETTIVI INTERNAZIONALI DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

STANDARD	N° Item	ITEM	Val.	SCORE
PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI - OBI 5	1	L'ospedale dispone di un piano di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali annuale o pluriennale redatto, approvato e facente parte del piano di miglioramento. La responsabilità del piano è affidata alla Direzione Medica di Presidio. I Programmi comprendono almeno i seguenti ambiti: - l'applicazione delle linee guida internazionali sull'igiene delle mani, - infezioni del sito chirurgico, - infezioni generalizzate correlate all'utilizzo di dispositivi medici, - sepsi.	1	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile
	2	L'ospedale dispone di report periodici dai quali si evidenzia il risultato del programma di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali.	1	
PREVENZIONE E GESTIONE DEI DANNI CONSEGUENTI A CADUTA - OBI 6	1	L'ospedale dispone di una procedura per la riduzione dei danni da caduta dei pazienti in ospedale in conformità alle linee guida regionali e alla letteratura aggiornata.	1	
	2	L'ospedale dà evidenza dell'applicazione del processo di valutazione iniziale del rischio caduta, della rivalutazione del paziente in caso di modifica delle condizioni di salute, della terapia farmacologica, delle condizioni precedenti e della adozione delle misure di prevenzione correlate alla valutazione del rischio.	1	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/iniziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile
	3	L'ospedale dispone di report periodici (almeno semestrali) con le valutazioni espresse dal Gruppo Aziendale Dedicato o dalla equipe multidisciplinare preposta alla attuazione del programma che indichino: - il trend dei risultati del monitoraggio; - le eventuali conseguenze inattese; - le ulteriori misure da adottare.	1	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile

ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA E CHIRURGICA (AAC)

STANDARD	N° Item	ITEM	Val.	SCORE
SEDAZIONE	1	L'organizzazione ha definito procedure univoche per l'assistenza ai pazienti sottoposti a sedazione moderata e/o profonda (anche in caso di processo affidato a terzi).	1	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile
	2	Le procedure comprendono la definizione di: - tipologia di sedazione, - documentazione clinica assistenziale da adottare, inclusi i consensi, - monitoraggi intra e post sedazione, - criteri di dimissione post sedazione, - le competenze specifiche del personale coinvolto nei processi di sedazione.	1	0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item NA Non applicabile
	3	La documentazione clinico-assistenziale comprende : - una valutazione pre-sedazione, - la documentazione dei monitoraggi pre e post sedazione.	0.75	0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/inziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile

SVILUPPO COMPETENZE E VALUTAZIONE

STANDARD	N° Item	ITEM	Val.	SCORE
VALUTAZIONE DEL PERSONALE DIRIGENTE	1	<p>Esiste una procedura che definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le modalità di valutazione delle competenze del personale medico e dirigente sanitario; - le modalità di valutazione delle competenze del personale dirigente non sanitario; - i criteri e gli ambiti di completa autonomia; - i criteri e gli ambiti di abilitazione al tutoraggio; - le tipologie ed i gruppi di prestazioni cliniche da svolgere sotto supervisione di un tutor; - gli ambiti per i quali è atteso uno sviluppo delle competenze specifiche in relazione ai bisogni dei pazienti e dell'organizzazione. 	0.50	<p>0 No documento 0.50 Documento rispetta parzialmente contenuti previsti 1 Documento redatto secondo contenuti dell'Item</p>
	2	L'organizzazione definisce il metodo ed i criteri con cui raccogliere informazioni relative all'attività svolta dai singoli dirigenti e utili alla valutazione delle specifiche competenze in relazione ai bisogni dei pazienti e dell'organizzazione.	1	NA Non applicabile
	3	<p>Una volta l'anno l'organizzazione assicura una rivalutazione delle competenze del personale dirigente, identificando collegialmente e per ciascuno i fabbisogni di formazione/aggiornamento e gli ambiti di sviluppo delle competenze professionali in relazione ai bisogni dei pazienti e dell'organizzazione.</p>	1	<p>0 Item non assolto 0.25 Applicato in fase sperimentale/inziale 0.50 Applicato in parte 0.75 Applicato ovunque 1 Applicazione sistematica NA Non applicabile</p>



SMAF - MODULO ACQUISIZIONE FLUSSI

Utente: MANUELA GOSIO (IDPC.FRANCESCA82)

Gruppo: ospedali.pavia.it

Ruolo: Utente

Logout (JobID: 9180)

MODULI SANITA (2) ▾

AUDITING INVII

▸ PIMO

RICERCA

▾ Autovalutazione Ospedali

Invio flusso

Cruscotto invii

Archivio Documenti

ID Invio

Data Invio



Codice Fiscale

Ente Gestito

 ▾

Periodo di Riferimento

 ▾

Stato Invio

 ▾

CONFERMA

ANNULLA

MODULI GENERALI (1) ▾

▸ DOCUMENTAZIONE

Record estratti: 10

ID INVIO	DATA INVIO ▾	CODICE FISCALE	ENTE GESTITO	PERIODO DI RIFERIMENTO	STATO INVIO	SCHEDA
173797623634	27-Jan-15 11:11	GSOMNL52D44D969R	[979] A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	2014 - 2° Semestre	✓	
172165043410	22-Jul-14 12:15	GSOMNL52D44D969R	[979] A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	2014 - 1° Semestre	✓	
170645089563	27-Jan-14 14:12	GSOMNL52D44D969R	[979] A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	2013 - 2° Semestre	✓	
169012105960	22-Jul-13 14:04	GSOMNL52D44D969R	[979] A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	2013 - 1° Semestre	✓	
169012021771	22-Jul-13 13:50	GSOMNL52D44D969R	[979] A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	2013 - 1° Semestre	✓	
169011983916	22-Jul-13 13:45	GSOMNL52D44D969R	[979] A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	2013 - 1° Semestre	✓	
167439781313	21-Jan-13 14:31	GSOMNL52D44D969R	[979] A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	2012 - 2° Semestre	✓	
167439723212	21-Jan-13 14:20	GSOMNL52D44D969R	[979] A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	2012 - 2° Semestre	✓	

INDICATORI PER LA VALUTAZIONE ESTERNA

Calcolo a cura di Regione Lombardia

- 1) *Indicatori di Performance*
- 2) *Indicatori di Outcome*
- 3) *Valutazione Reti di Patologia (PDTA)*

PIMO

```
graph TD; A[INDICATORI PER LA VALUTAZIONE ESTERNA] --> PIMO((PIMO)); B[INDICATORI DI SISTEMA (43)] --> PIMO; C[INDICATORI PER IL MONITORAGGIO INTERNO] --> PIMO;
```

INDICATORI DI SISTEMA (43)

INDICATORI PER IL MONITORAGGIO INTERNO

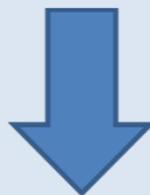
1) Indicatori scelti all'interno delle aree della Check List di autovalutazione
Fonti: Rilevazioni ad hoc

2) Indicatori di 1° Livello (Calcolo a cura della Regione tramite software AHRQ)
Fonte: SDO

3) Indicatori di 2° Livello scelti valutando le criticità degli indicatori di 1° Livello
Fonti: Cartelle cliniche, registri di patologia...fonti informative di sistema

La rimodulazione del budget assegnato alle Aziende

- Il sistema di valutazione ha un impatto diretto sul budget ospedaliero dal 2012.
- In particolare le valutazioni degli ospedali concorrono alla **rimodulazione del budget** per l'anno successivo.



- In ogni gruppo di strutture si attribuisce attraverso un criterio lineare un incentivo fino al 2% o un abbattimento fino a -2% in funzione del posizionamento in graduatoria.