

CERTIFICARE I PERCORSI DI CURA CON IL SISTEMA C.O.P.

CORSO DI FORMAZIONE
MILANO, 19 – 20 SETTEMBRE 2019



INDICATORI DI PERFORMANCE, OUTCOME, OUTPUT

CORSO DI FORMAZIONE
MILANO, 20 SETTEMBRE 2019 ORE 09

LAURA LODETTI



Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

Ind_1 Sono utilizzati dati di misurazione per valutare e migliorare i processi e gli outcome

Per migliorare è necessario valutare e conoscere e per far ciò è necessario misurare. La definizione delle misurazioni è necessaria ma non sufficiente, bisogna infatti definire come organizzare le attività di monitoraggio, a chi affidarle, con che frequenza raccogliere e rendere disponibili i dati, che tipo di report progettare per rispondere alle esigenze di valutazione dei professionisti coinvolti nel percorso.

Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

Ind_1 Sono utilizzati dati di misurazione per valutare e migliorare i processi e gli outcome

Cosa fare:

- Progettare degli indicatori che consentano in modo semplice e sintetico di valutare il percorso quanto a:
 - **Struttura**: misura se l'organizzazione ha le risorse adeguate per fornire un servizio di qualità;
 - **Processo**: si focalizza sugli step necessari per raggiungere un certo esito;
 - **Outcome**: è relativo all'esito del processo di cura e si riferisce alla performance o alla non performance complessiva del processo (morbilità, mortalità, indicatori previsti dal PNE);
 - **Soddisfazione del paziente** e dei familiari/caregiver: valutazione dei questionari di customer.

Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

Ind_2 È definito ed implementato il processo per identificare, riportare, gestire e tracciare gli eventi sentinella, avversi e near miss

gli eventi sentinella che sono i più gravi in quanto l'errore esita in un danno irreversibile per il paziente (morte, perdita permanente di funzionalità, intervento chirurgico sbagliato, su sito sbagliato o su paziente sbagliato etc...);

gli eventi avversi sono quei danni che provocano al paziente un danno non permanente ma che potenzialmente potrebbe compromettere lo stato di salute dello stesso. Sono ricompresi in questa categoria gli errori di somministrazione di terapia, le eventuali reazioni a trasfusioni, significativi errori medici e tutto quanto può compromettere significativamente lo stato di salute del paziente;

i near miss, intesi come possibili errori che hanno implicato una variazione del processo di cura senza che questo abbia avuto impatto sull'outcome.

Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

Ind_2 È definito ed implementato il processo per identificare, riportare, gestire e tracciare gli eventi sentinella, avversi e near miss

Nel caso in cui si verificano degli eventi sentinella è necessario che l'organizzazione sia in grado di attivare prontamente una root cause analysis, che valuti quanto accaduto ed individui i miglioramenti da realizzare per prevenire o ridurre il rischio che l'evento si ripeta, definendo modi e tempi di implementazione degli stessi.

Negli altri casi è comunque opportuno avviare degli audit che verifichino la divergenza dall'atteso, individuino le responsabilità, definiscano i piani di miglioramento e di formazione da attivare per evitare il ripetersi della problematica.

Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

Ind_2 È definito ed implementato il processo per identificare, riportare, gestire e tracciare gli eventi sentinella, avversi e near miss

Cosa fare:

- attivare un processo che rileva in modo sistematico le diverse tipologie di errore, le analizza, le valuta con i professionisti ed individua le modalità di miglioramento.
- Rilevare gli errori per imparare dagli errori. Se l'errore non viene analizzato e valutato dall'errore non si può apprendere e il rischio di ripetizione è molto elevato.

Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

Ind_3 L'equipe raccoglie ed analizza dati sulle divergenze dalle linee guida di pratica clinica, in modo da migliorare i processi standardizzati

Dal momento che il percorso si riferisce a linee guida è indispensabile che si verifichi periodicamente che le attività cliniche e assistenziali siano svolte secondo quanto dalle stesse definito. Le decisioni devono essere prese in coerenza con le linee guida e si deve monitorare che le stesse siano utilizzate in modo efficace e coerente, adattandole, quando è necessario, alla nuova tecnologia e ai nuovi farmaci.

Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

Ind_3 L'equipe raccoglie ed analizza dati sulle divergenze dalle linee guida di pratica clinica, in modo da migliorare i processi standardizzati

Cosa fare:

- attivare un processo che rilevi sul singolo paziente l'eventuale divergenza dalle linee guida e la motivazione che ha spinto il clinico ad agire in tal modo.
- Monitorare periodicamente le divergenze rilevate per verificare che le linee guida siano ancora attuali per la popolazione di riferimento e non debbano invece essere aggiornate e/o riviste.
- Attivare un set di indicatori che consenta di monitorare l'eventuale divergenza dalle linee guida.
- Raccogliere sistematicamente i dati
- Valutare periodicamente gli indicatori ed eventualmente revisionarli.

Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

Ind_4 Valutare la qualità di assistenza percepita da pazienti e familiari

Il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura non può prescindere dalle aspettative che lo stesso ha nei confronti del servizio nonché dalla valutazione della soddisfazione sulla qualità delle cure.

La misurazione della soddisfazione del paziente è uno strumento indispensabile per individuare possibili ambiti di miglioramento del percorso. L'ascolto del paziente e la rilevazione delle sue indicazioni su quanto percepito possono fornire validi suggerimenti per migliorare complessivamente l'organizzazione e il percorso.

Area 6: Gli indicatori di percorso (IND)

Ind_4 Valutare la qualità di assistenza percepita da pazienti e familiari

Cosa fare:

- Progettare un questionario di customer satisfaction relativo al PDTA;
- Somministrare periodicamente il questionario agli utenti
- Valutazione i risultati
- Individuare le aree di miglioramento

Gli indicatori di percorso

Per valutare l'impatto dell'implementazione del Percorso progettato è necessario:

- Definire un set di indicatori di processo e di esito consistenti e misurabili
- Utilizzare gli indicatori per monitorare l'effettiva attuazione del percorso e l'aderenza alle raccomandazioni
- Pianificare e condurre audit clinici
- Periodicamente rivedere il set di indicatori per evidenziare tutti i possibili miglioramenti nelle aree grigie

Indicatori di struttura

Comprendono i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali (STOP) delle strutture sanitarie previste dalle normative e dall'accreditamento.

Al di là delle differenze tra le varie regioni la componente professionale è ancora «ipotrofica».

La mancata standardizzazione dei criteri di *competence professionale* e l'assenza di periodiche procedure di valutazione costituiscono il vero problema → l'anello debole della catena

Indicatori di processo

Misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard minimi i riferimento.

Non forniscono informazioni sui risultati (esiti) e quindi costituiscono dei proxy perché potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento dell'esito.

Sono più significativi quanto più sono robuste le evidenze che documentano l'efficacia di un intervento sanitario e quindi quanto più forti sono le raccomandazioni (A,B)

Indicatori di processo

Vantaggi

- Misurano direttamente l'appropriatezza degli interventi sanitari documentando la qualità dell'atto professionale
- Rispetto agli indicatori di esito sono meno influenzati dalle differenze di case-mix
- Permettono di identificare le inapproprietezze, suggerendo precocemente le possibili aree di miglioramento

Svantaggi

- Necessitano di audit perché i sistemi informativi aziendali hanno difficoltà a rilevare le informazioni necessarie
- Bisogna impostare DB clinici dedicati
- Rispetto agli indicatori di esito sono considerati meno rilevanti da decisori e pazienti, e a volte anche dai professionisti

Indicatori di esito

Documentano una modifica di esiti assistenziali: clinici (morbilità, mortalità), economici (costi diretti e indiretti) e umanistici (qualità di vita, soddisfazione dell'utente)

Dal momento che gli esiti sono influenzati da molte determinanti oltre che dalla qualità dell'assistenza, il principale elemento che ne condiziona la robustezza è il tempo trascorso dall'erogazione del processo.

Ulteriore elemento che li condiziona è la documentata relazione volumi-esiti, solitamente determinata da un elevato livello di *competence* tecnica e a setting assistenziali di eccellenza.

Indicatori di esito

Vantaggi

- Sono più facili da misurare e spesso disponibili nei sistemi informativi aziendali
- Soddisfano tutti gli attori di un sistema sanitario: decisori, professionisti sanitari, utenti

Svantaggi

- Sono necessarie complesse tecniche statistiche
- Richiedono lunghi periodi di osservazione e/o grandi volumi (n. considerevoli di pz)
- La fonte principale d'informazione è la SDO → limiti dello strumento (codifiche opportunistiche e assenza di rilevazione degli errori)
- È impossibile risalire dagli esiti negativi ai processi su cui intervenire per migliorare

Qualche esempio: le CPOD

Indicatore: Cia ultime 2 settimane di vita

Numeratore: numero di giornate con almeno un accesso nelle ultime due settimane di vita per i pazienti che decedono al domicilio

Denominatore: 14 giorni per paziente deceduto al domicilio

Target: a 6 mesi uniformare il CIA tra le varie equipe e a 1 anno Cia 0,7

Qualche esempio: le CPOD

Indicatore: Monitoraggio dolore medio >6

Numeratore: Pazienti che hanno ridotto il dolore severo (>6) nelle 24 ore successive

Denominatore: Pazienti che hanno manifestato dolore medio > 6

Target: > 90%

Qualche esempio: le CPOD

Indicatore: Controllo lesioni

Numeratore: Numero di pazienti in cui sono rilevate piaghe da decubito di grado 2 o superiore, con esclusione di quelli che presentano lesioni al 1° accesso

Denominatore: Tutti i pazienti arruolati, ad esclusione di quelli che presentano lesioni al 1° accesso

Target: < 5%

Qualche esempio: le CPOD

Indicatore: Correttezza formale della terapia

Numeratore: n. di prescrizioni complete (nome, dose, posologia, via di somministrazione), rilevabili dai fogli visita del 20% dei pazienti dimessi

Denominatore: n. di prescrizioni totali presenti sui fogli visita di un campione del 20% dei pazienti dimessi

Target: >95%

Casi per durata

descrizione	2015				2014			
	% brevi (<7 gg)	% normali	% lunghi (>90gg)	% casi > 6 mesi	% brevi (<7 gg)	% normali	% lunghi (>90gg)	% casi > 6 mesi
Istituto Tumori	22%	73%	3%	3%	12%	25%	1%	0%
AO Milano Sacco	12%	77%	4%	8%	5%	35%	0%	2%
AO Milano Niguarda	16%	60%	20%	4%	4%	13%	3%	2%
AO ICP Milano	19%	68%	11%	3%	8%	23%	5%	1%
AO Milano FBF	10%	80%	10%	0%	4%	30%	8%	1%
AO Milano S. Paolo	10%	85%	5%	0%	9%	19%	0%	0%
AO Milano S. Carlo	4%	88%	8%	0%	5%	25%	3%	0%
AO Bassini	13%	76%	4%	7%	2%	22%	2%	1%
totale	14%	75%	8%	4%	15%	72%	10%	3%

Modalità di dimissione

descrizione 1t_2015	2015			2014		
	% in rete	% trasf. in ospedale	% pz non in rete	% in rete	% trasf. in ospedale	% pz non in rete
Istituto Tumori	89%	5%	5%	79%	13%	8%
AO Milano Sacco	96%	4%	0%	85%	8%	8%
AO Milano Niguarda	88%	0%	12%	86%	14%	0%
AO ICP Milano	92%	0%	8%	89%	2%	9%
AO Milano FBF	80%	10%	10%	85%	13%	3%
AO Milano S. Paolo	90%	10%	0%	95%	5%	0%
AO Milano S. Carlo	83%	8%	8%	92%	8%	0%
AO Bassini	89%	9%	2%	86%	8%	6%
totale 2015	89%	5%	5%	87%	9%	5%

Degenza e accessi medi

descrizione	1 trim 2015							2014	
	casi	gg_nette	degenza media	casi con ricovero	gg ricovero	% casi con ricovero	% gg ricovero	degenza media	% casi con ricovero
Istituto Tumori	37	1373	37,11	2	8	5%	1%	26,79	0%
AO Milano Sacco	26	1290	49,62	1	1	4%	0%	43,65	0%
AO Milano Niguarda	25	1399	55,96			0%	0%	48,91	0%
AO ICP Milano	37	1470	39,73	1	3	3%	0%	38,91	7%
AO Milano FBF	10	457	45,70			0%	0%	50,51	5%
AO Milano S. Paolo	20	557	27,85			0%	0%	24,18	5%
AO Milano S. Carlo	24	1118	46,58	1	4	4%	0%	36,92	0%
AO Bassini	46	2212	48,09	2	19	4%	1%	43,39	6%
totale	225	9876	43,89	7	35	3%	0%	39,39	3%

descrizione	casi	al	IP	Med	Psic	1° trim 2015					2014				
						rapporto accessi inf/med	accessi totali	accessi medi	degenza media	acc. medi a sett.	rapporto accessi inf/med	accessi totali	accessi medi	degenza media	acc. medi a sett.
Istituto Tumori	37	45	520	307	8	1,69	880	23,78	37,11	4,49	1,77	675	17,76	26,79	4,64
AO Milano Sacco	26		417	322		1,30	739	28,42	49,62	4,01	1,14	757	29,12	43,65	4,67
AO Milano Niguarda	25		524	352		1,49	876	35,04	55,96	4,38	1,21	817	38,90	48,91	5,57
AO ICP Milano	37		550	595	14	0,92	1.159	31,32	39,73	5,52	1,08	1.394	30,30	38,91	5,45
AO Milano FBF	10	24	124	105		1,18	253	25,30	45,70	3,88	1,23	1.320	33,85	50,51	4,69
AO Milano S. Paolo	20	73	253	192	8	1,32	526	26,30	27,85	6,61	1,21	501	22,77	24,18	6,59
AO Milano S. Carlo	24	98	409	217	9	1,88	733	30,54	46,58	4,59	2,53	555	22,20	36,92	4,21
AO Bassini	46		753	617	26	1,22	1.396	30,35	48,09	4,42	1,33	1.067	29,64	43,39	4,78
totale	225	240	3.550	2.707	65	1,31	6.562	29,16	43,89	4,65	1,38	23.853	31,43	39,39	4,98

Prima visita

prima visita 2015							
descrizione	Infermiere	Medico	Insieme	nello stesso giorno	casi	% insieme	% nello stesso gg
Istituto Tumori	7	21	9	20	37	24%	54%
AO Milano Sacco	11	4	11	16	26	42%	62%
AO Milano Niguarda	1	6	18	19	25	72%	76%
AO ICP Milano	1	8	28	30	37	76%	81%
AO Milano FBF		7	3	3	10	30%	30%
AO Milano S. Paolo		1	19	19	20	95%	95%
AO Milano S. Carlo	5	1	18	19	24	75%	79%
AO Bassini	1	1	44	46	46	96%	100%
totale	26	49	150	172	225	67%	76%

prima visita 2014							
descrizione	Infermiere	Medico	Insieme	nello stesso giorno	casi	% insieme	% nello stesso gg
Istituto Tumori	3	15	20	29	38	22%	40%
AO Milano Sacco	6	6	14	18	26	34%	50%
AO Milano Niguarda		1	21	21	22	80%	87%
AO ICP Milano	1	6	39	40	46	89%	92%
AO Milano FBF	3	12	24	26	39	86%	88%
AO Milano S. Paolo	3	1	18	21	22	85%	88%
AO Milano S. Carlo	3	3	19	24	25	72%	91%
AO Bassini	2	1	33	34	36	90%	93%
totale	659	735	534	213	254	70%	79%

Ultimo accesso morti al domicilio

descrizione	distanza in gg ultimo accesso dimissione					2015		2014	
	0	1	2	3	4	% acceso entro 48 h	% acceso oltre 48 h	% acceso entro 48 h	% acceso oltre 48 h
Istituto Tumori	10	7	2	1		95%	5%	100%	0%
AO Milano Sacco	5	6	2	1		93%	7%	100%	0%
AO Milano Niguarda	6	12				100%	0%	100%	0%
AO ICP Milano	12	15	2			100%	0%	100%	0%
AO Milano FBF		3	1			57%	43%	100%	0%
AO Milano S. Paolo	10	4	1			100%	0%	95%	5%
AO Milano S. Carlo	9	7	2			100%	0%	100%	0%
AO Bassini	14	14				100%	0%	100%	0%
totale	66	68	10	2	0	99%	1%	98%	2%

Pazienti in ricovero ospedaliero al momento del colloquio

ente	totale pazienti	pz in ospedale	pz con data dimissione osp	%	accesso nello stesso die	accesso entro 24 h	% pz con accesso entro 24 ore dalla dimissione
Istituto Tumori	37	12	11	30%	6	3	82%
AO Milano Sacco	26	10	2	8%		1	50%
AO Milano Niguarda	25	7	7	28%	4		57%
AO ICP Milano	37	9	7	19%	7		100%
AO Milano FBF	10			0%			0%
AO Milano S. Paolo	20	3	3	15%	1	1	67%
AO Milano S. Carlo	24	7	7	29%	5	1	86%
AO Bassini	46	6	1	2%	1		100%
totale	225	54	38	17%	24	6	79%

Pazienti con lesioni

descrizione	casi	1° accesso			tot pazienti con lesioni al 1° accesso	nel percorso			totale pazienti	2015	2014
		stadio 2	stadio 3	stadio 4		stadio 2	stadio 3	stadio 4		% paz lesioni contratte nel percorso	% paz lesioni contratte nel percorso
Istituto Tumori	37				0	7	1		8	22%	0%
AO Milano Sacco	26				0				0	0%	12%
AO Milano Niguarda	25	1			1	1	1		2	4%	0%
AO ICP Milano	37	1	1		2	4	2		6	11%	15%
AO Milano FBF	10				0	1			1	10%	5%
AO Milano S. Paolo	20				0	1			1	5%	36%
AO Milano S. Carlo	24				0	1			1	4%	16%
AO Bassini	46	7	4		11	15	11	3	29	39%	36%
totale	225	9	5	0	14	30	15	3	48	15%	15%

Corretta rilevazione dolore

	accessi rilevazione dolore medici e IP					2015	2014
descrizione	accessi sanitari	completa	rilevazione assente	rilevazione incompleta	doppi accessi	% assente o inc.	% assente o inc.
Istituto Tumori	812	811	1	-	1	0%	0%
AO Milano Sacco	738	734	4	-		1%	4%
AO Milano Niguarda	863	863		-		0%	0%
AO ICP Milano	1.116	982	107	27	34	9%	12%
AO Milano FBF	-	-	-	-	3	0%	1%
AO Milano S. Paolo	444	440	4	-	1	1%	0%
AO Milano S. Carlo	619	609	9	1	2	1%	0%
AO Bassini	1.354	1.324	26	4		2%	0%
totale	5.946	5.763	151	32	41	2%	3%

Pazienti con dolore (dolore medio)

descrizione	casi	paz. Dolore lieve (1-3)	paz. Dolore moderato (4-6)	paz. Dolore severo (7-10)	pazienti con dolore severo 1° accesso	totale pazienti con dolore nel percorso
Istituto Tumori	37	15	9			24
AO Milano Sacco	26	16	9			25
AO Milano Niguarda	25	12	5	1		18
AO ICP Milano	37	12	12	3	1	26
AO Milano FBF	10	7	1	1		9
AO Milano S. Paolo	20	2	5	1		8
AO Milano S. Carlo	24	10	7			17
AO Bassini	46	15	10	1		26
totale	225	89	58	7	1	153

descrizione	2015				2014			
	% pazienti con dolore	% pazienti dol moderato	% pazienti Dol severo	% pazienti dolore severo percorso	% pazienti con dolore	% pazienti dolore moderato	% pazienti Dol severo	% pazienti dolore severo percorso
Istituto Tumori	65%	24%	0%	0%	76%	26%	3%	3%
AO Milano Sacco	96%	35%	0%	0%	96%	42%	4%	4%
AO Milano Niguarda	72%	20%	4%	4%	81%	14%	0%	0%
AO ICP Milano	73%	32%	8%	5%	46%	26%	4%	2%
AO Milano FBF	90%	10%	10%	10%	97%	18%	5%	5%
AO Milano S. Paolo	40%	25%	5%	5%	73%	41%	9%	9%
AO Milano S. Carlo	71%	29%	0%	0%	68%	24%	4%	4%
AO Bassini	57%	22%	2%	2%	89%	36%	8%	8%
totale	68%	26%	3%	3%	77%	28%	5%	4%

Rivalutazione dolore severo

Ente	n. rilevazioni	n. verifiche entro 24 h	% verifiche	n. riduzioni	contrazione % 2015	% verifiche 2015	% verifiche 2014	% contrazione 2014
Istituto Tumori	0	0	0%	0	0%	0%	0%	0%
AO Milano Sacco	0	0	0%	0	0%	0%	100%	100%
AO Milano Niguarda	1	1	100%	1	100%	100%	0%	0%
AO ICP Milano	4	2	50%	0	0%	50%	75%	67%
AO Milano FBF	1	1	100%	1	100%	100%	50%	100%
AO Milano S. Paolo	1	0	0%	0	0%	0%	33%	100%
AO Milano S. Carlo	0	0	0%	0	0%	0%	0%	0%
AO Bassini	2	1	50%	0	0%	50%	67%	100%
totale	9	5	56%	2	40%	56%	53%	88%

CIA : tutti i casi

descrizione	pazienti	gg presa in carico	gea	cia	gg_u2s	gea_u2s	cia u2s	gg accessi multipli	% accessi multipli	gg u3g	gg accessi multipli u3g	% accessi multipli
Istituto Tumori	37	1384	691	0,50	427	252	0,59	179	26%	67	33	49%
AO Milano Sacco	26	1.302	686	0,53	331	194	0,59	63	9%	44	8	18%
AO Milano Niguarda	25	1.410	847	0,60	300	223	0,74	39	5%	61	15	25%
AO ICP Milano	37	1.482	840	0,57	420	302	0,72	279	33%	103	59	57%
AO Milano FBF	10	465	235	0,51	127	62	0,49	24	10%	14	5	36%
AO Milano S. Paolo	20	562	378	0,67	246	193	0,78	122	32%	48	24	50%
AO Milano S. Carlo	24	1.131	614	0,54	322	206	0,64	124	20%	59	29	49%
AO Bassini	46	2.227	1.212	0,54	580	388	0,67	175	14%	103	38	37%
totale 20145	225	9.963	5.503	0,55	2.753	1.820	0,66	1005	18%	499	211	42%
totale 2014	253	10.600	5.825	0,55	3.271	1.961	0,60	1096	19%	567	241	43%

Cia per settimana tutti casi

	ente	922	966	967	968	969	970	972	980		
	descrzione	Istituto Tumori	AO Milano Sacco	AO Milano Niguarda	AO ICP Milano	AO Milano FBF	AO Milano S. Paolo	AO Milano S. Carlo	AO Bassini	totale 2015	totale 2014
settimane dalla dimissione	01	0,63	0,59	0,80	0,83	0,44	0,83	0,70	0,68	0,70	0,60
	02	0,54	0,58	0,68	0,58	0,54	0,73	0,57	0,65	0,61	0,60
	03	0,49	0,47	0,66	0,53	0,53	0,67	0,52	0,57	0,55	0,59
	04	0,54	0,47	0,62	0,60	0,49	0,60	0,55	0,56	0,56	0,55
	05	0,49	0,53	0,61	0,47	0,45	0,57	0,52	0,54	0,52	0,53
	06	0,45	0,51	0,55	0,51	0,47	0,57	0,50	0,48	0,50	0,52
	07	0,44	0,54	0,56	0,59	0,50	0,61	0,49	0,48	0,52	0,51
	08	0,44	0,49	0,48	0,34	0,54	0,65	0,46	0,48	0,46	0,51
	09	0,38	0,52	0,63	0,44	0,64	0,63	0,51	0,43	0,49	0,49
	10	0,43	0,45	0,62	0,42	0,50	0,57	0,55	0,45	0,49	0,51
	11	0,37	0,43	0,43	0,49	0,50	0,43	0,54	0,45	0,45	0,49
	12	0,55	0,42	0,48	0,36	0,70	0,43	0,54	0,45	0,46	0,49
	13	0,33	0,38	0,53	0,42	0,57	0,75	0,43	0,38	0,45	0,52
	14	0,43	0,53	0,45	0,46	0,57	0,14	0,40	0,46	0,45	0,49

CIA : morti al domicilio

descrizione	pazienti morti al domicilio	gg presa in carico	gea	cia	gg_u2s	gea_u2s	cia u2s	gg accessi multipli	% accessi multipli	gg u3g	gg accessi multipli u3g	% accessi multipli
Istituto Tumori	20	777	392	0,50	228	146	0,64	111	28,32%	43	25	58,14%
AO Milano Sacco	14	459	248	0,54	173	107	0,62	28	11,29%	25	5	20,00%
AO Milano Niguarda	18	1162	738	0,64	239	192	0,80	32	4,34%	47	12	25,53%
AO ICP Milano	29	1075	608	0,57	313	231	0,74	238	39,14%	81	50	61,73%
AO Milano FBF	7	267	134	0,50	84	41	0,49	20	14,93%	10	4	40,00%
AO Milano S. Paolo	15	510	348	0,68	194	163	0,84	108	31,03%	40	20	50,00%
AO Milano S. Carlo	18	719	402	0,56	238	163	0,68	84	20,90%	51	24	47,06%
AO Bassini	28	1282	728	0,57	356	261	0,73	123	16,90%	75	34	45,33%
totale 2014	149	6.251	3.598	1	1.825	1.304	0,71	744	11,90%	372	174	46,77%
totale 2014	162	6.516	3.735	1	2.186	1.354	0,62	818	12,55%	405	196	48,40%

Cia per settimana morti al domicilio

	ente	922	966	967	968	969	970	972	980		
	descrizione	Istituto Tumori	AO Milano Sacco	AO Milano Niguarda	AO ICP Milano	AO Milano FBF	AO Milano S. Paolo	AO Milano S. Carlo	AO Bassini	totale 2015	totale 2014
settimane dalla dimissione	01	0,69	0,62	0,86	0,85	0,41	0,91	0,77	0,78	0,77	0,77
	02	0,57	0,62	0,74	0,59	0,58	0,75	0,58	0,68	0,65	0,67
	03	0,44	0,45	0,69	0,53	0,56	0,67	0,55	0,59	0,57	0,61
	04	0,57	0,44	0,65	0,62	0,50	0,60	0,56	0,51	0,57	0,61
	05	0,46	0,56	0,65	0,49	0,41	0,57	0,48	0,54	0,53	0,59
	06	0,45	0,65	0,56	0,49	0,45	0,57	0,48	0,48	0,50	0,59
	07	0,41	0,64	0,60	0,64	0,50	0,61	0,52	0,49	0,55	0,56
	08	0,41	0,36	0,52	0,32	0,54	0,65	0,42	0,48	0,46	0,56
	09	0,35	0,63	0,67	0,36	0,71	0,63	0,50	0,42	0,49	0,56
	10	0,41	0,57	0,63	0,38	0,43	0,57	0,50	0,46	0,49	0,57
	11	0,36	0,43	0,43	0,48	0,57	0,43	0,50	0,50	0,45	0,54
	12	0,62	0,43	0,51	0,34	1,00	0,43	0,56	0,48	0,48	0,54
	13	0,43	0,43	0,56	0,38		0,75	0,43	0,53	0,50	0,55
	14	0,43	0,57	0,46	0,43		0,14	0,43	0,43	0,43	0,50

Morti al domicilio con Cia > 0,7

ente	pazienti	pazienti con cia >0,7	% 2015	% 2014
Istituto Tumori	20	13	65%	70%
AO Milano Sacco	14	6	43%	79%
AO Milano Niguarda	18	18	100%	93%
AO ICP Milano	29	26	90%	91%
AO Milano FBF	7	3	43%	70%
AO Milano S. Paolo	15	14	93%	86%
AO Milano S. Carlo	18	14	78%	53%
AO Bassini	28	25	89%	59%
totale	149	119	80%	76%

Analisi casistica: accessi medi a settimana

accessi medi casi fino a 30 gg

descrizione	<3	3-4	4-5	>5	totale	% > 4	2014
Istituto Tumori	1	2	15	49	67	96%	96%
AO Milano Sacco	9	9	7	32	57	68%	68%
AO Milano Niguarda		2	1	28	31	94%	94%
AO ICP Milano			3	61	64	100%	100%
AO Milano FBF		6	17	37	60	90%	90%
AO Milano S. Paolo			1	31	32	100%	100%
AO Milano S. Carlo		15	11	19	45	67%	67%
AO Bassini	1	5	12	51	69	91%	91%
totale	11	39	67	308	425	88%	88%

accessi medi casi oltre 30 gg

descrizione	<3	3-4	4-5	>5	totale	% > 4	2014
Istituto Tumori	1	17	12	12	42	57%	57%
AO Milano Sacco	8	7	18	12	45	67%	67%
AO Milano Niguarda	3	15	11	7	36	50%	50%
AO ICP Milano	4	10	11	30	55	75%	75%
AO Milano FBF	3	17	17	12	49	59%	59%
AO Milano S. Paolo		6	4	10	20	70%	70%
AO Milano S. Carlo	1	21	10	2	34	35%	35%
AO Bassini	1	13	20	10	44	68%	68%
totale	21	106	103	95	325	61%	61%

Analisi casistica: accessi per classi di cia

cia casi fino a 30 gg

descrizione	<0,5	0,5-0,6	0,6-0,7	>0,7	totale	% >0,6	2014
Istituto Tumori	8	14	18	27	67	67%	67%
AO Milano Sacco	15	10	11	21	57	56%	56%
AO Milano Niguarda	2	2	4	23	31	87%	87%
AO ICP Milano	2	7	10	45	64	86%	86%
AO Milano FBF	6	18	18	18	60	60%	60%
AO Milano S. Paolo		4	4	24	32	88%	88%
AO Milano S. Carlo	17	12	9	7	45	36%	36%
AO Bassini	8	17	14	30	69	64%	64%
totale	58	84	88	195	425	67%	67%

cia casi oltre 30 gg

descrizione	<0,5	0,5-0,6	0,6-0,7	>0,7	totale	% >0,6	2014
Istituto Tumori	19	14	6	3	42	21%	21%
AO Milano Sacco	13	13	18	1	45	42%	42%
AO Milano Niguarda	14	8	7	7	36	39%	39%
AO ICP Milano	18	17	13	7	55	36%	36%
AO Milano FBF	15	19	12	3	49	31%	31%
AO Milano S. Paolo	4	6	7	3	20	50%	50%
AO Milano S. Carlo	21	12	1		34	3%	3%
AO Bassini	10	22	6	6	44	27%	27%
totale	114	111	70	30	295	34%	34%