

analisi dei determinanti clinici ed organizzativi che influenzano gli esiti delle cure nei processi di innovazione in sanità.

AUSL Toscana Centro delibera n.1448 del 6.10.2016

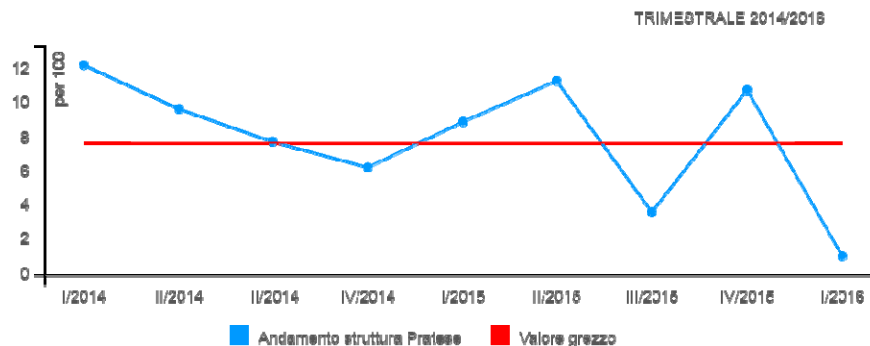
valutazione delle performance degli ospedali toscani applicato al Sistema Integrato degli Ospedali Regionali (SIOR)

AUSL 4 Prato delibera n.494 del 15.05.2014



Indicatori per gestire

IMA, rischio morte 30g in ospedale, Pratese

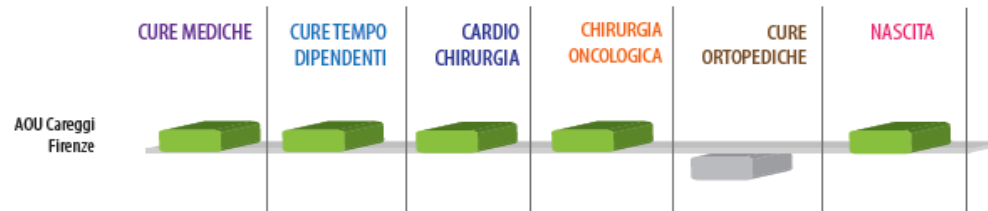


- Report personalizzato per il **monitoraggio** degli esiti dei differenti Dipartimenti

**Tabella 4. Infarto miocardico acuto (IMA), rischio di morte a 30 giorni dall'evento
Dati 2013-2015 e monitoraggio gennaio- settembre 2016**

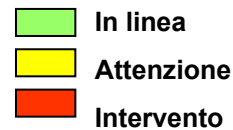
Struttura		Rischio grezzo di morte a 30 giorni in H			2013-2015		genn-sett 2016	
		2013-2015	genn-sett 2016	Trend	num	den	num	den
103	SS. Cosimo e Damiano Pescia	6,26	6,10	=	29	463	5	82
103	L. Pacini S. Marcello P. se	0,00	12,50	NV	0	14	1	8
103	Ospedale San Jacopo	5,93	5,75	=	63	1063	15	261
104	Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano	7,65	6,89	=	98	1281	21	305
110	S. Maria Nuova Firenze	8,29	12,94	>	29	350	11	85
110	S. Giovanni Di Dio-Torregalli	6,16	2,92	<	59	958	4	137
110	Nuovo Ospedale Borgo S. Lorenzo	13,29	24,24	>	19	143	8	33
110	Serristori Figline V.A.	9,76	7,69	=	4	41	1	13
110	S.M. Annunziata Bagno a Ripolj	7,81	5,51	<	74	948	21	381
111	Ospedale S. Giuseppe	4,77	4,84	=	60	1259	15	310
111	Ospedale Santa Verdiana	0,00		NV	0	2		
111	Ospedale Degli Infermi	5,88	50,00	>	1	17	1	2

Indicatori per gestire



CURE MEDICHE

BPCO mortalità a 30 giorni	5,16	↓	8,83
BPCO riammissione a 30 giorni	14,5	=	13,5
Scompenso cardiaco mortalità a 30 giorni	7,15	↓	10,3
Scompenso cardiaco riammissione a 30 giorni	13,35	=	14,8



CURE TEMPO DIPENDENTI

Infarto miocardico acuto mortalità a 30 giorni	11,06	=	9,19
Infarto miocardico acuto PTCA entro 2 giorni	72,97	↑	41,4
Ictus mortalità a 30 giorni	13,8	=	11,3
Ictus riammissione a 30 giorni	7,12	=	7,28

CARDIOCHIRURGIA

Bypass aortocoronarico mortalità a 30 giorni	0,6	↓	2,3
Valvuloplastica o sostituzione mortalità a 30 giorni	2,9	=	2,8

CHIRURGIA ONCOLOGICA

Tumore allo stomaco mortalità a 30 giorni	3,91	=	5,86
Tumore al polmone mortalità a 30 giorni	1,32	=	1,33
Tumore al colon mortalità a 30 giorni	3,05	=	4,07
Tumore al retto mortalità a 30 giorni	0,87	=	1,95
Tumore al pancreas mortalità a 30 giorni	3,47	=	5,38

CURE ORTOPEDICHE

Frattura femore mortalità a 30 giorni	4,23	=	5,59
Tempestività intervento frattura femore	60,2	↑*	49,9

NASCITA

Taglio cesareo primario	16,8	↓	25,7
Parto naturale, complicanze parto e puerperio	0,4	=	0,4

AUDIT E PIANI DI MIGLIORAMENTO

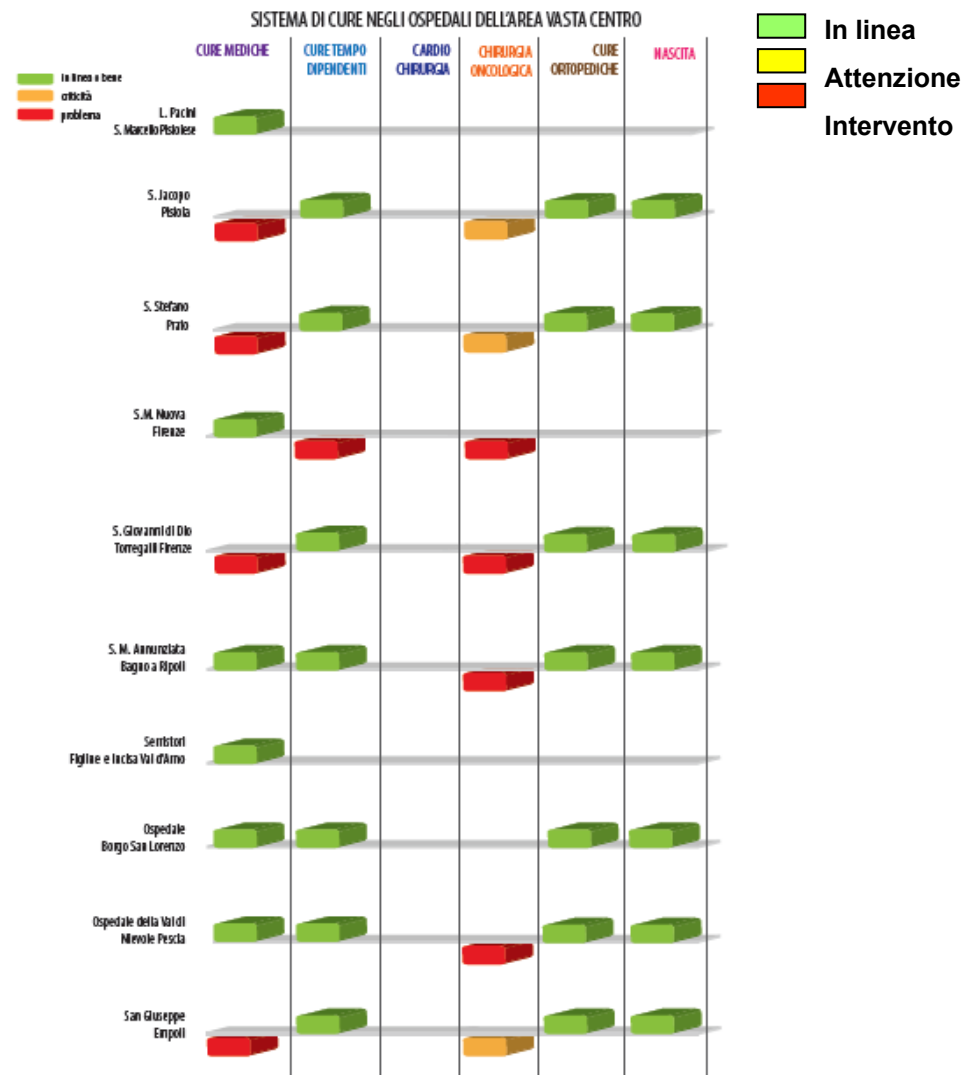
CURE ORTOPEDICHE

Revisione qualità dei dati SDO: i dati PROSE-Toscana evidenziano una bassa tempestività nell'intervento per frattura del femore che non viene evidenziata dal PNE a causa della modalità di compilazione della SDO e dell'algoritmo PNE.

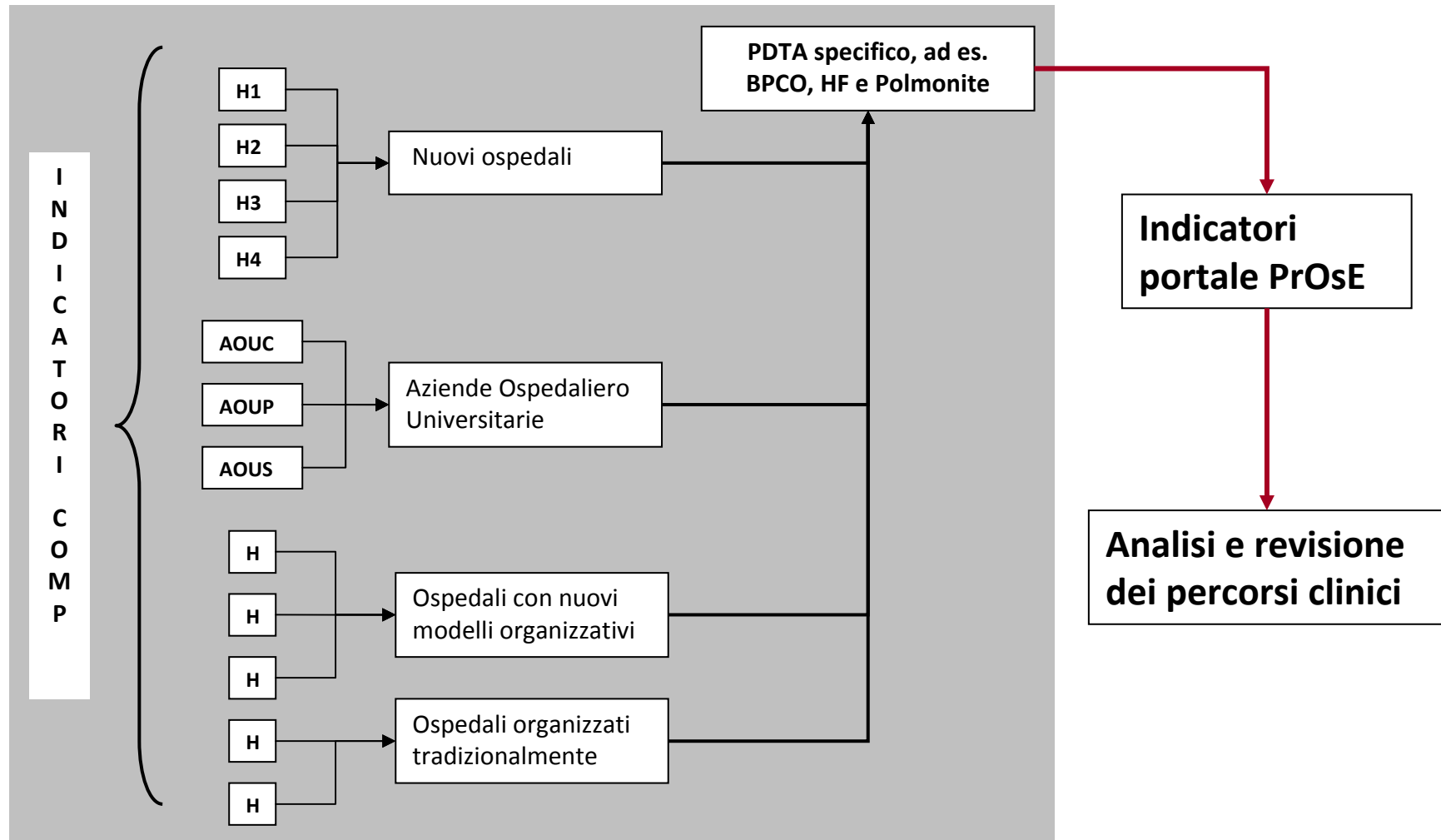
- La lettura congiunta di indicatori per gestire i processi
- Indicatori di performance e di esito

Indicatori di tipo Manageriale

- Identificano i problemi su percorsi di cura omogenei
- Non ne consentono l'analisi



Dal macro al micro



Indicatori per il budget

- Verifica della precisione delle codifiche
- Puntare sulle revisioni delle casistiche
- Attivare cicli rapidi di miglioramento
- Non puntare direttamente all'esito
- Proteggere gli indicatori

SST Azienda USL Toscana Centro		Azienda Sanitaria Toscana Centro			
Servizio Sanitario della Toscana		OBIETTIVI PROGETTUALI 2016			
Dipartimento delle Specialistiche mediche		Responsabile: Dr. Patrizio Gati			
UOSD Pneumologia Prato					
Obiettivi	Peso	Risultato Atteso	cod. indicatore	Indicatore	Fonte/Fornitore dati
Condivisione della pianificazione sanitaria annuale	5	1		n. Verbali	Dipartimento
Indice di diffusione degli Audit	10	3	C6.2.1	Documentazione di 3 audit clinici con relativi report	Rischio clinico
Indice di diffusione M&M	5	6	C6.2.2	Documentazione di 6 MM con relativi report	Rischio clinico
Applicazione e monitoraggio della linea guida per BPCO	10	1		report	Dipartimento
Applicazione e monitoraggio della linea guida per endoscopia bronchiale in oncologia	10	1		report	Dipartimento
Completezza e qualità flusso SDO	5	da definire	BB.4.1.1 mod	Tempestività e completezza della scheda di dimissione ospedaliera	MeS
Percorsi di cura ambulatoriale	10	realizzazione di percorsi patologici specifici con stratificazione dei livelli di priorità per garantire accesso appropriato e tempestivo in relazione alla necessità	monitoraggio attraverso TAT	Documento aziendale	CdG
Appropriatezza uso adrenergici alla luce dell'obiettivo aziendale che prevede un'incidenza <= 50%	10	Report Audit per migliorare appropriatezza d'uso	C9.19.1 per monitoraggio	Report entro il 30 settembre	Dipartimento
Perseguire la semplificazione per il paziente attraverso la procedura della distribuzione diretta dei farmaci dopo visita specialistica ambulatoriale	5	80%	F12a.25.2	Percentuale dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	Dipartimento del Farmaco
Perseguire la semplificazione per il paziente attraverso la procedura della distribuzione diretta dei farmaci dopo il ricovero	15	90%	F12a.25.1	Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	Dipartimento del Farmaco
Efficienza del percorso clinico-assistenziale	5	11.5 attuale atteso 11,1	M 1	degenza media	CdG
Miglioramento degli esiti del ricovero per BPCO	10	Definizione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale compresa la fase di preparazione alla dimissione		Documento Aziendale	Dipartimento

Direttore Struttura

Direttore Dipartimento

Direttore Sanitario

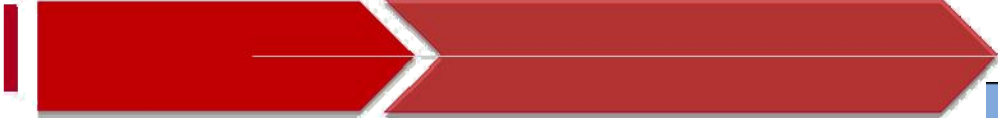

Indicatori per valutare

- La lettura congiunta di indicatori per valutare la riorganizzazione dei processi
- Assumere prospettive contestualizzate al tipo di fenomeno da studiare: le misure pertinenti ai modelli organizzativi

Monitoraggio della riorganizzazione delle ASL in Toscana

Febbraio 2017



- 
- Realizzazione di strumenti a supporto della gestione dell'innovazione
 - Facilitazione della sinergia fra gli attori del sistema
 - In collaborazione con i **clinici** che direttamente **curano** i cittadini
- 



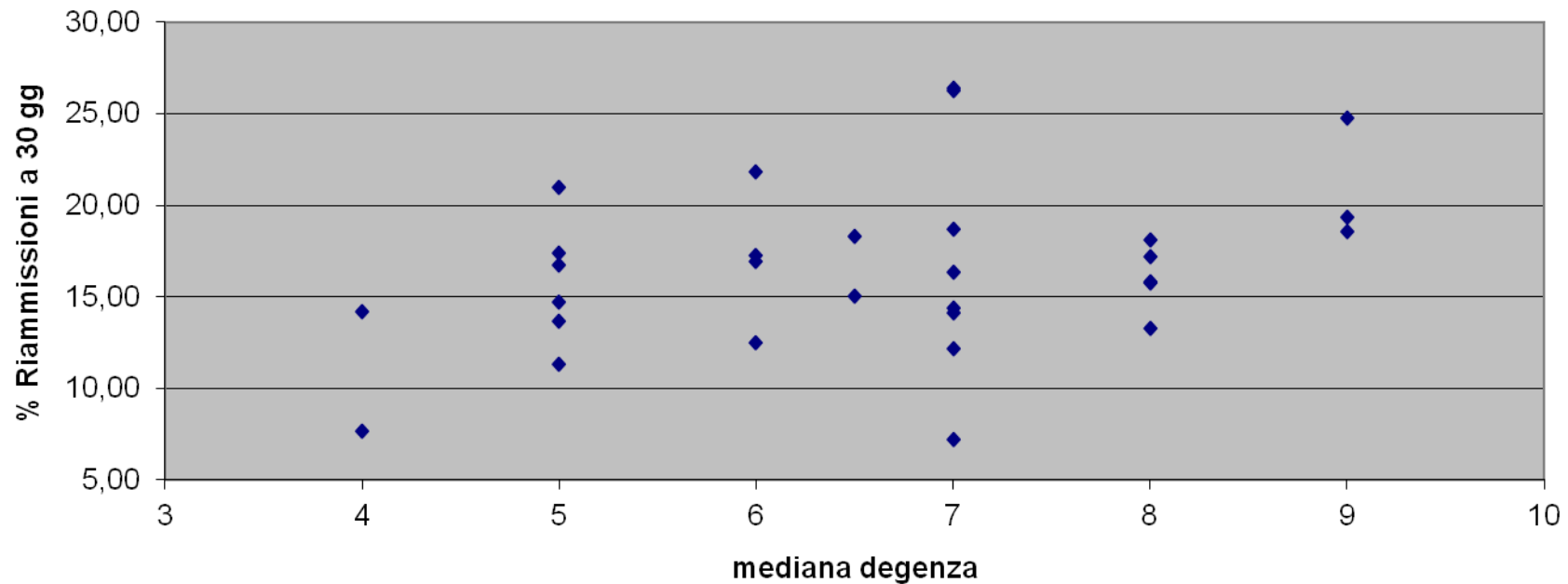
Ricoveri Ripetuti

```
Logistic regression      Number of obs =   92030
                        LR chi2(13)  =   2370,79
                        Prob > chi2   =   0,0000
                        Pseudo R2    =   0,0300
Log likelihood = -38331,233
```

R30	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
classe_gg					
1	1,129068	,0271786	5,04	0,000	1,077036 1,183614
2	1,405624	,0306469	15,62	0,000	1,346822 1,466993
cleta					
1	,5806898	,032708	-9,65	0,000	,5199952 ,6484687
2	,9043729	,0274878	-3,31	0,001	,8520711 ,959885
3	1,058305	,0220754	2,72	0,007	1,01591 1,102468
1.seesso					
1	1,160989	,0218251	7,94	0,000	1,118991 1,204564
specialità					
1	1,489914	,0996917	5,96	0,000	1,306792 1,698697
2	1,96481	,1236637	10,73	0,000	1,736787 2,22277
3	1,873001	,126258	9,31	0,000	1,641191 2,137554
4	1,648568	,0801414	10,28	0,000	1,498744 1,813369
5	1,516431	,1088143	5,80	0,000	1,317477 1,745429
charlindex					
1	1,442465	,0415856	12,71	0,000	1,363218 1,526318
2	2,064041	,0419818	35,63	0,000	1,983377 2,147986
_cons					
	,0653705	,0034176	-52,17	0,000	,059004 ,072424

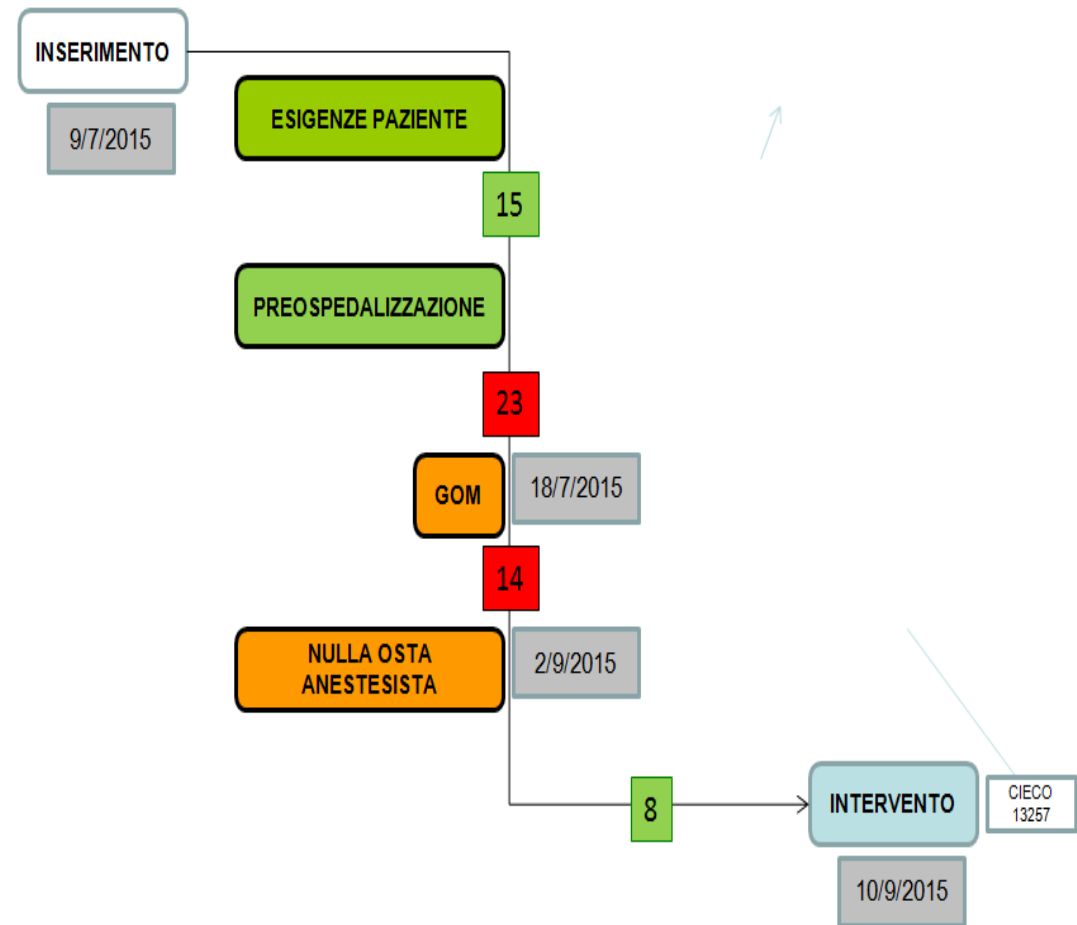
- Sviluppo di misure ad Hoc
- Bench mark intradipartimentale
- In collaborazione con i **clinici**

relazione tra degenza e riammissioni



Tempi di Attesa Chirurgia Oncologica

- Ricostruzione sequenza temporale degli eventi dalla documentazione sanitaria
- Ricostruzione dagli applicativi di sala operatoria
- In collaborazione con le direzioni mediche di presidio e con i **clinici**



Linea temporale intervento chirurgia oncologica